

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT  
BEVORDERING DER GENEESKUNST  
TEL. 030 - 823911

MC

#### Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*  
mw mr J.C.M. Ankoné,  
*plaatsvervangend hoofredacteur*  
R.A. te Velde, *eindredacteur*  
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*  
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*  
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*  
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*  
mw C.M. Schouten, *secretaresse*  
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

#### Redactieadres

Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht  
telefoon 030-823384

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Secretariaat bestuur

Postbus 690  
2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het  
hoofdbestuur der KNMG:*  
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd  
Th.M.G. van Berkestijn

#### Ontwerp & prepress:

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten  
voor een abonnement f 167,- (inclusief BTW);  
België 3.250 Bfr; overige landen per zeepost:  
f 287,-/per luchtpost: f 407,-; student-leden  
KNMG f 50,-; studenten-niet-leden f 62,50;  
losse nummers: f 12,50.

#### Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58238 (mw. A. Toonen)  
telefax 03465-54287

#### Advertenties

- Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 03465-58222/58244  
(dhr. P. Verhoeff/dhr. J.H. Fleury)  
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58248  
(dhr. J. Alvarez) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:  
drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgave van  
redenen geweigerd worden.

#### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het  
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor  
het gevoerde beleid verantwoordelijk ver-  
schuldigd aan de Algemene Vergadering  
van de KNMG. De besturen van de KNMG en  
de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud  
van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij  
bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.  
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van  
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 10 juni 1994

# MEDISCH CONTACT

## 755 C. Spreeuwenberg

### De toekomst van de ouderenzorg

## 757 Ans Ankoné

### Effecten en mogelijkheden van dagverpleging. Wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk

## 759 H.W.M. Plagge en H. van Herk

### Ziektekostenverzekeraars en 'gepast gebruik'. Een nota van de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen van Ziekenfondsen

## 762 J.A. Duijvestijn en B.C. de Vries

### Complicatieregistratie. Een middel ter verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg

## 765 D. van Diejen

### Geneeskundige behandeling met experimenteel karakter. Rechtspositie van patiënt en ziekenhuis

## 768 P.M.J. van Wersch

### Wetgeving gezondheidszorg. Het klachtrecht van de patiënt in de zorgsector. Minimumregeling of minimale regeling?

## 771 F.B.M. Sanders

### Wetgeving gezondheidszorg. Het wetsvoorstel Klachtrecht cliënten zorgsector. De visie van een medisch beroepsbeoefenaar

## 773 D.J.B. Vermeij en R. Janknegt

### Antibiotische therapiekeuze bij lage luchtweginfecties. De 'full criteria analysis'-methode als werkmodel voor farmacotherapieoverleg

En verder:

• 754 Brieven • 776 Ziekte in de literatuur • 777 Officieel • 788 Agenda •

## K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of  
5.25") in Wordperfect, bij voorkeur  
WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het  
recht voor bijdragen te weigeren.  
Artikelen die alles inbegrepen  
niet langer zijn dan 1.800  
woorden hebben onze voorkeur.



Geen voet- of eindnoten gebruiken:  
literatuurverwijzingen en  
noten in superscript in de tekst  
en de inhoud ervan aan het eind  
van het artikel. Tabellen, sche-  
ma's en figuren niet in de tekst  
opnemen, maar op een apart vel  
aanleveren.

## IN CONTACT

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

## Euthanasie

**I**N HET MEDISCH CONTACT van 29 april jl. wordt in een aantal bijdragen wederom uitgebreid aandacht besteed aan het vervolgingsbeleid van Justitie na toepassing van euthanasie (MC nr. 17/1994, blz. 550, respectievelijk blz. 577 en blz. 579). Daar ik zelf vanaf het eerste uur bij het euthanasiedebat betrokken ben en daar ik in 1983 vervolgd ben wegens de toepassing van euthanasie bij een MS-patiënte in de niet-terminale fase, hetgeen tot ontslag van rechtsvervolging leidde in 1985, heb ik met grote interesse van deze bijdragen kennis genomen. Daarbij komt dat ik regelmatig word geconsulteerd door collega's in den lande, veelal huisartsen, over de verantwoorde toepassing van euthanasie, zowel procedureel als medisch-technisch. Een van de punten die ik daarbij altijd ter sprake breng is de vraag hoe de rechtskundige bijstand is geregeld in het geval dat de Officier van Justitie tot vervolging overgaat: een mogelijkheid die, naar het zich laat aanzien, in de toekomst groter wordt, nu het vervolgingsbeleid op last van de minister is 'aangescherpt'.

Hoewel, naar ik aanneem, iedere arts verzekerd is voor rechtskundige hulp, kunnen de voorwaarden die daarvoor door de diverse maatschappijen worden gehanteerd nogal uiteenlopen. Derhalve is het voor de arts van het grootste belang dat hij die voorwaarden bestudeert en, wat meestal nog beter is, gericht navraagt doet om zeker te zijn van de interpretatie van die voorwaarden. Dan kan blijken dat de arts *niet* verzekerd is bij toepassing van euthanasie en derhalve de kosten voorlopig en misschien definitief volledig zelf moet betalen.

Maar ook als de maatschappij wel bereid is te betalen, meestal nadat de ingeschakelde advocaat tot de overtuiging is gekomen dat de euthanasie volgens de huidige normen is geschied, kunnen er voetangels en klemmen zijn. Zo kan het uurloon van de advocaat aan een maximum gebonden zijn, maar belangrijker is dat er een maximumvergoeding voor de totale nota geldt. Dit laatste kan van het allergrootste belang zijn als de zaak in hoger beroep wordt vervolgd, soms tot

aan de Hoge Raad. Het is dan de vraag of de volledige kosten gedekt zijn. Dit alles hoeft echter nog geen probleem te zijn, als de arts van rechtsvervolging ontslagen wordt en de Staat der Nederlanden de proceskosten vergoedt. De problemen komen als de arts, volledig onvoorzien, toch schuldig wordt bevonden. Het is dan de vraag of de verzekeringsmaatschappij nog tot betaling bereid is. De kosten zullen dan zeker ettelijke tienduizenden guldens bedragen en een dergelijk groot financieel, niet aftrekbaar, risico voor de arts die te goeder trouw meende te handelen en zichzelf daarvoor ter toetsing bij Justitie meldde, loont mijn inziens wel de moeite van goede informatie vooraf. Dit geldt zeker voor de solitair werkende huisarts, maar ook voor de ziekenhuisspecialist. Een aantal directies van ziekenhuizen waar euthanasie volgens een eigen protocol toegepast kan worden, heeft zijn specialisten de verzekering gegeven in alle gevallen voor de geldelijke consequenties garant te staan, als euthanasie volgens protocol is uitgevoerd. Het ware te hopen dat de diverse verzekeringsmaatschappijen in ons land zich eveneens zouden bezinnen op dit probleem, opdat de onvoorziene en onvoorziebare consequenties van euthanasie er niet toe zullen leiden dat door de arts op deze grond van melding wordt afgezien of van toepassing wordt afgezien. •


Delft, mei 1994  
dr P.V. Admiraal

## Goed medisch handelen

*De identiteit van de arts en een uitspraak van het medisch tuchtcollege*

**H**ET MEDISCH TUCHTCOLLEGE te Amsterdam veroordeelde onlangs een chirurg die een patiënt wel had geïnformeerd over het bestaan van kanker, maar niet over uitzaaiingen (MC nr. 10/1993, blz. 337-9). Wij denken dat de uitspraak geen recht doet aan goed medisch handelen. De patiënt is overleden in 1991. Er zijn aanwijzingen dat er bij de kinderen van de overledene, die optraden als klaagsters, sprake is van een gestoord rouwproces. Na klachten van psychiaters, anesthesisten en gynaecologen over de kwaliteit van deskundigen in de medische tuchtcolleges (de deskundigen worden nog steeds niet op voordracht van de desbetreffende beroepsvereniging benoemd) miste in dit geval duidelijk een inbreng van een voorlichtingsdeskundige.

Uit het verslag krijgt men de indruk dat de patiënt en haar familie onvoldoende door-drongen zijn geraakt van de ernst van de ziekte van de patiënte. Was hier sprake van een niet willen weten, een verdringingsproces?

Voor ons is echter de taak van de arts aan de orde. In het vonnis staan diens algemene overwegingen. Ligt het niet voor de hand te veronderstellen dat de chirurg, 

## Bij de voorplaat

## De genezing van een kreupele

*In de 'Handelingen de Apostelen', het bijbelboek dat de vroegste geschiedenis van het christendom beschrijft, worden drie geschiedenissen gepresenteerd waarin de apostel Petrus, op de prenten van Pieter Schut steevast herkenbaar aan de kale schedel met frontaal een eenzaam haarlokje, optreedt als genezer. Kort na de pinksterdag betreft het eerste optreden de genezing van "een zeker man, die kreupel was en zijner moeders lijf". Deze man werd dagelijks bij de tempeldeur "genaamd de Schone" gezet om "een aalmoes te begeren van degenen, die in den tempel gingen": een voorbeeld dat tot op de dag van vandaag navolging vindt. Wanneer Petrus en Johannes op weg naar de tempel deze "kreupele" man passeren volgt een genezing die zich in essentie moeilijk laat afbeelden: "En Petrus, sterk op hem ziende, met Jo-*

*hannes, zeide: Zie op ons. En hij hield de ogen op hen, verwachtende, dat hij iets van hen zou ontvangen. En Petrus zeide: Zilver en goud heb ik niet, maar hetgeen ik heb, dat geve ik u; in de Naam van Jezus Christus, den Nazarener, sta op en wandel! En hem grijpende bij de rechterhand richtte hij [hem] op, en terstond werden zijn voeten en enkelen vast." De details van het relaas zijn overigens goed herkenbaar: de kreupele met bedelnap en kruk (geen bedelstaf!), kijkend naar de beide apostelen, van wie Petrus hem bij de rechterhand grijpt. Links op de prent voegt Pieter Schut eigener beweging een dooptaferel toe, waarover in de Handelingen zelf niet expliciet wordt gesproken. (Handelingen 3:2-8)*

Prof.dr M.J. van Lieburg



# De toekomst van de ouderenzorg

**I**K WERD HUISARTS in de tijd dat mensen ervoor zorgden zo snel mogelijk na hun pensionering een plaats in een bejaardenhuis te veroveren. Een redelijke gezondheid was een voorwaarde om te worden toegelaten. Als gevolg hiervan waren de bewoners relatief gezond en jong. De aanwezigheid van zoveel gezonde bewoners creëerde in de verzorgingshuizen een sfeer van vitaliteit waarin het leven vrijwel normaal verliep en de gezonden veel zaken voor de zieken verzorgden.

In 1975 ontstond er een kentering, toen de overheid de groei van het aantal bejaardenhuizen ging indammen en er indicatiecommissies werden ingesteld. Nu werd hulpbehoefendheid een voorwaarde om te worden toegelaten. Langzaam maar zeker veranderde het verzorgingshuis van karakter. Met het jaar steeg de gemiddelde leeftijd van de bewoners met 1,7 maand. Alleen al in de periode van 1985 tot 1992 nam het aandeel van bedlegerige en volledig hulpbehoevende bewoners met 5% toe tot 60%. Het verschil met het verpleeghuis is daardoor kleiner geworden. In een aantal plaatsen zijn de verpleeghuizen en verzorgingshuizen al in één organisatie ondergebracht en biedt deze organisatie ook thuis faciliteiten aan op het gebied van wonen, voeden, verplegen en verzorgen.

De discussie over de AOW past in een trend waarin de zorg voor de ouderen als een bijna voor de samenleving niet meer op te brengen last wordt beschouwd. Het lijkt erop dat ouderen wordt aangewreven dat zij niet productief meer zijn. Volgens de hoogleraar sociale geneeskunde Goedhard moet de oudere reeds op dit moment aan kwaliteit van leven inboeten. Hij voorziet in onze samenleving een groeiende polarisatie tussen werknemers en ouderen, 'actieven' en 'post-actieven', en vraagt zich af of ouderen wel in tel zullen blijven.<sup>1</sup>

In aanmerking nemend dat het aandeel van mensen boven 65 jaar van 13% thans zal groeien tot 17% in 2015 en dat Duitsland en Zweden dit laatste percentage ouderen nu reeds kennen zonder daarbij failliet te zijn gegaan, kan de huidige paniek over onze demografische ontwikkeling als zwaar overdreven worden beschouwd. Voorbijgegaan wordt aan de gunstige omstandigheid dat het aandeel van de mensen boven de 80 jaar, een groep die thans in omvang relatief sneller toeneemt en meer zorg behoeft, vanaf 2005 wat terugloopt. We hebben nog dertig jaar de tijd om geld te reserveren voor de 'dubbele vergrijzing' na 2025. Over de ontwikkeling van de ouderenzorg

tot 2015 gaat het rapport van de commissie-Welschen.<sup>2</sup> Haar opdracht was een advies te geven over modernisering van het stelsel van ouderenzorg. Het rapport gaat niet over de curatieve zorg maar over de functies huisvesting, verzorging en verpleging. Wel hebben de ontwikkelingen indirect effect hebben op de curatieve sector: op de ziekenhuizen als er geen goede doorstroming kan plaatsvinden naar het verpleeghuis of de thuissituatie, op de huisartsen als patiënten langer in hun eigen woonomgeving blijven.

In het rapport wordt nog eens duidelijk gemaakt dat wonen en zorg met elkaar samenhangen en hoe weinig logisch deze functies worden gefinancierd. Alleen al in de thuiszorg is de hulp door een kruisorganisatie een aanspraak op grond van de AWBZ, terwijl de gebudgetteerde gezinszorg uit de AWBZ-pot wordt gesubsidieerd. Het verblijf in een verpleeghuis wordt op grond van de AWBZ betaald, zodat mensen

*C. Spreeuwenberg*

weliswaar een inkomensafhankelijke eigen bijdrage moeten betalen maar niet hun vermogen behoeven aan te spreken. Bewoners van een verzorgingshuis daarentegen betalen dit in principe zelf. Schiet hun inkomen te kort, dan moet eerst het eigen vermogen worden aangesproken; pas daarna schiet de overheid bij. In dit laatste geval krijgen de bewoners via de bijstand zak- en kleedgeld, waardoor ze er weer voordeliger uit kunnen zijn dan een thuiswonende die alleen van de AOW moet leven, zeker als zo iemand thuis ook gezinszorg en kruis zorg nodig heeft. Het is dus altijd voordeliger wanneer een dement bejaarde in het verpleeghuis verblijft dan wanneer deze in het bejaardenhuis of met hulp thuis wordt gehandhaafd. De schotten leiden dus tot onrechtvaardigheid en wellicht ook tot onnodige hospitalisering. Om mensen buiten de huizen een eigen omgeving te kunnen bieden zijn er de afgelopen jaren tussenvoorzieningen gecreëerd als aanleunwoningen en speciale nieuwbouwwoningen. Dankzij allerlei aanvullende voorzieningen in de vorm van overdekte gangen, maaltijdverstrekking, huismeester en alarm, kunnen deze nieuwe woonvormen dezelfde functies vervullen als het traditionele bejaardenoord en soms zelfs een alternatief bieden voor een verpleeghuis. Ouderen die hier wonen hebben als elke burger aanspraak op de bestaande regelingen voor individuele huursubsidie. De bouw van dergelijke woonzorgcomplexen is echter mogelijk dankzij allerlei andere subsidieregelingen.

Daardoor zijn de voorzieningen voor iedereen die in een woonzorgcomplex verblijft luxer of goedkoper dan voor de mensen die op gewone woningbouw zijn aangewezen. Lang niet iedere bewoner heeft de faciliteiten van het woonzorgcomplex werkelijk nodig. Hier doet zich dus in feite hetzelfde verschijnsel voor als dertig jaar geleden in het verzorgingshuis. Ook deze voorziening wil de overheid nu minder aantrekkelijk maken door de bouw van aanleunwoningen en wooneenheden in woonzorgcomplexen niet langer in aanmerking te laten komen voor kostprijsverlagende subsidies, zodat de huren fors moeten stijgen.

De commissie wil onder meer maximale substitutie, het verschil in financiering van bejaardenhuizen en verpleeghuizen wegnemen, het bejaardenhuis verder naar het verpleeghuis toe laten groeien, het onderscheid tussen intra- en extramuraal verscherpen, de contracteerplicht opheffen en de regionale samenwerking versterken. De ziektekostenverzekeraars zijn sceptisch over de optimistische verwachtingen ten aanzien van de substitutie en vragen zich af hoe ze de juridisch afdwingbare aanspraken kunnen waarmaken.<sup>3</sup> Ze waarschuwen voor een verschuiving van de wachtlijsten naar kruis zorg en gezinszorg en voor een forse toename van de eigen bijdragen van de verzekerden.

Zoals gezegd, de financiële gevolgen van toename van het aantal ouderen zijn te dragen, maar er moet dan wel wat gebeuren. Werd er aanvankelijk gevreesd dat de commissie-Welschen met drastische bezuinigingsvoorstellen zou komen, zelfs bij maximale substitutie blijkt tenminste 1% gemiddelde groei nodig te zijn. Huijsman en Rutten achten deze minimumvariant slechts haalbaar als zorgketens en functionele decentralisatie snel worden gerealiseerd.<sup>4</sup> Deze constatering en de scepsis van de verzekeraars geven aan hoe noodzakelijk het is dat er in de formatie spijkers met koppen worden geslagen waar het gaat over een realistische financiering en herstructurering van het gezondheidszorgsysteem. •

## Literatuur

1. Goedhard WJA. Blijven ouderen in tel? Tijdschr Gerontologie & Geriatrie 1994; 25: 47-8.
2. Commissie modernisering ouderenzorg. Ouderenzorg met toekomst. Rijswijk/Den Haag: Ministerie van WVC, 1994.
3. Persbericht KLOZ/KPZ/VNZ 16 mei 1994.
4. Huijsman R, Rutten FFH. Nieuw ouderenbeleid heeft alleen kans als plan-Simons er komt. NRC Handelsblad 28 mei 1994: 8.



zijn taak als arts serieus nemend, heeft overwogen dat de vrouw het al erg moeilijk had? Zij moest leven met een stoma en wist dat zij kanker had. Zou het vroegtijdig mededelen van het feit dat er tevens metastasen waren niet te veel voor haar zijn geweest? Zou deze vrouw bij het vernemen van een zo slechte prognose niet tot suïcide gebracht kunnen zijn? Suïcide is moeilijk voorspelbaar en evenzeer de draagkracht!

