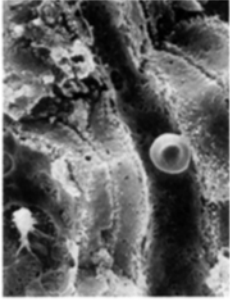


Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST



Capillairen (blauw) in de lever. Deze zijn te herkennen aan een aantal kleine gaten in de wand waardoor voedingsstoffen de levercellen kunnen bereiken. In het midden is een rode bloedcel te zien in een bloedvat.

Via galcapillairen (groen) wordt gal, uitgescheiden door de lever, naar het galkanaal vervoerd vanwaar de gal naar de galblaas gaat. De galblaas maakt regelmatig gal vrij naar het duodenum, waar de gal wordt gebruikt voor vetvertering. Ingekleurde scanning elektronenmicroscopie.

Bron: Professor P. Motta/Dept. of Anatomy/University 'La Sapienza', Rome/Science Photo Library.

IN DIT NUMMER

Interview met medisch adviseurs van AO Artsen Verzekeringen en Movir
Burnout bij artsen bijna verdubbeld - ANS ANKONÉ 494

Genezen met humor
Patch Adams, clown en arts - SABINE E. WILDEVUUR 498

De arts-patiëntrelatie: conflict of harmonie?
Op naar een tweesporig tevredenheidsonderzoek - A. VAN DANTZIG en J. VERHOEFF 500

Spanningen in de medische staf
Honorering, werklast en motivatie van medisch specialisten -
MARLIES L.C. TELGENKAMP, SONJA C.A. DAMEN en ALPHONSE J.M. ROEX 504

Alternatief voor de praktijkverpleegkundige
Gezondheidsconsulent als praktijkondersteuner - P.A. MULLER 507

Is preventie meer dan werken aan bijgeloof?
Oratie prof. dr. Monique Frings-Dresen 510

Kwaliteitsimpuls op afstand
Maastrichts chirurgenteam naar Suriname - ROBERT CROMMENTUYN 514



RUBRIEKEN

Contactwijzer	486
Hoofredactioneel	487
MediSein	488
Ziektebeelden <i>In de coulissen van het leven</i>	499
Veldwerk <i>De huisarts</i>	502
Over de grens <i>Huisarts op Curaçao</i>	503
Arts & net	509
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen	513
Agenda	516
Voorzitterscolumn LHV	517
Officieel	518

Medisch Contact

Weekblad van de KNMG
tel. 030-28 23 911

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, hoofdredacteur
R.A. te Velde, eindredacteur
R.J.M. Jansen, redacteur
mw. drs. W.G. Juffermans, redacteur
mw. C.R. van der Sluijs, redacteur
drs. R.J.H. Crommentuyn, journalist
drs. H. Maassen, journalist
mw. B. Verblact, journalist
mw. drs. S.E. Wildevuur, journalist
mw. D. van Dijk, opmaakredacteur
mw. mr. M.T.N. van der Leen, redactieassistent/fotobeleid
mw. C.M. Schouten, secretaresse/opmaak

Redactieadres

Lomanlaan 103
Utrecht 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 3384/282 3323
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Postadres

Postbus 20052
3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 3384/282 3323
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Raad van Advies Medisch Contact

J.F.M. Bergen, voorzitter, huisarts
J.H.A.M. van den Bergh, longarts
P.W. de Feiter, agio-heelkunde
mw. J.M. Hoevers, sociaal-geneeskundige
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners, gynaecoloog

Adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG

mw. U. Roschar-Pel en mr. W.P. Rijkssen

Basisvormgeving

J. van Halm, Amsterdam

Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv,
Planetenbaan 1, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon: 0346 577 238, fax: 0346 577 370
mw. A. van der Meent
Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 232,50 (incl. BTW); België Brf. 4650 (incl. BTW); buitenland f 378,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 91,50; losse nummers: f 14,50. Abonnementen lopen automatisch door, tenzij 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk wordt opgezegd.
Adreswijziging: drie weken van te voren schriftelijk doorgeven.

Advertenties

Elsevier bedrijfsinformatie bv,
Planetenbaan 1, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
Personeelsadvertenties: mw. S. Sidler, telefoon 0346 577 778, fax 0346 577 372
Advertenties: C. Nieuwlands, telefoon 0346 577 250, fax 0346 577 372
Verkoopnabewerking: mw. S. van Vossen, telefoon 0346 577 245, fax 0346 577 372
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Oplage

31.500

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie is onafhankelijk en werkt op basis van een redactiestatuut. Alleen de berichten van de verenigingen achterin MC verschijnen onder directe verantwoordelijkheid van het bestuur van de KNMG en de federatiepartners. Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
©1999, KNMG

lid Groep Vaktijdschriften van het Nederlands Uitgeversverbond ISSN 0025-8245

Uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

>> CONTACTWIJZER <<

SIGNALEN KINDERPORNO EN -PROSTITUTIE

'Kinderporno en kinderprostitutie komen voor, ook in Nederland!' Zo luidt de titel van een onlangs verschenen



folder die op dit moment breed wordt verspreid onder allerlei mensen die (beroeps-halve) met kinderen of jongeren te maken hebben. In de folder worden signalen genoemd die kunnen duiden op kinderporno, kinderprostitutie of andere vormen van seksueel misbruik. Deze signalen zijn belangrijk om in het achterhoofd te houden als mogelijke oorzaken voor problematisch gedrag van jongeren. Mensen die vermoedens hebben van kinderporno of kinderprostitutie, wordt aangeraden contact op te nemen met het Infocentrum Kindermishandeling. Dit infocen-

trum heeft een overzicht van alle Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en Bureau Vertrouwensartsen in Nederland. Bij deze organisaties kan ook altijd advies en consult worden gevraagd of worden overlegd hoe in contact kan worden getreden met de politie.

De folders zijn (tegen verzendkosten) verkrijgbaar via een schriftelijk verzoek aan: het Distributie Centrum Publikaties van TransAct, Nederlands centrum seks-specifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld, postbus 1413, 3500 BK Utrecht.

GOED ETEN VOOR BABY EN KLEUTER

Ouders en verzorgers die willen weten wat goede voeding voor hun kind is, kunnen vanaf heden praktische informatie halen uit de nieuwe uitgave van het Voedingscentrum 'Goed eten voor baby en peuter'. In de brochure worden alle onderwerpen behandeld die van belang zijn voor een goede voeding. Het boekje geeft uitgebreid informatie over borstvoeding, flesvoeding, de eerste hapjes, bijvoeding en 'met de pot mee-eten'. Dit wordt aangevuld met veel tips en voorbeelden. Ook wordt ruimschoots ingegaan op specifieke onderwerpen als voedselovergevoeligheid (koe-

melk-allergie), een lastige eter, buikpijn, gezonde tanden en vitamines en mineralen. Het geheel wordt afgesloten met nuttige adressen en een trefwoordenlijst. Uitvoerig aan de orde komen vragen als: Krijgt mijn kind voldoende voedingsstoffen binnen? Wat is goede voeding? En wat is belangrijk bij borstvoeding? Ook is er een folder ontwikkeld waarin kort vermeld staat wat de inhoud is van de brochure. Ouders en verzorgers kunnen deze folder, waarin het bestelformulier zit voor de brochure, gratis via de consultatiebureaus verkrijgen.



De brochure kan worden besteld door f 7,50 over te maken op gironummer 4323700 van het Voedingscentrum, onder vermelding van 'Brochure nummer 105'.

AANWIJZINGEN VOOR AUTEURS

- Kopij aanleveren op diskette, met een uitgeprinte versie. E-mailen kan ook, met vermelding van adres en telefoonnummer.
- De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren.
- Beperk uw artikel tot 1.400 woorden (2 blz. MC) of, indien beslist noodzakelijk, tot maximaal 2.200 woorden (3 blz. MC), inclusief een puntsgewijze samenvatting van maximaal 150 woorden.
- Gebruik bij het intikken zo min mogelijk functies en géén eigen pagina-opmaak.
- Literatuurverwijzingen en noten met nummers aangegeven op de juiste plaats in de tekst; bijbehorende lijst onderaan het artikel.
- Voorzie tabellen, schema's en figuren van een bondige titel. Aanleveren op een apart vel.
- Van geaccepteerde artikelen vervalt het auteursrecht aan de redactie.
- De redactie heeft het recht bijdragen weer te geven op de website van Artsennet.

Ben V.M. Crul

Zuinig op elkaar



Een dokter die zichzelf met een prullenbak vergelijkt, of met een bange muis ... Nee, we hebben het hier niet over een psychotische collega, maar 'gewoon' over een collega met burnout. Uit de boot gevallen, gedemotiveerd, gefrustreerd, uitgeput, gedumpt, reddeloos rondzwalkend. Vóór hij in deze gemoedstoestand verkeerde, fungeerde deze collega adequaat en behoorde hij zelfs tot de harde werkers, met een neiging tot perfectie. Het type van *never give up*, totdat ...

In deze Medisch Contact gunnen Irene van Ham en Han Streefkerk, medisch adviseurs van de twee grootste ziektekostenverzekeraars voor artsen, ons een blik achter de schermen. Alhoewel werkzaam bij concurrerende firma's, zijn ze in hun analyse van oorzaken, gevolgen en eventuele preventie van het toenemend aantal arbeidsongeschikte dokters, opvallend eensgezind. Zij delen dezelfde zorgen. Hun directies trouwen ook, want die verhoogden onlangs hun premies met 20 tot 30 procent. Deze blik achter de schermen stemt mij droef en moet door iedereen die zich bezighoudt met de capaciteit en de kwaliteit van artsen, als een gigantische waarschuwing worden gezien. Koppen uit het zand, dames en heren, de toekomst van onze gezondheidszorg staat op het spel!

Moeten we ons als artsen ook schuldig voelen voor deze verdubbeling van het aantal aan de zijlijn staande collega's? Mijn antwoord is 'ja'. Zoals Van Ham en Streefkerk uit hun gesprekken met vele artsen concluderen, vormen wij doorgaans een slechte steun voor onze naaste collega's. Van hagro tot maatschap, van Arbo-dienst tot afdeling. Mogelijk ligt de oorzaak daarvan in de *ratrace* die al op de eerste dag in de collegezaal van start gaat. Elke medestudent die slechte cijfers haalt of afvalt, verhoogt jouw kans op dat vurig gewenste assistentschap. Beslist niet laten merken als je iets niet weet. Het kan later altijd tegen je worden gebruikt. En dan wordt het in dat 'later' wel erg moeilijk een collega die in de puree zit als zodanig te diagnosticeren, laat staan hem op te vangen. Ook het inzicht in eigen

functioneren is vaak slecht ontwikkeld. Zo goed als we de diagnose bij een ander kunnen stellen, zo slecht kunnen we dat bij ons zelf.

En dan de werkmotivatie. Zouden financiële prikkels nog helpen om die te verhogen? Ja en nee. Een te lage beloning blijkt demotiverend te werken, maar een te hoge beloning motiveert slechts voor korte duur. Van groter belang is het of je 'fluitend naar je werk gaat' en dat kan van heel andere factoren afhangen. Toch blijkt uit het artikel van onder anderen de voormalig gynaecoloog uit het Medisch Centrum Alkmaar, Alphonse Roex, dat met de tegenwoordige gesprekken over inkomens-

harmonisatie van specialisten er veel onrust ontstaat in de medische staven. Dat komt de arbeidssatisfactie niet ten goede. De adrenaline vloeit rijkelijk, hoor ik. Dit kan onderdeel zijn van een intensief groeien stoeiproces dat goed kan uitpakken, mits je ervoor zorgt dat niet alleen de collega die gebaat is bij handhaving van de status quo, de regie bepaalt. De collega wiens pieper steeds vroeger in het rek staat en van wie je eigenlijk wel weet dat zijn werkbelasting of de kwaliteit van zijn werk onvoldoende is, om zijn twee tot drie keer

zo hoge inkomen te kunnen verklaren.

Subjectieve of objectieve beeldvorming? De verborgen agenda's liggen nog niet overal op tafel. Alle staven moeten door de discussie over de inkomstenverdeling heen, of ze willen of niet. Geld en werklustverschillen blokkeren nu te veel een goede onderlinge samenwerking. Een samenwerking die door de toenemende vraaggestuurde zorg en medisch-technische veranderingen alleen maar in belangrijkheid zal groeien.

Integraal werken is gewoon leuker. Met elkaar rond dezelfde patiënt of patiëntencategorie en voor de liefhebber wat managementparticipatie. Dat de satisfactie in het werk kan terugkomen en de ervaren onmacht kan verminderen, bewijst een toenemend aantal geslaagde experimenten.

Laten we daarbij wel een beetje zuiniger zijn op elkaar, al is het maar uit eigen belang: Hoe minder actieve dokters, des te zwaarder het werk en het aantal diensten voor de overblijvers.

Koppen
uit
het
zand

>> MEDI SEIN <<

INZICHTELIJKE WACHTLIJSTEN

Verscheidende Nederlandse hartcentra zullen ook de komende vier jaar inzage blijven geven in hun wachtlijsten. Het registratiesysteem dat in 1994 is opgezet, blijkt te werken. De wachttijd voor dotterbehandelingen en hartoperaties is flink teruggelopen.

Doel van het registratiesysteem is beter inzicht te krijgen in de chirurgische en niet-chirurgische ingrepen aan het hart. De hartcentra kunnen hun prestaties vergelijken met het landelijk gemiddelde en de internationale gegevens. Dankzij het registratiesysteem kunnen hartchirurgen hun patiënten beter over het land spreiden. Iemand uit Maastricht kan nu in Zwolle worden geopereerd als daar eerder plaats is.

De cijfers van de wachtlijsten tonen vooruitgang. In januari van dit jaar stonden 1.294 mensen op de wachtlijst voor een open hartoperatie, van wie 309 patiënten langer dan twee maanden. In januari 1996 waren er nog 1.929 wachtenden, van wie 928 langer dan twee maanden. Voor de dotterbehandelingen stonden in januari 1999 503 patiënten op de wachtlijst, van wie 41 langer dan twee maanden. In januari 1996 waren dit 1.035 respectievelijk 320 wachtenden.

De komende vier jaar zullen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging van Academische Ziekenhui-

CHIRURGEN-HITLIJST

Britse chirurgen kunnen een achtergrondmuziekje in de operatiezaal wel waarderen. Vivaldi's 'Vier Jaargetijden' en 'Vioolconcert Opus 61' van Beethoven zijn veruit de populairste muziekstukken tijdens het werk. Dat blijkt

uit een landelijke rondvraag van het Britse vakblad Hospital Doctor.

De klassieke toppers worden op afstand gevolgd door popmuziek. Tot de chirurgenhits behoren 'Every bre-

ath you take' van de Britse band The Police, 'Smooth Operator' van zangeres Sade, 'Heaven is a place on earth' van Belinda Carlisle en 'Knocking on heavens door' van grootmeester Bob Dylan.



Niet zelden strijden artsen en OK-verplegers erom welke muziek in de operatiekamer moet klinken. Daarbij trekken de OK-verpleegsters meestal aan het langste eind, zo blijkt uit de rondvraag. Chirurgen die tijdens de operaties hun lievelingsmuziek kunnen horen, zijn volgens Hospital Doctor beter gehumeurd, meer ontspannen en optimistischer dan hun collega's die klankloos te werk gaan.

Uit Nederlands onderzoek bleek onlangs dat jongeren zich beter voelen en zich beter kunnen concentreren bij het geluid van harde pop en house dan bij rustige klassieke muziek. Tot deze conclusie kwamen twee scholieren, die met het onderzoek de Nationale Wedstrijd voor Jonge Onderzoekers wonnen. Zij vertegenwoordigen Nederland volgende maand bij de Olympische Spelen voor jonge onderzoekers, de International Science and Engineering Fair (ISEF) in het Amerikaanse Philadelphia. << BV

zen (VAZ) de wachttijdenregistratie financieren. Het gaat daarbij om een jaarlijks budget van ruim vijf ton. Voorheen is het project volledig betaald door de Nederlandse Hartstichting. ZN wil de wachtlijsten ook via Internet openbaar maken (www.zn.nl), de hartstichting heeft de cijfers al op haar website staan (www.hartstichting.nl). << BV

BOTDICHTHEID VOORSPELT HART- EN VAATZIEKTEN

De botdichtheid van vrouwen die de overgang zijn gepasseerd, blijkt meer dan een indicatie voor osteoporose

en fracturen. Volgens Deense onderzoekers kunnen artsen ermee ook de kans op hart- en vaatziekten inschatten.

Vrouwen bij wie na de menopauze een lage botdichtheid is gemeten, hebben volgens het onderzoek een twee keer zo grote kans op latere leeftijd te sterven aan hart- en vaatziekten, ook als andere cardiovasculaire risico's in beschouwing zijn genomen.

De Denen maten tussen 1977 en 1988 de botdichtheid in de onderarm van twee groepen gezonde vrouwen. De ene groep bestond uit 309 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar die recentelijk de menopauze waren

gepasseerd, de andere groep uit 754 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar. De onderzoekers gingen in 1994 de groepen na. In de eerste groep bleek elke vermindering van 0,4 gram/cm in de botmineraaldichtheid de kans om binnen 17 jaar na de menopauze aan hart- en vaatziekten te overlijden met 2,3 maal te vergroten.

Uit de onderzoek, gepubliceerd in The American Journal of Medicine, blijkt ook dat een 70-jarige vrouw met een botmineraaldichtheid van 0,4 gram/cm onder het gemiddelde van haar leeftijd een 1,8 maal grotere kans heeft te sterven aan hart- en vaatziekten. << BV

LACHEN OP RECEPT

In ziekenhuizen en huisartsenpraktijken wordt te weinig gelachen, meent de Britse overheid. Diverse grote ziekenhuizen van de National Health Service (NHS) zijn daarom begonnen lachtherapeuten aan te stellen. De patiënt krijgt een halfuur tot een uur plezier op recept en de NHS spaart kosten, want lachen bevordert de gezondheid.

De Britse minister van Volksgezondheid Frank Dobson heeft de overheidsziekenhuizen en artspraktijken ruim een miljard gulden toegezegd. Een deel van het geld

is bestemd voor alternatieve therapieën, waarbij de lachtherapie een bevoorrechte positie heeft.

De Amerikaan Patch Adams, initiator van de therapie (zie pagina 498), zal binnenkort afdelingshoofden van grote Britse ziekenhuizen de praktische uitvoering bijbrengen. De therapie wordt betaald uit de nationale verzekeringspot. Voorwaarde is wel dat een arts toestemming geeft voor de lachtherapie. De therapeuten kunnen komieken, tovenaars, acrobaten of andere entertainers zijn. Een medische opleiding hebben de therapeuten niet nodig, meent het ministerie.

Medici verklaren een

causaal verband tussen lachen en gezondheid als volgt: lachen verlaagt de polslag en verhoogt de zuurstoftoevoer naar spierweefsel. Daarbij komt het gelukshormoon endorfine vrij, een lichaamseigen peptide met opiaatachtige werking, dat het welbevinden stimuleert en stress verzwakt. << BV

GENEN-MONOPOLIST BOEKT SUCCES

Eind vorig jaar kreeg het bedrijf DeCode onder veel protest het alleenrecht op de exploitatie van de unieke genetische databank van de IJslandse bevolking.

In die databank zijn de medische gegevens en weefselkweeken van alle IJslanders opgeslagen. In samenwerking met pillenfabrikant Hoffman-La Roche probeert DeCode met dit materiaal de genetische achtergrond van twaalf algemeen voorkomende ziekten aan het licht te brengen. Vorige week maakte het bedrijf een eerste succes wereldkundig, aldus een bericht in Iceland Review.

De onderzoekers van DeCode zijn erin geslaagd de genen voor artritis te lokaliseren. Volgens directeur Stefánsson is het onwaarschijnlijk dat er nog andere genen bij de ziekte zijn betrokken. De volgende stap zal zijn de genen te isoleren en hun werking te onderzoeken. Pas daarna kan La Roche mogelijkerwijs gaan werken aan een medicijn. << RC

GOEDKOOP DUURKOOP?

De geneesmiddelenkosten zijn in 1998 met een half miljard gulden gestegen. Antidepressiva en andere geneesmiddelen voor het centrale zenuwstelsel zijn verantwoordelijk voor bijna 20 procent van deze stijging. Met name het gebruik van Seroxat en Remeron is sterk gestegen, aldus de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Beide antidepressiva zijn relatief nieuw en behoren tot de duurste middelen uit deze categorie.

Toch zijn er weinig redenen om deze dure medicijnen voor te schrijven. Met de al langer bestaande en veel goedkopere tricyclische antidepressiva worden namelijk evengoede resultaten geboekt. Dat is gebleken uit een zeer uit-

gebreid literatuuronderzoek van het Amerikaanse Agency for Health Care Policy and Research. Deze instelling vergeleek uit een periode van 28 jaar 338 gerandomiseerd gecontroleerde onderzoeken naar de werking van antidepressiva. Daarnaast werden 674 rapporten over bijwerkingen bekeken. Tussen de oude en de nieuwe (goedkope en dure) antidepressiva werden wat de werking betreft geen significante verschillen vastgesteld. Ook bleek de therapietrouw voor beide groepen medicijnen gelijk. Wel bleek er een klein verschil te zijn in de redenen om het gebruik te staken. Gebruikers van 'oude' antidepressiva deden dat iets vaker vanwege de bijwerkingen. << RC

LEVENSV- VERWACHTING AFRIKANEN DAALT DRASTISCH

Sinds de uitbraak van de Sids-epidemie is de gemiddelde levensverwachting in een groot aantal Afrikaanse landen drastisch teruggelopen. Volgens het Amerikaanse onderzoeksbureau Census hebben Zimbabwe en nu een gemiddelde levensverwachting van 39 jaar, vóór de uitbraak van aids was dat 65 jaar. Ook de veranderingen in andere Afrikaanse landen zijn schrikbarend: in Zambia liep de levensverwachting terug van 56 naar 37 jaar, in Rwanda van 54 naar 42 jaar, in Kenia van 66 naar 48 jaar en in Botswana van 62 naar 40 jaar.

Volgens het onderzoeksbureau is het effect van aids op de levensverwachting vooral zo groot omdat met name kinderen en jongvolwassenen zwaar door de ziekte worden getroffen. << RC



FOTO: STIJN RADEMAKER

>> BRIEVEN <<

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. De omvang van uw ingezonden brief dient te worden beperkt tot maximaal 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

Karikaturen



Enige tijd geleden werd ik onaangenaam getroffen door de column van LAD-voorzitter Kalis (MC nr. 48/1998, blz. 1530). Graag wil ik hierop als nog reageren, geprikkeld door de column van Crul in MC nr. 3/1999, blz. 79.

Laatstgenoemde verwoordt terecht hoe eenzijdig en onge-nuanceerd de verzekeringsartsen de zwartepiet krijgen toebedeeld in de commotie rond het stijgend aantal WAO'ers. Van alle factoren die meespe-len in de ontwikkelingen rond de WAO benadrukt Crul de noodzaak van voldoende ver-zekeringsartsen. Deze opmer-king trof mij bijzonder, gezien de column van Kalis.

'Karikaturen aan het werk', schreef Kalis, en hij doelde op een advertentietekst die Cadans in het NTVG publi-ceerde om nieuwe verzeke-ringsartsen te werven. Die advertentie viel inderdaad uit de toon: niet de gebruikelijke saaiheid en clichématige opsomming van taak, profiel en arbeidsvoorwaarden, maar een in het oog springende foto, een pakkende one-liner en een vlotte tekst die een aantrekkelijk verschil van deze baan ten opzichte van ande-ren benadrukt (de 36-urige werkweek). Onmiskenbaar doel: de aandacht trekken van potentiële kandidaten.

Natuurlijk is verzekeringsarts uiteindelijk ook maar een gewone baan; mág een werk-gever zich dan misschien pro-bere te onderscheiden in de paar aspecten die dat mogelijk maken?!

De advertentie heeft duidelijk de goede toon getroffen bij de

doelgroep. Ruim 700 artsen reageerden, een in SV-kringen opvallend hoog aantal. Velen gaven aan dat juist deze ver-frissende aanpak hen nieuws-gierig had gemaakt. Onder de reflectanten vele agnio's die om allerlei redenen hun werk-tijden en diensten te zwaar vinden. Wat is daar eigenlijk mis mee? Maakt het een arts

ook maar iets minder (laat staan een karikatuur) als hij de grenzen in zijn eigen be-lastbaarheid onderkent en zoekt naar een goed alterna-tief?

Aan het eind van zijn column zei Kalis, vrij vertaald: laten werkgevers zich niet bezig-houden met mooie wervings-acties, maar met betere

arbeidsvoorwaarden; daaraan zou - van oudsher - het nodige schorten. Ik vraag me af of dat (nog) wel zo is. Een salaris tot f 8.800,-. Een der-tiende maand. Veelal een (lease-)auto van de zaak. Bijdragen in de ziektekosten-verzekering. Kantoortijden. Vergoeding van de volledige beroepsopleiding binnen werktijd, naast bij- en nascho-ling. Zijn dit benedenmaatse (of karikaturale) arbeidsvoor-waarden??