Wij vragen ons af of minstens niet in overweging had moeten worden genomen dat het medisch tuchtcollege aandacht had besteed aan het procesmatige van het voorlichtingsgebeuren. Misschien is het goed omgaan met de waarheid moeilijker dan oordelen en veroordelen. En wie maakt uit of zijn waarheid de waarheid is? Hippocrates leerde ons dat een arts zijn onzekerheden niet op de patiënt mag overbrengen. Het carcinoom van patiënte had misschien ook langzaam kunnen groeien.

Met de stelling dat de waarheid voor alles gaat verschuift het college de identiteit van de arts in de richting van de jurist. De arts moet niet meer iemand zijn die zorg heeft, die probeert te genezen, het lijden te verlichten, te troosten en te helpen, maar iemand die altijd meteen en volledig vertelt wat er werd geconstateerd. Alleen als suïcide tot de reële mogelijkheden behoort, mag hij voorzichtig, wijs, zorgzaam en menselijk met patiënten omgaan.

De zoveelste voor een arts moeilijk te pruimen uitspraak van een medisch tuchtcollege roept niet alleen gevoelens van afschuw op, maar ook de vraag of onze KNMG zich niet een beetje zou moeten gaan inspannen om te voorkomen dat het klimaat van de geneeskunde en de geneeskunst niet te hardvochtig wordt.

Eindhoven, mei 1994

dr J.H.J.M. Meuwissen, gynaecoloog  
J.L.M. van der Beek, psychiater

## De verdorde hand

**N**aar aanleiding van de illustratie op de voorpagina van Medisch Contact nummer 16 betreffende de verdorde hand en het commentaar hierop van prof. dr M.J. van Lieburg (MC nr. 16/1994, blz. 518) hierbij ter illustratie een tweede afbeelding

betreffende 'De genezing van de verdorde hand op Sabbat', stammend uit circa 110 Hilda-codex, Keulen.

De afbeelding van deze bijbelpassage is mij destijds (1970) verstrekt door prof. dr F. van der Meer, hoogleraar in de oudchristelijke archeologie en de kunstgeschiedenis der vroege middeleeuwen te Nijmegen. Deze illustratie werd opgenomen in hoofdstuk 2 van mijn proefschrift 'De atrofie van de kleine handspiers'. In één van de drie door prof. dr M.J. van Lieburg genoemde teksten van het Nieuwe Testament wordt door Lucas (zelf geneesheer) gesproken van een "verschrompelde rechterhand". In de oorspronkelijke tekst wordt ook het woord 'xeros' gebruikt, hetgeen betekent: droog of verdroogd. Ook in deze afbeelding gaat het om de rechterhand.

In het commentaar van K.H. Rengstorf (1962) 'Das Evangelium nach Lukas' wordt gesproken van een "vertrocknete (Muskelschwund?) rechter Hand". In 'das Neue Testament Deutsch' van P. Althaus (1937) wordt in het commentaar gesproken van "eine Muskel Atrofie, eine Abmagerung, die aus einem chronischen Leiden stammt". Bijzonder illustratief is de passage in Mattheüs 12,9-14: "Zijn weg vervolgend ging hij naar een synagoge en trof daar een man met een verschrompelde hand..." "Daarop zei hij tot de man: Steek Uw hand uit. Hij stak ze uit en ze werd weer even gezond als de andere."

Vincent Taylor (1957) spreekt van "the man with the withered hand", "the affliction seems to have been some form of paralysis"; verdere explicatie is in hetzelfde commentaar te vinden: "Some commentators suggest that the paralysis was not from birth" en "the man was a mason, who said to Jesus I was a mason seeking a livelihood with my hands: I pray thee, Jesu, to restore me mine health, that I may not beg meanly for my food." In dit commentaar van Taylor wordt tenslotte geconcludeerd: "On



the scanty evidence available in the narrative accurate diagnosis is not possible."

Uit deze gegevens krijgt men dus de indruk dat het in deze passage gaat om een man met een 'verschrompelde' rechterhand, een aandoening die tijdens het leven verworven lijkt, zodat de term 'atrofische hand' gerechtvaardigd lijkt. Diagnostisch gezien kan men slechts speculeren: lepra? carpal-tunnelsyndroom? (beroep metseelaar).

Hoewel geen exacte datum voor het ontstaan van deze evangelieteksten bekend schijnt, wordt toch wel als tijdsbepaling opgegeven omstreeks het midden van de 1e eeuw na Christus. Als zodanig is deze passage, medisch-historisch gezien, een zeer vroege waarneming en beschrijving van een eenzijdige handspijratrofie, vóór de periode van Galenus, waarbij als bijzonderheid geldt dat een der drie evangelisten zelf geneesheer was.

Het commentaar van prof. Van Lieburg vermeldt niet uit welke periode precies de tekening van Pieter Schut stamt. Het lijkt mij waarschijnlijk dat bijgevoegde afbeelding van oudere datum is (hoewel hierop de linkerhand wordt getoond). •

Tilburg, mei 1994

dr A.A.W. Op den Coul, neuroloog

Meer dagverpleging, veel verschil per regio

# Effecten en mogelijkheden van dagverpleging

Wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk

Ans Ankoné

**Landelijk gezien bereikte het aantal dagopnamen in 1992 een gemiddelde van 22,85%, een toename van 8% vergeleken met 1991.**

**De regionale verschillen zijn echter enorm. In Rotterdam bedroeg het percentage dagopnamen slechts 9% van het totaal aantal (klinische) opnamen, terwijl Dordrecht 31% bereikte. Meer dagverpleging, 'short-stay surgery' en poliklinische consulten zal het medisch bedrijf op de langere duur ingrijpend veranderen. De internationale roep om gedegen onderzoek teneinde deze stijging te kunnen rechtvaardigen wordt steeds dringender.**

**D**E AANTALLEN EERSTE polikliniekbezoeken en dagverpleging stijgen in Nederland gestaag (zie tabel). Nog onbekend is het aantal operaties dat nu in een tijdsbestek van 1 à 5 dagen wordt gedaan, de zogenaamde 'short-stay surgery', een opkomend specialisme waarbij conservatieve methoden en procedures langzaam worden verlaten.

Toch halen deze aantallen het niet bij die in Engeland en de Verenigde Staten. In Engeland werd in 1986 al 17% van de patiënten in één dag behandeld. In de VS werd in 1987 meer dan de helft van de chirurgische ingrepen verricht in dagbehandeling.<sup>1</sup>

Zo'n 60% van de dagverpleging in Nederland betreft operatiepatiënten. Hoewel de algemeen chirurg de meest bezochte specialist is (17,5%, gevolgd door gynaecologie met 16,5% en interne met 13,2%) was zijn aandeel in 1992 slechts 19%. KNO kende meer dagverpleging dan klinische opnamen en was met 57% de voortrekker, gevolgd door orthopedie met 39%, interne met 32%, chirurgie 19% en gynaecologie met 17%. Deze landelijke gemiddelden komen echter tot stand op

grond van zeer grote stedelijke en regionale verschillen: het aandeel dagopnamen van het totaal aantal opnamen was in Rotterdam bijvoorbeeld slechts 9,0%, in Amsterdam 11,6%, tegenover Den Haag 25% en Utrecht 31%; de regio Eindhoven telt 26% tegenover Zeeland 15%.<sup>2</sup> Verschillen die niet alléén zijn te verklaren door eventueel verschil in leeftijdsopbouw van de betrokken adherente bevolking, technische uitrusting, mogelijkheid tot nazorg of financiële vergoeding.

## Financiële bezwaren terecht?

De in vergelijking met elders toch nog trage opkomst van kortdurende behandeling in Nederland is vooral geweten aan de onaantrekkelijke financiële vergoeding. Hoewel de COTG-richtlijn in 1992 op basis van globale kostenberekening is opgetrokken en op dit moment de bijdrage aan het

gerealiseerd", aldus G. Holst, secretaris van Kamer 1 van het COTG.

Of er terecht reden is tot mopperen hangt vooral af van de plaatselijke situatie en dat maakt de discussie zo ondoorzichtig. Indien meer dagbehandeling betekent dat ziekenhuisbedden leeg blijven staan, betekent dit wel degelijk een lager budget bij bijna gelijkblijvende kosten (afschrijving, etc.).

Er is nog geen evenwichtige situatie bereikt, de financiële problemen zijn die van een overgangperiode. In de VS bijvoorbeeld heeft een grote (universiteits)kliniek doorgaans slechts zo'n 600 bedden, met een gelijke verdeling over normale en IC-bedden. De ziekenhuizen beperken zich tot de zwaardere gevallen. Dat is mogelijk omdat zoveel in dagverpleging wordt gedaan en het budget reeds op dat totale aanbod is aangepast. Van Oostrum con-

jaar	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
						productie-afspraken	
Aantal opnamen	1.292	1.293	1.313	1.307	1.533	1.551	1.430
Aantal verpleegdagen	14.804	14.533	14.355	13.874	16.139	15.948	13.592
Aantal dagverplegingsdagen	274	302	333	334	347	419	499
Aantal 1e poli-bezoeken	4.467	4.894	5.360	4.256	2.644	5.164	4.090
						bron: SIG	bron: COTG

Aantal: x 1.000

ziekenhuisbudget voor dagverpleging tussen de f 450 tot f 490 ligt (afhankelijk van ziekenhuisgrootte), blijft dit inderdaad fors achter bij de bijdrage van dezelfde behandeling met één overnachting, die tussen de f 440 en f 2.090 ligt (afhankelijk van specialisme en ziekenhuisgrootte, exclusief adherentie-effecten).

Het COTG vindt de financiële bezwaren onterecht. Dagverpleging wordt immers als variabele parameter in de budgetten van ziekenhuizen verdisconteerd: de kosten worden vergoed naar de mate waarin ze worden gemaakt. "De forse stijging in de productieafspraken in 1993 tot 449.000 dagverplegingen spreekt die bezwaren ook tegen. Bovendien zijn die afspraken zelfs overtroffen: er is in feite 4,4% méér

cludeert dan ook dat dagverpleging in Nederland slechts tot grote ontwikkeling is gekomen in bijzondere situaties, bijvoorbeeld in het Utrechtse Diaconessenhuis, waar de laatste jaren de klinische capaciteit met bijna 30% werd gereduceerd (EVI-project), terwijl in dezelfde periode de adherentie met zo'n 25% is toegenomen. Bovendien kan door een beperkter beroep op de klinische capaciteit bij gelijkblijvende capaciteit een veel grotere zorgvraag worden gehonoreerd.<sup>3</sup>

Het kan dus wel als het moet. Het is de prijs voor de vooruitgang die moet worden betaald. Herallocatie van capaciteit en middelen is hard nodig om andere medische verworvenheden te kunnen blijven betalen, vooral voor degenen die dat



nodig hebben. Dat geldt wellicht ook de honoreringsstructuur van medisch specialisten, die, hoewel zij zelf de technische mogelijkheden ervoor hebben ontwikkeld, vaak nog huiverig staan tegenover meer snelle behandeling, indien dit samengaat met minder verrichtingen (preoperatieve diagnoses zijn sterk in aantal verminderd). De resultaten van de regionale initiatieven zijn in dit opzicht zeer interessant, omdat hierbij de relatie met verrichtingen wordt verlaten en de honorering aansluit bij die van het ziekenhuis, namelijk op productieparameters zoals polikliniekbezoek, dagverpleging en klinische opname, en wel afhankelijk van het specialisme. Bovendien zal budgetverschuiving naar de eerste lijn onontkomelijk zijn, hetgeen zeker niet zonder slag of stoot zal gaan. Nazorg door de eerste lijn blijkt bij de huidige lichte ingrepen niet of nauwelijks noodzakelijk. Hierin zal verandering komen indien zwaardere indicaties voor dagverpleging worden afgedwongen.

### Verandering medisch bedrijf

In Nederland geldt (nog) geen verplichting om bepaalde ingrepen in dagbehandeling of short-stay surgery te doen. Het is de specialist die de indicatie stelt. Anderzijds staan relatief eenvoudige ingrepen bij specialisten niet in hoog aanzien. Daar zal, lijkt het, zeer waarschijnlijk verandering in komen.

Minimaal invasieve chirurgie is een van de belangrijkste technologische veranderingen die tot bezuiniging kunnen leiden. Indien, zoals is aangekondigd, de gezondheidssector in de komende kabinetsperiode 5 à 6 miljard gulden moet ombuigen, zullen overheid en verzekeraars steeds meer aandringen op zwaardere indicatiestelling voor chirurgische ingrepen in dagbehandeling. Daarbij zal wellicht worden verwezen naar de mogelijkheden die elders zijn beproefd en juist bevonden. Zo heeft een projectgroep, gesponsord door de Europese Commissie, een lijst opgesteld van veelbelovende minimaal invasieve chirurgie, waarbij werd geconcludeerd dat bijna alle chirurgische ingrepen deels of totaal kunnen worden vervangen door minder invasieve alternatieven.<sup>4</sup> Snelle technieken vereisen grote vaardigheden, willen complicaties tot het minimum beperkt blijven. Chirurgen zullen de nieuwe operatievaardigheden moeten aanleren. Opleidingen zullen moeten worden aangepast. De grenzen tussen specialismen zullen verder vervagen. Banta voorspelt zelfs dat chirurgie en interne langzaam zullen fuseren. De conservatieve chirurg is gewend organen te kunnen zien en te betasten. Bij toename van 'key hole surgery' moeten chirurgen in staat zijn hun oordeel te bepalen op grond van

een driedimensionaal beeld door de scope. De orgaankennis van internisten vooral van het gastro-intestinale 'tract' zal daarbij onontbeerlijk zijn. Specialismen die medische en chirurgische behandeling al hebben geïntegreerd, zoals gynaecologie en urologie, zullen minder problemen hebben met samenwerking.<sup>5</sup> De ziekenhuisorganisatie zal hierop moeten inspelen. De planning van ingrepen die één, twee of drie dagen aan klinische bewaking vereisen is niet eenvoudig, maar er zijn al voldoende modellen voor ontwikkeld. Toename van korte procedures zal leiden tot oprichting van aparte multidisciplinaire 'surgicenters', al of niet in pandig in het ziekenhuis.<sup>6</sup> De trend zal doorzetten, mede omdat huisartsen en patiënten (en hun werkgevers) doorgaans zeer tevreden zijn over de korte behandeling.<sup>7</sup> Het medisch bedrijf zal hierdoor drastisch veranderen.

### Medisch verantwoord?

'Goedkoper' is echter niet per definitie ook 'beter'. De waarschuwingen aan het adres van managers en beleidsmakers, niet te veel af te dwingen bij hun pogingen het macro-economisch plaatje gezond te houden, zijn terecht. De (internationale) roep om medisch wetenschappelijk onderzoek naar de voordelen, de risico's en de kosten van nieuwe procedures wordt in de literatuur van de laatste jaren veelvuldig gehoord.<sup>8</sup>

Het Royal College of Surgeons deed onlangs een appel op zijn leden: beschouw in principe alle patiënten als kandidaten voor dagchirurgie en doe onderzoek naar de medische mogelijkheden daartoe. In Engeland hebben chirurgen zich zelfs verenigd in een aparte vereniging, de British Association of Day Surgery, die hiermee haar sporen verdient.

De meeste onderzoeksresultaten zijn eerst van recente datum. Zoals uit een aantal voorbeelden zal blijken, manen ze soms aan tot meer voorzichtigheid, soms tot verruiming van de grenzen.

Een ingrijpende operatie als laparoscopische cholecystectomie werd en wordt vaak zonder speciale training en niet ondersteund door gedegen onderzoek verricht. Binnenkort verschijnen de resultaten van een onderzoek naar de effecten en kosten van deze ingreep in Health Economics.

Er is onderzoek verricht naar de klinische resultaten, de aanvaardbaarheid voor de patiënt en de kosten van inguinale hernia operaties en cholecystectomie.<sup>9</sup> De mogelijkheden van kortdurende totale anesthesie worden verkend bij cataractoperaties voor patiënten die geen lokale anesthesie kunnen verdragen.<sup>10</sup>

Onderzoek in Zweden toonde aan dat

transurethrale incisie van kleine prostaat-obstructies, zeer goed onder lokale anesthesie in dagbehandeling kan worden gedaan. Toch bleken bij nacontrole dat van de 30 patiënten, ondanks zorgvuldig preoperatief onderzoek, toch 5 patiënten een carcinoom hadden ontwikkeld, hetgeen aanleiding gaf tot diepgaander preoperatief onderzoek.<sup>11</sup>

Elektrochirurgische excisie blijkt inferieur vergeleken bij conservatieve conisatie, bij onderzoek naar cervicale intra-epitheel neoplasie.<sup>12</sup>

Dagverpleging vraagt om nauwkeurige protocollering en daarin zit dan ook de garantie voor kwaliteit. Een groot onderzoek onder 5.000 patiënten in de VS toonde aan dat slechts in 1,28% van de gevallen later toch klinische opname geboden bleek (0,94% door chirurgische complicaties, 0,12% om anesthesische en 0,14% om sociale redenen), mits voorafgegaan door een goede preoperatieve screening door getrainde verpleegkundigen en anesthesisten. Anesthesie met propofol bij dagchirurgie blijkt beter geschikt dan met methohexitone, hoewel eraan wordt getwijfeld of de meerkosten opwegen tegen het gemak van de patiënt, die daarmee eerder in staat blijkt tot hervatting van zijn activiteiten.<sup>13</sup>

Minimaal invasieve chirurgie zal blijken een nieuw specialisme te worden. De toenemende wetenschappelijke literatuur geeft daarvan acte, maar geeft tevens aan wie de grenzen zet: de arts. •

1. ECRI. Outpatient surgery; its perils and prospects, Health Technology, 1987; 1:91-8.

2. SIG Zorginformatie 1994.

3. Van Oostrum DJFM. Niet te gemakkelijk de goedkoopste zorg voor de beste houden. Medisch Contact 1993;48:1529.

4. Banta HD. The budget is blind: the case of minimally invasive therapy in Europe (Presented to the FAST Programme, EC, Brussels). Leiden: TNO, 1991.

5. Banta HD. Minimally invasive surgery: Implications for hospitals, health workers and patients. Br Med J vol 307:1993:1546-49.

6. Vaughan RW et al. Health Care Management Review, 1991;16(3):15-26.

7. Garraway WM et al. General practitioners' response to day care surgery. Practitioner 1978;221:22-5.

8. All in a days work: An Audit for day surgery in England and Wales, Royal College of Surgeons, England.

Eveneens: het CBO-project 'Kwaliteit van dagverpleging 1992 en advies 'Dagverpleging' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.

9. Morgan M et al. Variations in length of stay and rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management. Journal of epidemiology and Community Health 1990; 44(2):90-105.

10. Batterbury M et al. The cataract explosion: the changing pattern of diagnoses of patients attending an ophthalmic outpatient department. Eye 1991;5:369-72.

11. Hugosson J et al. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology 1993;27(3):381-5.

12. Krebs HB et al. Loop electrosurgical excision procedures for cervical dysplasia: experience in a community hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1993;169(2):289-93.

13. Cade L et al. Is propofol cost-effective for day surgery patients? Anaesthesia and Intensive Care, 1991;19(2):201-4.

# Ziektekostenverzekeraars en 'gepast gebruik'

Een nota van de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen van Ziekenfondsen

H.W.M. Plagge en H. van Herk

**Over de wijze waarop zorgverzekeraars inhoud moeten geven aan het begrip 'gepast gebruik' heeft de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen van Ziekenfondsen recent een nota uitgebracht. Benadrukt wordt daarin de noodzaak van een regionale werkwijze en een kritische opstelling van de bij een zorgverzekeraar werkzame medici tegenover de organisatie waar zij werken. Een signaal.**

**I**N DE ACHTERLIGGENDE PERIODE is 'gepast gebruik' (de titel van het kabinetsstandpunt over een tweetal belangrijke rapporten, te weten 'Kiezen en delen' van de commissie-Dunning en 'Medisch handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad)<sup>1,2</sup> een zelfstandig begrip geworden, dat velen bezighoudt. Naar verwachting zal dit begrip nog geruime tijd worden gehanteerd in de discussies over de doelmatigheid en kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. De Ziekenfondsraad heeft recent een tweetal voor deze discussie belangrijke adviezen uitgebracht: het 'Advies inzake gepast gebruik' (september 1993) en het 'Ontwerpadvies inzake kosteneffectiviteitsvaluatie van bestaande verstrekkingen' (oktober 1993).<sup>3,4</sup> Ook het advies van de door de regering ingestelde commissie-Biesheuvel (januari 1994) draagt materiaal aan voor de invulling van het begrip 'gepast gebruik'. Helaas is het beleid van de overheid tot nu toe eerder 'ongepast gebruik' bevorderend. Maatregelen worden vaak ad hoc genomen en de betrokken partijen krijgen te weinig ruimte om feitelijk vorm te geven aan de hun op papier toegekende verantwoordelijkheden. De overheidsbeslissingen hebben tot nu toe slechts geleid tot onder meer zeer veel fusies, een te sterke nadruk op de kosten zonder dat enige relatie wordt gelegd met de zorgbehoefte, een dreigend failliet van het natuurstelsel en veel marktwerking in de vorm van PR-campagnes. Het valt te betwijfelen of dit

alles zal leiden tot positieve effecten voor de zorg en een gepast gebruik hiervan. Daadwerkelijke veranderingen zullen waarschijnlijk door de gezondheidszorg zelf moeten worden ontwikkeld.

In Medisch Contact verschijnen regelmatig artikelen over de financiering van de gezondheidszorg en de wijze waarop de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg vorm moet krijgen. De Vereniging van Adviserend Geneeskundigen van Ziekenfondsen (VAGZ) heeft recent in de nota 'Van passe'\* haar visie gegeven op de wijze waarop zorgverzekeraars inhoud moeten geven aan het begrip 'gepast gebruik'. Als werkdefinitie voor gepast gebruik hanteert de VAGZ: "het op goede gronden (gerechtvaardigde aanspraken in de zin van de wet en de verzekering) bieden van zorg van goede kwaliteit met niet meer middelen dan nodig en niet minder dan noodzakelijk".

De VAGZ-nota bespreekt op bondige wijze enkele belangrijke maatregelen ter stimulering van gepast gebruik. Aangegeven wordt dat de te nemen maatregelen alleen effect kunnen opleveren indien zij weloverwogen en samenhangend worden toegepast. De problematiek wordt vanuit verschillende ingangen benaderd. Na een algemene beschouwing wordt ingegaan op de rol van respectievelijk de overheid, de verzekerden/patiënten, de zorgaanbieders en de verzekeraars. Door de adviserend geneeskundigen wordt gesteld dat de verzekeraars, willen zij gepast gebruik bevorderen, een regionale werkwijze moeten hanteren. In dit artikel geven wij een samenvatting van de VAGZ-nota

## Algemeen

### Verzekeringseffect

Door Van de Ven werd in 1987 het begrip 'moral hazard' gehanteerd om het zogenoemde verzekeringseffect te duiden.<sup>5</sup> Dit fenomeen kan worden omschreven als: het gebruik maken of verschaffen van onnodige, onnodig gecompliceerde of

onnodig kostbare medische diensten, veroorzaakt door het gegeven dat de verzekering de kosten vergoedt. In de definitie is aangegeven dat dit mechanisme zowel bij verzekerden als aanbieders aan de orde is.

Het beïnvloeden van het verzekerings-effect zal in het kader van een 'gepast gebruik'-aankpak noodzakelijk zijn. Instrumenten die hierbij kunnen worden gehanteerd zijn de eigen bijdragen bij bepaalde verstrekkingen en 'incentives' aan de kant van de aanbieders. Ook een actief contracteerbeleid van zorgverzekeraars waarbij een beperkt aantal zorgaanbieders gecontracteerd wordt ('preferred provider organization') lijkt veelbelovend.

### Regionale oriëntatie

In toenemende mate wordt er een beroep gedaan op de (regionale) partijen om zorg te dragen voor een doelmatige en adequate gezondheidszorg. De centrale overheid verwacht hiermee de kosten voor de gezondheidszorg in de hand te kunnen houden zonder kwaliteitsverlies. Aan verzekeraars is de opdracht gegeven een grote mate van sturing te realiseren door middel van onderhandelingen, effectief contracteren en efficiënt werken.

Beheersings-/beïnvloedingsinstrumenten als spiegelinformatie, regionale afspraken, persoonlijke feed-back en productieafspraken hebben alleen een werking indien de in de regio werkzame verzekeraars genoeg informatie hebben over de aanbieders van de zorg. Om gepast gebruik te bevorderen zullen zorgverzekeraars zich hard dienen te maken voor een op de regio gebaseerde werkwijze en dit in het eigen beleid tot uitdrukking moeten laten komen. Bij voorkeur wordt ook de financieringsstructuur op een regionaal sturingsmodel ingericht, zodat er daadwerkelijk regionale keuzen kunnen worden gemaakt. Bij een landelijke oriëntatie ontstaat er een lagere verzekerden-dichtheid, hetgeen regionale sturing op basis van informatie over het gebruik bemoeilijkt. Ook het kiezen voor een restitutiestelsel kan leiden tot een gemis aan informatie. Een landelijke werkwijze en een restitutiestelsel kunnen met zich

\* "Niet te hoog, niet te laag, van passe": spreuk in een gevelsteen (hotel de Zalm, Gouda 1670) aangebracht na een verbouwing, waarbij aan door de overheid opgelegde eisen moest worden voldaan.

mee brengen dat de beheerskosten zeer sterk zullen toenemen (over gepast gebruik gesproken!).

### Overheid

Na een jarenlange discussie zal de politiek zich niet langer kunnen onttrekken aan het maken van keuzen in de zorg. Waar reeds geruime tijd van individuele hulpverleners en instellingen wordt gevraagd om dagelijks keuzen te maken, heeft de overheid zich lang weten te onttrekken aan haar verantwoordelijkheden in dezen. Het afschuiven van moeilijke beslissingen naar het individuele niveau heeft lange tijd gewerkt, maar dreigt nu de grenzen van hetgeen mogelijk is te bereiken. De spreekkamer van de arts mag niet de plaats zijn waar een Salomonsoordeel moet worden geveld.

### Wettelijk basispakket

De overheid zal op korte termijn het wettelijk basispakket kritisch moeten doorlichten op noodzaak en wenselijkheid. Het verdient hierbij aanbeveling een onderscheid te maken in (medisch) *noodzakelijk* en (medisch) *wenselijk*. Voor de afwegingen die hierbij moeten worden gemaakt, biedt de 'trechter van Dunning' genoeg handvatten. Duidelijk is, dat noodzakelijk bevonden zorg in het basispakket hoort en de wenselijk bevonden zorg niet. De overheid zal er tevens voor moeten zorgen dat uitvoeringsorganen van het basispakket voldoende ruimte krijgen om doelmatigheid van de te verlenen zorg te toetsen. Zo nodig zal de verzekeraar ook op individueel niveau de doelmatigheid (juiste indicatie) moeten beïnvloeden. Een goed voorbeeld van de wijze waarop dit kan plaatsvinden is de regeling inzake plastische chirurgie (zwarte, witte en grijze lijst).

Op basis van de nieuwe duidelijk omschreven basisverzekering (noodzakelijke zorg) is het eindelijk mogelijk om de wettelijke aanspraken te omschrijven in een polis. Daar waar er discussie ontstaat tussen uitvoeringsorgaan en verzekerde, zal het mogelijk moeten zijn om een snelle beroepsprocedure te doorlopen. Hierdoor is het mogelijk om, zonder al te veel uitvoeringsregels, een flexibele en eigentijdse invulling van de basisverzekering te geven (standaarden ontwikkelen zich mede door beroepsprocedures).

### Tarieven

Alhoewel er een duidelijke keus wordt gemaakt voor de regionale werkwijze, is hier een nuancering op zijn plaats ten aanzien van tariefrichtlijnen. Het verdient aanbeveling, dat op centraal niveau een tariefstructuur wordt aangegeven waar de regio invulling aan kan geven. Afhanke-

lijk van het soort zorg zal deze centrale richtlijn meer of minder bindend dienen te zijn. Zoals reeds vaker in dit tijdschrift is besproken, zijn de huidige tariefstructuren uitermate ongelukkig en werken zij veelal ondoelmatigheid in de hand. Bij de uitwerking van nieuwe tariefsystemen zal er veel aandacht moeten zijn voor de waarde van een goede anamnese, fysisch-diagnostisch onderzoek en goede begeleiding. Het belang hiervan is weer aangetoond door een recent onderzoek van Huygen en Morkink,<sup>3</sup> waarbij bleek dat een geïntegreerde werkstijl van de huisarts de gezondheid van de patiënt ten goede komt.

### Verzekerden

Bij de invulling van het begrip 'gepast gebruik' is het noodzakelijk om de gebruiker hiervan ook kritisch te beschouwen. In de gezondheidszorg is het goed om te bedenken dat het merendeel van de gezondheidsproblemen zonder professionele hulp wordt opgelost ('self-limiting diseases', mantelzorg en zelfzorg). Ongeveer 10% van de problemen wordt voorgelegd aan de huisarts. De centrale rol van de huisarts als raadsman, behandelaar en verwijzer wordt duidelijk als men bedenkt dat slechts een beperkt gedeelte van de arts-patiëntcontacten aanleiding geeft voor een verwijzing naar een tweede echelon. Relatief kleine verschuivingen in de beleving van de drempel om tot professionele zorg toegang te krijgen zullen een grote invloed op het totale gebruik van de professionele zorg kunnen hebben.

### Zelfstandige klachtoplossing

Individen moeten worden gestimuleerd tot het zelfstandig en zo lang mogelijk op een doelmatige wijze met hun klachten omgaan. Dit betekent, dat tegen de stroom van veel 'high tech'-reclame in de media in, verzekerden materiaal moeten krijgen aangedragen om dit te kunnen. Een goed initiatief, dat navolging verdient, is het publiceren en verspreiden van het boekje 'Wat doe ik .....', begin 1993.<sup>7</sup> Zorgverzekeraars zullen in hun marketing-beleid consequent (beïnvloedings)gedrag moeten vertonen en geen dubbele boodschappen moeten uitzenden.

### Polis

Aangezien het merendeel van de Nederlanders niet op de hoogte is van de tekst van de Ziekenfondswet en de AWBZ, verdient het aanbeveling de wettelijke aanspraken te vertalen in een polis die aan elke verzekerde wordt toegestuurd. In de polis zullen naast de rechten ook de plichten, voorwaarden, uitsluitingen, etc. dienen te worden vastgelegd. Een bewuster gedrag bij de verzekerde kan hierdoor

### Nota 'Van passe' - samenvattende conclusies

- \* Een regionale oriëntatie van ziektekostenverzekeraars, zo mogelijk in combinatie met regionale budgetten, lijkt de beste voorwaarde om gepast gebruik te bevorderen.
- \* Het natura stelsel is essentieel.
- \* De politiek moet belangrijke keuzen maken.
- \* Het wettelijk basispakket moet alleen noodzakelijke zorg bevatten.
- \* Er moeten snelle beroepsprocedures gegarandeerd zijn.
- \* Centrale vaststelling tariefssystemen met regionale invulling.
- \* De ziektekostenverzekeraars moeten voldoende ruimte krijgen om substitutie te realiseren van dure naar goedkopere zorgaanbieders.
- \* Polissen moeten voldoende informatie bevatten.
- \* Het verzekeringseffect moet worden tegengestaan door het nemen van maatregelen zoals gerichte eigen betalingen en een actief contractiebeleid.
- \* De huisarts blijft een centrale positie innemen in de zorg.
- \* Een functiegerichte omschrijving van het basispakket geeft verzekeraar meer mogelijkheden voor een regionale invulling.
- \* Honoreringssystemen zullen 'gepast gebruik bevorderend' dienen te zijn.
- \* Indicietelling dient zo dicht mogelijk bij de uitvoering plaats te vinden.
- \* Er zal veel aandacht moeten zijn voor kwaliteitsbevordering.
- \* Verzekeraars zullen moeten investeren in hun beleidsinformatiesystemen en administratiesystemen om aan de gewenste bedrijfsvoering uitvoering te geven.
- \* Verzekeraars zullen consequent moeten zijn in hun eigen gedragingen om een consistente boodschap mee te geven aan verzekerden en aanbieders van zorg.

worden bevorderd. In het licht van het 'verzekeringseffect' zal bij de opzet van de polis moeten worden gewaakt voor het bevorderen van consumentisme.

### Eigen betalingen

Tot bepaalde hoogte is het uitbreiden van eigen betalingen een acceptabel instrument om de kosten en het gebruik te beïnvloeden. De belangrijkste doelstelling om eigen betalingen in de gezondheidszorg uit te breiden is de beïnvloeding van het gebruik van de zorg. Een tweede be-



langrijke doelstelling is het bevorderen van meer eigen verantwoordelijkheid. Als laatste doelstelling kan de beheersing van de kosten worden genoemd. Voor huisartsenhulp zal geen eigen bijdrage moeten worden ingevoerd, gezien de sleutelfunctie die de huisarts heeft in de Nederlandse gezondheidszorg.

Uitbreiding van de eigen betalingen in de gezondheidszorg mag niet los worden gezien van eigen bijdragen in andere sectoren. Voorkomen moet worden dat er een ongewenste cumulatie ontstaat van de verschillende (en afzonderlijk bekeken redelijke) eigen betalingssystemen.

### Aanbieders

In de gezondheidszorg blijkt het merendeel van de kosten direct of indirect door de aanbieder van zorg te worden veroorzaakt. Immers, de professional bepaalt veelal wat 'goed' voor de patiënt is; een fenomeen dat sterker aanwezig is in de 'cure'-sector dan in de 'care'-sector. Er zijn verschillende methoden denkbaar om invloed uit te oefenen op de wijze waarop het zorgaanbod te werk gaat.

### Huisarts centraal

Belangrijk blijkt te zijn, dat de patiënt een goede coach heeft om hem de weg te wijzen in de gezondheidszorg en om hem te begeleiden (ook in de tweede lijn). Tevens dient deze coach de patiënt juist te adviseren en waar nodig een goede behandeling in te zetten. De huisarts zal in deze rol moeten worden gestimuleerd, waarbij naast inhoudelijke ontwikkelingen (intercollegiale toetsing, standaarden, etc.) ook aandacht moet worden besteed aan de honoringsconsequenties van het handelen.

### Substitutie van zorg

Professionals hebben de gewoonte om steeds verder te specialiseren en uit het oog te verliezen dat veel werkzaamheden op een gegeven moment ook goed door andere, minder gespecialiseerde, disciplines kunnen worden uitgevoerd. De gezondheidszorg zal qua opzet substitutie bevorderend moeten worden opgezet, zodat zorg wordt verleend door de meest aangewezen krachten. Voorbeelden hiervan zijn de gynaecoloog/verloskundige en de tandarts/mondhygiëniste. Het wettelijke basispakket wordt bij voorkeur functiegericht omschreven, zodat regionaal aan substitutie invulling kan worden gegeven. Verzekeraars kunnen in een polis de afspraken kenbaar maken in meer concrete termen met opnemings in de polis van de gecontracteerde hulpverleners.

### Honorering

Gestreefd moet worden naar honorerings-

systemen die ongeacht de 'productie' voldoende inkomen/instellingsbudget bieden. De regionale verzekeraars moeten 'incentives' kunnen toepassen om gepast handelen te stimuleren. Tevens dienen de mogelijkheden die de contracteervrijheid biedt te worden benut, zoals een duidelijk contracteerbeleid, volumecontracten en aanvullende afspraken over kwaliteitsbevordering.