Daarbij zitten de SV-werkge-vers niet stil; gezien de ont-wikkelingen rond de uitvoe-ring van de sociale zekerheid kunnen zij zich dat ook niet veroorloven. Lisv, Ctsv, sociale partners en de politiek kijken met argusogen naar de kwali-teit van de WAO-beoordelin-gen. Dit heeft een gunstig effect op de positie en verdere professionalisering van de verzekeringsartsen. Zo hebben de werkgevers samen met de artsen, VHP, NVVG én LAD (!) een professioneel statuut ontwikkeld dat de autonomie van de artsen garandeert en is een werkgroep bezig alle kwa-liteitscriteria rond de verzeke-ringsgeneeskundige gevalsbe-handeling te formuleren. Dat de LAD-voorzitter in zijn column kiest voor zo'n nega-tieve benadering stelt me teleur. Juist in deze tijd waarin al te kwistig zwartepieten worden uitgedeeld als het gaat om het WAO-volume (zie de column van Crul), verdient een initiatief als dat van Ca-dans om op voortvarende en creatieve wijze het potentieel aan verzekeringsartsen - een voor de WAO-beoordeling zo onmisbare factor - op peil te brengen en te houden, een

'Oudjes'



In Medisch Contact stond een interview met Léon Lodewick 'ooit huisarts, nu topmanager' (MC nr.8/1999, blz. 264): 'een wervelwind door de gezondheidszorg'! Echter, om van een wervel-

wind geen orkaan 'Mitch' te maken, wordt in de eerste plaats, ook van een manager, begrip en respect voor de doelgroep verwacht. Voor oudere personen heeft deze topmanager dat niet. 'Die oudjes' zouden eigenlijk geen ziekenhuiscapaciteit nodig hebben, ze zouden kunnen worden geholpen door een arts die wat interne heeft gedaan, en kunnen worden opgeno-men in een voorziening die het midden houdt tussen zieken-huis en verpleeghuis, vindt hij. Oudjes zouden helemaal geen behoefte hebben aan superspecialisten!

De heer Lodewick toont hiermee geen enkel blijk van begrip voor de complexiteit van de gezondheidszorg voor ouderen, laat staan van de specialismen die met deze patiënten te maken hebben, zoals de interne geneeskunde, de neurologie, de psychiatrie en de klinische geriatrie, het ouderenspecia-lisme bij uitstek. Deze patiëntengroep vergt een zeer hoog niveau van deskundigheid, motivatie en energieke inzet, niet om levens te verlengen, maar om zelfredzaamheid zoveel mogelijk te bevorderen en de kwaliteit van leven ook in de laatste jaren te optimaliseren.

De klinische geriatrie is een jong specialisme; het bestond in Nederland waarschijnlijk nog niet ten tijde van de studie van de heer Lodewick. Nu wordt geriatrie op bijna alle faculteiten (uitgezonderd de Universiteit van Amsterdam) aan aan-staande artsen gedoceerd.

Het medisch specialisme klinische geriatrie geniet een toene-mende belangstelling. Hoe kan het ook anders met de demo-grafische ontwikkelingen: de benodigde zorg zal de komende twintig jaar op zijn minst verdubbelen. Het is wel nodig dat 'topmanagers' in de ziekenhuizen dit beseffen.

Amsterdam, maart 1999

PROF. DR. G.J. LIGTHART, hoogleraar klinische geriatrie, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

genueanceerder oordeel van Kalis. Maar misschien sloeg de titel van zijn column ook een beetje op de inhoud.

Nieuwegein, februari 1999
J.A. DE WOLFF, verzekeringsarts Cadans

Naschrift

In mijn voorzitterscolumn heb ik willen aangeven dat naar mijn mening de inhoud, gekoppeld aan professionele verantwoordelijkheid (en waar nodig professionele autonomie!), voorop zou moeten staan in een wer- vingscampagne voor deze maatschappelijk gezien zeer belangrijke functie. Beloning en vrije tijd vormen uiteraard een belangrijk onderdeel, maar ik vind dat zij in deze advertentie werden overbe- licht, waarbij men zich juist op dat punt sterk afzette tegen in andere takken van de ge- neeskunde werkende collegae. Het professioneel statuut is sinds jaar en dag in vele secto- ren een stokpaardje van de LAD. Met name bij werkge- vers in de sociale-verzeke- ringssector was het echter tot medio vorig jaar volstrekt onbespreekbaar. Water uit rotsen slaan leek eenvoudiger. Mede door de brede maat- schappelijke discussie (denk o.a. aan de FNV Klachten- telefoon) bleken de werkge- vers bereid snel over het pro- fessioneel statuut besprekin- gen aan te gaan, met als basis het door LAD/NVVG ontwik- kelde statuut. Advertentie en column werden juist in die tijd geplaatst. Ik deel de bezorgdheid van collega De Wolff met betrek- king tot het toebedeeld krij- gen van de zwartepiet aan de verzekeringsartsen en ik vind dus dat onder deze omstan- digheden het vak zeer serieus moet worden genomen. Daarbij kreeg ik de indruk dat dit in deze advertentie niet geval was, maar dat door een vergelijking te maken met

andere (curatieve?) collegae uitsluitend op grond van vrije tijd men van beiden karikatu- ren maakte.

Utrecht, maart 1999
AGINUS A.W. KALIS, voorzitter LAD

Ghanees-Nederlandse samenwerking



Wij hebben besloten alsnog te reageren op het artikel 'Ghanees-Nederlandse samenwerking' (MC nr. 2/1999, blz. 60), waarin I. Wolffers, J. Ruiten- berg en de Ghanees S. Adjei gewag maken van een RAWOO-advies ten aanzien van een 'nieuw' concept voor wetenschappelijke samenwer- king met ontwikkelingslanden op het terrein van gezond- heidskundig onderzoek. Aangezien de Nederlandse Organisatie voor Wetenschap- pelijk Onderzoek (NWO) (in samenwerking met de Sticht- ing voor wetenschappelijk onderzoek van de tropen (WOIRO) en het gebiedsbe- stuur Medische Wetenschap- pen) een gesprekspartner is geweest in het lange traject dat tot het genoemde RAWOO-advies heeft geleid, voelen wij ons genoodzaakt enige aspecten van dit artikel vanuit ons perspectief nader te belichten. Een onevenredig groot deel van het betoog gaat over vermeende fouten van 'anderen'. Een deel van deze kritiek zal wellicht terecht zijn, maar is ook weinig constructief. Een aantal zaken valt in dit verband op:

1. Nederlandse onderzoekers worden afgeschilderd als uitbuiters van hun collega's in de derde wereld.
2. Om die bewering te onder- steunen, wordt driemaal naar een eigen publicatie verwezen.
3. De indruk wordt gewekt dat alle wijsheid benodigd voor het oplossen van de proble-

men uit het nieuwe pro- gramma komt, terwijl elders in de wereld nog steeds wordt aangeklungeld. Wat zijn naar onze mening de feiten?

De samenwerkingsverbanden die Nederlandse gezondheids- onderzoekers met hun colle- ga's in ontwikkelingslanden hebben opgebouwd, zijn ob- jectief gezien van hoge kwali- teit. De netwerken zijn opge- bouwd met zowel middelen uit de eerste geldstroom als met NWO-steun, terwijl een zeer belangrijk (en in het arti- kel genegeerd) onderzoeks- programma in de derde geld- stroom het INCO-DC- programma van de EC is. In dit programma, waar - net als bij NWO/WOTRO vraagge- stuurd onderzoek - de kwali- teit en het evenwicht van de partners, en de capaciteitsop- bouw in het zuiden door ken- nisoverdracht al jarenlang als selectiecriteria worden gehan- teerd, scoren Nederlandse onderzoekers en hun partners uit het Zuiden uitstekend. Natuurlijk is het mogelijk het traject waarlangs deze pro- gramma's zich op innove- rende wijze met vallen en opstaan hebben ontwikkeld tot waar zij nu staan, te bekri- tiseren. Het geeft echter geen pas om in een toch al delicaat onderhandelingsproces tussen de ministeries van OC&W en Buitenlandse Zaken en NWO een dergelijk volkomen onge- nuanceerd en achterhaald beeld te schetsen. Bovendien getuigt het ook nog eens van een gebrek aan parate kennis. Een veel belangrijker element, waaraan in het artikel slechts sporadisch aandacht wordt besteed, maar wat voor NWO misschien wel de belangrijkste drijfveer in het nieuw te star- ten programma zou moeten zijn, is het feit dat weinig onderzoeksfinancieringspro- gramma's het zich kunnen veroorloven om goed onder-

zoek in partnership te onder- steunen met adequate institu- tiele capaciteitsopbouw, simpelweg omdat daarvoor de fondsen ontbreken.

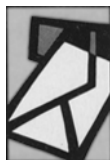
Samenwerking tussen finan- ciers van onderzoek en ont- wikkelingssamenwerking zou voor dit cruciale punt de oplossing kunnen zijn. Een ander element dat in het artikel node wordt gemist, is de multidisciplinaire samen- werking tussen (public health, zorg, sociaal-wetenschappe- lijke, klinische en biomedische) onderzoekers. Dit was wel degelijk na uitgebreide discussies op de in het artikel genoemde workshop in Am- sterdam overeengekomen met de Ghaneese delegatie. Het artikel is helaas illustratief voor de wijze waarop de dis- cussie over dit programma, tot groot verdriet van de Ne- derlandse onderzoekers, hun partners in ontwikkelingslan- den en NWO al zo lang door- sleept. NWO gaat inmiddels door met het ontwikkelen van pro- gramma's op basis van gelijk- waardige samenwerking, en met oog voor wetenschappe- lijke vragen vanuit het zuiden zowel als het noorden. De deur blijft open voor dialoog met de RAWOO. De tijd zal leren welke aanpak het meest beklijft.

Den Haag, februari 1999
PROF. DR. A.W.C.A. CORNELISSEN, voorzitter WOTRO/NWO
PROF. DR. E.C. KLASSEN, directeur Medische Wetenschappen/NWO
DR. R.R. VAN KESSEL-HAGESTEIJN, directeur WOTRO/NWO

Ziekenfondsen financieren kindermishandeling



Recentelijk namen enkele ziekenfondsen het besluit religieuze besnijdenis van minderjarigen te vergoeden. In Nederland vindt besnijde- nis met religieus (dus: niet-



In Maastricht zijn wij bezig met het moderniseren van onze avond- en weekenddiensten. Er wordt een centrale huisartsenpost opgezet, gekoppeld aan de afdeling Spoedeisende Hulp van het academisch ziekenhuis Maastricht. De ontwikkelingen zijn in een vergevorderd stadium. Het artikel van de collegae Dijkers en Heres (MC nr. 4/1999, blz. 130) 'Een nieuwe dienstenstructuur voor huisartsen' sprak ons dan ook erg aan. Dat gold met name voor items als: ondersteuning door gediplomeerde doktersassistenten, visite rijden in een huisartsenauto-met-chauffeur, betaalde waarnemingen na een nacht doorwerken, medeverantwoordelijkheid van overheid en zorgverzekeraar, en samenwerking met ambulancediensten. Bij een goede, verantwoorde dienstenregeling zijn deze items natuurlijk een absolute must. Desalniettemin zijn de mogelijkheden tot financiële onderbouwing ervan nog volstrekt ontoereikend. Aan ons, Maastrichtse huisartsen, werd gevraagd welke bijdrage wij aan het systeem zouden kunnen leveren. Om deze op zich niet onredelijke vraag (welbeschouwd zijn we nog altijd ondernemer) te kunnen beantwoorden, hebben wij onze honoreringsstructuur nader onderzocht en kwamen wij tot frappante ontdekkingen. De Nederlandse huisarts krijgt op jaarbasis twee periodieken, in totaal f 12.000, voor onregelmatig werk. Dit omvat behalve de avond-, nacht- en weekenddiensten ook beroepsgebonden activiteiten in de vrije tijd, zoals vergaderen en verplichte nascholing. Deze activiteiten hebben inmiddels een zodanig grote omvang, dat het reëel lijkt de jaarlijkse honorering van de avond-, nacht- en weekenddiensten op f 6.000 te becijferen (voor 344 extra werkuren oftewel 8 volledige werkweken). Dit is niet alleen zesmaal zo weinig (volledige waarneming tijden incourante uren koste in onze Maastrichtse situaties momenteel rond de f 36.000 per jaar), maar tegelijkertijd moge het duidelijk zijn dat we met zo'n luttel bedrag niet serieus in een nieuwe dienstenregeling kunnen investeren. Als huisartsen ergens behoefte aan hebben, dan is het aan ondersteuning bij de reorganisatie van hun dienstenstructuur. Daarbij moeten twee zaken beslist tot uitdrukking worden gebracht:

- een passende honorering van de avond- nacht- en weekenddiensten voor de huisarts;
 - flankerend en voorwaardenscheppend beleid, als gevolg waarvan huisartsen zich tijdens hun diensten gesteund weten door ervaren doktersassistenten, bij hun visites de beschikking krijgen over een huisartsenauto-met-chauffeur, en gedurende de dag na gedane nachtdienst een waarnemer in hun praktijk kunnen hebben.
- Pas daarna kan worden nagedacht over praktijkverpleegkundigen, enz.

Maastricht, maart 1999

R. DE JONG, DR. TH. KREBBER, A. VAN DONGEN, R. LAUW, huisartsen

medisch) motief van jongens in islamitische en joodse culturen in het algemeen plaats vóórdat de jongen de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt. Naar de mening van de minderjarige jongen wordt - voorzover mij bekend - nooit gevraagd. Hem wordt wel verteld dat de besnijdenis als een (religieuze) eer moet worden beschouwd. Bij besnijdenis wordt een lichaamsdeel weggehaald dat nooit meer kan worden vervangen. Besnijdenis zonder medische noodzaak impliceert derhalve een niet-vrijwillige en niet-omkeerbare verminking van het menselijk lichaam. Ik acht dit type besnijdenis in strijd met het in de Nederlandse Grondwet vastgelegde recht op integriteit/onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (deze integriteit is ook vastgelegd in het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens). Bovendien is deze verminking in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van het kind: de ouders beslissen namens hem. Het kind heeft in deze situatie geen keuzevrijheid.

In het mede door Nederland ondertekende Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind is in art. 19 expliciet bepaald dat het de taak is van de overheid om kinderen te beschermen tegen mishandeling, letsel en verwaarlozing door hun ouders. Besnijdenis van minderjarige jongens, zonder medische indicatie, is een typerend voorbeeld van zo'n mishandeling, letsel ten gevolge hebbend. Het Wetboek van Strafrecht is erg duidelijk waar het mishandeling betreft (verminking acht ik een bijzondere vorm van mishandeling, met een permanent gevolg).

Ook de Grondwet beschermt de onaanastbaarheid van het menselijk lichaam en spreekt in art. 22 expliciet uit dat de

overheid de taak heeft de volksgezondheid te bevorderen. Het toestaan van vermindering van minderjarigen hoort daar mijns inziens ten principale niet bij. De KNMG heeft vrouwenbesnijdenis in 1993

radicaal afgewezen. De KNMG erkent dat besnijdenis van jongens zonder medische indicatie geen enkel gezondheidsvoordeel heeft en geen enkel therapeutisch doel dient. Het besnijden van min-

derjarige jongens is feitelijk een medische/chirurgische ingreep en levert derhalve altijd kans op gezondheidschade op (pijn, bloedverlies, risico tot ernstige infecties, beschadiging van de hersenen, pijntraumatisering, enz.). In The Lancet van 1 maart 1997 (pag. 588-603) wordt een onderzoek door Australische medici beschreven, die hebben geconstateerd dat kinderen die aan besnijdenis zijn blootgesteld een veel grotere mate van pijngevoeligheid hebben dan kinderen die niet zijn besneden. Eveneens constateerden deze artsen (onder leiding van prof. A. Taddio) dat er kans is op permanente hersenbeschadiging bij het betrokken kind, door het opgelopen pijntrauma gedurende de ingreep (bij niet-verdoving). Volgens gegevens van het ministerie van Volksgezondheid moeten zich naar schatting jaarlijks 50 Nederlandse ingezetenen onder medische behandeling stellen ten gevolge van in het buitenland uitgevoerde besnijdenis. Sommigen menen dat besnijdenis zonder medische indicatie een gevolg is van het in de Grondwet verankerde recht op vrijheid van godsdienst. Hier is sprake van een ernstig misverstand. Immers, niet de vrijheid van godsdienst maar de vrijheid van gedrag ten opzichte van derden is hier aan de orde. Gedrag ten opzichte van derden is niet vrij zodra het in strijd is met de Grondwet en andere wetten, internationale verdragen en andere bepalingen die hier te lande gelden. De ingreep is medisch/chirurgisch van aard en mag derhalve - conform de Wet Beroepsuitoefening Individuele Geneeskunde (Wet BIG) uitsluitend door een arts worden uitgevoerd, nadat de betrokkene zijn expliciete toestemming voor de ingreep heeft gegeven; zulks conform

de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Dat nu ziekenfondsen deze vorm van kindermishandeling gaan vergoeden, acht ik zeer ernstig uit het oogpunt van wetshandhaving, alsmede vanuit het oogpunt van gezondheidsbescherming en emancipatie van het betrokken kind. In Nederland worden straffeloos jaarlijks 10.000 jongetjes zonder medische noodzaak met fysiek geweld beroofd van een gezond lichaamsdeel. Het is zeer zeker géén taak van een ziekenfonds om dit type geweld jegens kinderen te gaan stimuleren, respectievelijk vergoeden. In de Ziekenfondswet staat vermeld dat een verzekerde recht heeft op geneeskundige hulp indien daarvoor een medische indicatie is. Bij religieuze besnijdenis bestaat deze indicatie in het geheel niet, dus is er ook geen reden om iets te gaan vergoeden. Bovendien vermindert deze ingreep de medische capaciteit van urologen en chirurgen; terwijl er grote wachttijden bestaan voor tal van belangwekkende medische ingrepen, gaat dit ziekenfondsbesluit de bestaande wachtlijsten verlengen. Patiëntengeld wordt vanaf heden dus gebruikt om kinderen levenslang te verminken. Op deze wijze gaan ziekenfondsen wel heel ver van hun wettelijke taak af.

Utrecht, februari 1999
namens de Stichting tegen religieuze
besnijdenis
DRS. IR. A.F. MANTEL

Naschrift

Enkele zorgverzekeraars hebben besloten besnijdenis van jongens om religieuze redenen op te nemen in een aanvullend pakket.¹ Wat in het aanvullend pakket wordt aangeboden, ligt niet vast in de Ziekenfondswet, dus is een zorgverzekeraar in beginsel

vrij de inhoud van dat pakket vast te stellen.

Artsen aan wie wordt gevraagd mee te werken aan besnijdenis van jongens om religieuze redenen zullen daarbij de volgende aspecten moeten overwegen.

Ten eerste geldt dat in het algemeen bij medisch handelen de voorgenomen handeling op enigerlei wijze het belang van de patiënt moet dienen. Dit betreft dan niet alleen het strikt medische belang. Het doneren van bloed of beenmerg bijvoorbeeld is tenslotte ook niet in het gezondheidsbelang van de donor. In dat geval dient het doneren andere doelen, doelen die niet alleen toelaatbaar zijn, maar zelfs positief worden gewaardeerd. Dient een ingreep geen enkel aanvaardbaar belang, dan is het een arts niet toegestaan de handeling te verrichten, ook niet als de patiënt of, zoals in dit geval, de vertegenwoordiger van de patiënt daarom vraagt. Uit literatuur lijkt inderdaad naar voren te komen dat besnijdenis geen medisch doel dient en mogelijk zelfs schade met zich brengt, maar dit is vooralsnog geen uitgemaakte zaak.^{2,3}

Ten tweede mag een handeling pas worden verricht nadat de patiënt daarover is geïnformeerd en daarvoor zijn of haar toestemming heeft gegeven. Gaat het zoals vaak bij rituele besnijdenis om een kind onder de 12 jaar, dan is plaatsvervangende toestemming van de ouders die het gezag over het kind hebben dan wel van de voogd vereist. Pas als aan deze twee eisen is voldaan, mag een bepaalde handeling bij een kind worden verricht. Dat wil echter nog niet zeggen dat een arts die handeling zelf moet verrichten. Want ook al is de arts van mening dat de handeling een bepaald doel kan

dienen, en ook al wordt voor die handeling toestemming gegeven door de ouders van het kind, dan nog zal een arts kunnen weigeren zo'n handeling zelf uit te voeren. Een arts kan persoonlijke redenen hebben die hem of haar daarvan weerhouden. Dat geldt te meer als het gaat om een handeling die misschien wel nuttig, maar niet noodzakelijk is. (zie ook de KNMG gedragsregels voor artsen, regel I.9.: 'De arts aanvaardt geen opdracht die in strijd is met zijn medisch-ethische opvattingen'). Hierbij zal de arts echter ook de overweging die volgens het bericht in Trouw ook het ziekenfonds heeft gemotiveerd, in het hoofd moeten houden, namelijk dat door mee te werken aan religieuze besnijdenis het doen van deze ingreep onder onhygiënische omstandigheden kan worden voorkomen.

Utrecht, maart 1999
PROF. DR. J.M. MINDERHOUD,
voorzitter KNMG

Literatuur

1. Besnijdenis sinds kort vergoed, Trouw 18 februari 1999; en: Besnijdenis vaker geaccepteerd bij verzekering, de Volkskrant 18 februari 1999. 2. To T, Agha M, Dick P, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary tract infection. Lancet 1998; 352: 1813-6. 3. Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States, Prevalence, Prophylactic Effects, and Sexual Practice. JAMA 1997; 277: 1052-7.

Rechtvaardigheid niet altijd synoniem met gelijkheid



Met enige verwondering las ik het artikel in Medisch Contact over het maatschappelijk draagvlak voor de bedrijvenpoli's (MC nr. 7/1999, blz. 235). Het betreft een onderzoek door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg te Rotterdam, dat in de landelijke pers heeft geleid tot de kop 'Tweedeling in zorg niet bezwaarlijk voor meeste Nederlanders'. Waarom zou-

Rectificatie

In Medisch Contact nr. 11 staat de inzender van de brief 'Transmurale palliatieve teams' verkeerd vermeld (MC nr. 11/1999, blz. 371). Het had moeten zijn: Maastricht, PETER MIJS, verpleeghuisarts.

den de meeste mensen voor een poli zijn waar ze zelf niet terecht kunnen? In geen enkele andere vergelijkbare situatie vinden wachtenden in een rij het leuk als anderen voorgaan. Na het lezen van het artikel kwam het mij voor dat er een enorme rekentruc was toegepast, waarmee aan de ondervraagden de bedrijvenpoli werd voorgesteld als middel om de wachtlijsten te bekorten. De juiste rekensom is natuurlijk dat als al het medisch personeel meer werk gaat verrichten, de wachtlijsten korter worden. Het publiek is daar vóór. Daar hoeft geen onderzoek naar te worden verricht. Uit het verslag kreeg ik de indruk dat aan de onderzoeksgroep alleen de mogelijkheid werd voorgelegd dat in de vorm van een bedrijvenpoli meer werk kan worden verricht. Bij gebrek aan beter kozen de meesten voor die mogelijkheid. Betekent dit nu dat er een maatschappelijk draagvlak is voor bedrijvenpoli's? Nee, dit betekent dat mensen liever niet lang wachten, en morele dilemma's daar mogelijk ondergeschikt aan zijn.

Gameren, maart 1999
S.C. DE RIDDER, huisarts

BURNOUT BIJ ARTSEN BIJNA VERDUBBELD

Onthutsend om te horen hoe artsen met elkaar omgaan

Het ziekteverzuim onder artsen is de afgelopen vijf jaar flink toegenomen. Dit is vooral toe te schrijven aan burnout. Zowel huisartsen als specialisten zijn daardoor langere tijd arbeidsongeschikt. Verzekeraars zagen zich daarom genoodzaakt onlangs de premies voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen sterk te verhogen. Zij moeten grote sommen geld reserveren om aan hun uitbetalingsverplichting te kunnen voldoen.

ANS ANKONÉ

Was het een beleidsvergissing of is er echt iets aan de hand? Van alle vrije beroepsbeoefenaars betaalden artsen tot enkele jaren geleden de laagste premie voor arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ze hadden een relatief laag ziekteverzuim, óf omdat ze minder ziek waren óf omdat ze, hoewel ziek, gewoon langer doorwerkten. Arbeidsongeschiktheidsverzekeraars AO Artsen Verzekeringen en Movir konden hun leden vaak zelfs laten delen in de winst. Onder die ideale omstandigheden besloten beide maatschappijen, de grootste verzekeraars op dit gebied, in 1995 al hun verzekerden voor alle leeftijden uitsluitend naar beroepsarbeidsongeschiktheid te beoordelen. Voordien werd een chirurg die bijvoorbeeld door een ongeval een vinger miste, nog geschikt bevonden om als algemeen arts bij het GAK of de BGD te werken - kon hij niet schrijven, dan maar dicteren - en ging zijn uitkering navenant omlaag. Onder de nieuwe voorwaarden wordt de arbeidsongeschiktheid van de chirurg beoordeeld voor het vak van chirurg. Het hangt van zijn eigen initiatief af of hij nog andersoortig werk zoekt.