### Indicatiestelling

De keuze om een therapie, zorgvorm of behandeling in te stellen, bepaalt vaak in grote mate de wijze waarop nadien van de gezondheidszorg gebruik wordt gemaakt. Het verdient aanbeveling de indicatiestelling primair door de aanbieders van zorg te laten plaatsvinden. Wel dienen er eisen te worden gesteld aan inzichtelijkheid, standaardisatie en objectiviteit van de indicatieprocedures. Op onderdelen zullen gerichte toestemmingsprocedures hun plaats kunnen hebben in het streven naar gepast gebruik. De tendens om te kiezen voor onafhankelijke indicatiecommissies (los van het zorgaanbod) bevordert het gepast gebruik van zorg lang niet altijd. De afspraken op zorg kunnen, indien wordt gewerkt met dergelijke commissies, een steeds grotere discrepantie gaan vertonen met de mogelijkheden om die zorg ook daadwerkelijk te realiseren.

### Kwaliteitssystemen

Om gepast gebruik te kunnen realiseren zullen zorgaanbieders op systematische wijze moeten werken aan kwaliteitsbevordering. Uit de positie van de ziektekostenverzekeraar bekeken zal dit op drie verschillende niveaus moeten plaatsvinden: de individuele beroepsuitoefening, de organisatie en de gezondheidszorgprogramma's. Dit betekent, dat er zowel bij individuele beroepsbeoefenaren als bij de organisaties waarin zij werken veel aandacht voor kwaliteitsbevordering zal moeten zijn. Een goede professionele kwaliteit is vanzelfsprekend de basis bij eventuele beoordeling. Daarnaast zal er ook aandacht moeten zijn voor andere kwaliteitsaspecten, zoals doelmatig werken, maatschappelijke verantwoordelijkheid en tevredenheid van de patiënt. In de overeenkomst zorgaanbieder-zorgverzekeraar zullen eventueel expliciete afspraken met betrekking tot de kwaliteitsbevordering moeten worden opgenomen.

### Zorgverzekeraars

Op basis van alleen papieren discussies over gepast gebruik zal er niet veel veranderen. Een samenhangend pakket aan maatregelen is noodzakelijk om te voorkomen dat er keer op keer sprake zal zijn van het zogenoemde fietsbandfeno-

meen.<sup>8</sup> In veel gevallen zal de zorgverzekeraar zijn automatiseringssysteem op een peil moeten brengen dat bij de jaren negentig past en waarmee een actief (regionaal) contracteer- en verstrekkingenbeleid kan worden uitgevoerd (bijvoorbeeld het hanteren van verschillende soorten medewerkers en selectieve machtingssystemen). Een zeer flexibel beleidsinformatiesysteem is hierbij een absolute noodzaak.

Naast de noodzakelijke bijdragen aan de discussie over de verdere uitwerking van de te nemen maatregelen verdient het aanbeveling dat de zorgverzekeraars ook zelf voor de spiegel gaan staan. Het vertonen van het gedrag van een schadeverzekeraar past niet bij de rol van een sociale ziektekostenverzekeraar. Bij het samenstellen van aanvullende verzekeringen zal een ieder zich moeten afvragen in hoeverre het samengestelde aanvullende pakket zich nog laat combineren met de boodschap die aan verzekeren en aanbieders van zorg wordt uitgezonden over het totale pakket. Concurrentie op basis van fraaie aanvullende pakketten zal zich dan nogal eens moeilijk laten combineren met een zorgvuldig opgezet en geloofwaardig zorgbeleid. Dit geldt met name indien de concurrentie zich richt op het steeds weer nieuwe polissen aanbieden met nog meer zaken waar de Nederlander zich voor kan verzekeren. •

### H.W.M. Plagge en H. van Herk

zijn respectievelijk secretaris en voorzitter van de werkgroep Gepast Gebruik van de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen van Ziekenfondsen  
De VAGZ-werkgroep bestond voorts uit J. van Adrichem, R. Gardenbroek, S. Hornstra, M. de Krosse, C. van Lintel en A. van Meel.

### Literatuur

1. Kiezen en delen. Advies in hoofdzaken. Zoetermeer: Commissie Keuzen in de zorg, 1991.
2. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991 (publikatie 1991/23).
3. Advies inzake gepast gebruik. Amstelveen: Ziekenfondsradaad, september 1993.
4. Ontwerpadvies inzake kosteneffectiviteitsbeoordeling van bestaande verstrekkingen. Amstelveen: Ziekenfondsradaad, oktober 1993.
5. Ven WPM van de. Sociale ziektekostenverzekering en doelmatigheid. Inaugurale rede Rotterdam 15 oktober 1987.
6. Huygen FJA, Mokkink HGA. De relatie tussen de werkwijze van huisartsen en de gezondheidstoestand van hun patiënten. Consult voor de huisarts 1993 nr 1.
7. Does E van der, Metz RC. Wat doe ik? Ga ik naar de huisarts? Rotterdam: Ketting, 1993.
8. Post D, Verburgh L. Eigen bijdragen en het fietsbandfenomeen. Medisch Contact 1993; 48: 267-9.

Frissen MAG, Laffr  e ChrRJ. Een duurzaam zorgbestel. KNMG en beroepsverenigingen pleiten voor duidelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Medisch Contact 1993; 48: 937-9.

Mootz M. Eigen betalingen in de gezondheidszorg: discussie over een actueel onderwerp. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 70: 661-4.

# Complicatieregistratie

Een middel ter verbetering van de kwaliteit van patiëntenzorg

J.A. Duijvestijn en B.C. de Vries

**Een goed geconstrueerd systeem van complicatieregistratie en terugkoppeling van morbiditeits- en mortaliteitsgegevens naar de clinicus kan in belangrijke mate bijdragen aan de bewaking van goed medisch handelen. In het Haagse Westeinde Ziekenhuis zijn de mogelijkheden en de knelpunten van zo'n systeem onderzocht.**

**A**L VELE JAREN staat de kwaliteit van de gezondheidszorg in het middelpunt van de belangstelling. Politiek heeft dit onder andere geleid tot de nota 'Kwaliteit van zorg', die in mei 1991 door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur werd gepubliceerd. Een algemene, op instellingen gerichte kwaliteitswet vraagt een grotere verantwoordelijkheid van de 'partijen in het veld' die deze wet invullen en operationaliseren, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en -systemen. Dit beleid wordt ook wel de 'functionele decentralisatie' genoemd.

In het eerste ontwerp van de Kwaliteitswet (maart 1992) staat onder andere dat de zorgaanbieder de wettelijke plicht krijgt 'verantwoorde zorg' te bieden. Hierbij wordt verantwoorde zorg gezien als "zorg, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend" (art. 2). Volgens artikel 4 omvat het leveren van verantwoorde zorg tevens de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit verplicht de zorgaanbieder tot een cyclisch proces van kwaliteitsbevordering en -bewaking: een systeem van verzamelen van gegevens, toetsen en zo nodig bijstellen van de zorgverlening.

Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) wil via verschillende maatregelen de kwaliteit van zorg laten bewaken.<sup>1</sup> Een systeem van goede complicatieregistratie en terugkoppeling van morbiditeits- en mortaliteitsgegevens naar de clinicus kan een belangrijke bijdrage zijn aan deze bewaking van goed medisch handelen: zowel

direct door controle van het resultaat, met mogelijkheden tot vergelijking met andere instellingen en steun bij beleidsbeslissingen, als indirect door het leveren van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Aan de hand van ervaringen met het registratiesysteem van het Westeinde Ziekenhuis bij de beschrijving van de resultaten van de afdeling Heelkunde van 1989 tot en met 1992 zijn de mogelijkheden en de knelpunten van een complicatiesysteem onderzocht.

## Historisch overzicht en internationale ontwikkelingen

Eind vorige eeuw werden voor het eerst chirurgische resultaten systematisch geregistreerd.<sup>2</sup> In 1890 publiceerde Haidenthaler uit de Weense kliniek van professor Billroth de matige resultaten van hun operaties voor herniae inguinales in het Archiv für Klinische Chirurgie. In hetzelfde tijdschrift verschenen vier jaar later de veel betere resultaten van professor Bassini uit Padua. Deze dappere initiatieven gaven de aanzet tot zelfcontrole van kwaliteit.

In Verenigde Staten legde dr Ernest Codman de link tussen het chirurgisch resultaat en het zorgverleningsproces in het ziekenhuis. De zorgverlening zou moeten worden gestandaardiseerd en gereguleerd door een onafhankelijke instantie. Dit resulteerde in de oprichting van het American College of Surgeons. Dit college constateerde dat slechts weinig ziekenhuizen aan de initieel hoog gestelde eisen voldeden. In 1924 eiste het American College of Surgeons nog slechts, dat "[T]he staff has to review and analyse at regular intervals their clinical experience..." Er kwam een systeem met minimum-eisen, dat in 1951 resulteerde in de publikatie van het 'Accreditation Manual for Hospitals'. In het Verenigd Koninkrijk bespreken de chirurgen en urologen van de Lothian Health Board al veertig jaar de statistieken van hun operaties en de mortaliteitsgegevens.<sup>3</sup> Sinds enkele jaren gebruiken zij nu een gecomputeriseerd systeem. In de jaren tachtig ontwikkelde D.C. Dunn in Cambridge het computerprogramma 'Dunnfile', dat behalve patiëntengegevens

(meer dan 50 items per patiënt) ontslagbrieven produceert.<sup>4,5</sup> De nieuwste ontwikkelingen gaan een stap verder. In Liverpool testen Copeland c.s.<sup>6</sup> hun programma 'Physiological and operative severity score for the enumeration of mortality and morbidity' (Possum). Patiënten worden post-operatief gescoord op een aantal fysiologische parameters, zoals bloeddruk, lab-waarden, ECG, en tevens per operatief op factoren als de zwaarte van de ingreep, de hoeveelheid bloedverlies en eventueel gevonden maligniteiten. Op basis van een databank van Possum-gescoorde patiënten kan nu prospectief een kansberekening voor mortaliteit en morbiditeit worden gemaakt.

## Vereisten van een goed registratiesysteem

De variabelenset van een registratiesysteem moet zo compleet mogelijk zijn. Dit betekent enerzijds dat er een zo groot mogelijk aantal relevante gegevens dient te worden opgeslagen. Anderzijds moeten deze variabelen voor alle patiënten en alle operaties ook daadwerkelijk worden ingevoerd. Als het systeem bij invoer om ieder item 'vraagt', kan worden voorkomen dat variabelen worden vergeten. De variabelen moeten bestaan uit patiëntengegevens die de leeftijd, het geslacht en de conditie van de patiënt tijdens de ingreep beschrijven, uit operatiegegevens over de aard en de grootte van de ingreep en tenslotte uit items die verslag doen van het post-operatieve beloop en het resultaat van de ingreep. Al deze items moeten duidelijk zijn gedefinieerd, zodat ze eenduidig kunnen worden ingevuld. De invoer moet eenvoudig en snel kunnen gebeuren, waarbij alle gegevens maar eenmaal worden opgeslagen.

Om aan zijn doelen te voldoen moet een registratiesysteem naast goede invoerfaciliteiten ook een snelle en gebruikersvriendelijke uitvoer hebben. De ingevoerde gegevens moeten 'on-line' ter beschikking zijn en op eenvoudige wijze aan elkaar kunnen worden gekoppeld.

## Complicatieregistratie in het Westeinde Ziekenhuis

De complicatiegegevens van de afde- 

ling Heelkunde van het Westeinde Ziekenhuis worden ingevoerd in het informatie-systeem dat is geleverd is door het Haags Ziekenhuis Informatiesysteem (Hazis), een samenwerkingsverband van vier Haagse ziekenhuizen en twee ziekenhuizen buiten de regio. Hazis is vanaf 1980 participant van de stichting Basis in Leiden, die oorspronkelijk (academische) ziekenhuizen voorzag van voornamelijk economische gebruikersprogramma's, maar er in de loop van de jaren voor zorgde dat er steeds meer management-informatiesystemen werden geïmplementeerd. Het systeemdeel Opera is het 'hart' van de informatievoorziening voor alle bij operatieve ingrepen betrokken specialismen en diensten van het ziekenhuis. Zo kan het de gegevens over de wachtlijsten, het personeel, de ruimte en de apparatuur vastleggen ter ondersteuning van de planning. Ook kan dit systeemdeel het beheer van de voorraden en het maken van het operatieprogramma begeleiden. Tenslotte kunnen alle ingrepen en operatiegegevens worden geregistreerd ten behoeve van de interne budgettering, de financiële afhandeling en de rapportage naar het SIG en de Specialisten Registratie Commissie. De registratie-eenheid van Opera is een

op de overdracht gecontroleerd door het hele chirurgische team en door één van de chirurgen voor gezien getekend. Medewerkers van de Medische Registratie voeren de lijsten in het ZIS-systeemdeel Opera in. Ieder jaar worden de resultaten 'uitgedraaid'. Er worden per specialisme overzichten gemaakt van:

- het vóórkomen van complicaties bij operaties;
- het aantal operaties met één of meer complicaties, verdeeld per sekse, ASA-klasse en leeftijdsgroep;
- alle patiënten met één of meer complicaties.

### Resultaten

Om de eerste vier jaar van registratie van de heelkunde van het Westeinde Ziekenhuis te beschrijven is een relationele database aangemaakt, waarin de variabelen die in het ZIS zijn opgeslagen zoveel mogelijk aan elkaar zijn gekoppeld. Met een statistisch verwerkingsprogramma zijn de gegevens op een personal computer geanalyseerd.

Voor het specialisme heelkunde (waaronder ook de traumatologie) is het vóórkomen van complicaties, ingedeeld in een lichte en een ernstige categorie, en de

tenpopulatie zijn de gegevens met betrekking tot specifieke ingrepen onderzocht; deze geven inzicht in de resultaten van één enkele ingreep, bieden mogelijkheden tot vergelijking met literatuurgegevens en geven houvast bij pogingen om de kwaliteit te verbeteren. De cijfers van bijvoorbeeld de hernia-operaties in het Westeinde Ziekenhuis zijn vergeleken met die uit de literatuur (samenvatting: tabel 2). Hiervoor is een artikel gebruikt van de afdeling Chirurgie van het Northport Veterans Administration Medical Center.<sup>7</sup> Dit artikel beschrijft de resultaten bij oudere patiënten van een speciaal opgerichte hernia-kliniek en vergelijkt deze met drie andere publikaties. Deysine c.s. gebruiken in de meeste gevallen de Shouldice-techniek en soms (voor primaire of recidief herniae) de Mc Vay-techniek. Aan de overgenomen tabel zijn de gegevens van het Westeinde Ziekenhuis toegevoegd voor patiënten boven de 60 jaar. Hoewel de in het artikel genoemde "local and systemic complications" niet duidelijk zijn omschreven, mag worden verwacht dat deze overeenkomen met de in dit onderzoek gebruikte definities. Vooral voor de acute operaties, maar ook voor de electieve ingrepen steken de cijfers mooi af tegen de eerste drie onderzoeken. De resultaten van Deysine c.s. spannen echter de kroon.

### Beschouwing

Wat betreft de invoer van gegevens, de eigenlijke registratie, blijkt het ZIS goed te functioneren. Verbeteringen zouden kunnen bestaan uit extra variabelen zoals die in het Possum-systeem worden opgeslagen. Ook zou het computersysteem opslag kunnen weigeren indien niet alle gegevens worden ingevoerd, waardoor wordt voorkómen dat bestanden incompleet zijn. Voor de terugkoppeling van de resultaten moet nog een bevredigende uitvoer worden ontworpen. Als een ziekenhuis de gegevens 'on-line' beschikbaar heeft, leveren ze argumenten voor

*Met een goed geconstrueerd systeem voor complicatieregistratie kunnen in principe alle klinische vragen ten behoeve van onderzoeken en ter ondersteuning en toetsing van het beleid worden beantwoord*

'zitting' (de periode dat de patiënt op de OK is), die meer dan één operatie kan bevatten (indien er sprake is van meer dan één verantwoordelijke specialist). Per operatie kunnen verscheidene ingrepen plaatsvinden.

Voor de complicatieregistratie kan een keuze worden gemaakt uit een set complicaties, dat per specialisme is bepaald. De mogelijkheid ook een set ingreepspecifieke complicaties op te roepen is in het Westeinde Ziekenhuis nog niet geïmplementeerd.

Sinds 1989 vullen op de afdeling Heelkunde van het Westeinde Ziekenhuis de operateur en de anesthesist de operatie- en patiëntgegevens in. Alle complicaties worden verzameld op een formulier dat bij de patiëntenstatus is gevoegd. Dit zogeheten ontslag- en overdrachtformulier bevat onder andere de patiëntgegevens, de datum, de duur en de reden van opname, de diagnoses en een zogeheten schraplijst met specialisme-specifieke complicaties. De zaalarts vult het formulier in en op de dag van ontslag wordt het

mortaliteit beschreven in relatie tot de leeftijd, de sekse en de ASA-klasse van de patiënten. De (arbitraire) indeling van complicaties in twee categorieën is opgenomen in het overzicht.

De resultaten zijn in tabel 1 samengevat. Behalve de algemene opbouw en het complicatieprofiel van de gehele patiën-

Overzicht. Indeling complicatiecategorieën (foutieve pre-operatieve diagnose, overleden en 'andere complicaties' niet inbegrepen).

I: licht	II: ernstig
nabloeding	geïnfecteerde osteosynthese
decubitus	sepsis
wondinfectie	multi organ failure
wonddehiscentie	trombose/embolische compl.
hematoom	complicaties van het zenuwstelsel
lijncomplicaties	cardiale complicaties
longinfectie/atelectase	ARDS
urinewegsinfecties	naadlekkage intra abdominaal
urineretentie	abcesvorming intra abdominaal
insufficiënte osteosynthese	
luxatie/malpositie arthroplastiek	



Tabel 1. Complicatiegegevens 1989-1992 Westeinde Ziekenhuis.

1989-1992	cat.I	(%)	cat.II	(%)	overleden	(%)	zittingen
ASA I	160	( 4,4)	34	( 0,9)	2	( 0,1)	3.601
ASA II	264	(10,3)	73	( 2,8)	45	( 1,8)	2.573
ASA III	149	(11,0)	70	( 5,2)	75	( 5,5)	1.355
ASA IV	7	( 4,5)	10	( 6,4)	24	(15,3)	157
ASA V	3	( 3,1)	10	(10,2)	23	(23,5)	98
< 10 jaar	13	( 4,8)	4	( 1,5)	0		273
10j. - < 20j.	8	( 1,7)	3	( 0,6)	0		484
20j. - < 30j.	49	( 3,6)	15	( 1,1)	2	( 0,1)	1.380
30j. - < 40j.	44	( 3,5)	14	( 1,1)	2	( 0,2)	1.251
40j. - < 50j.	51	( 4,0)	16	( 1,3)	9	( 0,7)	1.278
50j. - < 60j.	82	( 6,6)	34	( 2,7)	13	( 1,0)	1.248
60j. - < 70j.	131	( 7,9)	44	( 2,6)	38	( 2,3)	1.665
70j. - < 80j.	186	( 9,8)	64	( 3,4)	88	( 4,7)	1.891
80j. - < 90j.	110	(10,3)	48	( 4,5)	70	( 6,6)	1.065
> 90 jaar	44	(17,0)	11	( 4,2)	24	( 9,3)	259

De ASA-klasse is een scoresysteem waarmee de conditie van de patiënt wordt ingeschat. (Bij 3.010 zittingen was de ASAklaaske niet ingevuld.)

Tabel 2. Vergelijking resultaten hernia-operaties bij ouderen. (I=Nehme 1983, II=Tingwald 1982, III=Williams 1966, IV=Deysine 1987, WEZ= Westeinde).

leeftijd	I > 65 jaar	II > 70 jaar	III > 60 jaar	IV > 65 jaar	WEZ > 60 jaar
ELECTIEF					
aantal	1.044	44	222	234	263
complicaties	273	8	59	3	27
complicaties %	26	18	26,5	1,2	10,3
overleden	14	0	4	0	4
overleden %	1,3	0	1,8	0	1,7
ACUUT					
aantal	235	18	48	7	25
complicaties	131	10	25	0	3
complicaties %	55,7	55,5	52	0	12
overleden	18	4	6	1	0
overleden %	7,6	22,2	12,5	14	0

beleidsbeslissingen en kunnen ze het medisch handelen controleren. Indien ook behandeling door andere specialisten zou worden overwogen, dienen deze over een gelijkwaardig en vergelijkbaar systeem te beschikken. Het controleren van het eigen medisch handelen zou periodiek moeten gebeuren, met telkens up-to-date bijgewerkte getallen. Zo ontstaat een continue feed-back, die de mogelijkheid geeft trendbreuken te signaleren en daarnaast de clinicus te stimuleren om een nauwkeurige registratie bij te houden.

Het is namelijk van essentieel belang dat de uitgangsgegevens zo accuraat mogelijk zijn.

Als individuele resultaten consequenties kunnen hebben voor het beleid, moeten ze aan een 'gouden standaard' worden getoetst. Een belangrijk probleem is hoe deze gouden standaard moet worden ge-

definieerd. Om voor de kwaliteit van iedere ingreep een minimum-'standaard' te ontwikkelen, moet men beschikken over een zeer grote hoeveelheid patiëntgegevens. Hier moet dus worden gedacht aan een landelijk systeem van registratie. Met het oog op de privacy van patiënt en clinicus zullen deze gegevens in handen van de beroepsgroep moeten blijven. In maatschappelijk opzicht kan het bereikbaar worden van de resultaten worden gezien als een handvat om de kwaliteit van de zorgverlening van instellingen en maatschappen te toetsen. Het is echter van evident belang te bedenken dat iedere patiëntenpopulatie haar eigen risicoverdeling heeft. Zoals dit onderzoek ook aangeeft zijn de gezondheidstoestand (beschreven in de ASA-klasse) en de leeftijd bepalend voor de kans op complicaties. Hiernaast moeten de cijfers worden gerelateerd aan het ingrepenpakket van

de te toetsen instelling, daar ook de aard van de ingreep van invloed is.

Tenslotte moet er consensus zijn over de inhoud van de complicatiediagnosen om zodoende de bron van informatie, de databank van iedere instelling, van vergelijkbare gegevens te voorzien.

**Conclusie**

Een goed geconstrueerd systeem voor complicatieregistratie kan een waardevol hulpmiddel zijn. Hiermee kunnen in principe alle klinische vragen ten behoeve van onderzoeken en ter ondersteuning en toetsing van het beleid worden beantwoord. Indien een dergelijk systeem binnen het bereik van iedere clinicus komt, zal dit zeer zeker de controle van zijn handelen en daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg ten gunste beïnvloeden. •

J.A. Duijvestijn,  
arts-assistent

B.C. de Vries,  
chirurg Westeinde Ziekenhuis  
's-Gravenhage

**Literatuur**

1. Legemaate J. Kwaliteit van beroepsuitoefening. Het onderwerp Kwaliteitswet Zorginstellingen en het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg in onderling verband. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136 (48): 2380-4.
2. Devlin BH. Audit and the quality of clinical care. Suppl Annals R Coll Surg Engl 1990; 72: 3-14.
3. Gruer R et al. Audit of Surgical Audit. Lancet 1986; 23-5.
4. Dunn DC, Dale RF. Combined computer generated discharge documents and surgical audit. Br Med J 1986; 292: 816-8.
5. Dunn DC. Audit of a surgical firm by microcomputer: five years' experience. Br Med J 1988; 296: 687-91.
6. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg 1991; 78: 356-60.
7. Deysine M, Grimson R, Soroff HS. Herniorrhaphy in the elderly. Benefits of a clinic for the treatment of external abdominal wall hernias. Am J Surg 1987; 153 (4): 387-91.

# Geneeskundige behandeling met experimenteel karakter

Rechtspositie van patiënt en ziekenhuis

D. van Diejen

**Wanneer een geneeskundige behandeling een experimenteel karakter draagt, dienen de budgettaire en verzekeringstechnische consequenties bekend te zijn, óók bij de patiënt.**

## 1. Inleiding

**O**P EEN AANTAL TERREINEN van de geneeskunde worden geavanceerde methoden en technieken toegepast die, zolang ze nog in experimenteel stadium verkeren en de voor- en nadelen nog onvoldoende bekend zijn, niet onder de verstrekkingen van de zorgverzekeraars vallen. Het gaat hier om experimentele geneeskundige behandelingen die volgens een strikt wetenschappelijk protocol worden uitgevoerd, meestal met financiële steun van een universiteit, een academisch ziekenhuis of een andere, externe instantie. De experimentele behandelingen zijn te onderscheiden van de 'reguliere' geneeskundige behandelingen waarbij gebruik wordt gemaakt van reeds gevalideerde methoden en technieken; deze vallen wel onder de verstrekkingen van de zorgverzekeraars. Ten slotte is er een derde type te onderkennen: de behandeling die wordt gepresenteerd als een reguliere behandeling, maar waarbij gebruik wordt gemaakt van een nog in de ontwikkelingsfase verkerende methode of techniek. Dit type kan worden betiteld als 'een geneeskundige behandeling met een experimenteel karakter'.

Naar aanleiding van een reële casus zal worden bekeken of een patiënt recht kan doen gelden op voortzetting van een behandeling met een experimenteel karakter en welke daarbij de rechtspositie is van patiënt en ziekenhuis.

## 2. Casus

Een patiënt lijdt sinds enige jaren aan multiple sclerose, een aandoening van het centraal zenuwstelsel die wordt gekenmerkt door toenemend verval van zenuwweefsel in hersenen en ruggemerg. Omdat hij als gevolg van de ziekte last heeft

van pijnlijke krampen in de benen, zoekt hij medische hulp. Na enige tijd te zijn behandeld met medicamenten (tabletten) en fysiotherapie wordt hij, wegens onvoldoende effect hiervan, verwezen naar de afdeling Neurologie van een academisch ziekenhuis. Aldaar wordt een behandeling ingesteld met Lioresal®. Voor een optimaal effect wordt de injectievloeistof door middel van een speciaal daartoe ingebrachte catheter toegediend in de directe omgeving van het ruggemerg (intrathecale toediening). Een draagbare uitwendige infuuspomp zorgt voor continue toediening van de vloeistof. De behandeling heeft succes en de pijnlijke krampen verdwijnen. De behandelend neuroloog bericht de huisarts dat het plaatsen van een onderhuidse inwendige infuuspomp geïndiceerd is. Met dit systeem zou bij langdurige therapie de kans op complicaties, met name infectie en ontsteking, geringer zijn.

Als echter de inwendige infuuspomp een jaar na de indicatiestelling nog niet is ingebracht, eist de patiënt via kort geding het uitvoeren van de voorgestelde behandeling op straffe van een dwangsom. Hij wordt in deze eis gesteund door de betrokken zorgverzekeraar. Deze is overigens zelf niet bereid om de additionele kosten (het gedeelte dat het budget van het ziekenhuis te boven gaat) voor de behandeling te vergoeden.

Het academisch ziekenhuis verweert zich in eerste instantie door te stellen dat de behandeling niet past binnen het budget. In tweede instantie wordt een medisch-technisch argument aangevoerd: in het ziekenhuis zou de benodigde kennis voor het inbrengen van en de nazorg voor de inwendige infuuspomp ontbreken. Tevens wordt gewezen op het experimentele karakter van de verstrekking.

Uit de gang van zaken blijkt dat in dit ziekenhuis het implanteren van een inwendige infuuspomp voor dit doel nog niet eerder is toegepast. Alleen in twee andere ziekenhuizen bestaat hiermee enige ervaring in het kader van een protocollair-wetenschappelijk, ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek (goedgekeurd en gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad)

naar de effecten van intrathecaal toegediend Lioresal®. Er is contact geweest met één van deze centra, maar de patiënt zou niet hebben voldaan aan de voor het protocol geldende insluitingscriteria.


Nog voor uitspraak in kort geding werd gedaan kwamen beide partijen tot een bevredigende oplossing van het geschil. De patiënt kreeg zijn inwendige pomp, het ziekenhuis zorgde voor de vergoeding.

## 3. Beschouwing

De onderwerpen die naar aanleiding van de casus aan de orde worden gesteld betreffen de aard en inhoud van de geneeskundige behandeling, de arts-patiëntrelatie, de mogelijke gronden voor het weigeren van een behandeling door de hulpverlener, de eventuele voor de patiënt opeisbaarheid van het voortzetten van een behandeling en de verstrekking door de zorgverzekeraar.

### 3.1. Aard en inhoud van de geneeskundige behandeling

Zowel de experimentele als de 'reguliere' geneeskundige behandeling zal in de toekomst aan wettelijke regels dienen te voldoen. Ik geef in dit verband de voorkeur aan de term 'experimentele geneeskundige behandeling' boven 'medisch experiment'. De eerste term lijkt mij meer in overeenstemming met de werkelijkheid, namelijk dat de experimentele methode of techniek wordt toegepast ter bevordering van de gezondheidstoestand van de patiënt. De term 'medisch experiment' lijkt meer toepasbaar op proefnemingen bij gezonde personen, waar bevordering van de gezondheidstoestand uiteraard niet voorop staat.

Met betrekking tot de experimentele geneeskundige behandeling wordt reeds enige tijd gewerkt aan de noodzakelijke regelgeving (Wet inzake medische experimenten, Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22 588, nrs. 1-2). Hierin zijn onder andere bepalingen opgenomen ten aanzien van het onderzoeksprotocol en de voorwaarden waaraan dit moet voldoen, het geïnformeerde toestemmingsvereiste en de daarvoor noodzakelijke informatievoorziening, de aansprake- 

lijkheid voor door het experiment veroorzaakte schade, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de proefpersoon en tenslotte een strafmaat indien niet wordt voldaan aan de in de wet gestelde regels. Ook in de jurisprudentie wordt de procedure met betrekking tot experimenteel onderzoek vermeld:<sup>1</sup> Naar aanleiding van een door de huisarts van bij het onderzoek betrokken patiënten aangespannen kort geding werd de binnen het ziekenhuis gevolgde procedure in haar geheel in de uitspraak vermeld en door de president van de rechtbank beoordeeld als met voldoende waarborgen omkleed en te voldoen aan alle daarvoor geldende wettelijke regelingen en richtlijnen. Betreft het een experimentele behandeling in het kader van onderzoek naar de werkzaamheid van farmaceutische producten, dan dient de behandeling met ingang van 1994 te voldoen aan de eisen van 'good clinical practice' zoals neergelegd in Richtlijn 91/507/EEG van de Europese Gemeenschap.

Met betrekking tot de 'reguliere' geneeskundige behandeling wordt in artikel 1653 lid 1 van het Wetsontwerp Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 21 561, nr. 17) bepaald dat het hier gaat om een overeenkomst waarbij de hulpverlener zich tegenover de opdrachtgever (de patiënt) verbindt tot het verrichten van behandelingen op het gebied van de geneeskunst. De overeenkomst geldt voor alle diagnostische, therapeutische en verloskundige behandelingen (art. 1653 lid 2). Voor aanvang van de behandeling dient de hulpverlener de patiënt in te lichten over aard en doel van de behandeling, mogelijke alternatieven en eventuele risico's die aan de behandeling zijn verbonden (art. 1653b lid 1). Verder is bepaald, dat voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst telkens de toestemming van de patiënt vereist is (art. 1653d lid 1). De WGBO zal worden opgenomen onder zevende titel B van het vierde boek van het Burgerlijk Wetboek.

De casus is een voorbeeld van het derde type geneeskundige behandeling: de patiënt krijgt een behandeling aangeboden die nog in de ontwikkelingsfase verkeert. Het aanbod van de arts is mede ingegeven door de gunstige voorlopige resultaten van de experimentele behandeling elders. De desbetreffende neurologische afdeling is echter zelf niet bij het wetenschappelijk onderzoek betrokken en de patiënt wordt dan ook niet in een onderzoeksprotocol opgenomen. Hoewel de behandeling naar inhoud mag worden gezien als een experimentele behandeling, wordt niet voldaan aan de daarvoor

geldende bepalingen. Naar aard is er dan slechts sprake van een 'reguliere' geneeskundige behandeling, waarop de regels van de WGBO van toepassing zijn.

### 3.2. Relatie arts-patiënt

Op grond van wettelijke plicht en kwaliteitsstandaard van de beroepsgroep zal de arts trachten de patiënt zo goed mogelijk te helpen. De arts is ervoor opgeleid daarbij alle diagnostische en therapeutische mogelijkheden te overwegen, althans voor zover deze voor de behandeling nuttig of noodzakelijk (kunnen) zijn. Voor zover dit leidt tot een 'reguliere' dan wel een experimentele geneeskundige behandeling, zal hierover weinig discussie zijn. Echter, een zelfde mechanisme doet zich voor wanneer zich een patiënt aandient met een aandoening die met de dan geldende stand van de medische techniek niet, maar met een nieuwe, nog in ontwikkeling zijnde techniek mogelijk wel kan worden behandeld. Deze optie zal, indien aan de medisch-technische voorwaarden wordt voldaan, door de arts worden aangeboden op grond van de wens de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. Eventueel daaruit voortvloeiende juridische en verzekeringstechnische verwickelingen spelen daarbij (waarschijnlijk) een ondergeschikte rol.

### 3.3. Gronden voor weigering behandeling

Indien de hulpverlener partij en (mede-)uitvoerder is van een geneeskundig onderzoeksprotocol is weigering tot deelname aan het onderzoek mogelijk wanneer de patiënt niet voldoet aan de daarvoor geldende (medische) insluitingscriteria. Deze criteria worden door de onderzoekers meestal vrij strikt gedefinieerd om al te grote variabiliteit in het onderzoek te voorkomen.

Een tweede grond voor weigering ontstaat indien tijdens de experimentele behandeling bij de patiënt aandoeningen aan het licht komen die een contra-indicatie vormen voor verdere deelname aan het onderzoek.

Indien een hulpverlener geen partij is bij een wetenschappelijk onderzoek of de patiënt niet voldoet aan de insluitingscriteria, is weigering van een experimentele behandeling niet alleen mogelijk op grond van de Ziekenfondswet en de Regeling HulpmiddelenAWBZ (de behandeling behoort niet tot de verstrekkingen en het ziekenhuis krijgt derhalve de kosten niet vergoed), maar ook op grond van het ontbreken van voldoende medische en verpleegkundige kennis om de experimentele behandeling naar behoren uit te voeren; bij het ontbreken van de nodige kennis zouden, indien de behandeling toch wordt

uitgevoerd, patiënt en behandelaar immers aan onnodige risico's worden blootgesteld.

### 3.4. Gronden voor opeisbaarheid voortzetting behandeling


Uit de eis van de patiënt en het verweer van het academisch ziekenhuis kan worden begrepen dat slechts het toepassen van de inwendige infuuspomp als experimenteel gedeelte van de behandeling is op te vatten. Echter, uit de inhoud van het ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek zoals dat wordt uitgevoerd in beide voor dit doel goedgekeurde en gesubsidieerde centra blijkt, dat zowel de intrathecale toediening van het medicament (de geneeswijze) als de aard en de kwaliteit van de als hulpzaak te beschouwen infuuspomp onderwerp is van onderzoek.

Zoals is betoogd onder 3.1, draagt de voorgestelde en tot dusver uitgevoerde behandeling de kenmerken van een 'reguliere' geneeskundige behandeling, waarop overeenkomstig de regels van de WGBO en het Burgerlijk Wetboek van toepassing zijn. De op grond van de gunstige resultaten met intrathecaal toegediend Lioresal® gestelde indicatie voor het plaatsen van een onderhuidse inwendige infuuspomp kan worden gezien als een logisch vervolg op de tot dan toe uitgevoerde behandeling en is mede ingegeven door de (mogelijk) verhoogde kans op infectie en ontsteking bij een langdurig gebruik van de draagbare uitwendige infuuspomp.

Indien tijdens het overleg tussen neuroloog en patiënt met betrekking tot het implanteren van de inwendige infuuspomp geen (langere) termijn of een andere restrictie is besproken, mag de patiënt ervan uitgaan dat de behandeling binnen redelijke termijn (enkele weken tot maanden) zal worden uitgevoerd; een goed verloop van de behandeling behoort immers tot de zorg van een goed hulpverlener.