Dit nieuwe beleid pakt uiteraard duurder uit. In de loop van 1997 werd echter duidelijk dat de schadelast in wel bijzondere mate was toegenomen. Met ingang van dit jaar hebben beide verze-

keraars hun premies aanzienlijk moeten verhogen.

Hebben de verzekeraars zich soms in hun concurrentielust vergist? Naar hun mening niet. Dat de schadelast zo groeit, wordt niet zozeer veroorzaakt door toename van het aantal nieuwe meldingen van arbeidsongeschiktheid: verzuim door somatische kwalen blijft stabiel en neemt door betere behandelingsmethoden, bijvoorbeeld voor harten vaatziekten, deels zelfs af. Het zijn echter vooral de psychische klachten die toenemen. En dat baart zorgen, want psychische problemen leiden tot veel langduriger ziekteverzuim.

PREMIE DRASTISCH VERHOOGD

AO Artsen Verzekeringen heeft vanwege de fors gestegen schadelast de premie per 1 januari met 20 procent verhoogd. De

zo'n 11.500 artsen: 'Het merendeel van de huisartsen, de helft van de specialisten en een klein aantal sociaal-geneeskundigen die een aanvullende verzekering wensen.'

Irene van Ham, medisch adviseur, tevens hoofd afdeling Begeleiding en Uitkering: 'Veel artsen hebben zich dubbel verzekerd, bij ons en bij de concurrent. Dat stimuleren wij ook, want het maximale dagbedrag dat we uitkeren, is voor huisartsen in principe voldoende, voor specialisten meestal niet.'

Movir heeft de premie voor artsen jonger dan 40 jaar met 20 procent verhoogd, voor ouderen met 30 procent. Movir bestaat 55 jaar en heeft in totaal 36.000 verzekerden: behalve 50 procent van de huisartsen en 70 procent van de specialisten, ook tandartsen, apothekers en paramedici. Sinds enkele jaren kunnen naast 'witte jassen' ook 'witte boorden' zich bij Movir verzekeren, dus eveneens alle vrijeberoepers.

Van de 36.000 verzekerden zijn er, verspreid over alle beroepsgroepen en diagnoses, doorgaans zo'n 2.000 arbeidsongeschikt. Movir-directeur jhr. mr. W.M. de Brauw ziet vanaf medio 1997 de schadelast door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij alle vrijeberoepers toenemen. Psychische klachten zijn oorzaak nummer één van de toegenomen schadelast. 'Het is verontwaardigend dat het ziekteverzuim onder artsen vooral in de leeftijd tussen 40 en 50 jaar zo toeneemt. Artsen zijn niet vaker, maar langer ziek dan vroeger, vooral

*'Artsen willen
vaak niet toegeven
dat ze
burned out zijn'*

voormalige Artsen Onderlinge bestaat reeds 103 jaar en verzekerde tot voor kort alleen artsen voor arbeidsongeschiktheid, nu ook andere vrije beroepsbeoefenaren. Momenteel telt het bestand

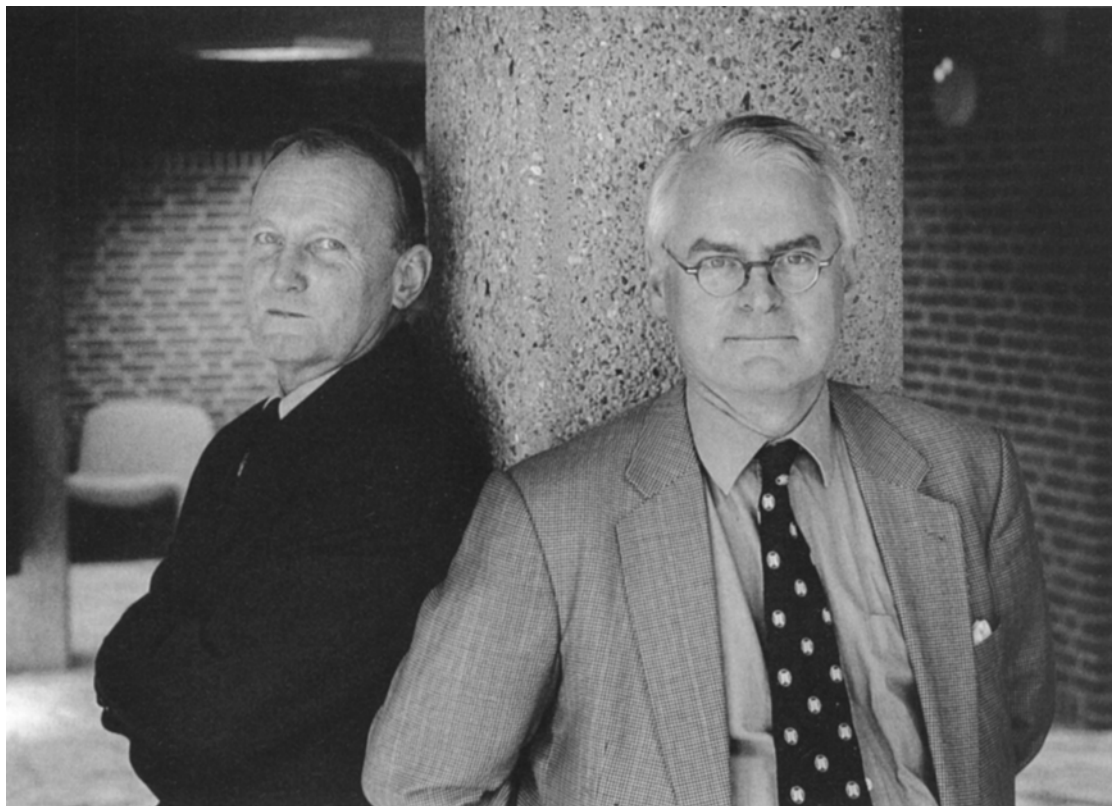


FOTO: TON MINNEN, FOTOBUREAU 'T STICHT

Movir-directeur jhr. mr. W.M. de Brauw (links) en dr. Han G. Streefkerk, medisch adviseur bij Movir

door psychische problemen. De revalidatie neemt af. Dat is nog niet direct te merken aan hogere uitkeringen, maar wel aan wat ik nu al moet reserveren voor een individuele arts om, na een arbeidsongeschiktheid van langer dan drie maanden, de verzekerde uitkeringen te kunnen garanderen. Hoe hoger iemand is verzekerd, hoe meer ik moet reserveren.'

Irene van Ham: 'AO Artsen Verzekeringen heeft een wat ouder verzekerdenbestand. De piek ligt bij ons bij artsen tussen de 40 en 55 jaar. Het aandeel in de uitkeringen door psychische aandoeningen is sinds 1995 bijna verdubbeld. Het is dus geen incident meer. Het betreft aandoeningen die ernstig zijn en lang duren.'

DE EENZAME HUISARTS

Burnout betreft één factor tot een scala van factoren. Het leidt tot een toestand van 'emotionele, cognitieve en fysieke uitputting, gekenmerkt door disbalans in emoties, cognitieve en lichamelijke functies, veroorzaakt door uitputtende stress, die het gevolg is van een gebrek aan copingsmogelijkheden, bij mensen die daarvoor goed hebben gefunctioneerd en meestal bepaalde persoonskenmerken hebben,' aldus dr. Han G. Streefkerk,

medisch adviseur bij Movir. Het blijkt dat artsen het verschil tussen burnout, surmenage, overspannenheid en depressie niet goed kunnen diagnosticeren, niet bij zichzelf, noch bij hun patiënten. Streefkerk en Van Ham voeren lange gesprekken met overspannen artsen, en wel binnen veertien dagen nadat deze zich hebben ziek gemeld. Soms wordt op het aanmeldingsformulier expliciet 'overwerkt' als ziekteoorzaak aangegeven. Soms ontstaat het vermoeden dat de werkelijk oorzaak niet de aangegeven hartritmestoornissen of de nek- en rugklachten zijn, maar burnout. De meeste artsen zijn erg verbaasd als ze zo snel worden uitgenodigd. Zij zijn meestal heel mededeelzaam en opgelucht dat iemand naar hun problemen luistert en dat er snel iets aan wordt gedaan.

De oorzaken van burnout zijn bij huisartsen en specialisten deels hetzelfde, deels verschillend en deels te wijten aan stressfactoren die alle vrijeberoepers in dit tijdsgewricht bedreigen. Gebrek aan respect en autonomie, financiële onzekerheid, toenemende werkdruk, angst voor fouten en conflicten, én vergrijzing blijken klassieke stressoren.

Irene van Ham: 'Oudere artsen kunnen de werkdruk niet meer aan of gaan gebukt onder al die additionele taken die

de zoveelste beleidswijziging oplegt. "Toenemende werkdruk en al die regelgeving", ik hoor het ze vaak verzuchten. Het werkt door in de uitoefening van het beroep. Natuurlijk zijn er ook jongeren die afknappen, maar hun ziekteverzuim is doorgaans van kortere duur.'

De oorzaken van burnout zijn complex. Van Ham: 'Ik ben 25 jaar in het vak, waarvan de eerste 14 jaar als huisarts. In die tijd werd je als huisarts met respect bejegend. Mijn generatie had een soort Albert Schweitzer-gevoel. We waren er helemaal klaar voor, 24 uur per dag zeven dagen per week inzetbaar voor de patiënt. Die huisartsen ontdekken nu dat ze niet meer het aanzien hebben van de dokter die alles weet. Ze worden uitgescholden en hebben maar te komen. Sommige artsen raken hierdoor gefrustreerd in hun beroepsideaal. Ze lopen vast. Burnout treft vaak de harde werkers, de perfectionisten.'

Han Streefkerk heeft in 1964 waargenomen in een huisartsenpraktijk met vierduizend fondspatiënten. 'Ik had het helemaal niet druk, de meeste mensen kwamen naar je toe. De tegenwoordige patiënt is anders in houding, opvatting, kennisniveau, en anders gebekt dan vroeger. Huisartsen weten niet hoe ze het met 2.300 patiënten moeten redden. >>



Irene van Ham, medisch adviseur AO Artsen Verzekeringen

<< De meesten werken op 90 procent van hun maximale vermogen. Er hoeft maar iets te gebeuren en ze knappen af. Er worden te weinig nieuwe huisartsen opgeleid. Mevrouw Borst denkt er anders over, maar ik hoor het de huisartsen overal zeggen. In Den Haag zijn de vacatures nauwelijks vervullen. Als een huisarts ziek wordt, is er geen waarnemer te vinden.'

Van Ham en Streefkerk constateren dat huisartsen ook niet altijd even goede managers zijn en bovendien soms in een al dan niet zelfverkozen isolement werken. Steun van de belangrijkste partij, de hagro of waarneemgroep, is vaak niet te verwachten. Van Ham: 'Veel hagro's gaan slecht om met burnout van een collega. Het is niet of nauwelijks bespreekbaar, of zij gaan er puur zakelijk mee om: overspannen? Jouw pakkie an. Anderzijds zijn er huisartsen die zich ziek melden zonder dit met de collegae te bespreken. Laatst sprak ik een huisarts die overspannen was door een tuchtzaak, waarvan de hagro niets wist. Zo kun je ook geen steun verwachten. Ze willen niet toegeven dat ze ziek zijn. Een collega die al lang overspannen was, kreeg een hartinfarct. "Nu is het gelukkig duidelijk dat ik niet kan werken", zei hij.'

DE SLECHT SAMENWERKENDE SPECIALIST

Bij specialisten zijn fusieproblemen en

conflicten in de maatschap twee belangrijke oorzaken voor burnout.

Van Ham: 'Ik heb de indruk dat iedere fusie slachtoffers maakt. Voormalige concurrenten moeten samenwerken, twee culturen worden in elkaar geschoven, de macht moet opnieuw worden verdeeld. Er is altijd wel een Barbertje die moet hangen. Meestal zijn het oudere specialisten die niet meer willen of kunnen samenwerken. Die kloppen dan bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering aan. Of dat terecht is, is een andere vraag. Veel maatschapscontracten bepalen dat na één jaar arbeidsongeschiktheid het contract kan worden opgebroken. Dan is het aan de maten om te beslissen of ze de collega binnen de boot willen houden. Vaak is het: sorry. Van collegiale opvang is, bijna standaard, geen sprake. Het is soms onthutsend om te horen hoe artsen met elkaar omgaan. Een voorbeeld van hoe het anders kan, is het geval van een chirurg, die wegens een lichamelijke ziekte niet meer fulltime kon werken. De maten hebben onderling afgesproken dat hij alleen doet wat hij nog kan en voor de rest is een nieuwe collega aangetrokken die gedeeltelijk uit zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt gehonoreerd.'

Streefkerk heeft dezelfde ervaring. 'Ik hoor vaak: "De maatschap kent geen maten." De psychische benauwdheid die ontstaat door *incompatibilité d'humeur*

en jaloezie is ook een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Bovendien zijn veel specialisten gedemotiveerd door verlies aan autonomie. De specialistenbudgettering heeft weliswaar rust aan het financiële front gebracht, maar er zijn ook specialisten die een gevoel van machteloosheid bekruipt, omdat ze zich slechts nog hebben te schikken naar wat de overheid, de directie en de staf willen. En dan het getouwtrek tussen staf en directie ...'

Huisartsen kunnen zich niet redden in hun eentje en specialisten kunnen moeilijk samenwerken, merken de medisch adviseurs. Opvallend is ook dat artsen de oorzaak voor burnout vaak buiten zichzelf leggen. In hagro's wordt gescholden op de overheid, de ziekenfondsen en de KNMG, maar er wordt niet naar oplossingen gezocht. Specialist kankeren op de patiënten, op de directie en op elkaar. Het is een negatieve sfeer die ze met elkaar instandhouden. Niemand heeft kennelijk het lef om er iets aan te doen.'

De Brauw voegt daaraan toe dat door de bezuinigingen in de gezondheidszorg de specialisten momenteel onder heel andere omstandigheden werken dan waarop zij aan het begin van hun carrière hadden gerekend. Daarin staan zij echter niet alleen. 'Apothekers zijn momenteel loslopend wild. Hun inkomenspositie is onzeker. Voordelen

worden ineens afgeschaft, alsof die geen jarenlang geaccepteerd deel van hun inkomen waren. De inbreng van de apotheker als individu is nihil. Notarissen verliezen hun jarenlang beschermde positie, hun tarieven worden langzaam maar zeker aangepakt. Advocaten verliezen hun procesmonopolie, bedrijfsjuristen mogen nu ook procederen. Alle vrijeberoepers worden in toenemende mate onder druk gezet, door ingrijpende veranderingen in de samenleving en door overheidsmaatregelen. Niet iedereen is daartegen even goed bestand.'

REËEL TOEKOMSTBEELD

Artsen lopen kennelijk tegen zaken op waartoe ze onvoldoende zijn geëquipeerd. Waar het aan ontbreekt, is primaire preventie. Streefkerk: 'In de huisarts- en specialistenopleiding zou minstens drie maanden moeten worden ingeruimd voor het bijbrengen van praktische bedrijfsvoering en time-management, kennis die voor het zelfstandig uitoefenen van het beroep noodzakelijk is. Dat voorkomt afbranden en met een beter zakelijk inzicht durven artsen eerder nee te zeggen tegen de patiënt.'

Irene van Ham instrueert hiao's in Groningen hoe burnout te voorkomen is, onder andere door te wijzen op de noodzaak een persoonlijk toekomstplan te ontwerpen. 'Tegenwoordig hebben jonge huisartsen het bijna voor het kiezen. Ik help ze kiezen. Werk je liever solo, in een duopraktijk, of in een groepspraktijk waar het gemakkelijker is om parttime te werken? Zoek je het brede scala aan ziektebeelden dat je op het platteland tegenkomt, of trekt de grotestadsproblematiek je aan? Ik adviseer ze van tevoren afspraken met de hagro te maken, bijvoorbeeld over collegiale intervisie en supervisie, wat vooral in het begin erg belangrijk is. Besteed niet alleen aandacht aan NHG-standaarden, maar volg ook eens een cursus effectief functioneren en vooral: doe iets buiten de praktijk, iets dat je energie geeft.'

De klacht van veel huisartsen dat ze al geen tijd hebben voor bij- en nascholing, laat staan voor iets leuks, vindt bij Van Ham geen gehoor. 'Neem een hidha,³ of samen met anderen een parti-

mer erbij. Het is een kwestie van goed managen.'

VOORKOM AFGLIJDEN

Streefkerk schetst de fasen die preluderen op burnout: 'De eerste zeven tot tien jaar is er niets aan de hand. Daarna glijden veel artsen langzaam af, zonder dat ze het in de gaten hebben. Dan gebeurt er plotseling iets: een patiënt overlijdt onvoorzien, ruzie met de assistente, een tuchtzaak of familieproblemen, en ze vallen in een diep gat. Het gevaar bestaat dat ze dan lange tijd reddeloos rondzwalken en verkeerde maatregelen nemen. Daarom zoeken we al binnen veertien dagen contact om een richtinggevend traject af te spreken voor snelle reïntegratie. Burnout, mits snel en adequaat bestreden, is van voorbijgaande aard en doorgaans komt men er beter en gesterkt uit. Het is zéér belangrijk dat artsen zich dit realiseren.'

Om afglijden te voorkomen bestaat

*'Burnout,
mits snel en adequaat
bestreden,
is van voorbijgaande aard'*

de adviesservice. AO Artsen Verzekeringen verwijst artsen die advies vragen naar speciale adviseurs. Movir heeft de unieke *Independent Counselling and Advisory Services*.

De Brauw: 'Verzekerden kunnen dag en nacht bellen met problemen. Ze worden te woord gestaan door psychologen en psychotherapeuten - eventueel in een persoonlijk gesprek, ook thuis - en zondig verwezen naar accountants en juristen. Bijna driekwart van de vragen betreft psychosociale problematiek.'

Puur financiële problematiek komt zelden voor, hoewel niet goed functioneren nogal eens wordt vertaald in financiële klachten. Streefkerk merkt dat het gebrek aan carrièreperspectief artsen in de loop van hun leven kan demotiveren. Managementparticipatie, onderzoek en opleiding zouden weer voor nieuw elan kunnen zorgen.

Movir ondersteunt een onderzoek

aan de Universiteit van Amsterdam naar de (de)motivatie van specialisten. 'Als je met 35 jaar op je topinkomen zit, kan het alleen nog maar minder worden door een duur gezin, dure hobby's en overheidsmaatregelen. Als de bevrediging in het werk dan minder wordt, slaat de frustratie toe.'

Iedere huisarts en iedere specialist zou aan loopbaanplanning moeten doen, menen beide adviseurs. Dat gebeurt ook bij tandartsen, die hun hele carrière op een paar vierkante meter slijten. Naast een ergonomisch preventieprogramma biedt Movir tandartsen die kriebels voelen bij de vraag 'Wil ik dit nog twintig jaar doen?', een traject aan van *outplacement*. Door met alternatieven bezig te zijn, worden heldere keuzes gemaakt. Sommige tandartsen gaan geïnspireerd door, anderen besluiten zich te specialiseren of eindelijk fotograaf te worden.

Naar schatting eenderde tot de helft van de artsen zal ooit burned out raken. Beide verzekeraars ontwikkelen daarom gerichte preventieactiviteiten, liefst in samenwerking met de beroepsverenigingen en de universiteiten. Hoe meer er gebeurt, hoe beter.

Movir heeft alle bij haar verzekerde Utrechtse huisartsen een lijst toegestuurd met vragen over hun praktijkorganisatie en persoonlijk functioneren. Van de 287 lijsten zijn er 143 geretourneerd. Zestig huisartsen toonden belangstelling voor een workshop, 45 hebben ervan gebruikgemaakt, van wie er 8 verdere persoonlijke begeleiding wensden.

Streefkerk: 'We hebben het project 'Ondernemen, Organiseren en Overwinnen' genoemd. Het is de bedoeling op grond van de ervaring die we hiermee opdoen, een standaardprogramma te ontwikkelen voor landelijk gebruik. Het is indrukwekkend hoe benard velen zich voelen. Op de vraag: met welk voorwerp in deze kamer ben je te vergelijken?, hoorde ik: met de prullenbak. En met welk beest? Met een bange muis. Als ik vroeg: ken je iemand die hier ook zou moeten zitten?, weet iedereen drie of vier collegae te noemen.' <<

mw. mr. J.C.M. Ankoné,
journalist

Noten

1. Dit is de verzameldefinitie die Movir aanhoudt. 2. HIDHA: een huisarts in dienst van een huisarts.

GENEZEN MET HUMOR

Patch Adams, clown en arts

Een clownarts kan meer dan alleen een arts, beweert Patch Adams. 'Hij geneest niet alleen het lichaam, maar ook het hart.' Het leven van de Amerikaanse clownarts Patch Adams (54) is verfilmd. Met de opbrengsten daarvan hoopt hij het eerste Gezondheid-ziekenhuis te bouwen waar alle vormen van zorg zijn ondergebracht en waar eindelijk de tijd wordt genomen voor de patiënt.



FOTO: FELIX KALKMAN

SABINE E. WILDEVUUR

Zijn verschijning is geen *performance*, zegt Patch Adams zelf. Iedere dag kleedt hij zich vrolijk, altijd hangt hij de clown uit. 'Ik probeer van de wereld een aangename plek te maken.' Hij draagt een overhemd bedrukt met tropische vissen en schelpen, een vrolijk gestreept colbert, een kleurige clownsbroek met daaronder een roze en een lichtgroene sok, de helft van zijn

haar is blauw geverfd en een vorkje dient als oorbel. Als kind liep Patch al rond te geinen, was hij de komiek van de klas. Na de dood van zijn vader koos hij ervoor de lol tot een levensvorm te maken. En als inzet te gebruiken om veranderingen binnen de geneeskunde door te voeren. 'Wie zegt dat genezing wordt bevorderd door serieus te zijn? Er zijn duizenden artikelen geschreven over de positieve effecten van lachen en humor. Waarom doen wij daar zo weinig mee?'

HET MEDISCHE SYSTEEM 'SUCKS'

Als geneeskundestudent kon Patch zich niet vinden in het medische systeem. 'Tijdens de eerste studie jaren is er te weinig tijd voor arts-patiëntencontact en er is te weinig humor.' Hij noemt de door blanken gedomineerde medische wereld vulgair, hypocriet en hebbertig. 'De kunst van geneeskunde ligt in de uitwisseling van intimiteit. De arts in de VS heeft per patiënt

7,8 minuten de tijd. Zij hebben geen hart voor zorg en verschuilen zich achter technologie.'

In de film 'Patch Adams', met Robin Williams in de hoofdrol, zien we hem nooit curatief bezig als arts, wel als clown. Met een rode neus, die hij altijd in grote hoeveelheden in zijn tas heeft, dertelt hij over de afdelingen. Vrolijk kankerpatiëntjes op en weet zelfs bij de terminale kankerpatiënt die met niets en niemand meer te maken wil hebben een

glimlach op het gezicht te toveren. 'De arrogantie van de geneeskunde is dat zij denkt dat genezen het belangrijkste is. Het doel van de arts is de patiënt te amuseren, het doel van de natuur is het lichaam te genezen.'

GESONDHEIT-ZIEKENHUIS

Of hij op dit moment als arts werkzaam is? 'Ik ben nooit géén arts. Het beeld van een arts is dat hij een spreekkamer heeft, waar 'de ziekte' binnenkomt.' Patch geneest overal en altijd, beweert hij. 'Als op straat ruzie wordt gemaakt, lopen de meeste mensen een blokje om. Ik ga er in mijn clownskleren op af. Zo heb ik al veel gevechten gestopt en verwondingen voorkomen.'

Patch's grote droom is een 'silly' ziekenhuis waar alle vormen van zorg onder één dak worden ondergebracht. En waar ook onverzekerden worden behandeld. 'Het zal het eerste ziekenhuis zijn waar geen hiërarchie is. Voor patiënten wordt alle tijd genomen, zo'n drie tot vier uur per consult. Als je binnenstapt, voel je dat er medeleven is. Je denkt aan hoe het bij je moeder thuis was.' Hij schat dat met de opbrengsten van de film het ziekenhuis er over vier jaar staat, op het terrein in West-Virginia waar hij al 28 jaar aan het bouwen is. Of de droom wel of geen werkelijkheid wordt, lijkt hem niet veel te deren. 'Het is beter een droom te hebben dan hem te volbrengen. Mijn echte droom is dat niemand meer weet wat het woord 'oorlog' betekent.'

'Patch Adams' houdt artsen een spiegel voor. De film is echter meer een lachspiegel geworden dan dat die reflecteert hoe iedere arts zou moeten zijn. <<

'Patch Adams' is vanaf 1 april in de Nederlandse bioscopen te zien.

door: Frans Meulenberg

In de coulissen van het leven



Zelfs in de vuilste wereld, vol met vileine mannen, is altijd wel een lichtpuntje te vinden. Soms letterlijk.

Het toneel van de Utrechtse Stadschouwburg is donker. Krachtige lichtbundels uit zaklantaarns tasten het toneel af, dwalen door de ruimte, verblinden het publiek. Alleen de details van een sinistere omgeving worden zichtbaar, gevangen in een lichtvlek. De encenering laat alle ruimte over voor de verbeelding. De voelbare oorlogsdreiging maakt het evenzeer denkbaar dat wij ons bevinden in de uiterst actuele grensgebieden van Kosovo als in het - in dit geval - fictieve Denemarken, enkele eeuwen geleden. De openingsscene van Shakespeare's 'Hamlet' is in de uitvoering van het Nationale Toneel in duister gehuld ...

In het rauwe Denemarken is het de gewoonte een moord te wreken via een moord. Een ijzeren wet, een duidelijk richtsnoer, helder en uitvoerbaar. Het toepassen van geweld is dan ook geen probleem voor Hamlets toneelgenoten Laertes en Fortembras: zij doden de moordenaars van hun vader, waardoor zijzelf moordenaars zijn en daarmee, uiteindelijk, het doelwit voor wraak zullen vormen. In deze spiraal van geweld voelt Hamlet zich niet thuis, al weet hij verdomd goed dat hij geacht wordt de moord op zijn vader te wreken.

Hem wordt voorgehouden:

*'Weerspreek de hemel niet, dat doet alleen
het weke hart, de rusteloze ziel,
of de eenvoudige van geest.'*

Maar Hamlet twijfelt, aarzelt en tracht het probleem te omzeilen. Hij verschuilt zich liever in de coulissen van het leven, hopen dat hij geen keuze hoeft te maken. Boris Pasternak verwoordde Hamlets dilemma in een sonnet, waarvan hier de slotregels:

*Als het even kan, mijn God en Vader,
draagt Gij deze beker dan voorbij.*

*Ik houd van Uw ferm-omlijnde plannen
en ik neem ook die rol van U aan.
Doch een ander drama is begonnen,
wil mij ditmaal vrijuit laten gaan.*

*Doch de handelingen zijn verordend
en het eind ligt vast. Ik sta alleen -
in schijnheiligheid gaat alles onder.
Leven is geen wandeling langs alleëen.*

Het koninkrijk Denemarken gunt Hamlet niet de ruimte om te twijfelen. Daarom verschuilt Hamlet zich, behalve letterlijk in de coulissen, wanneer het hem zo uitkomt ook in de rol van geesteszieke. Immers, kun je een gek iets kwalijk nemen? Hij speelt de rol vol verve, geholpen door een ontembare woorden-

kracht. De kilo's ironie en sarcasme geven hem uiterst moderne allures. Maar die vorm van geestelijke maskerade verlost Hamlet niet van zijn lot. Hij moet kiezen.

In een wereld vol zekerheden is een twijfelaar uiterst fragiel. Maar Hamlet is niet de enige. Zijn spiegelbeeld is de mooie Ophelia, zijn geliefde. Waar Hamlet vernuftig, speels en ongrijpbaar is, deelt Ophelia alleen het kenmerk ongrijpbaarheid met hem. Vergeleken met hem is zij minder slim en vooral kwetsbaar. Hamlet houdt wel degelijk van haar, maar wijst haar af om zijn handen vrij te houden voor de klassieke wraakactie, de vergelding van de moord op zijn vader. Ophelia onderkent Hamlets verholten drijfveren niet. Daarvoor is ze te onschuldig. Want ook zij kent geen twijfel, in dit geval aan haar liefde voor Hamlet. Gezeten op het pluche van de schouwburgstoel, ziet de toeschouwer haar veranderen van een verliefde bakvis via de rol van afgewezen en geschoffeerde geliefde in een waanzinnige. Een waanzin die in tegenstelling tot Hamlet niet gefingeerd maar reëel is, gelouterd als zij is door de teleurstellingen van het leven. Plotseling verschijnt zij op het toneel terwijl ze uitsluitend nonsensrijmpjes en volksliedjes zingt. Losgezongen van haar omgeving, naar binnen gekeerd, prevelt zij ongerijmde taal. Taal die geen functie meer heeft. Flarden tekst, buitgemaakt op een bijna woordloze chaos.

De Russische dichter Georgij Ivanov erkende haar kwetsbaarheid, dromend over

*(...) Ophelia
in moerassige vuren, in bruiloftsrook.*

*Zij zwom als een spiraal van muziek,
spiegels toonden haar als droom,*

*als nimf was zij door vuurvliegen omgeven,
als bos rezen achter haar korenbloemen omhoog ...*

*... Hoe simpel om te lijden! Je kunt je ziel wegdoen,
en toch niet in staat zijn je droom weer te geven.
En wetend, dat achter je schouder de ondergang staat,
treuren over niemand, dromen over niets ...*

Dit kindvrouwje is het figuurlijke lichtpunt van de voorstelling. En de tragiek van Hamlet is dat hij te laat beseft dat liefde het leven draaglijk maakt. De tragiek van Ophelia: Ze neemt Hamlets liefde te serieus en kiest, na diens afwijzing, voor zelfmoord. Een dood door verdrinking.

In Ophelia's keuze vallen de twee componenten van wraak samen: moordenaar en slachtoffer zijn één. Helaas is het te laat. Het strijdtoneel is bezaaid met lijken.

Shakespeare schreef met 'Hamlet' een stuk over vertwijfeling en verdriet. Om Hamlet, als ironicus pur sang, valt veel te gniffelen. Bij Ophelia ligt dat anders. Haar willen wij knuffelen en troosten, indachtig de woorden die Shakespeare zelf schreef in 'As you like it': *'Love is merely a madness'*.

DE ARTS-PATIËNTRELATIE: CONFLICT OF HARMONIE?

Op naar een tweesporig tevredenheidsonderzoek

De kwaliteit van het geneeskundig handelen wordt slechts voor een deel bepaald door het medische resultaat ervan. De wijze waarop een arts de relatie met een patiënt gestalte geeft, is waarschijnlijk minstens zo belangrijk.

A. VAN DANTZIG EN J. VERHOEFF

Vroeger - toen alles nog goed was - had de dokter gezag. Dat kwam, zoals de dichter Greshof heeft uitgelegd, doordat hij geleerd was, en een notabele, net als de dominee en de notaris. We weten nu dat dit gezag niet (alleen) voortvloeide uit het vermogen zieken te genezen.

Als we de moderne geneeskunde wegdenken, blijft er niet veel heilzaams over voor de patiënt. Maar patiënten zijn angstig en klampen zich vast aan iedereen die aanbiedt hen te helpen. Dit is zeker het geval als de aanbieder in hoog aanzien staat, en dat stond de dokter. Pas als bleek dat deze niet kon helpen, ging men naar de volgende halte op de weg van de hoop: de kwakzalver. Maar de kwakzalver mocht toentertijd niet doen wat hij deed: de geneeskunde uitoefenen. Hij werd hoogstens gedoogd

omdat hij niet was uit te roeien, net als nu de marihuana.

JURIDISERING

Er is veel veranderd sinds die 'goede tijden'. De dokter heeft tegenwoordig veel minder gezag, net als alle andere autoriteiten die hun gezag hebben zien slinken onder de toenemende gelijkheid van alle burgers. Wat hij doet, wordt niet meer voetstoots aanvaard, maar op zijn merites beoordeeld, en als het de klant niet zint, kan hij naar de rechter gaan.

De rechter moet een aantal wetten toepassen waarmee de rechten van de cliënt ('patiënt' is een verouderd woord; de zieke ondergaat niet meer, maar koopt) zijn gewaarborgd. De dokter, en de instituties waar hij werkt, moeten daarom op hun tellen passen, waardoor er alweer een nieuw woord aan de Nederlandse taal is toegevoegd: 'defensieve geneeskunde'.

De meeste dokters vinden dit een betreurenswaardige ontwikkeling. Voor het merendeel van de artsen is de verhouding met hun patiënten er een van samenwerking, waarbij zij en hun patiënten een gemeenschappelijk probleem hebben: de beste oplossing vinden

sen en steeds meer een van strijdende partijen. Van die ontwikkeling kunnen we de onaangename consequenties zien in de Verenigde Staten, waar dokters snel een ongeluk voorbijrijden om aan de forensische gevolgen van hun hulpvaardigheid te ontkomen.

MONOPOLIEPOSITIE

De juridisering heeft voor de dokter dus twee onaangename gevolgen: zij brengt hem juridisch in gevaar en hij moet in een ander gevoelsklimaat werken dan waarvoor hij heeft gekozen.

Begrijp goed: het is een prima ontwikkeling dat de rechten van de cliënt worden beschermd, en in laatste instantie moet die cliënt zijn toevlucht kunnen nemen tot een macht waarvoor ook de dokter moet zwichten. Want hoezeer de dokter ook aan gezag mag hebben ingeboet, er is nog steeds een grote machtsongelijkheid in de relatie van de dokter en zijn patiënten.

Deze machtsongelijkheid berust niet zozeer op het maatschappelijk gezag van de dokter als wel op de monopoliepositie van de geneeskunde. Dit geldt niet voor alle geledingen van de geneeskunde even sterk.

Het geldt bijvoorbeeld minder voor de huisarts dan voor de in een ziekenhuis werkende specialist. Een patiënt kan relatief gemakkelijker van huisarts wisselen dan van specialist. Hierdoor is er sprake van een zekere marktwerking binnen het

huisartsenaanbod. Het lijkt daarom geen toeval dat in de opleiding tot huisarts aandacht wordt besteed aan medische psychologie, aan bejegening. Als de samenhang tussen keuzemogelijkheid en monopoliepositie inderdaad bestaat, kan men deze ook als volgt uitdrukken: door de keuzemogelijkheid van de cliënt heeft de huisarts niet langer het monopolie van het bepalen van de wijze waarop hij

Er is nog steeds een grote machtsongelijkheid

voor het probleem van de patiënt, van verkoudheid tot terminale kanker. De dokter ziet zichzelf daarbij als helper, bondgenoot, toeverlaat. Kortom: als van alles, behalve als partij in een geding.

De dokter betreurt de juridisering van de geneeskunde, omdat die de verstandhouding tussen hem en zijn patiënt in een andere sfeer brengt - steeds minder een sfeer van samenwerkende men-

de geneeskunde uitoefent. Doordat de cliënt van huisarts kan wisselen, wordt er druk uitgeoefend op de huisarts om geneeskunde niet alleen te definiëren als het streven naar genezing, maar ook als het scheppen van een klimaat waarin de patiënt zich veilig en vooral begrepen voelt. Uit onderzoek is immers gebleken dat tevredenheid over een behandeling vooral afhangt van de tevredenheid over de bejegening door de arts, meer nog dan van de uitkomst van de behandeling.

In geval van een ziekenhuisopname lijkt het zonder meer duidelijk dat een cliënt niet veel te kiezen heeft, en dat hij, eenmaal opgenomen, weinig te zeggen heeft over wie de behandelend arts wordt. Hier is sprake van een fundamentele machtsongelijkheid. Door het ontbreken van een keuzemogelijkheid, van een markt, is de cliënt overgeleverd aan het ziekenhuis en het daar werkende personeel. Wij kunnen door ons koopgedrag Albert Hein wel, maar het ziekenhuis niet dwingen tot het leveren van die kwaliteit waar we tevreden mee zijn. Het ontbreken van dat correctiemechanisme heeft de samenleving doen zoeken naar een andere manier om de positie van de cliënt te beschermen. Die is gevonden in de vorm van wetten, inclusief de negatieve gevolgen daarvan.

Voorkómen moet worden dat die wetten ons handelen gaan bepalen, dat we defensieve geneeskunde gaan bedrijven. We moeten ernaar streven een manier van werken te vinden die aan de wensen van de cliënt tegemoetkomt en die tegelijkertijd ons plezier in het werk instandhoudt. Want dat plezier wordt voor een groot deel bepaald door het gevoel van saamhorigheid met onze patiënten, van een goede verstandhouding.

AANSPORING

Het is jammer dat de wetten ons aan het denken hebben moeten zetten, dat we dat niet uit onszelf hebben gedaan. Maar dat is het gevaar voor de monopolist: hij wordt snel gemakzuchtig. Daarom is het nuttig dat die wetten ons vertellen dat de kwaliteit van ons werk beter kan. Want bij de kwaliteit van ons werk hoort ook dat onze patiënten tevreden zijn.

Het is in ons eigen belang en in het belang van onze patiënten dat het invoeren van de wetten voor patiëntenrechten niet leidt tot defensieve geneeskunde, maar een aansporing is tot het verbeteren van de kwaliteit van ons handelen. Die wetten zouden tot gevolg moeten

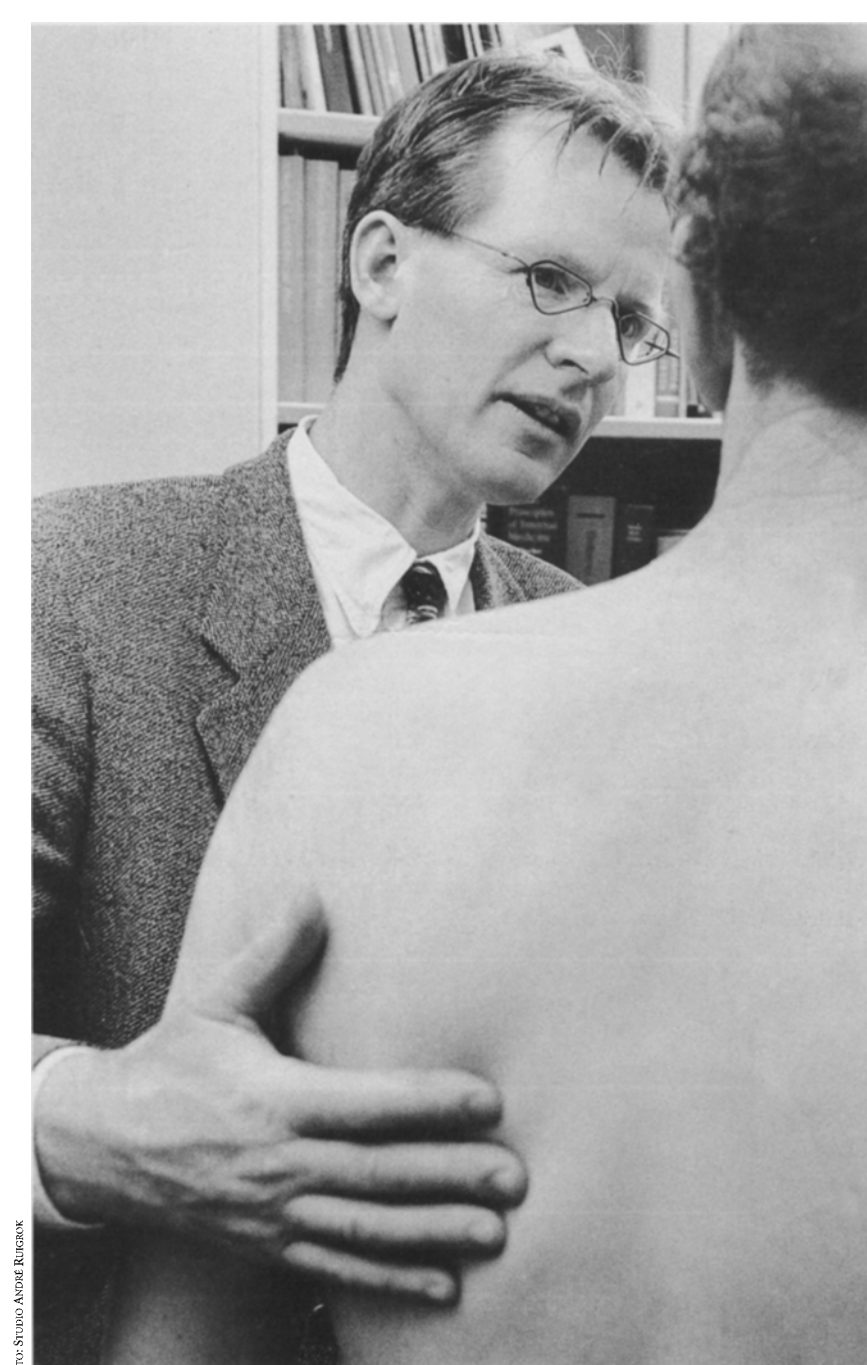


FOTO: STUDIO ANDRÉ RUIGROK

hebben dat zij niet hoeven te worden toegepast, omdat wij erop toezien dat de kwaliteit van ons handelen zodanig is dat er nauwelijks of geen aanleiding voor cliënten is om naar de rechter te gaan (wij spreken hier over redelijke cliënten, niet over querulanten). Dán werken we mee aan het doel van deze wetten: de emancipatie van de patiënt in de Nederlandse gezondheidszorg.

TEVREDENHEIDSONDERZOEK

Om een en ander te kunnen bewerkstelligen, zou er een permanent tevredenheidsonderzoek moeten worden ingevoerd.

Er is een toenemende bereidheid de kwaliteit van het door instellingen geleverde 'product' aan controle te onderwerpen. Meestal wordt daarmee echter de kwaliteit van het resultaat van geneeskundig handelen in engere zin bedoeld: is de patiënt genezen of niet, is het gestelde doel bereikt? Dit is natuurlijk ook uitermate belangrijk, want het is immers de reden waarvoor de cliënt bij de arts komt. Maar de tevredenheid van de cliënt hangt niet alleen af van de uitkomst van de behandeling, maar ook, zoals eerder gezegd, ten eerste van de bejegening door de arts. Willen we tevreden patiënten, dan zal ons kwali- >>

<< teitsonderzoek ook op die bejegening gericht moeten zijn. Een kwaliteitsbeleid moet tweesporig zijn. Het moet gericht zijn op enerzijds het medisch handelen en de uitkomsten daarvan en anderzijds op de bejegening tijdens de behandeling.

DE PRAKTIJK

Het klinkt allemaal eenvoudig, maar het instellen van zo'n onderzoek zal in de praktijk heel wat voeten in de aarde hebben.

In de eerste plaats kan een dergelijk systeem niet van bovenaf door een directie aan het personeel worden opgelegd. Het betrokken personeel zal moeten worden gemotiveerd om zich aan beoordelingen te willen blootstellen. Voor de patiënten zal er een duidelijke verklaring moeten komen over de doelstellingen van het onderzoek, zodat ook zij worden gemotiveerd om eraan mee te doen. Verder moet er goed worden nagedacht over de wijze waarop de uitkomsten van een dergelijk permanent onderzoek kunnen worden teruggekoppeld naar de instelling en het personeel. En, last but not least, de motieven die hebben geleid tot het instellen van het onderzoek moeten dermate expliciet worden gemaakt

dat zowel het personeel als de patiënten aanvoelen dat het hier in de eerste plaats niet gaat om het voorkomen van rechtszittingen - al is dat mooi meegenomen - maar om het tot stand brengen van goede geneeskunde. Want de geneeskunde bestaat niet alleen uit het genezen van mensen, maar ook uit het tonen van begrip voor de moeilijke situatie waarin die mensen, patiënten dus, verkeren. De angst voor de wet moge een stok achter de deur zijn, in de eerste plaats zou zo'n tevredenheidsonderzoek een uiting moeten zijn van het verlangen binnen de geneeskunde om 'geneeskunde' samen met de patiënt te definiëren als een samenwerking tussen twee gelijkwaardige partijen.

Artsen zouden geen machtsmonopolie moeten willen hebben, simpel omdat dat deze kwaliteit van het handelen vermindert. Dat wij ons daarmee misschien ook juridische overlast besparen, is slechts een plezierige bijkomstigheid.

UTOPIE?

Wij willen niet beweren dat er in Nederland niets aan kwaliteitscontrole wordt gedaan, integendeel. Maar meestal richten zulke onderzoeken zich in de eerste plaats op de uitkomsten van het medisch handelen en minder op de bejegening van patiënten door artsen. Daarnaast is het nog altijd een kwestie van de goede wil van een instelling of deze haar kwaliteit controleert of laat controleren.

Wij pleiten ervoor dat gecombineerd onderzoek naar zowel de kwaliteit van het medisch handelen als van de bejegening in de arts-patiëntrelatie een structureel onderdeel wordt van de activiteiten van alle instellingen in de gezondheidszorg.

Zulke plannen klinken al snel utopisch, maar dat weet je pas als het geprobeerd is. Begonnen zou kunnen worden met een experiment in één ziekenhuis, met als doel de mogelijkheden en moeilijkheden te onderzoeken. Als dat lukt, kunnen er andere instellingen bij het experiment worden betrokken. En dan gaat het niet alleen meer over ziekenhuizen, maar over alle instellingen die zich gedragen als zouden zij ergens het monopolie over hebben. Wij zouden er zo een aantal kunnen noemen. <<

A. van Dantzig,
psychiater en oud-hoogleraar in de psychotherapie

J. Verhoeff,
hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg

>> VELDWERK <<

De bijna-arts



Vanochtend belde een jongeman voor een spoedafpraak. Hij was hevig verontrust geraakt nadat hij, met de bloeddrukmeter van zijn moeder, bij zichzelf een waarde van 170 over 95 had gemeten. Toen mijn assistente daarover wat relativerends wilde opmerken, werd zij afgebluft met de mededeling: 'Hoe weet jij dat nou, ik ben over drie maanden zelf arts.' 's Middags tijdens het consult met de dokter in spe kreeg ik te horen dat hij behalve de verhoogde bloeddruk ook een snelle pols en druk op de borst had bemerkt. En desgevraagd gaf hij te kennen dat hij een pericarditis overwoog.

Ikzelf dacht meer aan een hartziektefobie, een aandoening die endemisch is these days. Maar bij het lichamelijk onderzoek mat ik een duidelijk te snelle polsfrequentie van 120 en voelde hij ook warm aan. Dat bracht me op een andere gedachte. Ik keek daarom in zijn keel, die vurig rood bleek te zijn, nam rectaal de temperatuur op, die 39.5 bedroeg, en daarmee was de diagnose rond. 'Je hebt griep', zei ik. 'Dat is een gezonde ziekte. Kruip lekker onder de wol en met viermaal daags 600 Ascal ben je over enkele dagen weer fit.'

'Wat een afgang voor die vent.' De assistente was daarin vrij duidelijk. Ikzelf moet bekennen dat ik er niet zo zeker van ben of ik als medisch student de diagnose 'griep' bij mezelf wel correct zou hebben gesteld. Want eenzijdige confrontatie met de ziekten van een tweede- en derdelijnsziekenhuispopulatie, een gebrek aan zelfstandige klinische ervaring en, niet te vergeten, het morbus candidatorum-fenomeen, kunnen het gezond verstand van bijna-artsen aardig ondermijnen. Dan kunnen de wildste diagnoses komen bovendrijven. Vooral als ze zelf klachten krijgen.

Maarten Cox

de huisarts

SAMENVATTING

- Onder invloed van de toenemende gelijkheid heeft de arts aan aanzien ingeboet en wordt hij gemakkelijker door zijn patiënten ter verantwoording geroepen. Daardoor wordt de verstandhouding van arts en patiënt meer en meer door wetten geregeld.
- De arts-patiëntverhouding dient er een van samenwerking te zijn, niet van strijd.
- Het is een taak van de geneeskunde te zorgen voor tevreden cliënten.
- De tevredenheid van cliënten hangt misschien nog meer af van de wijze waarop de arts hen bejegt dan van de uitkomst van het medisch handelen.
- Er zou een kwaliteitsbeheersing moeten komen in de vorm van een permanent tweesporig tevredenheidsonderzoek.

Dikke vrouwen



Meer dan de helft van de vrouwen op Curaçao heeft overgewicht. Een gezondheidsonderzoek, enige jaren geleden verricht onder de Curaçaose bevolking, maakte dat duidelijk. Ook zonder dat onderzoek zou je al vermoeden kunnen hebben dat het gros van de dames te stevig is. Als ik zo eens overzie hoe de gemiddelde omvang van de ons bezoekende vrouwen is dan moet ik vaststellen dat die aanzienlijk is. Het aantal met een gewicht van meer dan 100 kilo loopt in onze praktijk minstens in de tientallen, misschien zelfs wel in de honderdtallen. Het hoogste gewicht dat ik ooit heb vastgesteld, was 170 kilo. De weegschaal kon het amper meten. Het is duidelijk dat de medische opvattingen over vetzucht en die van de bevolking met elkaar op gespannen voet staan.