### 3.5. Verstrekking door de zorgverzekeraar

Op grond van artikel 8 lid 1 van de Ziekenfondswet (Staatsblad 1964: 392) hebben verzekerden aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging, voor zover met betrekking tot die zorg geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Staatsblad 1967: 655). Lid 2 van hetzelfde artikel bepaalt, dat bij Algemene Maatregel van Bestuur aard, inhoud en omvang der verstrekkingen worden geregeld.

Uit de Regeling HulpmiddelenAWBZ (ter uitvoering van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering van 1968; Staatsblad 1977: 444) blijkt, dat verzekerden aanspraak hebben op ver- 



strekking in eigendom van onder andere draagbare, uitwendige infuuspompen (art. 2 lid 1 jo art. 2 lid 1.p), maar dat de aanspraak slechts geldt voor de indicaties als vermeld in bijlage 9 (art. 23 lid 3). Sinds de laatste wijziging van 19 maart 1991 omvat bijlage 9 van de regeling vijf indicaties; toediening van medicamenten ten behoeve van de behandeling van pijnlijke spierkrampen wordt niet als indicatie genoemd.

De Regeling Hulpmiddelen AWBZ spreekt slechts over draagbare uitwendige infuuspompen; implantatie van een inwendige infuuspomp blijkt niet te zijn ondergebracht bij de verstrekkingen. Omdat een inwendige infuuspomp ook anderszins geen onderdeel vormde van het contract tussen de betrokken zorgverzekeraar en het academisch ziekenhuis, stelde de Ziekenfondsraad zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar niet is gehouden de kosten voor de inwendige infuuspomp te vergoeden.

#### 4. Conclusie

Met de juridische actie heeft de patiënt duidelijk willen maken dat de geïndiceerd geachte behandeling ten onrechte niet binnen redelijke termijn is uitgevoerd. Opvallend is, dat niet primair de behandelend neuroloog maar het ziekenhuis wordt aangesproken op de tekortkoming in de nakoming van de verbintenis die is ontstaan uit de overeenkomst tot het uitvoeren van de geneeskundige behandeling. Deze constructie is mogelijk op grond van art. 1653q WGB, waarin wordt bepaald dat indien ter uitvoering van de handelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis, het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk is als ware het zelf bij de overeenkomst partij.

De hulpverlener wordt aangesproken op het niet voldoen aan de bepaling dat hij bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht dient te nemen (art. 1653g WGB). In een zaak tegen een orthopedisch chirurg oordeelde de Hoge Raad al eerder, dat "de maatstaf voor beoordeling van medisch handelen is de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts".<sup>2</sup> Wanneer de indicatiestelling tot het inbrengen van de inwendige infuuspomp wordt opgevat als een verklaring in de zin van art. 3:35 Burgerlijk Wetboek, betekent het niet uitvoeren van die behandeling tevens een breuk van het inzake een overeenkomst geldende vertrouwensbeginsel.

Het door het ziekenhuis ter verdediging ingebrachte argument dat voor de geëiste behandeling onvoldoende kennis ter beschikking was, is op zich steekhoudend. Echter, nu dit pas naar voren is gebracht

tijdens de behandeling in kort geding, wordt het verweer verzwakt door het feit dat op grond van de informatieplicht (art. 1653b WGB) het ontbreken van deze voldoende kennis in een vroeg stadium, liefst nog voor aanvang van de behandeling aan de patiënt had dienen te worden medegedeeld. Een beroep op overmacht (art. 6:75 BW) door de hulpverlener zal om dezelfde reden weinig kans van slagen hebben.

Eveneens is aangevoerd, dat de behandeling niet past binnen het budget van het ziekenhuis en dat het daarbij ook nog gaat om een verstrekking met een experimenteel karakter. In een analoog geval bepaalde de Raad van Beroep in 1985 dat een ziekenfonds terecht de kosten van in vitro fertilisatie niet had vergoed, omdat op het moment van diens besluit deze behandeling nog in een experimenteel stadium verkeerde en (nog) niet kon worden gezien als een doeltreffende therapie.<sup>3</sup> Op grond van deze uitspraak lijkt het voor het ziekenhuis niet mogelijk de kosten van een behandeling met een experimenteel karakter te declareren bij de ziektekostenverzekeraar.

Nu de onderhavige behandeling met experimenteel karakter als een geheel mag worden gezien (zie ook 3.1 en 3.4) kan worden betoogd dat ook van de zijde van de zorgverzekeraar sprake is van schending van opgewekt vertrouwen nu deze (onverplicht) wel de uitwendige maar niet de inwendige infuuspomp wil vergoeden. Hoewel een ziekenfonds niet verplicht is aan een ziekenhuis kosten te vergoeden waarvoor geen tariefafpraak tot stand is gekomen,<sup>4</sup> valt te verdedigen dat, indien de ziektekostenverzekeraar eenmaal bereid is om de kosten van het eerste traject van de geneeskundige behandeling met een experimenteel karakter te vergoeden, deze zich niet kan distantiëren van het logisch vervolg daarvan.

Apart van de civielrechtelijke aansprakelijkheid van de hulpverlener doet zich de vraag voor of hier ten aanzien van de behandelend arts gronden zijn voor tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Indien men aanvaardt dat het niet in acht nemen van de zorg van een goed hulpverlener (art. 1653g WGB) leidt tot een breuk van het bij een overeenkomst geldende vertrouwensbeginsel, moet deze vraag positief worden beantwoord. Immers, artikel 1, lid 1 van de Medische Tuchtwet bepaalt dat een arts kan worden onderworpen aan een van de in deze wet vermelde maatregelen indien hij zich schuldig maakt aan, onder andere, handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen. Tegen deze stelling is in te brengen dat, zoals blijkt uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie, bedoelde maatre-

gelen slechts worden opgelegd wegens handelingen die sterk afwijken van de door de beroepsgroep gestelde norm en die meestal ook ernstige gevolgen hebben gehad voor de patiënt. Het tuchtrechtelijke beginsel van vertrouwensondermijning valt derhalve niet samen met het civielrechtelijke vertrouwensbeginsel. Om die reden is het onzeker of een medisch tuchtcollege de door de behandelend neuroloog gevolgde handelwijze voldoende ondermijnend zal achten om de zaak in behandeling te nemen, vooral omdat de inwendige infuuspomp inmiddels is geïmplantatoed.

Een arts dient zich bij het aangaan van een geneeskundige handelingsovereenkomst terdege bewust te zijn van de verplichtingen die daaruit voortvloeien. Wanneer de behandeling een experimenteel karakter draagt, dienen budgettaire en verzekeringstechnische consequenties bekend te zijn, ook aan de patiënt.

*De auteur denkt met veel genoegen terug aan de discussies met mr E. Kerckhoffs, mw mr L. Angenent en mr drs J. Thiadens. Hun kritische opmerkingen hebben veel bijgedragen aan de totstandkoming van het artikel. Speciale dank is verschuldigd aan mw mr J.G.M. Aartsen, juriste bij de Gezondheidsraad, wier adviezen hebben geleid tot de definitieve versie. •*

*drs D. van Diejen,*  
anesthesioloog, Instituut voor Anesthesiologie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, St. Radboud

#### Noten

1. Regels voor experimenteel wetenschappelijk onderzoek strekken niet tot bescherming van belang van huisarts; experimenteel onderzoek in ziekenhuis voldoet aan regels. President Arrondissementsrechtbank Amsterdam, 19 december 1991. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1992; 44: 356-7.

2. Maatstaf voor beoordeling medisch handelen is de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts; marginale toetsing is niet aan de orde. Hoge Raad, 9 november 1990. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991; 18: 117-9.

3. Terechte weigering ziekenfonds om kosten in vitro fertilisatie te vergoeden. Raad van Beroep 's-Gravenhage 13 september 1985. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1986; 17: 123-5.

4. Ziekenfonds is niet verplicht aan academisch ziekenhuis kosten te vergoeden voor verrichtingen waarvoor geen tariefafpraak is tot stand gekomen. Arrondissementsrechtbank Arnhem 11 december 1980. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1983; 35: 220-5.



# Het klachtrecht van de patiënt/cliënt in de zorgsector

Minimumregeling of minimale regeling?

P.J.M. van Wersch

**De wetgever moet met betrekking tot het klachtrecht van cliënten en patiënten niet te veel, maar ook niet te weinig regelen. In het nieuwe wetsvoorstel ter zake is dan ook getracht het juiste midden daartussen te vinden. Een geslaagde poging? Er wordt nu wel heel veel aan de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder overgelaten.**

**O**VER EEN WETTELIJKE REGELING van de medezeggenschap en het klachtrecht van cliënten van zorginstellingen wordt reeds vele jaren gepraat. In 1988 werd het wetsvoorstel Democratisch functioneren zorginstellingen bij de Tweede Kamer ingediend. Daarmee leek de laatste fase te zijn ingezet van een zich reeds vele jaren voortslepende discussie over een wettelijke regeling. Het startpunt van die discussie lag al in 1974, toen door het toenmalige kabinet de Commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van instellingen (commissie-Van der Burg) werd ingesteld.

Het liep echter anders. In 1991 kondigde de staatssecretaris van WVC aan dat hij had besloten dit wetsvoorstel te vervangen door twee nieuwe wetsvoorstellen, waarin de medezeggenschap en het klachtrecht afzonderlijk zouden worden geregeld. In maart 1993 werden die twee nieuwe wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer ingediend. De medezeggenschap is nu geregeld in het Wetsvoorstel medezeggenschap cliënten zorginstellingen,<sup>1</sup> en het klachtrecht afzonderlijk in het wetsvoorstel Klachtrecht cliënten zorgsector.<sup>2</sup> De parlementaire behandeling van beide wetsvoorstellen is tot dusver vrij vlot verlopen. De vaste commissies van de Tweede Kamer voor welzijn en cultuur en voor de volksgezondheid hebben weliswaar de nodige kritische kanttekeningen bij de wetsvoorstellen geplaatst ten aanzien van diverse onderdelen, maar de hoofdlijnen van beide wetsvoorstellen zijn door vrijwel alle fracties onderschreven. Het ziet

er derhalve naar uit dat in de komende kabinetsperiode definitieve wettelijke regelingen tot stand zullen komen.

In dit artikel zal ik mij beperken tot het wetsvoorstel Klachtrecht cliënten zorgsector, verder aangeduid als het wetsvoorstel Klachtrecht. Eerst worden de hoofdlijnen van het wetsvoorstel weergegeven, daarna volgt een aantal kanttekeningen.

## Hoofdlijnen

Iedere zorgaanbieder dient een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over gedragingen van hemzelf of van voor hem werkzame personen jegens een patiënt/cliënt. Eenvoudigheidshalve zal ik verder alleen de term 'cliënt' hanteren. Het begrip 'zorgaanbieder' is ruim gedefinieerd. Hieronder vallen niet alleen instellingen die in belangrijke mate worden gefinancierd uit de collectieve middelen (subsidies of sociale ziektekostenverzekeringen), maar ook individuele beroepsbeoefenaren die met een ziektekostenverzekeraar een overeenkomst hebben gesloten op grond van de ZFW of AWBZ. Te denken valt hierbij aan zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren op het terrein van de zorg, zoals huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers en ook medisch specialisten die op basis van een toelatingsovereenkomst in een ziekenhuis werkzaam zijn.

Hoe die klachtenregeling eruit moet zien wordt vrijwel geheel aan het inzicht van de zorgaanbieder zelf overgelaten. Het wetsvoorstel geeft daarvoor slechts twee uiterst globale voorschriften: aan de behandeling van een klacht mag niet worden deelgenomen door een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft en aan de klager dient na de behandeling van de klacht zo spoedig mogelijk schriftelijk te worden meegedeeld of naar aanleiding van de klacht door de zorgaanbieder maatregelen zullen worden genomen en, zo ja, welke.

Indien de zorgaanbieder een instelling is, behoeft op basis van het wetsvoorstel Medezeggenschap cliënten zorginstellingen de vaststelling en wijziging van de klachtenregeling de instemming van de cliëntenraad. Indien de zorgaanbieder in

gebreke blijft met het treffen van een klachtenregeling kan iedere cliënt, bij instellingen ook de cliëntenraad, na voorafgaande schriftelijke ingebrekestelling de kantonrechter verzoeken de zorgaanbieder te bevelen alsnog een dergelijke regeling te treffen.

Als de cliënt niet tevreden is over de behandeling van de klacht door de zorgaanbieder, kan hij 'in beroep' gaan bij een externe klachtencommissie. Voor elke provincie en voor de vier grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) wordt een dergelijke klachtencommissie voorgeschreven. De leden van deze klachtencommissies worden benoemd door Gedeputeerde Staten respectievelijk het college van B&W van de betrokken gemeenten. Cliëntenorganisaties en organisaties van zorgaanbieders kunnen personen voor benoeming aanbevelen; ieder voor maximaal een derde deel van het totale aantal leden. De verdere inrichting en werkwijze van deze klachtencommissies is overgelaten aan de provincies respectievelijk de gemeenten, die bij verordening daaromtrent nadere regels dienen te stellen.

De klachtencommissie doet na behandeling van een klacht schriftelijk aan de klager en de betrokken zorgaanbieder mededeling van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. Ook deze commissies doen dus geen bindende uitspraken. Wel is de zorgaanbieder verplicht de klager en de klachtencommissie zo spoedig mogelijk na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie schriftelijk mee te delen of hij naar aanleiding van dat oordeel maatregelen zal treffen en, zo ja, welke.

Indien de zorgaanbieder daarmee in gebreke blijft of de klachtencommissie de reactie van de zorgaanbieder op haar uitspraak inadequaat acht, kan de klachtencommissie als 'sanctie' besluiten haar oordeel over de klacht en de reactie van de zorgaanbieder openbaar te maken, met uitzondering van, voor zover mogelijk, gegevens omtrent de persoon van de klager.

Tot zover deze beknopte samenvatting ■

van de hoofdlijnen van het wetsvoorstel. Nu de kanttekeningen.

## Kanttekeningen

### ***Uitbreiding tot zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren***

Wat betreft het klachtrecht is het opvallendste verschil met de daarover in het ingetrokken wetsvoorstel Democratisch functioneren zorginstellingen opgenomen regeling de uitbreiding tot zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren, zoals medisch specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers. Voor de meeste zorginstellingen bestond de verplichting tot het treffen van een klachtenregeling al lang op grond van de erkenningsvoorwaarden ingevolge de ZFW of AWBZ, waaraan overigens lang niet alle instellingen in de praktijk voldeden. Voor de zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren wordt hier echter een nieuwe verplichting in het leven geroepen met als argument, dat er geen reden is om hen hiervan uit te zonderen.

Hoe voor zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren die klachtenregeling in de praktijk moet worden georganiseerd, is overigens nog niet zo erg duidelijk. Medisch specialisten die op basis van een toelatingsovereenkomst in een ziekenhuis werkzaam zijn, zouden zich kunnen aansluiten bij de regeling van het ziekenhuis.

ging de klacht rechtstreeks betrekking heeft. Het meest voor de hand ligt, dat de verschillende verenigingen van beroepsbeoefenaren op plaatselijk of regionaal niveau klachtencommissies instellen. De beroepsbeoefenaar kan er in dit geval voor kiezen zich bij een dergelijke regeling aan te sluiten en patiënten met klachten daar naar verwijzen. Hij is daartoe echter niet verplicht en hij kan ook besluiten om bijvoorbeeld zelf een bepaalde persoon als klachtenbehandelaar aan te wijzen. Dat lijkt mij voor een potentiële klager een weinig aantrekkelijk vooruitzicht.

### ***Wettelijk geconditioneerde zelfregulering***

Afgezien van de uitbreiding van het klachtrecht tot zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren verschilt het wetsvoorstel Klachtrecht nauwelijks van de regeling die daaromtrent in het wetsontwerp Democratisch functioneren zorginstellingen was opgenomen. Dit betekent ook, dat de kritiek die op die regeling is geuit nog steeds recht overeind staat.<sup>3</sup> De rode draad die door het wetsvoorstel Klachtrecht loopt, is dat *iedere zorgaanbieder primair zelf verantwoordelijk is voor een goede vormgeving van de klachtenregeling* en dat elke zorgaanbieder zoveel mogelijk ruimte moet worden gelaten om de te treffen regeling af te stemmen op de eigen omstandigheden en wensen. In de nieuwe

indienen van klachten (dat recht hebben ze nu ook al), maar in het bieden van *waarborgen dat er zorgvuldig met de ingediende klachten zal worden omgegaan*. Die waarborgen ontbreken eigenlijk grotendeels.

Naar mijn mening zou het juist met het oog op die primaire doelstelling voor de hand hebben gelegen in het wetsontwerp in elk geval de voorwaarde op te nemen, dat de behandeling van klachten dient plaats te vinden door een onafhankelijke commissie volgens bepaalde nader vast te stellen procedureregels. In de Memorie van Antwoord worden als argumenten daartegen aangevoerd, dat daardoor de leiding van de instelling de mogelijkheid zou worden ontnomen zelf kennis te nemen van de klachten over de dienstverlening en deze zelf af te handelen, dat "een dergelijke formalisering licht zou leiden tot nodeloze en contraproductieve escalatie" en dat voor de zorgaanbieders "een dergelijke wettelijke interventie geen prikkel zou zijn voor het voluit nemen van hun verantwoordelijkheid voor hun functioneren, nu hun de mogelijkheid zou worden ontnomen klachten in eerste instantie geheel voor eigen verantwoordelijkheid af te wikkelen".

Naar mijn mening raken deze argumenten eigenlijk kant noch wal. Het is onzin te stellen dat de instelling van een onafhankelijke klachtencommissie de zorgaanbieder de mogelijkheid zou ontnemen om in eerste instantie zelf kennis te nemen van klachten over de dienstverlening en deze onder eigen verantwoordelijkheid zelf af te handelen. Het een sluit het ander immers in het geheel niet uit, want niets belet de zorgaanbieder bij het indienen van een klacht te proberen deze eerst zelf op te lossen.

### ***Door wie kan worden geklaagd?***

Het wettelijk klachtrecht is beperkt tot personen die zelf cliënt zijn of zijn geweest. Alleen de cliënt kan een klacht indienen, zij het dat hij kan worden vertegenwoordigd door een wettelijke vertegenwoordiger of iemand die door hem uitdrukkelijk daartoe gemachtigd is. Personen die wegens hun lichamelijke of geestelijke toestand niet in staat zijn een dergelijke machtiging te verstrekken (denk bijvoorbeeld aan verstandelijk gehandicapten of psychogeriatrische patiënten) kunnen dus geen klacht indienen. Juist de kwetsbaarste en meest afhankelijke groepen cliënten dreigen hierdoor van het klachtrecht te worden uitgesloten, indien zij niet beschikken over een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een curator of een mentor (bij aanvaarding van het wetsvoorstel Mentorschap).

In het voorlopig verslag van de Twee-

## ***De kwetsbaarste en meest afhankelijke groepen dreigen van het klachtrecht te worden uitgesloten***

Het wetsontwerp sluit echter niet uit, dat medisch specialisten een afzonderlijke klachtenregeling naast die van het ziekenhuis in het leven roepen. Zelfs is het denkbaar dat sommige maatschappen wel aanhaken bij de klachtenregeling van het ziekenhuis en andere niet. Voor de klagen de patiënt wordt het dan allemaal wel erg ondoorzichtig. Het lijkt dan ook gewenst, dat per ziekenhuis één klachtenregeling wordt opgezet waarop de patiënt een beroep kan doen, onafhankelijk van de vraag of zijn klacht nu betrekking heeft op in loondienst van het ziekenhuis werkzame personen dan wel toegelaten specialisten. Voor zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren in de eerste lijn zullen andere oplossingen moeten worden bedacht. Die beroepsbeoefenaren kunnen de klachten, voor zover tegen henzelf gericht (en dat zal vaak het geval zijn), niet zelf in behandeling nemen gelet op de in het wetsvoorstel gestelde eis dat aan de behandeling van een klacht niet mag worden deelgenomen door een persoon op wiens gedra-

wetgevingsfilosofie heet dat 'wettelijk geconditioneerde zelfregulering'.

De in het wetsontwerp opgenomen regeling is uiterst globaal en biedt eigenlijk nauwelijks waarborgen voor een zorgvuldige en onafhankelijke behandeling van klachten door de zorgaanbieders. Ik ben het dan ook eens met Kastelein, dat de wetgever in zijn dereguleringsdrift hier van het ene uiterste (te gedetailleerde regeling) in het andere lijkt te zijn vervallen. Dit staat, zoals zij terecht opmerkt, niet alleen op gespannen voet met de belangen van de potentiële klagers, maar ook met die van de aangeklaagde zorgaanbieders, die immers eveneens belang hebben bij een zorgvuldige en onafhankelijke behandeling van de ingediende klachten. Dat is des te opvallender omdat, zoals ook in de onlangs (maart 1994) verschenen Memorie van Antwoord aan de Tweede Kamer nog eens uitdrukkelijk is gesteld, het primaire belang van het wetsvoorstel niet zozeer is gelegen in de toekenning aan cliënten van het recht op het



de Kamer is veel kritiek geuit op deze substantiële beperking van de groep personen die een klacht kunnen indienen. In de Memorie van Antwoord wordt op die kritiek gereageerd. Enerzijds wordt opgemerkt, dat het niet de bedoeling is het wettelijk klachtrecht open te stellen voor in beginsel elke derde die klachten over de dienstverlening aan de orde wenst te stellen. Anderzijds wordt erkend, dat het te betreuren zou zijn als juist in die gevallen waarin de cliënt zelf niet in staat is zijn ongenoegen over de behandeling te uiten, klachten over de behandeling die worden ingediend door bepaalde personen uit zijn directe omgeving niet onder de wettelijke regeling zouden vallen. Bij nadere beschouwing is de wetgever dan ook van mening, dat de wetstekst ruimte laat voor een ruimhartiger opvatting daarover dan aanvankelijk in de Memorie van Toelichting is verwoord. Er wordt in artikel 2, derde lid, van het wetsontwerp immers gesproken over het indienen van een klacht "door of namens een cliënt". Die formulering laat ook ruimte voor vertegenwoordiging van cliënten krachtens zaakwaarneming. Voor zover derhalve in een concreet geval door de cliënt zelf (daaronder begrepen een wettelijk of door hem aangewezen vertegenwoordiger) geen klacht kan worden ingediend, zou naar het oordeel van de wetgever ook een klacht van een dergelijke zaakwaarnemer onder de wettelijke regeling vallen. Onder zaakwaarneming wordt blijkens artikel 6:198 van het Burgerlijk Wetboek verstaan: het zich wilens en wetens en op redelijke grond inlaten met de behartiging van een anders belang, zonder de bevoegdheid daartoe aan een rechtshandeling of een elders in de wet geregelde rechtsverhouding te ontleunen.

In elk geval staat nu blijkens de Memorie van Antwoord vast, dat het de uitdrukkelijke bedoeling van de wetgever is, dat indien de cliënt zelf niet in staat is een klacht in te dienen, ook familieleden of andere naaste betrokkenen dat namens hem kunnen doen. De wetgever acht het echter niet opportuun om deze wijze van zaakwaarneming meer expliciet in het wetsvoorstel te verankeren, omdat daarbij het probleem zou ontstaan dat dan op wetsniveau nader zal moeten worden bepaald in welke gevallen en door wie bij wege van zaakwaarneming kan worden geklaagd.

Daarmee wordt dit probleem natuurlijk wel op het bordje van de zorgaanbieder gelegd. Het is ook niet zeker of de constructie van zaakwaarneming wel altijd uitkomst zal bieden. Denk aan het geval dat de nabestaanden van een overleden patiënt een klacht wensen in te dienen of dat personen die zelf geen cliënt zijn zouden

willen klagen over de hun, bijvoorbeeld bij bezoek aan een cliënt, ten deel gevallen behandeling. Ik kan mij voorstellen dat de wetgever niet geneigd is het wettelijk klachtrecht open te stellen voor in beginsel elke willekeurige derde die klachten over de dienstverlening aan de orde wenst te stellen, maar ook zonder in dit uiterste te vervallen zou een nadere en meer ruimhartige omschrijving van de kring van klachtgerechtigden in het wetsvoorstel zeer wel denkbaar zijn.

### **Rol provincies en grote steden**

Er zijn vraagtekens te plaatsen bij de in het wetsvoorstel voorziene 'beroepsmogelijkheid' bij de door provincies en de vier grote steden in te stellen klachtencommissies. In feite gaat het hier om twee vragen: allereerst of er wel behoefte bestaat aan een dergelijke beroepsmogelijkheid, en ten tweede, indien die vraag positief wordt beantwoord, of deze provinciale en grootstedelijke klachtencommissies daarvoor dan wel de meest geëigende instantie zijn.

Over het nut van deze beroepsmogelijkheid is reeds van verschillende zijden twijfel geuit. Ook deze commissies kunnen immers geen bindende uitspraken doen en de vraag rijst wat dan nog de toegevoegde waarde is van een dergelijke verlenging van de klachtweg. In de Memorie van Antwoord wordt de instelling van zo'n tweede instantie onder meer verdedigd met het argument dat dit een stimulans zal vormen voor de zorgaanbieder een in alle opzichten adequate klachtenprocedure te realiseren; als de klachtenprocedure namelijk niet voldoet aan de zorgvuldigheidseisen die daaraan redelijkerwijs mogen worden gesteld, zullen deze commissies de zorgaanbieder daarop kunnen aanspreken. Het is voor mij echter de vraag of aan deze 'waakhondfunctie' nog wel zo'n behoefte zou bestaan, indien een onafhankelijke en zorgvuldige behandeling van de klachten door de zorgaanbieder zelf wettelijk beter gewaarborgd zou zijn. In de Memorie van Antwoord wordt dat ook wel erkend, getuige de opmerking dat "indien zou worden gekozen voor het omgeven van de klachtenbehandeling in eerste instantie met meer procedurele waarborgen, de instelling van de provinciale klachtencommissies mogelijk zou dienen te worden heroverwogen". Voorshands wordt echter aan de voorgestelde opzet vastgehouden.

Als de wetgever de mogelijkheid van een behandeling van klachten in tweede instantie toch wenst te handhaven, dan rijst de vraag of deze provinciale en grootstedelijke klachtencommissies daarvoor de meest geëigende instanties zijn. De

keuze voor de provincies en de grote steden wordt gemotiveerd door te wijzen op de rol die zij op dit vlak reeds spelen bij de klachtencommissies op grond van de Wet op de bejaardenzorg en met een verwijzing naar de rol die hun is toebedacht in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het is echter de vraag of dit dan niet veel beter per sector kan worden georganiseerd, waarbij ook aansluiting kan worden gezocht bij in diverse sectoren reeds bestaande initiatieven voor een klachtenregeling op landelijk niveau. En zou die beroepsmogelijkheid dan ook niet moeten openstaan voor de aangeklaagde zorgaanbieders?

### **Slot**

Of de invoering van het wetsontwerp Klachtrecht zal leiden tot een substantiële vermindering van het aantal klachten bij de medische tuchtcolleges, zoals door de wetgever wordt verwacht, is nog maar de vraag. Het is overigens ook niet de primaire doelstelling van het wetsontwerp. De veronderstelde 'zeeffunctie' zal hoogstens een gunstig neveneffect kunnen zijn, hetgeen overigens zeker niet onbelangrijk is, nu in het kader van de Wet BIG in de toekomst veel meer beroepsbeoefenaars dan thans met het tuchtrecht te maken zullen krijgen. Maar ook zonder deze zeeffunctie wordt toch vrij algemeen de wenselijkheid van een wettelijke regeling van het klachtrecht van cliënten en patiënten onderschreven.

Het ontwerpen van een adequate wettelijke regeling hiervoor is echter geen eenvoudige opgave, zoals ook blijkt uit de lange voorgeschiedenis van dit wetsontwerp. De wetgever moet niet te veel, maar ook niet te weinig regelen. In het onderhavige wetsvoorstel is getracht het juiste midden daartussen te vinden. Of de wetgever daarin in alle opzichten is geslaagd, is te betwijfelen. Er wordt wel heel veel overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Gezien de grote diversiteit van instellingen en zorgaanbieders waarop het wetsontwerp betrekking heeft, is een wettelijke minimumregeling onvermijdelijk, maar dat is niet hetzelfde als een minimale regeling. •

*mr P.J.M. van Wersch,*  
advocaat te Nijmegen

### **Noten**

1. Tweede Kamer 1992-1993, 23041.
2. Tweede Kamer 1992-1993, 23040.
3. Zie onder meer het Advies klachtenopvang en democratisering d.d. november 1991 van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, en de publikaties van W.R. Kastelein: haar proefschrift 'Van klagen naar klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg' (Arnhem: Gouda Quint, 1992) en recentelijk haar artikel 'Wetsvoorstel klachtrecht zorgsector: aanleiding tot klachten?' in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, oktober 1993.



# Het wetsvoorstel Klachtrecht cliënten zorgsector

De visie van een medisch beroepsbeoefenaar

F.B.M. Sanders

**Het is een goede zaak dat er nu een apart wetsvoorstel is inzake het klachtrecht voor cliënten in de zorgsector. In de ogen van de medische beroepsbeoefenaar heeft de wetgever echter wel voor een uiterst globale regeling gekozen en wordt er weinig recht gedaan aan de inspanningen die op dit vlak reeds door het veld zijn geleverd.**

**D**E VERPLICHTING VOOR ZIEKENHUIZEN tot een vorm van klachtenbehandeling - beter ware: klachtenopvang - te komen, vloeit thans nog voort uit het Besluit eisen voor erkenning ziekenhuizen uit 1984. Hierin vindt men met betrekking tot de rechtspositie van de patiënt geformuleerd: "Het ziekenhuis draagt ervoor zorg dat een regeling voor onafhankelijke klachtenbehandeling tot stand komt." Deze bepaling wordt als volgt toegelicht:

Bepaling 7.4.3. verplicht het tot stand komen van een interne onafhankelijke klachtenregeling. Deze regeling dient niet alleen te voorzien in bemiddeling bij klachten, maar ook in behandeling daarvan indien de klacht daarvoor in aanmerking komt, opdat de patiënt van afdoening van zijn klacht verzekerd is. Een goede klachtenregistratie door het ziekenhuis is hierbij evenzeer noodzakelijk teneinde structureel onjuiste situaties te kunnen signaleren en zo mogelijk te verbeteren. Deze bepaling is met opzet algemeen gehouden, zodat de vormgeving van deze eis kan geschieden naar eigen inzicht en mogelijkheden van het ziekenhuis.

Voor bejaardenoordelen en andere gesubsidieerde/collectief gefinancierde instellingen gelden deels vergelijkbare regelingen, veelal ook in de voorwaardelijke sfeer.

## Standpunt Nationale Raad voor de Volksgezondheid

### Uitleg van de erkenningseisen

In een tweetal adviezen, getiteld 'Advies

klachtenopvang in de gezondheidszorg' (publikatie 24/'89) en 'Advies klachtenopvang en democratisering' (publikatie 25/'91) heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) zijn standpunten verwoord met betrekking tot een integraal stelsel van klachtenopvang in de gezondheidszorg.

Centrale norm in de NRV-adviezen is, dat instellingen en organisaties van beroepsbeoefenaren dienen zorg te dragen voor een behoorlijke mogelijkheid tot klachtenopvang. Deze moet 'laagdrempelig' van karakter zijn en er moet ruime bekendheid aan worden gegeven bij het publiek. De organisatie van de klachtenopvang dient te voorzien in een eerste mogelijkheid tot klagen in een geformaliseerde procedure, maar ook in een mogelijkheid voor de hulpverlener om de oorzaak van de klacht - eventueel met tussenkomst van een bemiddelaar - in de relatie patiënt-hulpverlener weg te nemen. Uiteindelijk kan klachtenbehandeling in engere zin noodzakelijk blijken, waarbij een instantie met beslissingsbevoegdheid haar oordeel geeft over de klacht.

Naar de mening van de NRV is het deze laatste vorm van klachtenopvang die is bedoeld in de erkenningseisen en -voorwaarden. Deze vormt de eerste mogelijkheid voor de klager om een uitspraak te verkrijgen over de gegrondheid van zijn klacht en voor de hulpverlener de laatste om, zonder daartoe door een bindende beslissing gedwongen te zijn, de klacht van de patiënt te verhelpen.

De NRV stelt voor, klachtenbehandelingsinstanties in het leven te roepen, bestaande uit een paritair (onpartijdigheid) aantal vertrouwenspersonen voor patiënten en hulpverleners onder leiding van een onafhankelijke voorzitter, die werken volgens een vast reglement (waarin garanties met betrekking tot onafhankelijkheid).

De feitelijke uitvoering van deze klachtenopvang zou aan de inzichten van de instellingen c.q. organisaties van beroepsbeoefenaren kunnen worden overgelaten, mits wordt voldaan aan een aantal elementaire doelstellingen en mini-

mum-uitvoeringscriteria. De raad wijst de mogelijkheid van een externe vorm van klachtenbehandeling als beroepsinstantie voor de interne klachtenbehandeling, die wederom zou moeten resulteren in een niet-bindende uitspraak, als niet zinvol, kostenverhogend en vertragend van de hand.

## Stellingname KNMG

### Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg

De KNMG heeft zich grotendeels kunnen vinden in de standpunten van de NRV enerzijds en het advies van de commissie-Gevers anderzijds. Een uniforme onafhankelijke klachtenregeling werd voor de beroepsgroep van belang geacht om de volgende redenen:

- een directe betrokkenheid van de beroepsgroep bij de klachtenbehandeling;
- de mogelijkheid van herstel van de relatie tussen hulpverlener en klager;
- het imago-bevorderend effect voor beroepsgroep en, voor zover van toepassing, instelling;
- bevordering van uniformiteit van de klachtenregelingen (ook voor de groep van vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn);
- het feit dat een onafhankelijke klachtenbehandeling een onverbreekelijk onderdeel vormt van de rechtspositie van de patiënt;
- de omstandigheid dat het systematisch verzamelen en evalueren van klachtengegevens onmisbaar is voor het optimaliseren van de kwaliteit van patiëntenzorg.

Het hoofdbestuur heeft daarom in 1989 een Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg gepubliceerd, waarin zowel wordt voorzien in een mogelijkheid tot herstel van de relatie tussen klager en aangeklaagde als in een onafhankelijke, vlotte en vertrouwelijke behandeling van de klacht door een commissie waarin zowel patiënten als hulpverleners zijn vertegenwoordigd, onder leiding van een externe, onafhankelijke voorzitter. Deze behandeling zou moeten uitmonden in een conclusie van de commis-

sie ten aanzien van de ingediende klacht (gegrond of ongegrond), voorzien van een advies aan klager en aangeklaagde.

### Wetsvoorstel Klachtrecht cliënten zorgsector

Helaas moet worden vastgesteld, dat de beschreven adviezen van de zijde van de beroepsvereniging KNMG en de NRV enerzijds en de regelgeving door de overheid anderzijds in wisselende mate en deels onvoldoende zijn opgevolgd c.q. nageleefd. Dit geldt althans voor zowel de algemene ziekenhuizen als voor individuele beroepsbeoefenaren niet werkzaam in instellingen.

In het nieuwe wetsvoorstel wordt (daarom?) iedere zorgaanbieder verplicht een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt.

Zorgaanbieders zijn alle(n) collectief gefinancierde instellingen en individuele

de klacht betrekking heeft, en de klager moet zo spoedig mogelijk schriftelijk worden medegedeeld of naar aanleiding van de klacht maatregelen zullen worden genomen en, zo ja, welke. Kennelijk is het de bedoeling van de wetgever een externe 'beroepsprocedure' te creëren voor de klager die niet tevreden is met de afhandeling van zijn klacht door de zorgaanbieder, aangezien voor elke provincie en voor de gemeenten Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht een klachtencommissie zal worden ingesteld, die zal worden belast met de behandeling van klachten die reeds door de zorgaanbieder zijn afgedaan. Deze commissie kan haar oordeel geven over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. Blijft daarop een reactie van de zorgaanbieder uit, dan kan de commissie haar oordeel openbaar maken.