Curaçaose mannen houden van dikke vrouwen. Ik herinner me nog goed hoe ik in mijn beginperiode op Curaçao, in de eerste helft van de jaren zeventig, als aankomend assistent psychiatrie en niet zó mager, vele malen een huwelijksaanzoek kreeg in het Landspyschiatrisch ziekenhuis waar ik toen werkzaam was. Een stevige vrouw wordt mooi gevonden. Dikte is een teken van welstand. De met overgewicht samenhangende gezondheidsproblemen zijn talloos en komen frequent voor. Diabetes scoort het hoogst als meest voorkomende chronische aandoening en is zeker gerelateerd aan de adipositas. Suikerziekte wordt op de voet gevolgd door hypertensie, die op haar beurt ook weer

wordt bevorderd door overgewicht en vast en zeker ook door de voorliefde voor zout eten en gepekeld gerechten. Diabetes en hypertensie komen helaas nogal eens samen voor en de uitkomst van de optelsom is helaas groter dan twee. Slechte compliance doet nog een extra duikt in het zakje. Hoe vaak komt het niet voor dat een patiënt na een maand of wat weer op het spreekuur verschijnt en meldt dat de medicijnen net op zijn, terwijl de medicijnen, 'echt waar', elke dag zijn ingenomen. En dat terwijl er maar voor een maand medicatie was meegegeven. Logica in de strijd werpen helpt niet. De logica van de dokter en patiënt zijn gewoon niet dezelfde. En de patiënt wil de dokter graag *pleasen*. Nou ja, misschien is er niet helemaal elke dag een tablet ingenomen, krijg je

er na aandringen uit. 'Maar ik voelde niets bijzonders, dus misschien heb ik daarom af en toe een tablet overgeslagen. En de vorige keer heb ik zoveel tabletten gekregen, dat ze nú pas op zijn'. De patiënt heeft soms ook allerlei kruiden - yerba - gebruikt om de bloeddruk gunstig te beïnvloeden of om de diabetes te bestrijden. Komkommer en selderie moeten in dit verband worden genoemd, maar ook allerlei inheemse planten en vruchten dienen dit doel. Als late complicatie van diabetes worden relatief veel circulatiestoornissen in de benen gezien, die helaas in een hoog percentage hebben geleid tot amputaties. Een voetenpoli en de speciaal ingestelde spreekuren van een diabeteszuster van de wijkverpleging zullen hopelijk ertoe bijdragen dat deze complicatie geleidelijk aan zal teruglopen. Sinds kort houdt zo'n verpleegkundige ook spreekuur in onze praktijk.

Voedingsvoorlichting is natuurlijk ook onontbeerlijk. Wat dit betreft zitten we met een dilemma, want wat goed is voor de gezondheid smaakt niet en wat smaakt, is niet gezond. Mensen met weinig geld hebben gek genoeg vaak de neiging geen gezond voedsel te kopen, maar juist die dingen die ze beter kunnen laten staan: pasteitjes, kroketten, limonade. Rijst en foenchi (maïsmeel) zijn volksvoedsel nummer één en vaak ook de belangrijkste maagvullers. Als je weet dat de grootste groep patiënten in onze praktijk *onderstandstrekkers* zijn, in Nederland 'bijstandtrekkers' genoemd, dan wordt duidelijk dat de magen met name moeten worden gevuld met deze voedingsmiddelen. Ik herinner me een vrouw, jaren geleden, die een gewicht had van ruim 140 kilo. Ze moest in verband met haar gezondheid afvallen. Na aftrek van huur, kosten voor water en stroom en dergelijke bleef er voor consumptie voor haarzelf en haar dochtertje niet meer dan honderdennegentig gulden per maand over. Elke dag een bos warmoes (een bladgroente) en een sinaasappel zou al een kwart van het haar voor voeding beschikbare budget hebben betekend. Op de vraag aan de diëtiste of zij een geschikt dieet kon samenstellen voor het beschikbare geld, luidde haar antwoord dan ook: 'nee, dat is niet mogelijk'.

Hoewel dikte over het algemeen wordt gerelateerd aan welstand, aan een goed leven, heeft het zeker bij de groep mensen die ons bezoekt eerder te maken met een tekort als met een teveel aan beschikbare middelen.

Irene Braakman-Bonder,
huisarts te Curaçao



SPANNINGEN IN DE MEDISCHE STAF

Honorering, werklast en motivatie van medisch specialisten

Als onbillijk beschouwde inkomens- en werklastverschillen kunnen grote spanningen veroorzaken binnen medische staven. Met het Raveas-model kan met behulp van drie determinanten een evenwichtige verdeling worden bereikt.

MARLIES L.C. TELGENKAMP, SONJA C.A. DAMEN en ALPHONSE J.M. ROEX

Donderdag 8 april heeft minister Borst het eerste exemplaar in ontvangst genomen van het boek 'Honorering, werklast en motivatie van medisch specialisten in balans'.

Het boek belicht de honorering van vrijgevestigde medisch specialisten vanuit zowel een historisch als een toekomstig perspectief. Het laat zien dat het tegenwoordige honoreringssysteem veel spanningen binnen medische staven kan opleveren en de kwaliteit van zorg nadelig kan beïnvloeden. Specialist geven te kennen in 'dood tij' te zitten en gedemotiveerd te raken.

De spanningen worden vooral veroorzaakt door als onbillijk beschouwde onderlinge inkomens- en werklastverschillen.

HISTORIE EN ACHTERGRONDEN

We zullen kort ingaan op de historie en achtergronden van de honorering(sproblematiek) van medisch specialisten. Achtereenvolgens passeren het verrichtingensysteem, het Vijfpartijenakkoord en de regionale en lokale initiatieven de revue, waarna we belanden in het heden.

Verrichtingensysteem en Vijfpartijenakkoord

Al jaren probeert de overheid een maatschappelijk verantwoord evenwicht te vinden tussen het recht op gezondheidszorg aan de ene kant en het beteugelen van de hiermee gepaarde gaande kosten aan de andere kant.

Van de uitgaven binnen de gezondheidszorg nemen de ziekenhuizen een groot deel voor hun rekening. De vrijgevestigde medisch specialist verkeert in dit opzicht al jaren in een lastige positie: enerzijds is hij een belangrijke sleutelfiguur bij het in toom houden van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg, anderzijds is hij een vrijgevestigd ondernemer en is de hoogte van zijn inkomen direct gerelateerd aan zijn medisch handelen. Het verrichtingensysteem, waarbij de medisch specialist per verrichting een tarief in rekening kan brengen, heeft een kostenopdrijvend effect. Meer verrichtingen betekenen immers naast meer inkomen voor de medisch specialist ook hogere kosten voor de gezondheidszorg.

De overheid heeft op vele wijzen geprobeerd invloed te krijgen op de inkomens van medisch specialisten.¹ Tot begin jaren negentig heeft de beroepsgroep deze inmenging echter van zich af kunnen houden.

Met het sluiten van het Vijfpartijenakkoord (VPA) werd landelijk een uitgavenplafond (macrobudget) overeengekomen. Dit landelijke contract (1990-1992) tussen koepels van medisch specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars leidde echter niet tot de beoogde kostenbeheersing.² Tegen de verwachting in werd het VPA-macrobudget overschreden door een toenemend aantal verrichtingen. Wilde de medisch specialist immers dezelfde omzet behouden, dan moest hij daarvoor meer volume (meer verrichtingen) genereren om de gevolgen van de dreigende tariefkortingen te compenseren.

Na het aflopen van het Vijfpartijenakkoord had de overheid de wettelijke

mogelijkheid bij overschrijdingen van het macrobudget tariefkortingen toe te passen. Deze sanctiemogelijkheid paste zij ook daadwerkelijk toe. Daarmee ontstond een neerwaartse spiraal van op-eenvolgende tariefkortingen, toenemend wantrouwen, demotivatie en een afwevende houding van de specialist ten aanzien van gewenste zorginhoudelijke ontwikkelingen.

Regionale experimenten en lokale initiatieven

De landelijke patstelling tussen overheid en medisch specialisten werd doorbroken door de in 1995 regionaal en lokaal gesloten raamovereenkomsten tussen specialisten, ziekenhuisdirecties en verzekeraars.³ De vrijwaring van tariefkortingen maakte het voor medisch specialisten aantrekkelijk om aan deze zogenoemde lokale initiatieven deel te nemen. Vrijgevestigde medisch specialisten kregen een aanneemsom per jaar en verlieten 'noodgedwongen' het verrichtingensysteem.

Deze lokale initiatieven waren be-



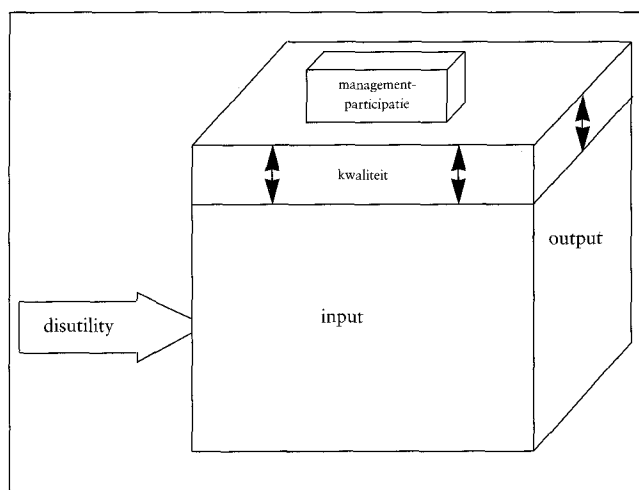
doeld als een tijdelijke oplossing voor de honoreringsproblematiek in afwachting van de producttypering, een nieuw financieringssysteem voor specialisten en ziekenhuizen.⁴ De invoering van producttypering bleek aanzienlijk langer te duren dan verwacht. Officieus zijn twijfels hoorbaar of het er ooit van komt. In eerste aanleg waren deze lokale initiatieven een goede, tijdelijke oplossing.⁵ Later kwamen echter de negatieve bijwerkingen van de lokale initiatieven aan het licht. Wegens het ontbreken van financiële prikkels in de aanneemsomsystematiek stagneerde bij menig ziekenhuis de productie en daarmee ook de groei van het ziekenhuisbudget. Ook nam de motivatie van de specialist af om meer en beter te presteren, zeker gezien de als zwaar en ongelijk ervaren werkbelasting. Voor de patiënt ontstond het risico van toegenomen wachtlijsten.

Waar het verlaten verrichtingssysteem te veel 'productieprikkels' bevat, kent de aanneemsomsystematiek kennelijk te weinig prikkels en dynamiek.⁶

Opmerkelijke verschillen

Door de lokale initiatieven is er voor het eerst meer inzicht in de inkomens van specialisten. De verschillen binnen een medische staf zijn opmerkelijk. De verhouding tussen het laagste en het hoogste nettowinsttaandeel per fulltime werkmate in hetzelfde ziekenhuis bedraagt een factor 2 tot 2,5. Werkbelasting, kwaliteit of andere determinanten kunnen deze verschillen niet verklaren. Dit roept gevoelens op van

Het Raveas-model brengt op basis van drie determinanten: input, disutility en output, balans in de onderlinge verdeling van beloning en werkbelasting.



onbillijkheid en onvrede. Gevoelens die nog versterkt worden wanneer de patiënt steeds nadrukkelijker vraagt om een intensieve samenwerking tussen verschillende specialismen.

De inkomensverhoudingen tussen maatschappen benadrukken de maatschapsstructuur. Deze structuur kan bemlemmend werken op het vormgeven van patiëntgerichte samenwerking van specialisten uit verschillende maatschappen. Dit heeft sommige medische staven ertoe gebracht om zelf tot een andere, meer rechtvaardige onderlinge inkomensverdeling te komen.⁷

ZOEKEN NAAR EVENWICHT

Op enkele plaatsen in ons land hebben specialisten plannen uitgewerkt om de als niet eerlijk ervaren verschillen in werklust en inkomen te verkleinen. Zo is het *disutility*-model ontwikkeld. Hierbij is slechts één determinant, de *disutility* (de feitelijke werkbelasting tijdens het doen van diensten), bepalend voor de inkomensverdeling. De invoering van dit model is een doorbraak gebleken op het gebied van de inkomensharmonisatie van medisch specialisten. Dit pioniersmodel werd echter bekritiseerd als 'te kort door de bocht': meer determinanten zouden moeten meetellen bij het onderling verdelen van de aanneemsom.

Als respons op deze kritiek hebben wij, samen met deskundigen op het gebied van beloningsvraagstukken, een uitgebreide harmonisatiemethodiek ontwikkeld: het 'inkomensdifferentiatie per specialist'-model. Hierbij bepalen vier determinanten, elk weer opgebouwd uit een aantal criteria en elementen, het honorarium van de individuele specialist. Deze determinanten zijn: de zwaarte van de functie, het afbreukrisico, de *disutility* en de prestatie. Dit in theorie geden beloningssysteem bleek in de praktijk een brug te ver te zijn. De bestaande inkomensverhoudingen zouden radicaal

veranderen en beloning op individueel niveau bleek nog niet opportuun.

HET RAVEAS-MODEL

Om de honorering, de werklust en de motivatie van medisch specialisten weer in evenwicht te brengen, hebben wij nu het Raveas-model ontwikkeld (Raveas = meer RAtionale VERdeling van de Aanneemsom van Specialisten)(zie de figuur).

Dit model is minder gedetailleerd dan het 'inkomensdifferentiatie per specialist'-model, maar houdt rekening met meer determinanten dan alleen *disutility*. Een werkbare tussenvorm, die op basis van input, *disutility* en output weer balans moet brengen in de onderlinge verdeling van beloning en werkbelasting.

Wij definiëren *input* als het aantal dagen dat de specialist daadwerkelijk beschikbaar is voor zijn werk. Hoeveel vakantie, congres- of nascholingsdagen en hoeveel vrije dagdelen heeft een maat? Zo bepalen we op hoofdlijnen of een specialist fulltime of parttime werkt. Hieraan koppelen we de hoogte van het honorarium.

Disutility definiëren we als het aantal uren dat een specialist lijfelijk in het ziekenhuis aanwezig is tijdens nacht- en weekenddiensten. Telefonisch verleende adviezen verdisconteren we niet; daarin voorziet het basishonorarium.

Voor de *output* wordt de productie van de betreffende maatschap vergeleken met een landelijke referentiegroep van tien even grote maatschappen van vakgenoten. Ook voor output geven we een norm aan, waarbij een basishonorarium hoort. Een veel hoger productiepatroon leidt tot een toeslag op het basishonorarium. Om de werklust in balans te brengen, is uitbreiding van de maatschap aangewezen als de mogelijkheden tot taakverlichting of delegeren van taken zijn benut en er efficiënt wordt gewerkt. Het omgekeerde geldt voor >>

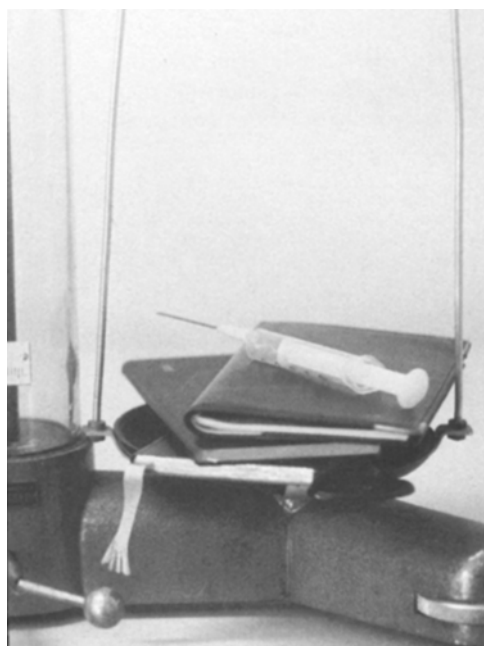


FOTO: LOEK ZUYDERDIN

<< een productie die bijvoorbeeld meer dan 20 procent onder de productienorm ligt. In dat geval wordt het basishonorarium verlaagd en vindt, zodra dit kan, inkrimping van de maatschap plaats.

Met deze drie determinanten kunnen werklust en honorarium geleidelijk in balans worden gebracht. Na inkrimping van de maatschap zal de productie per maat weer stijgen, met een toename van het honorarium per maat als gevolg. Een zogenoemde werklustmeting wordt door ons om praktische redenen van de hand gewezen.

Daarnaast biedt het Raveas-model de mogelijkheid tot financiële prikkels voor het uitvoeren van managementtaken en het meetbaar verbeteren van kwaliteit. Specialist die extra managementtaken uitvoeren, kunnen van het ziekenhuis een toelage ontvangen. Zo wordt integratie gestimuleerd. Tevens kan de medische staf op lokaal niveau

met de zorgverzekeraar onderhandelen over aantoonbare verbeteringen in de kwaliteit van de zorgverlening. Tot nu toe lag er immers op het gebied van kwaliteitszorg in de ziekenhuizen vooral de nadruk op de inspanningen en minder op het resultaat.

Wij pleiten er nadrukkelijk voor dat de verzekeraar bij een aantoonbare kwaliteitsverbetering kleur bekent. De behaalde besparingen moeten terug naar de zorg. Hiermee kunnen knelpunten worden opgelost, zoals het inzetten van extra mensen bij overbelaste vakgroepen of afdelingen. Deze kwaliteitsimpuls kan dus actief helpen bij het herstel van werklust- en honorarium- verhoudingen. Dit bevordert de motivatie. Zo worden verzekeraars gestimuleerd een actieve zorginhoudelijke rol te gaan spelen en daadwerkelijk een betrokken 'partner in zorg' te zijn.

Het model is flexibel naar plaats en naar tijd en kan naar believen verder worden uitgebouwd. Raveas is een ontwikkelmodel, dat in de praktijk zijn uiteindelijke waarde zal tonen.

Met de introductie van het Raveas-model doen wij een concreet voorstel om binnen medische staven weer de gewenste dynamiek te brengen om tot de noodzakelijke zorginhoudelijke innovatie te komen. Geharmoniseerde staven kunnen soepeler multidisciplinaire zorg bieden en een onafhankelijker medisch beleid voeren. Bovendien kunnen zij in de toekomst eenvoudiger overstappen naar elk nieuw honoreringssysteem.

GROEI PROCES

Wanneer een medische staf wil komen tot acceptatie van inkomens- en werklustharmonisatie, is een groeiproces naar onderling vertrouwen noodzakelijk. Dit kost de nodige moeite, waarbij een model slechts een hulpmiddel is. Het Raveas-model kan niet als een blauwdruk worden toegepast in ieder ziekenhuis. Duidelijk is dat de staf een ontwikkeling moet doormaken van vooral maatschapsgericht denken naar meer integraal denken op staf- en ziekenhuisniveau. Deze cultuuromslag kan worden gemaakt via actief communiceren in stafverband en via een proces waarbij de meerderheid moet worden overtuigd. Bij

de probleemanalyse en het zoeken van oplossingen moeten zoveel mogelijk specialisten worden betrokken. Het herhalen van de noodzaak van verandering is nodig. Een gemeenschappelijke visie op medisch-specialistische zorg blijkt dit proces te dragen en te schragen.

In het boek 'Honorering, werklust en motivatie van medisch specialisten in balans' wordt uitgebreid stilgestaan bij praktische ervaringen en leermomenten die zowel wij als diverse betrokkenen (medisch specialisten, ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars) hebben opgedaan. Er zijn verschillende succes- en faalfactoren die de voortgang van het proces bepalen. Zo geven alle betrokkenen aan dat een breed draagvlak voor de inkomensharmonisatie de belangrijkste succesfactor is. Het is een intensief groeien stoeiproces, waarbij een sterk beroep wordt gedaan op ieders inzet en betrokkenheid.

TOT SLOT

In dit artikel is in vogelvlucht de inhoud beschreven van het boek 'Honorering, werklust en motivatie van medisch specialisten in balans'. Beoogd is een leidraad te bieden bij het weer in balans brengen van de honorering, werklust én motivatie van specialisten. Hiertoe is een model ontwikkeld waarmee de huidige inkomens- en werklustverschillen die tussen specialisten bestaan verklaarbaarder worden. Zo kan weer de gewenste dynamiek binnen staven ontstaan om tot innovatie en een proactieve houding te komen.

Wij pretenderen niet 'hét recept' voor succes weer te geven. De lezer van ons boek worden enkele ingrediënten aangereikt waarmee de komende tijd goede lokale gerechten kunnen worden bereid waarvoor betrokkenen samen aan tafel kunnen gaan. <<

Het boek 'Honorering, werklust en motivatie', waarop dit artikel is gebaseerd, kan worden opgevraagd bij M. Kwak, secretariaat Berenschot Gezondheidszorg. Tel. 030- 2 916 916.

drs. Marlies L.C. Telgenkamp,
drs. Sonja C.A. Danen,
dr. Alphonse J.M. Roex,

Berenschot Gezondheidszorg te Utrecht, auteurs van het boek 'Honorering, werklust en motivatie van medisch specialisten in balans'.

SAMENVATTING

- *Het verrichtingsstelsel kan kostenopdrijvend werken. Meer verrichtingen betekenen naast meer inkomens voor de medisch specialist hogere gezondheidszorguitgaven.*
- *Het landelijk overeengekomen macrobudget werd overschreden door een toenemend aantal verrichtingen. De overheid reageerde hierop met tariefkortingen.*
- *Vanaf 1995 stapten vrijgevestigde specialisten massaal in regionale/ lokale initiatieven, waarin zij gevrijwaard werden van tariefkortingen en een vaste aanneemsom kregen.*
- *Deze initiatieven toonden opmerkelijke werklust- en inkomensverschillen aan tussen specialisten en specialismen, die tot wrevel en demotivatie leiden.*
- *Met het Raveas-model kan een medische staf met behulp van slechts drie determinanten tot een evenwichtige verdeling van inkomens- en werklustbelasting komen.*

Literatuur.

1. Scholten, GRMS. *De omsingeling van medisch specialisten*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
2. Kemenade YM van, Bakx KCNM. *Medisch specialisten gehonoreerd*. Utrecht: De Tijdstroom, 1996. ISBN 90-352-1612-1.2.
3. Roex AJM, Sindram JW. *Regio-experiment Noord-Holland Noord. De impasse doorbroken*. Medisch Contact 1995; 50: 247-8.
4. Baas LJC. *Productypting medisch-specialistische ziekenhuiszorg*. Medisch Contact 1996; 51: 356-8.
5. Niemoord-Buré CD, Rooij van PM, Avesaath LG van. *Specialisten gebudgetteerd!? De effecten van lokale initiatieven geïnventariseerd*. NZi, Utrecht, publikatienummer 196.1102. 1996.
6. Dijk P van, Minkman M, Mot E. *Financiële prikkels beïnvloeden handelen medisch specialist*. Medisch Contact 1998; 53: 1232-6.
7. Groeneweg EA, Brederveld C en Sturkenboom PM. *Vrijgevestigde specialisten harmoniseren werklust en inkomens*. Medisch Contact 1998; 53: 1043-7.

ALTERNATIEF VOOR DE PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

Gezondheidsconsulent als praktijkondersteuner

Het is niet mogelijk een praktijkverpleegkundige zonder veel extra ondersteuning in de praktijkorganisatie in te passen. Om met vrucht te kunnen delegeren, zodat de werklast van de huisarts afneemt, moet eerst zijn dagelijks handelen onder de loep worden genomen. Hebben de LHV en ZN dit gedaan voor zij de onderhandelingen ingingen over financiering van de praktijkverpleegkundige?

Op dit moment staat de introductie van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk hoog op de agenda van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Er is zelfs een overeenkomst gesloten met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de financiering ervan. De komst van de *practice nurse* wordt gepresenteerd als een oplossing voor de hoge werkdruk van huisartsen. Uit publicaties in onder andere Medisch Contact blijkt deze verlichting van de werkdruk echter geenszins!^{1,2} Er ontstaan juist extra problemen, bijvoorbeeld ten aanzien van de afstemming tussen de betrokkenen. Het is niet mogelijk een praktijkverpleegkundige zonder veel extra ondersteuning in de praktijkorganisatie in te passen.³ Over de taken die aan de praktijkverpleegkundige worden toebedeeld, heb ik mijn bedenkingen. Zo vraag ik mij af in hoeverre een en ander doordacht is. Met dit artikel wil ik bijdragen aan een nadere gedachtvorming over de inpassing van een *practice nurse* in de praktijk van de huisarts. Daarnaast doe ik aanbevelingen voor de aanwending van de overeengekomen extra financiering van de huisartsenzorg.

BEELDVORMING

Ik heb geconstateerd dat men in het algemeen de volgende taken aan de praktijkverpleegkundige wil toebedelen:

- huisbezoeken voor wondcontroles en injecties;
- routinebloeddruk- en bloedsuikermetingen en diabetesbegeleiding;
- routine-uitsrijkjes cervix (bevolkingsonderzoek);
- oren uitspuiten;
- hechtingen verwijderen en wondverzorging;
- wrattenbehandeling;
- voorlichting;
- biometriebepalingen (bijvoorbeeld bij cara).

Zelf zie ik de noodzaak van een verpleegkundige voor deze taken niet, omdat

mijn doktersassistentes deze al grotendeels voor hun rekening nemen. Voor die zaken waar dit nog niet het geval is, doorlopen ze momenteel een kort introductietraject. Natuurlijk is er wel een grens aan de tijd die de assistentes hiervoor beschikbaar hebben. Delegatie van deze taken geeft daarom hooguit een marginale werklastverlichting. De winst zit meer in een verbetering van de kwaliteit, zoals ook uit de literatuur blijkt.²

ANALYSE

Om met vrucht meer te kunnen delegeren, zodat de werklast lichter wordt, >>



FOTO: LOEK ZUYDERWIJN

<< moet eerst het dagelijks handelen van de huisarts onder de loep worden genomen. Ik vraag me af in hoeverre de LHV dit heeft gedaan voor zij de onderhandelingen met ZN inging.

Een analyse van mijn eigen situatie laat zien dat de toename van werk vooral wordt veroorzaakt door, inmiddels dagelijks, overleg met verzekeringsgeneeskundigen en de Riagg (die inmiddels een gigantische wachtlijst hanteert!) en door verzoeken om inlichtingen door advocaten. Daarnaast voert het groeiend aantal consulten per ziekte-episode en consulten die een preventieve achtergrond hebben of die zijn ingegeven door 'druk' vanuit de verzekeringsgeneeskunde de werklast op. Vóór de komst van de Dienstenstructuur in Rotterdam behoorden de diensten eveneens tot de belangrijkste oorzaken van de toename van de werkdruk. Op nascholingsbijeenkomsten hoor ik geluiden dat dit elders in Nederland ook het geval is.

Het verstrekken van inlichtingen kan ik niet zomaar aan een niet-medicus overlaten. Tijdswinst moet uit het werk in de spreekkamer worden gehaald.

Na evaluatie van mijn eigen praktijk blijken de volgende zaken mij het meeste werk op te leveren:

- eenoudergezinnen;
- keel-, neus-, oor- en andere luchtwegproblematiek;
- jonge ouders (met name Turken);
- slechte huisvesting;
- in het algemeen sociaal zwakkeren en allochtonen;
- overgewicht en rookgewoontes die tot klachten leiden.

OPLOSSING

Bij onderstaande oplossing is uitgegaan van een functionaris op HBO-niveau, passend binnen het kader van de overeenkomst tussen de LHV en ZN.

Om de stroom consulten die bovenstaande problemen genereren in te dammen, stel ik mij een functionaris voor, lijkend op de Engelse *health visitor*. Deze functionaris legt, op initiatief van en begeleid door mij of mijn assistente, huisbezoeken af bij gezinnen waar wij verwaarlozing, slechte hygiëne, mishandeling, slechte huisvesting en opvoedingsproblemen vermoeden en cara en keel-, neus- en oorklachten (rokende ouders?) constateren en verder bij al die

patiëntengroepen van waaruit een continue stroom hulpvragen richting dokter gaat.

Naast het afleggen van huisbezoeken zou zo'n 'gezondheidsconsulent' een eigen spreekuurfaciliteit moeten hebben, waar voorlichting en begeleiding verder gestalte kunnen krijgen. Met behulp van een dergelijke functionaris, die al een interventie kan plegen vóór een patiënt bij mij komt, hoop ik enerzijds mijzelf te ontlasten en anderzijds beter tegemoet te komen aan de hulpvragen van de patiënt. Ook kan de kwaliteit van de zorg hiermee worden verbeterd.

Ik zou deze faciliteit nadrukkelijk als onderdeel van mijn praktijk of (in de toekomst) van mijn 'huisartsen onder één dak' (HOED) willen profileren. Dat

*Alleen als het aantal consulten
bij de huisarts zelf
omlaag wordt gebracht,
is werkdrukvermindering
mogelijk*

wil onder andere zeggen dat ik nieuwe patiënten er bij intrede op zal wijzen dat ik deze faciliteit heb en dat ik van iemand die zich bij mij wil laten inschrijven, verwacht dat deze het gebruik van deze voorziening accepteert.

Een dergelijke taakverdeling leidt mijns inziens tot een werklasterlichting, maar ik zou deze bewering graag door middel van een onderzoek willen evalueren.

In een later stadium zou het takenpakket van de 'gezondheidsconsulent' verder kunnen worden uitgebreid naar bijvoorbeeld anticonceptiebegeleiding bij sociaal zwakkeren en recidiverende abortusklanten, tienerzwangerschappen, verslaafden en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, die vaak net iets meer hulp nodig hebben dan de huidige behandelkaders kunnen bieden.

Binnen een HOED-structuur zou een dergelijke functionaris, naast de al genoemde taken, een privaat aanbod kunnen doen aan de praktijkpopulatie dat, naar analogie van de *health-clinic* in Engeland, extra inkomen genereert voor de praktijk. Hierbij valt te denken aan:

- spreekuur voor overgewicht;
- cursus 'stoppen met roken';

- bedplasprogramma's (begeleiding en uitleg);
- preventieprogramma's (cholesterolpoli, prenatale tests, etc.).

Met het bovenstaande begeef ik me op het gebied van taakuitbreiding en blijf ik niet bij directe werklastermindering. Hoewel met een dergelijke uitbreiding van taken gezondheidswinst valt te behalen, moeten we ervoor waken dat het 'echte werk' in het geding komt door dit soort uitbreidingen.

KANTTEKENINGEN

Bovenstaande oplossing is ontleend aan een analyse van mijn eigen situatie. In andere praktijken is wellicht een ander takenpakket voor de praktijkverpleegkundige denkbaar. Uit het Gelders project blijkt dat uniformiteit in praktijkondersteuning niet gewenst is door de grote diversiteit aan knelpunten.³

Alleen als het aantal consulten bij de huisarts zelf omlaag wordt gebracht, is werkdrukvermindering mijns inziens mogelijk. Het is de vraag of dit kan, zelfs in de door mij geschetste oplossing met een 'gezondheidsconsulent'. Natuurlijk is het mogelijk activiteiten te delegeren aan een niet-medische functionaris. Het onderzoeken van en beslissen over de behandeling van patiënten blijven echter zaken die een arts zelf moet doen. Wellicht is het mogelijk hierbij basisartsen in te zetten. Door allerlei maatschappelijke trends zal de 'druk' op de dokter alleen maar toenemen, niet alleen door de groei van het aantal hulpvragen, maar ook door de toename van overlegsituaties met allerlei andere disciplines. Daarom wil ik de noodzaak van het opleiden van voldoende medici nog eens onderstrepen.

Daarnaast plaats ik een praktische kanttekening: Voordat de door mij geschetste 'gezondheidsconsulent' in mijn praktijk aan de slag kan, zal deze eerst adequaat moeten worden opgeleid. Ik denk aan iemand met een degelijke achtergrond op medisch gebied en op het terrein van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, met daarbij ervaring met bijvoorbeeld maatschappelijk werk en de vaardigheid om gestructureerde gesprekken te voeren. Van de gemiddelde verpleegkundige kan dit niet zomaar worden verwacht, hetgeen betekent dat het inzetten van een dergelijke functionaris tijd kost.

Verder onderstreept de komst van een praktijkverpleegkundige de noodzaak tot het werken met meer huisartsen onder één dak. In een solopraktijk is een praktijkverpleegkundige vaak niet goed inzetbaar, door ruimtegebrek enerzijds en te weinig werk anderzijds. Op dit moment werkt bijna de helft van alle huisartsen nog solistisch (NIVEL). Het realiseren van een HOED neemt meestal enkele jaren in beslag, waardoor het solistisch werken een niet te onderschatten obstakel vormt voor het inzetten van praktijkverpleegkundigen.

SAMENVATTING

- LHV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben een overeenkomst gesloten ter financiering van een praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk.
- Voordat een praktijkverpleegkundige kan worden ingezet, is eerst een degelijke analyse nodig om vast te stellen welke taken aan deze functionaris kunnen worden gedelegeerd.
- De resultaten van een dergelijke analyse zouden voor alle huisartsen beschikbaar moeten zijn.
- Het takenpakket van de praktijkverpleegkundige als 'gezondheidsconsulent' wordt beschreven en gepresenteerd als een mogelijke oplossing voor de toegenomen werkdruk in de stadspraktijk.
- Snelle introductie van de 'gezondheidsconsulent' op grote schaal lijkt niet mogelijk. In de 'diensten' is spoedige invoering van personele ondersteuning wel mogelijk. Geld, voortvloeiend uit de overeenkomst LHV-ZN, moet hiervoor kunnen worden ingezet.
- De komst van een praktijkverpleegkundige neemt de behoefte aan uitbreiding van het aantal huisartsen niet weg.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Op basis van de bovenstaande kanttekeningen ten aanzien van de termijn waarop een praktijkverpleegkundige in de dagelijkse praktijk kan worden ingezet en de infrastructurele onmogelijkheden, concludeer ik dat de intenties van de overeenkomst tussen LHV en ZN met betrekking tot het inzetten van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk op dit moment geen reële oplossing voor werkdrukvermindering bieden.
- In de genoemde overeenkomst valt op dat de werkdruk in de diensten (werk-tijden buiten kantooruren) buiten beeld blijft. Juist daarin is mijns inziens wel op korte termijn inzet van extra assistentie mogelijk, alsmede verlichting van de werkdruk die de betrokken huisartsen ervaren (het NIVEL is bezig met een studie in de Rotterdamse situatie om dit te staven).
- Gelden die beschikbaar zijn voor werkdrukvermindering moeten kunnen worden aangewend ter ondersteuning van het werk tijdens de 'diensten'.⁴
- Een degelijke analyse van wat in het dagelijks werk van de huisarts niet per se door de arts zelf hoeft te worden verricht, gaat vooraf aan de inzet van extra personeel. Indien deze analyse al gemaakt is, verdient het aanbeveling het resultaat hiervan onder alle huisartsen te verspreiden.
- De afstemming tussen de praktijkverpleegkundige en de doktersassistente vereist nadere aandacht.
- HOED-vorming moet voorafgaan aan het inzetten van praktijkverpleegkundigen, om deze zo volledig mogelijk te kunnen benutten. De nu vrijkomende gelden moeten hiervoor kunnen worden aangewend.
- De mogelijkheden om basisartsen in de huisartsenpraktijk in te zetten moeten nader worden onderzocht.
- Het blijft nodig de noodzaak tot uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen te benadrukken. <<

P.A. Muller,
huisarts te Rotterdam

>> ARTS & NET <<



OP DE HOOGTE VAN MEDICIJNEN

Veranderingen in de registratie van geneesmiddelen waren tot voor kort als eerste te lezen in de Staatscourant. Het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) breekt deze maand met die traditie. Nog voordat nieuw geregistreerde en uit de handel gehaalde medicijnen in de krant te lezen zijn, kan iedereen de veranderingen raadplegen op de site van de CBG.

Naast deze veranderingen biedt de pagina een keur aan andere informatie. Zo heeft het College vorige maand voor het eerst een beoordelingsrapport van een geneesmiddel openbaar gemaakt via Internet. Tot dan toe waren de gevens niet beschikbaar voor derden. Het rapport is een aanvulling op de informatie die in de bijsluiter staat en bevat een samenvatting van de belangrijkste gegevens uit het verrichte onderzoek bij mens en proefdier. Artsen kunnen de gegevens gebruiken bij het voorschrijven van medicijnen.

Het eerste beoordelingsrapport betreft rizatriptan, een nieuw middel tegen migraine. Dit is te vinden onder de link 'nieuws'. Het CBG verwacht dit jaar nog zo'n tien beoordelingsrapporten op zijn site te zetten. De beoordelingsrapporten van in Europees verband geregistreerde medicijnen staan op de website van het Europees Bureau ter beoordeling van geneesmiddelen (EMA). Deze is via de CBG-site te bereiken via de link 'andere sites'.

Het nieuwe streven van het CBG is het blauwe boekje, een lijst van alle farmaceutische producten die in Nederland in de handel toegestaan zijn, op Internet te plaatsen. Dat zal waarschijnlijk in de zomermaanden gebeuren.

www.cbg-meb.nl

Referenties/Noot

1. Schuller-Punt R, Delnoij DMJ. Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? *Medisch Contact* 1998; 53 (45): 1438-41.
2. Jenster MJE c.s. *TrioZorg. Experimentele samenwerking van huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige onderzocht*. Utrecht: NIZW, 1998. Bestelnr. E 32176, ISBN 90-9011642-7, tel. 030 - 2306607.
3. Vogel J. Betere ondersteuning van de praktijk vereist hulp van buiten. *De Huisarts in Nederland* 1998; nr. 12 (december): 6-10.
4. Als mede-initiator van en participant in de 'Dienstestructuur Rotterdam-Zuid' weet ik van nabij dat een goede dienstregeling op korte termijn is te realiseren. Financiering vanuit het fonds 'achterstandsgelden' maakte dit voor de betrokken artsen mogelijk. Zonder deze ondersteuning zouden de kosten per huisarts op een bedrag van rond de f 15.000,- neerkomen! (Dit staat uitbreiding met niet-achterstandsartsen in de weg.)

IS PREVENTIE MEER DAN WERKEN AAN BIJGELOOF?

Oratie prof. dr. Monique Frings-Dresen

Zonder last te hebben van bijgeloof hield prof. dr. Monique Frings-Dresen haar inaugurele rede op vrijdag de dertiende. Voor haar was dit een uitgelezen dag om uit de doeken te doen dat preventie géén bijgeloof is.



De arbeidsomstandigheden op de werkplek zijn niet meer te vergelijken met honderd jaar geleden. Er is veel veranderd en verbeterd. Toch is het aantal beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen nog aanzienlijk, niet alleen in Nederland maar in heel Europa. Het blijkt dat in Nederland een op de drie werknemers oftewel 1,7 miljoen mensen gezondheidsklachten hebben ten gevolge van werk. Veertig procent van de arbeidsongeschiktheid wordt in belangrijke mate door werk veroorzaakt. Oriëntatie op arbeidsgebonden aandoeningen is zodoende zowel uit arbeidsgezondheidskundig als uit volksgezondheidskundig oogpunt van toenemend belang.

Alvorens een overzicht te geven van het voorkomen van een aantal van deze aandoeningen wil ik aangeven wat het onderscheid is tussen beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen.

Een *beroepsziekte* wordt gedefinieerd als een klinisch waarneembare aandoening ten gevolge van blootstelling aan één bepaalde schadelijke factor op het werk. Voorbeelden hiervan zijn silicose (mijnwerkerslong) door steenstof, mesotheliom door asbest en slechthorendheid door lawaai. Kortom, het is een ziekte die in hoofdzaak door werk wordt veroorzaakt.

Het begrip *arbeidsgebonden aandoening* legt de nadruk op het feit dat een aandoening/ziekte door meerdere factoren, met name in, maar ook buiten het werk, wordt veroorzaakt. De oorzaak van de ziekte/aandoening is dus multifactorieel. Voorbeelden hiervan zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zoals lage rugklachten, nek-schouderklachten, overspannenheid, en chronische aspecifieke luchtwegaandoeningen. Om te spreken van een arbeidsgebonden aandoening wordt evenwel als voorwaarde gesteld dat de blootstelling in het werk

ten minste voor 50 procent moet hebben bijgedragen aan het ontstaan van de aandoening.

In feite vormen de termen 'beroepsziekte' en 'arbeidsgebonden aandoening' een glijdende schaal waarbij arbeid als oorzaak van de ziekte/aandoening bij beroepsziekten sterker is vertegenwoordigd dan bij arbeidsgebonden aandoeningen.

Arbeidsgebonden aandoeningen zijn niet statisch in de tijd. Een onderscheid kan worden gemaakt in zogenaamde oude arbeidsgebonden aandoeningen (scrotumkanker bij schoorsteenvegers, silicose bij mijnwerkers, lawaaidooftheid bij ketelmakers) en de zogenaamde 'nieuwe' aandoeningen (rugklachten, RSI, burnout, contactdermatitis, organisch psychosyndroom). Gegevens over het aantal en type arbeidsgebonden aandoeningen zijn en worden in Nederland niet systematisch geregistreerd en verzameld. Hier liggen diverse oorzaken aan ten grondslag. Enerzijds is er (nog) onvoldoende kennis en inzicht om arbeidsgebonden aandoeningen te kunnen vaststellen en anderzijds is geen goed registratiesysteem voorhanden. De verwachting is dat in de toekomst een beter beeld wordt verkregen van het voorkomen van arbeidsgebonden aandoeningen, aangezien het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 1995 aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten de opdracht heeft gegeven systematisch de arbeidsgebonden aandoeningen in Nederland te registreren en te verzamelen.

Het laatste goede nieuws op dit gebied is dat op 6 oktober 1998 de staatssecretaris heeft besloten een nota in te dienen voor wijziging van artikel 9 van de Arbo-wet ten aanzien van 'Melding ongevallen en beroepsziekten'. De tekst hiervan luidt: 'Indien is aangetoond dat een werknemer aan een beroepsziekte lijdt, doet de Arbo-dienst hiervan mede-

deling aan een door onze minister hier-toe aangewezen instelling. Het ligt in de rede dat het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten wordt aangewezen als bedoelde instelling. Dit betekent dat bedrijfsartsen het opsporen van arbeidsgebonden aandoeningen als hun primaire taak moeten gaan beschouwen.

Een positieve ontwikkeling in de geschiedenis van de arbeidsgesondheidszorg is dat per 1 januari 1998 *alle* werknemers in ons land zijn aangesloten bij een multidisciplinaire Arbo-dienst. Dit betekent dat elke werknemer nu zowel een bedrijfsarts als een huisarts heeft. Daarmee lopen wij internationaal voorop. Maar, noblesse oblige, zowel van de kant van de huisartsgeneeskunde als van de kant van de arbeids- en bedrijfs-geneeskunde zal verdere afstemming dienen plaats te vinden.

KENNIS

Het vaststellen van de blootstelling vindt plaats op basis van kwalitatieve of kwantitatieve gegevens. Voor *kwalitatieve* blootstellingsgegevens wordt doorgaans gebruikgemaakt van vragenlijsten of meningen van deskundigen. *Kwantitatieve* blootstellingsgegevens worden verkregen door vragenlijsten, observaties op de werkplek en directe meetmethoden (bijvoorbeeld hoekmetingen van rug tijdens werk). Vragenlijsten blijken voor dit doel onvoldoende valide te zijn zodat de voorkeur wordt gegeven aan observaties en directe metingen op de werkplek. Bij observaties op de werkplek wordt informatie verzameld over de intensiteit, de duur en de frequentie van blootstelling aan bepaalde factor(en) gedurende een werkdag. Voor etiologisch epidemiologisch onderzoek zijn dergelijke kwantitatieve blootstellingsmaten van groot belang. Op het gebied van de fysieke belasting zijn het registreren van houding en beweging observatietechnieken ontwikkeld die uiteenlopen van programma's op simpele zakcomputers tot geavanceerde optoelektrische apparatuur. Voor de Arbo-praktijk is dit vaak te high-tech, maar een must voor etiologisch onderzoek. Naast deze instrumentele ontwikkeling ontstaat steeds meer aandacht voor meetstrategieën. Hierbij wordt nagegaan hoeveel werknemers in het onderzoek betrokken dienen te worden en hoeveel herhaalde metingen per persoon noodzakelijk zijn voor een betrouwbare schatting van de blootstelling. Zo bleek uit onderzoek dat voor



***Veertig procent van de
arbeidsongeschiktheid
wordt door werk veroorzaakt***

FOTO: STUDIO ANDRÉ RUIGROK

meting van rughoudingen, gebruikmakend van observatietechnieken op de werkplek, tussen de tien en twintig werknemers betrokken moeten worden en dat per werknemer ongeveer zes observatieperioden van tien minuten nodig zijn om betrouwbare schatters van de gemiddelde blootstelling van een groep te verkrijgen. Dit is veel werk, maar het levert ook veel op! Op het gebied van de fysieke belasting heeft slechts ten aanzien van blootstellingsgegevens van rughoudingen bovengenoemd onderzoek plaatsgevonden. Kortom, er is nog een lange weg te gaan ...!

Naast blootstellingsparameters is het van belang om de aandoening/ziekte in relatie tot deze parameters valide en betrouwbaar vast te stellen. Dit lijkt evident, maar is in de praktijk van de arbeidsgesondheidskunde nog een witte vlek.

WAT IS BEKEND OVER RISICOFACTOREN?

Ik zal mij beperken tot aandoeningen aan het bewegingsapparaat, waarbij ook rekening wordt gehouden met psychosociale factoren. De oorzaak van aandoeningen aan het bewegingsapparaat is multicausaal, waardoor onderzoek naar de etiologie complex is. Twee lichaamsregio's springen ten aanzien van deze

klachten met name naar voren, namelijk klachten aan de lage rug en klachten aan de bovenste extremiteiten.

(Fysieke) risicofactoren in het werk die in relatie worden gebracht met lage-rugklachten/aandoeningen zijn tillen, dragen van lasten, duwen/trekken, ongunstige (statische) houding, draaien/voorover buigen, trillingen/schokken. Niet alleen fysieke factoren vergroten de kans op het krijgen van lage rugklachten; meer en meer komt uit onderzoek naar voren dat factoren als hoge werkdruk, weinig sociale ondersteuning, lage werktevredenheid en slechte werksfeer een belangrijke rol spelen.

Naast werkgebonden factoren wordt ook een aantal persoonsgebonden factoren genoemd zoals leeftijd, geslacht, geschiedenis van lage rugklachten en vrijetijdsbesteding. De studies echter op basis waarvan deze conclusies worden getrokken, zijn methodologisch van matige kwaliteit. Alleen voor tillen is voldoende *evidence* om een causale relatie te leggen met lage-rugklachten.

Doorgaans wordt ervan uitgegaan dat een hoge belasting door fysiek belastende factoren tot problemen leidt. Door veranderingen in techniek en werkorganisatie ligt evenwel een nieuwe factor op de loer, namelijk *te weinig* beweging in het werk.

>>

<< Klachten aan de bovenste extremiteit worden aangeduid als de toekomstige epidemie. Uit onderzoek komt naar voren dat het aantal klachten aan de bovenste extremiteit in Nederland toeneemt en een belangrijke reden voor verzuim en uitval is. De toename wordt geweten aan de veranderende aard van het werk, productie-organisaties en techniek, hetgeen repercussies heeft op het type belasting en het werktempo. Werkgebonden factoren die in dit verband worden genoemd, zijn langdurig in een gefixeerde houding werken, herhalende bewegingen en monotoon werk, grote krachtoefening met relatief kleine spiergroepen of mechanische compressie bij met name de handen, trillingen ten gevolge van het werken met trillend gereedschap, werken onder hoge tijdsdruk en weinig regel mogelijkheden in het werk. Ook voor deze aandoeningen geldt dat de *evidence* voor deze factoren in relatie tot de aandoeningen matig is.

AANDACHT

Gezien de omvang van het aantal klachten aan het bewegingsapparaat en van werkstress en de kosten die hiermee zijn gemoeid, is aandacht voor preventieactiviteiten meer dan noodzaak. Een extra stimulans is het stijgend aantal werknemers met een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat. Dit kan worden toegeschreven aan de demografische veranderingen in de samenleving en het toenemend aandeel chronisch zieken in de arbeidssituatie door de in beweging zijnde wet- en regelgeving. De vernieuwde wet- en regelgeving legt bij de werkgever een hoge druk voor het nemen van maatregelen ter behoud van werk en voor herintrede in werk. Door veel disciplines worden bij Arbo-diensten activiteiten en maatregelen uitgevoerd ter preventie van arbeidsgebonden aandoeningen, hetgeen in potentie veelbelovend lijkt voor de toekomst. Het beleid dat wordt gevoerd is echter (nog) niet erg doelgericht. De maatregelen die worden uitgevoerd, zijn gelegen in technische, organisatorische en individugerichte activiteiten. Voorbeelden hiervan zijn respectievelijk een luchtgeveerde stoel in de cabine van een vrachtwagenchauffeur, taakrotatie gedurende de dag en cursussen in het omgaan met stressvolle situaties.

Uit onderzoek komt naar voren dat

het aantal maatregelen op het gebied van lichamelijke belasting het hoogst is. Verandering in arbeid-rustverhouding is eveneens een veel gehanteerde maatregel. Daarnaast wordt gesuggereerd dat het doen van een dutje op het werk, ook wel *nap* genoemd, zeer effectief voor de productiviteit zou zijn.

Onderzoek naar de effectiviteit van al deze maatregelen op gezondheidsklachten is nog spaarzaam of methodologisch van matige kwaliteit. Het is zodoende van belang dat bij toekomstig interventieonderzoek aandacht wordt besteed aan de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek. Dit is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het uitvoeren van interventies in de arbeidsgezondheidskunde dient bij voorkeur plaats te vinden in *real life*, dus op de werkplek. Daarmee ontstaat tegelijkertijd een spanningsveld tussen wetenschap en praktijk. De methodiek die bij het uitvoeren van interventie onderzoek dient te worden gebezigd, is Randomized Controlled Trial (RCT). Dit geldt binnen de medische wetenschappen en gezondheidskunde als de gouden standaard voor effectiviteitsonderzoek. Binnen een RCT worden versturende variabelen onder controle gehouden. Dit is in de praktijk niet mogelijk en bovendien kunnen factoren die in laboratoriumsituatie als verstrend worden beschouwd, in de praktijk doorslaggevend zijn voor het bereiken van het effect. Kortom, ter preventie van het werken aan bijgeloof dienen we zodoende uit te zien naar andere mogelijkheden voor onderzoeksdiseins. Daarnaast is afstemming en samenwerking nodig tussen Arbo-diensten ook wel de academisering van Arbo-diensten genoemd. Op deze wijze kans kan theoriegestuurde kennis in de praktijk worden geïmplementeerd in de vorm van *evidence-based* preventie. Een uitdaging voor toekomstig onderzoek!

Een dutje op het werk effectief voor de productiviteit?

ONDERZOEK IN DE KOMENDE JAREN

Onderzoek zal worden uitgevoerd naar:
- effecten van handmatig duwen en trekken tijdens arbeid en van taakrotatie op de gezondheid. Onderzoek

hiernaar zal worden uitgevoerd in de gezondheidszorg, de transportsector en de afvalinzameling;

- cumulatie van vermoeidheid en onvoldoende herstel tijdens en na zowel fysieke en/of mentale arbeid als een risicofactor voor het krijgen van gezondheidsklachten op korte en/of lange termijn;
- 'biomarkers' voor rugklachten. De reden hiervoor is dat rugklachten ten gevolge van belasting voor het merendeel specifiek zijn en momenteel slechts door middel van subjectieve oordelen van de patiënt kunnen worden gekwantificeerd. Met behulp van biomarkers die specifiek zijn voor schadeprocessen, in dit geval van de rug, zouden reeds in een vroegtijdig stadium maatregelen kunnen worden getroffen ter preventie van klachten/aandoeningen. Dit type

onderzoek, dat zich bevindt op de scheidslijn tussen biochemie en arbeidsgezondheidskunde, geeft een natuurwetenschappelijke wending aan het onderzoek naar a-specifieke rugklachten; het is veelbelovend onderzoek dat met zorg dient te worden gekoesterd;

criteria waarvan de werkgerelateerdheid van de aandoening kan worden vastgesteld. Dergelijke criteria vormen het uitgangspunt voor tot de totstandkoming van richtlijnen en protocollen voor diagnosticering van arbeidsgebonden aandoeningen. De bedoeling is te starten met aandoeningen aan de bovenste extremiteit. Wanneer de arbeidsgebondenheid van de aandoening valide en betrouwbaar is vastgesteld, is de volgende stap het vaststellen van de beperkingen bij het uitvoeren van werk.

Speciaal aandachtspunt binnen het onderzoek vormt 'veroudering en werk'. Het belang van dit thema is gegeven door het demografische proces van ontgroening en vergrijzing onder de beroepsbevolking dat zich de komende jaren zal voortzetten. Arbeidsongeschiktheidscijfers laten zien dat het risico op uitval als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat toeneemt met de leeftijd. Ter reductie van de omvang van leeftijdgerelateerde gezondheidsproblematiek onder werknemers is het van belang dat dit zowel op de wetenschappelijke als op de politieke agenda staat. In vergelijking met andere landen zou

een extra stimulans vanuit de Nederlandse overheid ten aanzien van dit thema niet misplaatst zijn. Het onderzoek richt zich op interventies in de vorm van technologische vernieuwingen/veranderingen op de arbeidsgeschiktheid van de oudere werknemer.

BIJDRAGE AAN HET ONDERWIJS

Refererend aan het begin van mijn betoog, namelijk dat aandacht voor arbeidsgerelateerde problemen zowel vanuit arbeidsgezondheidskundig als vanuit volksgezondheidskundig oogpunt van toenemend belang is, is het noodzakelijk

dat in het medisch onderwijs dit vakgebied een prominente plaats krijgt. Voor medische disciplines inclusief de medische informatiekunde is het van belang om te worden onderwezen op de gezondheidsbedreigende en -bevorderende aspecten van het verrichten van arbeid. Daarnaast dient ook in het post-academisch onderwijs van diverse Arbo-professionals en in specialistenopleidingen (bijvoorbeeld huisartsen en revalidatieartsen) aandacht te worden besteed aan de reden waarom mensen een beroep doen op de gezondheidszorg. Dit kan gelegen zijn in werk als medeoor-

zaak van ziekte óf van nadelige gevolgen van een ziekte voor het verkrijgen of behouden van werk. De komende generatie van artsen zal in toenemende mate hiermee worden geconfronteerd. <<

Oratie dr. Monique Frings-Dresen, uitgesproken op vrijdag 13 november 1998. De volledige tekst van de oratie met bijbehorende literatuurreferenties kan worden opgevraagd bij: Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid ten aanzien van prof. dr. Monique Frings-Dresen, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Van het College ter beoordeling van geneesmiddelen

HET CBG EN HOMEOPATHIE

Recent werd in de media melding gemaakt van de ministeriële Regeling homeopathische farmaceutische producten, als nadere invulling van het gelijknamige Koninklijke Besluit dat op 29 december 1995 in het Staatsblad werd gepubliceerd. Sinds 1995 is het College ter beoordeling van geneesmiddelen belast met de beoordeling van homeopathische middelen, die tot dan toe wettelijk vrijgesteld waren van de plicht tot registratie. Hierdoor kunnen deze middelen, die in de maatschappij nu eenmaal een duidelijke plaats innemen, worden beoordeeld op veiligheid en constante farmaceutische kwaliteit.

In het Besluit homeopathische farmaceutische producten wordt onderscheid gemaakt tussen de homeopathische middelen die zonder indicatie, oraal of uitwendig toegediend, of in een hogere verdunding worden toegepast, en anderzijds de overige homeopathica die vooral als zelfzorgproducten in de handel zijn. De criteria voor de kwaliteit en de veiligheid voor de eerste groep waren bekend uit de Europese Richtlijn, die aan de registratie van homeopathica ten grondslag ligt en die in alle Europese lidstaten in de wetgeving is geïmplementeerd.

De beoordelingscriteria voor de tweede groep moesten nog worden vastgelegd, omdat de Europese Richtlijn voor onder andere middelen die met een indicatie op de markt zijn, geen nadere criteria noemt.

Voor het ministerie van VWS is steeds het uitgangspunt geweest dat door de beoordeling van het College een regulering van alle homeopathische middelen mogelijk wordt.

De hoofdpunten voor de registratie in de nu gepubliceerde Regeling zijn:

- Elk homeopathisch product zal van constante farmaceutische kwaliteit, en gegarandeerd onschadelijk moeten zijn.
- Er zal geen beoordeling plaatsvinden van de werkzaamheid van homeopathische middelen op de voor het College gebruikelijke wetenschappelijke wijze. Op

het etiket en in de bijsluiter van producten die onder de Regeling worden beoordeeld, wordt vermeld dat het College de werkzaamheid van homeopathische middelen niet met wetenschappelijke criteria heeft beoordeeld. Recente berichten in de media dat sinds kort het College zich wel met dit aspect gaat bezighouden, zijn dan ook onjuist.

- Homeopathische middelen die met een medische claim op de markt zijn, zijn echter niet uitgesloten van de plicht tot registratie. De fabrikant zal wat betreft de indicatie kunnen verwijzen naar acceptabele homeopathische literatuurreferenties. De Regeling staat dit toe. Dit zal echter in de informatie naar de patiënt toe niet mogen worden uitgelegd als een bewijs van werkzaamheid.
- Het College zal aandacht besteden aan de toelaatbaarheid van de gevoerde indicaties, met als criterium dat het homeopathisch middel veilig kan worden gebruikt bij de vermelde indicatie. Dit zal een ingrijpende verandering betekenen ten opzichte van de huidige situatie, waarin ongeregistreerde producten onverantwoord medische toepassingen kunnen claimen.
- Op het etiket zal een aantal wettelijk voorgeschreven waarschuwingen en aanwijzingen worden vermeld en de producten die onder de Regeling worden beoordeeld, zullen alle een bijsluiter krijgen waarin die informatie wordt vastgelegd waarop het homeopathisch middel aanspraak kan maken.
- Homeopathische middelen hebben tot 2001 de gelegenheid om zich aan deze nieuwe regels voor beoordeling aan te passen. Als men dan niet aan de in de regeling geformuleerde eisen kan voldoen, mogen deze producten niet langer worden afgeleverd.
- Homeopathische middelen zullen na registratie in een apart register worden ondergebracht, wat is te raadplegen op de website van het CBG: [//www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl)

J.F.F. Lekkerkerker

E. van Galen

KWALITEITSIMPULS OP AFSTAND

Maastrichts chirurgenteam naar Suriname

Bij gebrek aan faciliteiten in eigen land kwamen Surinaamse hartpatiënten voor een chirurgische ingreep tot voor kort naar Nederland. Een samenwerkingsovereenkomst tussen een Surinaams, een Duits en een Nederlands ziekenhuis maakt het nu mogelijk dat Surinaamse patiënten in eigen land geholpen worden.

ROBERT CROMMENTUYN

Een hartchirurg, een cardioloog, een anesthesist, een perfusionist, zes verpleegkundigen en een arts-assistent. Afgelopen dinsdag vertrok dit elfkoppige team van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) naar Suriname. De komende drie weken zullen zij in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) een groot aantal dotterbehandelingen en bypass- en hartklepoperaties uitvoeren. De reis maakt deel uit van een overeenkomst tussen het AZM, het AZP en het universiteitsziekenhuis Bergmannsheil uit het Duitse Bochum, die gedurende drie jaar voorziet in vier hartchirurgische missies per jaar.

OMGEKEERDE REISROUTE

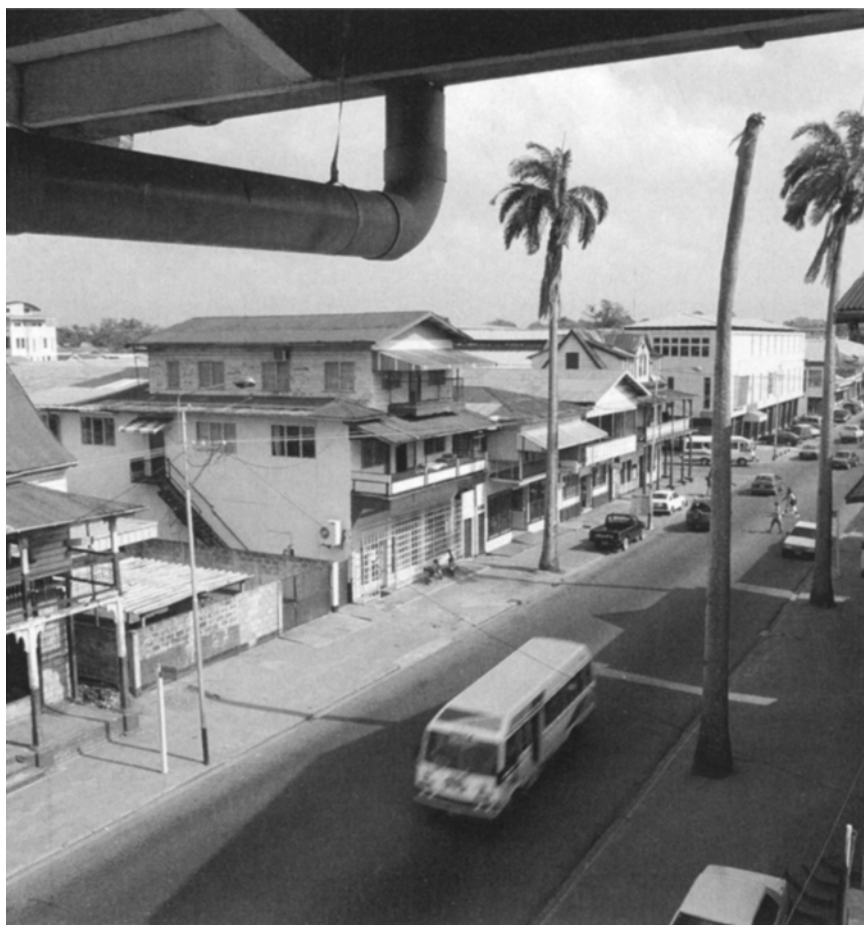
Dat Nederlandse chirurgen op deze schaal naar Suriname gaan, is nieuw. Meestal is de reisroute namelijk omge-

keerd. Sinds jaar en dag komen Surinaamse patiënten voor complexe medische ingrepen naar Nederland, de meesten in het kader van de Regeling Laagfrequente Aandoeningen (RLA). Deze regeling houdt in dat ernstig zieke Surinamers in Nederland worden behandeld ten laste van de Nederlandse begroting voor ontwikkelingssamenwerking. Door politieke ontwikkelingen is de RLA echter onder druk komen te staan. Onder andere door de aanklacht wegens drugsmokkel tegen oud-legerleider Bouterse is de relatie tussen Nederland en Suriname in de afgelopen jaren verslechterd. Zo vindt sinds 1997 tussen beide landen geen beleidsoverleg meer plaats over de besteding van de ontwikkelingsgelden en heeft de Nederlandse regering een stop afgekondigd op de financiering van nieuwe projecten. Hoewel de RLA voorlopig op humanitaire gronden wordt voortgezet, vrezen betrokken medici dat er op termijn een eind komt aan de regeling.

Die vrees bestaat ook bij R. Parmessar, algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP). Parmessar schreef daarom eind 1997 een brief aan de Utrechtse cardioloog prof. E. Robles de Medina. Hij stelde daarin voor een commissie te vormen die de mogelijkheid van open-hartchirurgie in het AZP moest onderzoeken. De mogelijkheid van hartchirurgie in Suriname zou een oplossing bieden voor ongeveer eenderde van alle RLA-patiënten.

Een van de leden van de commissie was de Maastrichtse cardiopulmonaal chirurg dr. Gijs Geskes: 'Er bestaat al sinds lang een formeel samenwerkingsverband tussen het AZP en het Academisch Ziekenhuis Maastricht, van daar dat ik werd gevraagd deel te nemen.'

In oktober vorig jaar presenteerde de commissie het rapport 'Hartchirurgie en interventiecardiologie in Suriname'. Daarin worden drie scenario's onderzocht: voortzetting van het beleid om alle cardiologische patiënten in Nederland te behandelen; het opzetten van een volledig hartcentrum met vaste staf in Paramaribo, en een combinatie van beide, waarbij er een infrastructuur in Suriname wordt opgezet, operaties door



Paramaribo

FOTO: GEORGE MULLERING



Academisch
Ziekenhuis
Paramaribo

bezoekende teams worden uitgevoerd en de complexe patiënten in Nederland worden behandeld. De conclusie luidde dat de laatste optie de voorkeur verdiende. Geskes: 'Aan de behandeling van de patiënten in Nederland zijn belangrijke nadelen verbonden. Op de eerste plaats is het de duurste optie. Hierdoor kan de neiging ontstaan om patiënten zo laat mogelijk te behandelen. Bovendien is er op deze manier geen enkele spin-off van medisch-technische kennis.'

Ook de tweede optie kent nadelen. Geskes: 'Indien in Suriname een zelfstandig centrum wordt gerealiseerd zijn daaraan natuurlijk grote voordelen verbonden. Het is voor de patiënten aantrekkelijk om in de eigen omgeving te worden behandeld en ze kunnen eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen. Belangrijk is ook dat Suriname op deze wijze belangrijke medisch-technische kennis en ervaring opdoet. Echter, het aantal patiënten dat op basis van het bevolkingsaantal mag worden verwacht, is te gering om een dergelijke voorziening redelijkerwijs rendabel te maken. Er zijn immers behoorlijke investeringen nodig in personeel, technische faciliteiten en management. Vandaar dat de laatste optie - een eigen infrastructuur en bezoekende teams - als meest gewenste uit de bus is gekomen.'

INSTEMMING

Die conclusie is met instemming begroet door het AZP, het AZM en door universiteitsziekenhuis Bergmannsheil uit het Duitse Bochum. Dit laatste ziekenhuis raakte bij het project betrokken door de inspanningen van de hartchirurg dr. Krishna Khargi. Deze in Suriname geboren Nederlandse chirurg wist op persoonlijke titel zijn ziekenhuis enthousiast te maken voor het project. Een team van het Duitse ziekenhuis ging in december vorig jaar al naar Suriname. Om operaties te verrichten, maar ook als test voor de haalbaarheid van het project. Geskes: 'Zij hebben aangetoond dat het technisch en praktisch mogelijk is.'

Het succes van die eerste onderneming heeft de partijen ertoe aangezet op de ingeslagen weg verder te gaan. Dit

betekende onder meer een forse investering voor het Surinaamse ziekenhuis. Geskes: 'Het Duitse team gebruikte de eigen spullen en nam die ook weer mee terug. Het AZP heeft nu alle benodigde apparatuur (deels tweedehands) zelf aangeschaft, waaronder de dure doch onmisbare hart-longmachine, bewakingsapparatuur en specialistisch instrumentarium. Het belangrijkste is nog wel dat er in november een katheterisatiekamer is geopend. Dat betekent dat cardiologen in Suriname nu zelf invasief onderzoek kunnen doen en operatie-indicaties kunnen stellen, iets wat voordien niet kon.'

Na het Duitse bezoek is het nu dus de beurt aan de Maastrichtenaren. Hoewel het om ingrepen gaat die min of meer tot de routine behoren, belooft het hard werken te worden voor de elf deelnemers. Geskes: 'In Nederland heb je voldoende rust tussen de diensten. Daar ben ik de enige chirurg, ik moet dus continu draaien. Ook de intensive-careverpleegkundigen hebben het drukker dan in Nederland, die moeten met z'n drieën de Intensive Care vierentwintig uur per dag bemannen en draaien diensten van twaalf uur.'

Desondanks verwacht Geskes geen speciale problemen: 'De faciliteiten in Paramaribo zijn misschien een ietsje minder dan we gewend zijn en we zijn meer op onszelf aangewezen. Daar staat tegenover dat de afwezigheid van een taalbarrière een niet te onderschatten voordeel is. Bovendien hebben de afgelopen vier weken twee operatieverpleegkundigen en drie IC-verpleegkundigen uit Suriname bij ons stage gelopen. Die staan er straks ook weer, zijn goed voorbereid en kennen ons.'

IMPULS

De organisatorische en financiële consequenties van het project voor het AZM zijn beperkt. Het Maastrichtse ziekenhuis neemt alleen de personeelskosten van de eigen mensen voor zijn rekening. Dat het AZM zijn personeel drie weken moet missen, is evenmin een probleem volgens Geskes: 'Er zijn natuurlijk wel eens vaker mensen weg. We hebben hier

een team van vijf chirurgen. Het werk van vijf wordt tijdens onze afwezigheid gedaan door vier chirurgen, dat is goed haalbaar. Dat neemt niet weg dat we natuurlijk niet om de haverklap naar Suriname kunnen. We hebben tweemaal per jaar als maximum gesteld. Bochum gaat ook twee keer, in totaal zijn er dus vier missies per jaar.'

Of dat voldoende is om alle Surinaamse hartpatiënten te helpen is nog onbekend. Geskes: 'We hebben cijfers van het aantal RLA-patiënten, maar verwacht mag worden dat door dit project het aantal patiënten zal toenemen. Waarschijnlijk was er tot nog toe sprake van onderbehandeling: de drempel voor de RLA was erg hoog en mensen met minder ernstige klachten werden niet aangemeld.' De verbeterde voorziening is volgens Geskes vooral van belang voor de Hindoestaanse bevolkingsgroep in Suriname, omdat hart- en vaatziekten bij hen veel voorkomen.

Ondertussen vergt de komst van buitenlandse operatieteams veel van het AZP, zowel financieel als organisatorisch. Geskes: 'Wij bezetten immers drie weken lang een operatiekamer en verschillende IC-bedden, dat betekent dat de andere afdelingen moeten inschikken.' Maar volgens de chirurg wegen de voordelen voor het AZP op tegen de nadelen. Geskes: 'De motivatie om dit te doen is er in Suriname. Door de introductie van hoogwaardige medische technologie wil men het AZP naar een hoger niveau tillen. En dat kan ook, een voorbeeld is de komst van de katheterisatiekamer. Maar ook de Intensive Care en de operatiekamer krijgen een impuls, en daarmee het hele ziekenhuis.' Om de kennisoverdracht verder te bevorderen, zullen de Maastrichtenaren ook *bedside teaching* verzorgen, met name voor het ondersteunende personeel.

Overigens vinden de betrokken ziekenhuizen dat het project zou moeten worden bekostigd uit gelden die anders voor de RLA zouden zijn bestemd. Volgens Geskes is ook de Nederlandse ambassadeur in Suriname die mening toegegaan. Bij Ontwikkelingssamenwerking willen ze er echter voorlopig niet van weten. Een woordvoerder van het ministerie van Buitenlandse Zaken: 'Er is een stop op nieuwe projecten en daar komt pas verandering in als het beleidsoverleg tussen Nederland en Suriname weer op gang is gekomen. Pas dan zou de financiering van dit project op de agenda kunnen komen.' <<

APRIL

- 19-20 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Blok cursus 'Psychosociale klachten. Een cursus over patiënten met spanning, angst, slapeloosheid en chronisch klaaggedrag'. Inlichtingen: CAR Nascholing, tel. 010 220 0235.
- 20 Zeist. Erasmus - Orde Medisch Management Programma 'Kantelen, hoe werkt het echt?' Doelgroep: leden van stafbesturen, maatschaps-vertegenwoordigers, voorzitters van staf- en ziekenhuiscommissies en individuele specialisten. Inlichtingen: Orde van Medisch Specialisten, mw. A. van Amerongen-Brouwer, tel. 030 282 3290 (ma/do).
- 21 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Helder water voor de dokter: urineweginfecties in de huisartspraktijk'. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus (CAR), tel. 010 220 0235.
- 21 Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaal-nascholingscursus 'Oncologie bij de hoogbejaarde patiënt; wat te doen? wat te laten!' Doelgroepen: huisartsen, verpleeghuisartsen, en klinisch geriateren. Inlichtingen: mw. B. Rissenbeek/J. Müskens tel. 024 361 7688/9007.
- 21 Hilversum, Hotel Lapershoek. Studiedag 'Knelpunten rond het medisch dossier. Van zorginhoudelijk naar juridische status?': zie *Uitgelicht*.
- 22 Utrecht, Groene Collegezaal Universiteit Utrecht. PAOH-Stratenum-Cursus 'Utrechtse Diabetesdag'. Inlichtingen: Erik Sickmann, tel. 033 422 9998.
- 22 Rijckholt, Kasteel Rijckholt. Symposium 'Recht op lust versus intimiteit'. Doelgroep: seksuologen, urologen, gynaecologen en huisartsen. Inlichtingen: mw. H. van Slijpe, secretariaat Seksuologie AZM, tel. 043 387 5698.
- 22 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Rugklachten in de huisartsenpraktijk'. Inlichtingen: CAR Nascholing, tel. 010 220 0235.
- 23 Utrecht, Domus Medica. Cursus 'Doping in de artspraktijk', georganiseerd door de Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde (SOS). Doelgroep: artsen en specialisten met interesse in sportgeneeskunde. Inlichtingen: SOS-secretariaat, tel. 030 288 6763.
- 23 Ede, De Reehorst. Symposium 'Obstipatie bij het jonge kind' Doelgroep: CB-artsen, kinderartsen, wijkverpleegkundigen en geïnteresseerden. Inlichtingen: Seinen Congress Event Management, mw. Seinen, tel. 0345 576 642.
- 23 Nijmegen, Katholieke Universiteit. PAOG-Heyendaal-cursus 'Toegangschirurgie voor fracturen aan de arm'. Doelgroep: chirurgen en orthopedisch chirurgen. Inlichtingen: mw. G. Willemsen, tel. 024 361 7051.
- 23 Hilversum, Hotel Lapershoek. Jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 'Informatietechnologie in de gezondheidszorg'. Inlichtingen: mr. W.P. Rijksen, 030 282 3382.

- 23 Utrecht, Gele Collegezaal Academisch Ziekenhuis. Studiedag 'Spina Bifida', georganiseerd door Stichting Samenwerkende Spina Bifida Werkgroepen. Doelgroep: iedereen die zich professioneel bezighoudt met de behandeling en begeleiding van patiënten met spina bifida. Inlichtingen: dr. R.H.J.M. Gooskens/mw. A.M.H. van der Avoort, tel. 030 688 6842 (tussen 18.00-20.00 uur).
- 24 Groningen, Academisch Ziekenhuis Groningen. Symposium 'The millennium of the lumbar spine'. Doelgroep: orthopedisch en neurochirurgen, orthopeden, radiologen, traumato-logen, neurologen en revalidatieartsen. Inlichtingen: Ch.L. Brugman, tel. 050 361 2745.
- 26 Nijmegen, Katholieke Universiteit. PAOG-Heyendaal-cursus 'Kinderen van A tot Z. Wat moet/kan ik met dat kind in de eerste lijn?' Avondcyclus: 26/04, 31/05, 30/08, 27/09, 25/10 en 29/11. Doelgroep: huisartsen. Inlichtingen: mw. G. Willemsen, tel. 024 361 7051.
- 28 Ede, De Reehorst. Symposium 'ADHD: from neuroscience to practice', georganiseerd door Congresbureau SCEM. Doelgroep: (kinder-)psychiaters, psychologen, neurologen, (school-)kinderartsen en allen die geïnteresseerd zijn in de wetenschappelijke achtergronden van ADHD. Inlichtingen: Congresbureau SCEM, tel. 0345 576 642.
- 29 Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaal-cursus 'Rondom de neus'. Doelgroep: KNO-artsen, mond-, kaak- en plastisch chirurgen. Inlichtingen: mw. G. Willemsen, tel. 024 361 7051.
- 29 Rotterdam, Congrescentrum Engels. Sympo-

Op 21 april organiseert de Koninklijke Vermande de studiemiddag 'Knelpunten rond het medisch dossier. Van zorginhoudelijk naar juridisch dossier?'

De Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) schrijft voor dat de hulpverlener een dossier moet bijhouden. De rechtspraak leert dat in een aanzienlijk aantal gevallen aan de dossierplicht niet of niet voldoende wordt voldaan. Daarnaast rijzen vragen ten aanzien van het gebruik van medische dossiers in tuchtrechtelijke en civielrechtelijke procedures. Wanneer mag een nabestaande het dossier wel en wanneer niet inzien? Redenen om de problematiek van en rond het medisch dossier nader te bezien.

Sprekers zijn prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar Gezondheidsrecht Erasmus Universiteit Rotterdam, juridisch adviseur KNMG, mw. mr. dr. W.R. Kastelein, advocaat, mr. P.R. Wery, advocaat en prof. mr. dr. J.K.M. Gevers, hoogleraar Gezondheidsrecht Universiteit van Amsterdam.

Deze studiedag is bestemd voor management, hulpverleners en (juridisch) beleidsmedewerkers van ziekenhuizen en andere zorginstellingen en rechtshulpverleners.

Locatie: Hotel Lapershoek te Hilversum, van 14.00 tot 17.30 uur.

Kosten: f 595,- per persoon, exclusief btw, inclusief koffie/thee, aperitief en documentatie.

Inlichtingen: Vermande Studiedagen, 0320 237 721.

sium 'Regionale samenwerking in de zorg', georganiseerd door de symposiumcommissie van Faculteitsvereniging Beleid en Management Gezondheidszorg (FBMG). Doelgroep: zorgaanbieders en allen die betrokken zijn bij de regionale organisatie van de gezondheidszorg. Inlichtingen: FBMG, tel. 010 408 8570/8648.

MEI

- 10 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'Forensische geneeskunde'. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus (CAR), tel. 010-2200235.
- 19-21 Renesse, Slot Roermond. 'Warffum-cursus', georganiseerd door CAR Nascholing. Doelgroep: huisartsen. Inlichtingen: CAR Nascholing, tel. 010 220 0235.
- 20 Groningen, Academisch Ziekenhuis/GGD. Regionaal symposium KNMG-jubileum 'Chronisch ziek en gezonde zorg'. Doelgroep: artsen en geneeskunde studenten. Inlichtingen: KNMG, Marja de Kruijff, tel. 030 282 3391.
- 21 Noordwijk, Leeuwenhorst. Sportmedisch congres 'Bescherming en prestatie', georganiseerd door de Stichting Opleidingen in de Sportgeneeskunde (SOS). Doelgroep: artsen en specialisten met interesse in sportgeneeskunde. Inlichtingen: SOS, secretariaat, tel. 030 288 6763.
- 21 Leiden, Laboratorium voor Fysiologie. Cursus 'Erfelijke vormen van kanker', georganiseerd door de Boerhaave Commissie. Doelgroep: chirurgen, internisten, oncologen, gynaecologen, patholoog-anatomen en huisartsen (in opleiding). Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, mw. R.J. van Velzen, tel. 071 527 5292.
- 26-27 Leiden, Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg. Module 'Enuresisbegeleiding', georganiseerd door de Hogeschool Leiden. Doelgroep: verpleegkundigen/artsen/hulpverleners die te maken hebben met de begeleiding van ouders en kinderen met bedplasproblemen. Inlichtingen: Kwaliteitscentrum Gezondheidszorg, mw. C. Faber, tel. 071 517 2518.
- 27 Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum. 'Wetenschappelijke dag Landelijk Forum Medische Besliskunde'. Doelgroep: artsen, onderzoekers en andere belangstellenden. Inlichtingen: mw. S. Deurloo, tel. 010 408 7985.
- 27 Utrecht, Holiday Inn. Congres 'Regionale Zorgketens. Fusies en samenwerking in de transmurale zorg', georganiseerd door het Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid. Doelgroep: zorgverzekeraars, huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen. Inlichtingen: receptie Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid, tel. 040 297 4888.
- 27 Bilthoven, hotel Heidepark. Congres 'Werkgever, Arbeidsomstandigheden en Optimale reïntegratie', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum (NSC). Doelgroep: bedrijfs- en verzekeringsartsen, betrokkenen bij Arbo-diensten en management. Inlichtingen: NSC, mw. R. Kleijburg, tel. 010 207 3333.

Het spookbeeld van burnout

Roeland van Velzen, voorzitter LHV



De Arbeidsongeschiktheidsverzekeraars lieten ons eind vorig jaar fors schrikken met zeer aanzienlijke verhogingen van hun premies. Dat waren en zijn zorgwekkende berichten. Niet zozeer vanwege de financiële

kant ervan (hoewel niemand op een dergelijke lastenstijging zit te wachten), maar vooral vanwege de achtergronden en redenen. Duidelijk is dat het probleem van burnout steeds vaker in de spreekkamer voorkomt. En dan niet aan de overkant, maar aan onze zijde van het bureau. Onze beroepsgroep staat onder druk. Die druk wordt zo hoog dat een aantal collega's er niet meer tegen kan. In al die gevallen is sprake van een groot persoonlijk drama, waarbij personen, relaties en gezinnen vaak ernstig worden beschadigd. Al bij mijn aantreden als voorzitter heb ik beklemtoond dat een van mijn belangrijkste drijfveren is ervoor te zorgen dat de beroepsgroep het werk met plezier doet en kan blijven doen. Dat vergt een goede analyse, een actief beleid en een grondige aanpak.

De werkdruk in de huisartspraktijk is groot. Te groot, ervaren velen. Werkdruk wordt niet zozeer veroorzaakt door het aantal consulten en visites. De in cijfers vast te leggen werkbelasting is wat dat betreft een slechte graadmeter, hoewel ze aangeven dat de huisarts vandaag de dag meer werk moet verzetten dan een paar jaar terug. Veel erger is het gevoel je werk niet op een wijze te kunnen doen die je voldoening geeft. Het gevoel niet de kwaliteit te kunnen leveren die je zou willen. Het gevoel ook door anderen geleefd te worden. Analyses van burnout bij dokters bevestigen dit beeld. Wij herkennen het maar al te goed bij onze patiënten, maar hebben soms moeite het voor onszelf toe te geven. Welke conclusie moeten we hieruit trekken? De huidige organisatie van de huisartsenzorg is niet meer toereikend om de druk vanuit de samenleving te kunnen weerstaan. Dat geldt voor het werk tijdens de normale praktijken, maar ook heel nadrukkelijk daarbuiten. Wij zullen onze organisatie moeten aanpassen. De bedrijfsvoering overdag vereist een andere invulling. Welke taken doet de huisarts zelf, welke moet en kan hij of zij aan anderen overlaten? Op welke wijze kunnen we zorgen voor meer handen die het

meerdere werk op adequate wijze doen? Hoe kan informatisering en automatisering onnodige administratieve rompslomp tegengaan? Het LHV-beleid beoogt op deze vragen een antwoord te geven.

Onze plannen voor meer praktijkondersteuning, waarover we met overheid en verzekeraars overeenstemming bereikten, zijn een eerste stap in de richting van een oplossing. Organisatiedoorlichting, heldere afspraken, samenwerking, taakdelegatie, tijd en geld voor managementtaken en het beter bereiken van het gewenste kwaliteitsniveau zijn daarin speerpunten. Maar daarmee zijn we er nog niet. Onze leden geven duidelijk aan ook behoefte te hebben aan verandering van de organisatie van de huisartsenzorg buiten de praktijken. De diensten tijdens avonden, nachten en week-einden worden in toenemende mate als ernstig belastend ervaren. Op verschillende plaatsen in het land zijn initiatieven genomen om tot een nieuwe dienststructuur te komen. Opvallend is dat ook daarbij de kernbegrippen zijn: goede organisatie, heldere afspraken, samenwerking, taakdelegatie en een hoger kwaliteitsniveau. Op basis van de ervaringen die her en der zijn opgedaan zal de LHV voor de gehele beroepsgroep een beleid ontwikkelen om ook dit deel van de huisartsenzorg aan te passen

aan gewijzigde maatschappelijke omstandigheden. Nog dit najaar zullen aan onze Ledenvergadering concrete voorstellen worden voorgelegd. Een belangrijk punt is daarbij natuurlijk een adequate financiering.

De invoering van de praktijkondersteuning en een andere regeling van de diensten vertonen een opvallende overeenkomst. Huisartsen die ervaring hebben, zijn enthousiast. Zij ervaren een duidelijke vermindering van de werkdruk. En ze onderstrepen dat niet met een verwijzing naar het aantal uren, maar vooral naar tevredenheid, naar plezier in het werk.

Burnout is een spookbeeld in die zin dat het angstaanjagend is. Het is helaas geen spookbeeld in die zin dat het onrealistisch is. Daarom is er alle reden de aanval op dit spook in te zetten.

“Een groot persoonlijk drama”

KNMG

Koninklijke
Nederlandsche
Maatschappij tot
bevordering der
Geneeskunst
tel. 030-2823911
Dagelijks Bestuur
prof. dr. J.M.
Minderhoud, voorzitter
R.G.P. Hagenouw,
ondervoorzitter
Bureau
dr. P.J.J.M. van Loon,
algemeen directeur
dr. R.J.M. Dillmann,
arts, secretaris-
directeur
mr. W.P. Rijksen,
secretaris-jurist

LHV

Landelijke Huisartsen
Vereniging
R. van Velzen, voorzitter
drs. Chr.R.J. Laffr  e,
algemeen directeur
tel. 030-2823723

Orde

Orde van Medisch
Specialisten
F.B.M. Sanders,
voorzitter
P.A.W. Edgar, arts,
MBA, directeur
tel. 030-2823301

LAD

Landelijke vereniging
van Artsen in
Dienstverband
A.A.W. Kalis, voorzitter
mr. A.W.J.M. van
Bolderen, directeur
tel. 030-2823360

LVSG

Landelijke Vereniging
van Sociaal-
Geneeskundigen
prof. dr. H. Rengelink,
voorzitter
drs. B.H.J.M. Reerink,
directeur
tel. 030-2823208

KNMG EN FEDERATIEPARTNERS

Adres

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083

Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

Telefax

030 282 33 26

Algemene vragen?

030-2823911

Vragen over:

- de regionale structuur, 030 282 37 58
- medisch-ethische en juridische onderwerpen, 030 282 33 22/382
- studentenzaken, 030 282 37 58
- KNMG-uitgaven, 030 282 33 33
- het jubileum, 030 282 32 00

Andere vragen?

Dienst Communicatie, 030 282 32 01

KNMG-website: www.artsen.net, let op de jubileumsite van de KNMG.

KNMG Opleiding en Registratie

Dr. L.R. Kooij, secretaris-directeur

CHVG, CCMS, CSG

College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde
Centraal College Medische Specialismen
College voor Sociale Geneeskunde
Mr. J.C. de Hoog, secretaris
Mw. J.E.M. van Zantvoort, secretaresse
tel. 030 282 32 81

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
Dr. L.R. Kooij, algemeen secretaris
N.F. de Pijper, secretaris
Mw. drs. E.T. Wismeljer, chef de bureau
tel. 030 282 33 58

MSRC

Medisch Specialisten Registratie Commissie
Dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris
N.J.E.G. Kolkman, bureauhoofd
tel. 030 282 32 44

SGRC

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
Mw. mr. P.A. Hadders, secretaris
Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
tel. 030 282 32 77

Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris
Industrierondweg 16
8321 EB Urk, fax. 0527 68 68 33

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, tel. 030 282 33 71
SWG Werving en Selectie, tel. 030 282 37 60
SWG Vacaturetelefoon, tel. 030 282 33 07 (opgeven van vacatures)
tel. 0900 404 03 40 (beluisteren van vacatures)

LAD-ORIËNTATIECURSUS 'ARTS & ORGANISATIE'

Inschrijving geopend

LAD

In de hedendaagse gezondheidszorg hebben artsen met veel meer dan de beroepsinhoudelijke kanten van hun vak te maken. Uw inbreng is ook vereist bij het analyseren en vinden van oplossingen voor een groot aantal problemen daaromheen.

Artsen worden 'gedwongen' mee te denken over vraagstukken met betrekking tot optimale invulling van het budget, doorvoeren van efficiëncymaatregelen, uitstel van aanschaf van apparatuur, rooster- en personeelsproblematiek, fusies en reorganisaties, multidisciplinaire samenwerking, toepassing van selectiemechanismen met betrekking tot gezondheidszorg

in twee blokken van tweemaal twee dagen. Naast ruime aandacht voor de (basis)theorie in plenaire sessies, wordt veel tijd besteed aan oefeningen in groepsverband.

'Arts & Organisatie' beoogt inzicht te geven in het:

- * functioneren van organisaties: structuren en processen;
- * gebruik van sterkte/zwakte-analyses: mogelijkheden en beperkingen;
- * ontwikkelen van strategie: uitzetten van de route naar het doel.

De cursus wordt gegeven door mw. drs. A.M. Zeeuwen. Zij heeft

dagen aanbiedt voor f 2.145,-.

Niet-leden betalen f 2.480,-. Alle bedragen zijn inclusief syllabi, overnachtingen op éénpersoonskamers, maaltijden, koffie en thee, en dergelijke.

Aanmeldingen worden op volgorde van binnenkomst gehonoreerd. Inschrijving is definitief na ontvangst van het verschuldigde bedrag. Tijdig zal worden verzocht voor betaling zorg te dragen.

Aan de cursus kunnen maximaal 14 artsen deelnemen. LAD-leden hebben voorrang bij deelname. De cursus vindt doorgang bij minimaal 12 cursisten. Dit aantal dient op 31 juli 1999 te zijn bereikt.



... Uitzetten van route naar doel ...

bij beperkte middelen, enzovoort. Daarnaast brengt het werken in samenwerkingsverbanden of multidisciplinaire teams in toenemende mate competentiekwesties mee. Dat vergt naast extra belasting in tijd veel overleg, overredingskracht, goede kennis van de eigen positie binnen de organisatie, kennis van en vaardigheden in onderhandelings technieken.

De LAD heeft hiertoe de oriëntatiecursus 'Arts & Organisatie' opgezet. De cursus wordt gegeven

ruime ervaring, onder meer ten behoeve van de federatie KNMG, met het geven van cursussen op dit gebied en is bovendien betrokken bij diverse organisatieprojecten in de zorgsector. 'Arts & Organisatie' wordt begeleid door co-trainer collega H.P.A.F. Hoeben, werkzaam als bedrijfsarts/hoofd medische dienst bij Arbo-dienst Noord-Limburg.

De LAD biedt haar leden een complete cursus van in totaal tien dagdelen, verspreid over vier

De cursus zal worden gehouden op:

vrijdag 29 + zaterdag 30 oktober 1999 (blok I) én
vrijdag 26 + zaterdag 27 november 1999 (blok II).

Locatie: Conferentiecentrum Kaap Doorn, Postweg 9, 3940 AC Doorn.

Inschrijfformulieren: public relations LAD, telefoon 030 282 3348.

Of click naar de LAD-site op Internet <http://www.artsen.net/lad>

EVALUATIE WET KLACHTRECHT CLIËNTEN ZORGSECTOR (1995)

De inbreng van artsen

KNMG

Op 1 augustus 1995 is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) in werking getreden. De KNMG heeft daartoe in 1995, en aangepast in 1998, een Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg opgesteld ter handreiking aan de leden. Dit jaar staat de evaluatie van deze wet op de parlementaire agenda. Het ministerie van VWS heeft de Commissie evaluatie regelgeving van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) verzocht de evaluatie uit te voeren. De KNMG heeft de afgelopen jaren ook via Medisch Contact onder de leden geïnventariseerd of en waar problemen aanwezig zijn bij de uitvoering van deze wet. Deze reacties zijn hieronder verwerkt en worden ingebracht bij de wetsevaluatie.

COMMENTAAR OP DE WET EN VOORSTELLEN VOOR AANPASSING

a. Fase van ondersteuning en bemiddeling

In de WKCZ wordt geen aandacht besteed aan de eerste fase van klachtenopvang: ondersteuning en bemiddeling. De KNMG is van mening dat klachtenbehandeling moet kunnen voldoen aan het creëren van de mogelijkheid tot herstel van de hulpverleningsrelatie (zie ook de KNMG Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg). Het ontbreken in de WKCZ van deze voor een optimale en efficiënte klachtenbehandeling essentiële fase is een tekortkoming. Wanneer een commissie immers direct het traject inslaat van onderzoek naar de gegrondheid van een klacht, wordt daarbij het belang van het via bemiddeling bereiken van een win-winsituatie uit het oog verloren. Uit de

enquête bleek dat artsen vaak geconfronteerd werden met een puur schriftelijke klachtenafhandeling en onvoldoende 'gehoord' waren.

De KNMG pleit dan ook voor opnemings van deze eerste fase van bemiddeling in de wet. Zij is voorts van mening dat de klachtencommissie partijen ten minste mondeling moet horen als een partij daartoe verzoekt.

b. Taak en deskundigheid van de klachtencommissie bij complexe zaken

Klachtencommissies blijken nogal eens onvoldoende geëquipeerd om met name medisch-inhoudelijk of -technisch gecompliceerde zaken goed te kunnen beoordelen. Ook is niet helder of een klachtencommissie een uitspraak moet doen over een schadeclaim of een klacht welke verweven is met een claim. Uit de wetsgeschiedenis volgt dat de WKCZ is bedoeld voor het behandelen van in beginsel eenvoudige klachten met betrekking tot onder meer bejegening, behandeling of organisatie en niet van ingewikkelde claims of complexe medische zaken. Ten aanzien van de samenstelling van de commissie bepaalt de wet alleen dat de voorzitter onafhankelijk moet zijn. Uit de enquête onder artsen blijkt dat zij nogal eens twijfelen aan de deskundigheid van de leden van de klachtencommissie. Soms deed de commissie een aanbeveling die op geen enkele wijze kon worden gerealiseerd, omdat dit in strijd zou zijn met de standaard binnen de eigen beroepsgroep of praktisch onwerkbaar was. Ook ontbrak het nogal eens aan een zorgvuldige weergave van de visies van partijen en werd de termijn van

afhandeling van de klacht fors overschreden. Een deskundige klachtencommissie zou als positief effect kunnen hebben dat minder vaak een beroep hoeft te worden gedaan op (dure) deskundigen, maar ook dat kan worden tegemoetgekomen aan de zeer vaak door artsen geuite klacht dat een beroepsmogelijkheid ontbreekt. De klager kan immers besluiten, eventueel met het oordeel van de commissie in de hand, naar het tuchtcollege of de civiele rechter te stappen. De KNMG vindt derhalve dat helder moet worden hoe ver de taak van de klachtencommissie nu precies reikt in het uitspreken van een oordeel over de gegrondheid van een klacht, en dan met name of deze zich ook uitstrekt over complexe zaken en claims. Het nog eens helder formuleren van de doelstellingen van het klachtrecht en het tuchtrecht zijn hiervoor essentieel. Naast genoemde taakformulering van de klachtencommissie is het noodzakelijk dat expliciet wordt aangegeven welke normen of criteria moeten gelden ten aanzien van samenstelling én deskundigheid van de leden van de klachtencommissie. Deze normen of criteria dienen in de wet te worden opgenomen. Ook pleit de KNMG voor meer wettelijke procedurele waarborgen, zoals het opnemen van een maximum termijn waarbinnen de klachtenbehandeling moet zijn afgerond.

c. Toestemming van klager voor inzage door de klachtencommissie?

Niet helder is of voor het toezenden van informatie aan de klachtencommissie kan worden uitgegaan van veronderstelde toestemming van de klager of dat daarvoor expliciete toestem-

ming is vereist. Conform de tegenwoordige opvattingen in de literatuur wordt in de praktijk vaak uitgegaan van veronderstelde toestemming. Ook in de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (november 1997) en de Modelregeling klachtenbehandeling (april 1998) is dit overgenomen.

De KNMG vindt derhalve dat helderheid moet worden verkregen over de vraag of expliciet toestemming moet worden verkregen van klager voor het verstrekken van relevante informatie aan de klachtencommissie.

d. Financiële tegemoetkoming

Voor het destijds opzetten en het nu instandhouden van een klachtenregeling hebben instellingen maar ook individuele beroepsbeoefenaren veel tijd, energie en financiële middelen moeten investeren. Dat geldt met name voor de beroepsbeoefenaren die deze regeling individueel of binnen een kleine groep moesten opzetten en niet konden aansluiten bij bestaande regelingen.

De KNMG vindt dat vanwege de vele andere verplichtingen welke ingevolge talloze recente gezondheidszorgwetgeving ook al moeten worden uitgevoerd, van overheidswege een financiële tegemoetkoming moet worden getroffen voor deze groep. Een goed kwaliteitsbeleid kost nu eenmaal geld; de overheid dient daarbij niet alleen mogelijkheden te creëren voor patiënten maar ook zorgaanbieders financieel te stimuleren.

Voor nadere informatie: mw. mr. R.M.S. Doppegieter, telefoon: 030 282 3382.

DE DOKTER KAN HET NIET MEER ALLEEN

KNMG

'De dokter in de grote stad ziet zich geconfronteerd met een steeds grotere zorgvraag. Dat vraagt onder andere om meer preventie, want de dokter kan het niet meer alleen. De maatschappelijke gezondheidszorg biedt graag de helpende hand.' Dat zei prof. dr. F. Sturmans, directeur GGD Rotterdam donderdag 25 maart op het derde regionale jubileumsymposium van de 150-jarige KNMG in Rotterdam.



V.l.n.r. Prof. dr. F. Sturmans, directeur GGD Rotterdam, A.I. Levin, huisarts, voorzitter KNMG-afdeling Rotterdam e.o. en prof. dr. P.J. van der Maas, hoogleraar Maatschappelijk Gezondheidszorg (Foto: Fotobureau Ben Wind)

Onder de titel 'De dokter in de grote stad' gaven op de medische faculteit in het Dijkzigt ziekenhuis enkele medici hun mening over de veranderende positie van de arts in de toekomst. Naast de ontwikkelingen die de druk op de gezondheidszorg verhogen, zoals de toenemende sociaal-economische gezondheidsverschillen en de groeiende groepen alloctonen en ouderen, ging Sturmans in op specifieke

stad-ontwikkelingen. 'Meer dan vroeger zullen over de gehele linie psychiatrische aandoeningen een grotere rol gaan spelen. De WHO voorziet dat depressie het belangrijkste volksgezondheidsprobleem zal worden in de volgende eeuw.'

UP-STREAM

Epidemioloog Sturmans pleit voor 'up-stream' werken: stroomopwaarts naar de bron van ellende

zoeken. De blik richten op de oorzaken van ziekten, de sociale determinanten van gezondheid en ziekte. En dat kan volgens Sturmans door preventie een veel grotere rol te geven. 'Meer migrantenvoorlichters om de communicatie tussen huisarts en allochtone arts te verbeteren. Migrantenvoorlichters, in de rol van 'peer educators', kunnen communicatieproblemen voorkomen, culturele verschil



len overbruggen, helpen bij het opstellen van een behandelplan en de patiënt begeleiden naar de geestelijke gezondheidszorg of de fysiotherapie.

'In Rotterdam zijn de eerste resultaten succesvol en de GGD heeft het plan om samen met de huisartsen naar zorgverzekeraars te stappen om na te gaan of migrantendokters niet structureel aan de dokter in de grote stad gekoppeld kunnen worden.'

Ook fungeren in Rotterdam zogeheten lokale zorgnetwerken. Deze multidisciplinair samengestelde samenwerkingsverbanden (bestaande uit thuiszorg, woningbouwcorporatie, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en wijkagent) zijn erop gericht problemen als woningvervuiling of zwerfgedrag op wijkniveau te voorkomen. Ook huisartsen zouden bij deze netwerken betrokken moeten worden.

SAMENWERKEN

De Rotterdamse huisarts J. Galesloot sloot aan bij deze opvatting. 'Vanwege het artsentekort en de toenemende zorgvraag zullen huisartsen zich moeten beperken. We zullen moeten leren delegeren en organiseren.' Nog meer samenwerken met paramedici is daarbij van essentieel belang, aldus Galesloot. 'Mensen mogen duidelijkheid verwachten, wat er wel en wat er niet kan. Dat we de grenzen van mogelijkheden aangeven en dat we mensen een hand toereiken. Dat vraagt een andere rol van de dokter, niet alleen behandelaar, maar ook regisseur, bemiddelaar en counselor.'

AANMELDING TWEEJARIGE OPLEIDING TOT VERPLEEGHUISARTS 1999-2001

HVRC

Aanmelding voor de tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts 1999-2001
Startdatum: september 1999

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) maakt bekend dat in september

1999 de verpleeghuisartsopleiding begint bij de vervolgopleiding afdeling tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit te Amsterdam (36 opleidingsplaatsen) en bij de Universiteit Leiden (12 opleidingsplaatsen).

U kunt bij de HVRC een lijst opvragen van de verpleeghuizen waaraan een opleidingsplaats is toegewezen (tel. 030 282 3390).

N.F. de Pijper,
verpleeghuisarts, secretaris