Tenslotte wordt het cliënten en cliëntenraden in het wetsvoorstel mogelijk gemaakt via de kantonrechter bij de zorgaanbieder naleving van de wet, *in casu* het

ver voor dit standpunt aandraagt overtuigen wat mij betreft volstrekt niet.

Omdat in het wetsvoorstel niet wordt voorzien in een uitspraak door een onafhankelijke en onpartijdige klachteninstantie van de zorgaanbieder zelf over de gegrondheid van de klacht - een wens die bij veel klagers leeft - moet worden gevreesd dat het beroep dat op de provinciale en grootstedelijke commissies zal worden gedaan aanzienlijk omvangrijker zal zijn dan de wetgever zich thans realiseert. Vertragingen in de behandeling en kostenstijgingen lijken daarvan het onvermijdelijke gevolg te zullen zijn. Het is daarbij maar zeer de vraag of deze commissies over de deskundigheid kunnen beschikken om de zeer diverse klachtenproblematiek op het brede terrein van de zorgsector adequaat te behandelen.

Genoemde overwegingen brengen mij tot de stellingname, dat de wetgever er beter aan had gedaan meer garanties in te bouwen voor een onafhankelijke en onpartijdige behandeling van klachten door alle zorgaanbieders, ongeacht de financiering van hun diensten. Ook de verantwoordelijkheid voor een eventuele uitspraak over de gegrondheid van de klachten had mijns inziens bij de zorgaanbieders kunnen en moeten worden gelegd, aangezien juist bij hen de specifieke deskundigheid aanwezig is.

Er lijken geen goede gronden aanwezig om aan te nemen dat naleving van dergelijke bepalingen niet ook door een versterking van de juridische positie van cliënten en cliëntenraden had kunnen worden afgedwongen. Ook een versterking van de positie van het Staatstoezicht zou daartoe dienstig kunnen zijn geweest.

Uiteindelijk zou het belang van de patiënt/cliënt beter zijn gediend met een op de gesuggereerde leest geschoeide wet dan met het voorliggende wetsvoorstel, dat bovendien geen recht doet aan die inspanningen die op het vlak van de klachtenopvang wel door het veld zijn geleverd. •

*F.B.M. Sanders,*  
radiodiagnost Diakonessenhuis Utrecht

*De invulling van de klachtenregeling zal zeer divers en summier kunnen zijn. Dit kan leiden tot rechtsonzekerheid en rechtsongelijkheid*

beroepsbeoefenaren, voor zover zij althans zelf een overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar hebben afgesloten op grond van de AWBZ of ZFW. De laatsten zijn in principe vrij om zich - waar van toepassing - aan te sluiten bij de door de instelling geregelde klachtenprocedure dan wel een eigen klachtenregeling te treffen. Specialisten in dienstverband zijn geen zorgaanbieders in de zin van het wetsvoorstel; zij vallen binnen de werkingssfeer van de klachtenregeling van de instelling waarvoor zij werkzaam zijn.

De overheid meent dat er door het ontbreken van vrije-marktmechanismen voor de collectief gefinancierde zorgaanbieders "geen sterke prikkels bestaan om signalen van ontevredenheid van cliënten op hun waarde te schatten". De positie van cliënten die zelf contracteren en afrekenen met een zelf gekozen zorgaanbieder zou een wezenlijk andere zijn. Particulier werkende beroepsbeoefenaren, privé-klinieken en bepaalde alternatief werkzame artsen vallen daarom niet onder de werkingssfeer van het voorstel.

Voor wat betreft het verloop van de klachtenbehandeling worden slechts twee eisen gesteld: aan de behandeling van de klacht mag niet worden deelgenomen door een persoon op wiens gedragingen

treffen van een regeling voor de behandeling van klachten, af te dwingen.

### Conclusie

Het is een goede zaak, dat er nu een apart wetsvoorstel is inzake het klachtrecht voor cliënten in de zorgsector. Voor de instellingen wordt de oude voorwaarde uit de erkenningseisen daarmee tot een wettelijke verplichting. Individuele niet in instellingen werkzame beroepsbeoefenaren zullen - veelal voor het eerst - aansluiting moeten zoeken bij een regionaal, provinciaal of landelijk werkende klachteninstantie, aangezien zij de op hen betrekking hebbende klachten niet zelf mogen behandelen.

De wetgever heeft evenwel gekozen voor een uiterst globale regeling, waarin ten aanzien van de klachtenbehandeling door de zorgaanbieder nauwelijks inhoudelijke eisen zijn gesteld. De invulling van de klachtenregeling zal dan ook zeer divers (en summier) kunnen zijn. Dit kan leiden tot rechtsonzekerheid voor en rechtsongelijkheid tussen de cliënten van verschillende instellingen en individuele beroepsbeoefenaren.

Genoemde rechtsongelijkheid geldt ook voor de niet-collectief gefinancierde sector, waar immers geen klachtenbehandelingsregelingen behoeven te worden getroffen. De argumenten die de wetge-



# Antibiotische therapiekeuze bij lage luchtweginfecties

De 'full criteria analysis'-methode als werkmodel voor farmacotherapieoverleg

D.J.B. Vermeij, R. Janknegt

**Aan de hand van een voorbeeld betreffende de keuze van een antibioticum bij patiënten met een ongecompliceerde lage luchtweginfectie wordt de 'full criteria analysis'-methode toegelicht. Conclusie: de methode biedt een goed kader om eventuele nieuwe geneesmiddelen op meerwaarde te toetsen.**

**H**ET FARMACOTHERAPIE-OVERLEG (FTO) bevindt zich nog altijd in de eerste fase van ontwikkeling naar 'methodische volwassenheid'. Dit geldt evenzeer voor het lokale FTO van de plaatselijke huisartsen met, indien aanwezig, de plaatselijke apotheker als voor het regionale FTO (vertegenwoordigers van huisartsen, apothekers, eventueel uitgebreid met vakgenoten uit de tweede lijn).

Waarom staat het farmacotherapieoverleg methodisch eigenlijk nog in de kinderschoenen? Bij het FTO speelt het maken van een keuze uit een tamelijk groot aantal geneesmiddelen binnen een bepaald indicatiegebied een belangrijke rol. Bij dit keuzeproces is uiteraard een aantal criteria van belang, zoals effectiviteit, bijwerkingen, prijs, doseringsfrequentie, geneesmiddeleninteracties, farmacokinetiek en documentatie. Veelal wordt de keuze echter op een weinig gestructureerde manier gemaakt, waarbij vooral de eigen ervaring van de FTO-groep met de desbetreffende middelen een doorslaggevende rol speelt.

Indien de keuzecriteria in een gestructureerd verband worden aangeboden, vergemakkelijkt dit in hoge mate de discussie en kan men tot een zo 'objectief' mogelijke keuze komen. Een voorbeeld van een dergelijke werkwijze is de SOJA-methode; hiermee worden in het algemeen vrij geringe verschillen in puntenscore gevonden, hoewel dit niet voor alle groepen geneesmiddelen geldt. Een andere methode, die er juist op gericht is geneesmiddelen duidelijk van elkaar te onderscheiden, is de 'full criteria analysis me-

thode' (FCAM). Die methode zal hier worden toegelicht aan de hand van een voorbeeld betreffende de keuze van een antibioticum bij patiënten met een ongecompliceerde lage luchtweginfectie. Daartoe is een FTO-groep in het leven geroepen, bestaande uit drie huisartsen, een officiële apotheker, een ziekenhuisapotheker en een lid van de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Deze FTO-groep heeft in twee zittingen van ieder tweeënhalf uur volgens de stappen van de FCAM in consensus een keuze gemaakt voor een antibioticum als eerste voorschrift bij patiënten met een ongecompliceerde luchtweginfectie.

## Werkwijze

De 'full criteria analysis'-methode kent vijf stappen. De eerste stap is het benoemen van de criteria aan de hand waarvan de keuze voor een geneesmiddel plaatsvindt:

waaraan moet een therapie voldoen, wil zij geschikt zijn voor het doel waarvoor zij wordt ingezet? In de tweede stap worden deze criteria van een relatieve waarde voorzien: het kan zijn dat de groep meer waarde hecht aan bijvoorbeeld de effectiviteit van een antibioticum dan aan het gemak van inname; deze meerwaarde moet dan ook in de keuze tot uitdrukking worden gebracht. De derde stap is het vergaren van gerichte literatuur over die geneesmiddelen waaruit wordt gekozen; het gaat om informatie ten aanzien van de criteria: hoe hoog is bijvoorbeeld de kans op verstoringe bijwerkingen bij de verschillende middelen? In de vierde stap waarderen de FTO-leden op grond van hun ervaring de informatie uit de literatuur: zo kan op grond van eigen ervaring - bij elke waardering een belangrijke factor - een gevonden effectiviteit van 70% van middel A even hoog worden gewaardeerd als een effectiviteit van 85% van mid-

## Overzicht.

INDIVIDUEEL	BOVENBEGRIJ(PEN)
toedieningsweg	doseergemak
aantal doses per dag	doseergemak
compliance inschatting	doseergemak, bijwerkingen
doseergemak	doseergemak
prijs (3x)	kosten
interacties	niet relevant bij routine
recidief of niet	niet relevant bij routine
resistentie	resistentie, effectiviteit
bacteriocide vs -statisch	werkzaamheid
kinetiek	werkzaamheid
spectrum	werkzaamheid
snelheid van effect	werkzaamheid
werkzaamheid	werkzaamheid
effectiviteit (3x)*	werkzaamheid, resistentiekans, verstoringe bijwerkingen
comorbiditeit*	niet relevant bij routine
effect voorgaande therapie	niet relevant bij routine
bekendheid	ervaring met middel
overgevoeligheid	niet relevant bij routine
bijwerkingen	storende bijwerkingen, effectiviteit
kans op bijwerkingen	storende bijwerkingen, effectiviteit

\* Effectiviteit is opgesplitst in drie criteria: efficacy of werkzaamheid in vitro, resistentiekans in de eigen populatie en de kans op verstoringe bijwerkingen.

Tabel 1. Relatieve gewichten van de criteria.

	werkzaamheid	kans op bijwerkingen	prijs	ervaring met het middel	doseringsgemak	resistentie- kans	som	% gewicht
werkzaamheid		1	10	1	5	1	18	22,9
kans op bijwerkingen	1		10	1	10	1	23	29,3
prijs	0,1	0,1		0,2	1	0,1	1,5	1,91
ervaring met het middel	1	1	5		5	0,2	12,2	15,5
doseringsgemak	0,2	0,1	1	0,2		0,2	1,7	2,16
resistentiekans	1	1	10	5	5		22	28

Tabel 2. Gevonden gegevens literatuurscreening, databankraadpleging.

	werkzaamheid	kans op bijwerkingen	prijs (voorschrift, inkoop, BTW, toeslag)	doserings- gemak
amoxycilline	0,84	12% tot 21%	f 33,90	3 dd 1
doxycycline	0,84	9% tot 18%	f 22,40	1 dd 1
roxithromycine	0,84	5% tot 11%	f 52,50	2 dd 1
amoxycilline/ clavulaanzuur	0,84	16% tot 24%	f 72,30	3dd 1

N.B. Het criterium ‘ervaring met middel’ kan alleen op subjectieve overwegingen worden gewaardeerd.  
Over het criterium ‘resistentiekans in de eigen populatie’ kon slechts globale informatie worden gewonnen bij het RIVM. Die informatie gaf aan, dat voor amoxycilline de kans iets hoger werd ingeschat dan voor de overige drie middelen.

Tabel 3. Relatieve gewichten van middelen per criterium.

	werkzaamheid	kans op bijwerkingen	prijs	ervaring met het middel	doserings- gemak	resistentie- kans
amoxycilline	25	18,8	37	44,3	5,64	25
doxycycline	25	18,8	53,8	25	44,3	25
roxithromycine	25	60,7	4,71	28,2	44,3	25
amoxycilline/ clavulaanzuur	25	1,51	4,37	2,41	5,64	25

del B. In de vijfde stap ten slotte worden in een rekenkundig model, beslismatrix genoemd, de relatieve waarden van de criteria en de ervaringswaarden van de middelen met elkaar in verband gebracht, zodat een eindwaarde of keuzewaarde ontstaat.  
De waarderingen worden getalsmatig individueel gegeven. Zo komen verschillen in waardering in beeld en kan hierover worden gediscussieerd. Dit bevordert de helderheid van de discussie en voorkomt dat besluiten worden genomen op basis van enkelvoudige casuïstische ervaringen van een van de groepsleden. Immers, bij formulariumkeuzen gaat het om het vastleggen van een routinetherapie.

Een demonstratie

Hoe onze FTO-groep de FCAM-stadia doorliep en tot welke keuze ze is gekomen wordt hierna weergegeven.

Stap 1. Benoemen criteria

Als methode wordt de kaartplanmethode gehanteerd. Deze kent de volgende stappen:

- a. individuele schriftelijke brainstorming. De groepsleden schrijven ieder voor zich hun eigen keuzecriteria op een kaartje, één criterium per kaartje;
  - b. presentatie van de resultaten van a en discussie daarover. De kaartjes worden op een wand geplakt, de FTO-groep leest ze aandachtig en vraagt zo nodig verduidelijking;
  - c. groepering van de individuele criteria naar onderlinge samenhang. In discussie worden kaartjes die volgens de leden bij elkaar horen bij elkaar geplakt.
  - d. gezamenlijke vaststelling van definitieve set van criteria. De clusters worden van een bovenbegrip voorzien.
- Ons overleg leidde tot de volgende uitkomst: De individuele schriftelijke brainstorming leverde twintig criteria voor het maken van een therapiekeuze op. Deze werden in de discussie herleid tot eenduidige bovenbegrippen. Daarnaast werden de items geïdentificeerd die niet relevant zijn voor het vaststellen van routinekeuzen. Het overzicht geeft inzicht in gevonden criteria, synthese naar bovenbegrip en weging van relevantie voor de routine-

keuze. Het brainstormen heeft de volgende rij criteria opgeleverd: werkzaamheid start-antibioticum, kans op bijwerkingen die de therapie verstoren, prijs behandelstrategie, ervaring met het middel (in het algemeen), doseringsgemak (dagdosering), resistentiekans in de eigen populatie. Daarmee werd de eerste stap van de FCAM in een tijdsbestek van dertig minuten afgerond.

Stap 2. Geven van relatieve gewichten aan de criteria

De FTO-leden kregen vervolgens de opdracht de zelf gekozen criteria onderling op belangrijkheid te wegen. Daarbij wordt ieder criterium gewogen ten opzichte van het volgende criterium, bijvoorbeeld: hoe verhoudt zich in belangrijkheid resistentie ten opzicht van doseringsgemak? Het scoringsprincipe is daarbij als volgt: zeer groot onderscheid in belangrijkheid van a ten opzichte van b wordt uitgedrukt in de verhouding van a:b=10:1; voor een minder groot onderscheid geldt dan a:b=5:1; een gelijk belang wordt weergegeven als a:b=1:1, minder belang als a:b=1:5 en veel minder belang als a:b=1:10. Zo ontstaat een matrix met rij- en kolomtotaal. Het rijtotaal is de absolute waarde van het criterium. Het kolomtotaal dient ter controle van de rekenwijze. De absolute waarde van een criterium (rijtotaal) wordt vervolgens omgezet in een relatieve waarde: het percentuele aandeel van het rijtotaal in de totaalsom. Het resultaat van de weging van onze FTO-groep, bereikt in anderhalf uur brainstormen, staat in tabel 1.

Stap 3. Literatuuronderzoek

Gedurende drie weken is de literatuur gescreend op objectieve bij de criteria te plaatsen gegevens. In het geding waren de criteriumeigenschappen van de volgende vier antibiotische middelen: roxithromycine, doxycycline, amoxycilline en amoxycilline/clavulaanzuur. Tabel 2 geeft het resultaat weer.

Stap 4. Weging gevonden eigenschappen

De verzamelde gegevens over eigenschappen van de vier middelen ten aanzien van de criteria worden nu met behulp

Tabel 4. Definitieve gewichten van middelen per criterium.

	werkzaamheid		kans op bijwerkingen		prijs		ervaring met het middel		doserings- gemak		resistentie- kans		keuzewaarde
% gewicht	23		29		2		16		2		28		
amoxycilline	(25x23)	575	(29x19)	551	(37x2)	74	(44x16)	704	( 6x2)	12	(25x28)	700	2.616
doxycycline	(25x23)	575	(29x19)	551	(54x2)	108	(25x16)	400	( 44x2)	88	(25x28)	700	2.422
roxithromycine	(25x23)	575	(29x60)	1.740	( 5x2)	10	(28x16)	448	( 44x2)	88	(25x28)	700	3.561
amoxycilline/ clavulaanzuur	(25x23)	575	( 2 x29)	59	( 4x2)	8	(3x16)	48	( 6x2)	12	(25x28)	700	1.404

van de techniek van stap 2 gewaardeerd, mede op geleide van de eigen praktijkervaringen van de leden. Hoe verhoudt zich bijvoorbeeld de informatie over en eigen ervaring met de effectiviteit van doxycycline ten opzichte van de informatie over en eigen ervaring met de effectiviteit van amoxycilline? En zo voor elk criterium verder. Na ruim een uur brainstormen kwam onze FTO-groep in *tabel 3* tot de weergegeven score.

#### Stap 5. Synthese van de wegingen

Tenslotte moeten de resultaten van de stappen 2 en 4 worden samengevoegd: de belangrijkheid van een criterium en de waarde die men aan de eigenschap van een middel ten aanzien van dat criterium heeft gegeven ('weeggetal objectief gegeven' en 'weeggetal criterium') zijn in een beslismatrix doorberekend tot een *keuzewaarde*. Deze stap is eenvoudig met behulp van de computer uit te voeren, maar het kan natuurlijk ook met de hand. Het weeggetal van het criterium wordt steeds vermenigvuldigd met dat van de bijbehorende informatie (weegprodukt per criterium). De weegprodukten van het geneesmiddel worden vervolgens opgeteld. Zo ontstaat een keuze- of eindwaarde. Het middel met de hoogste keuzewaarde is het uitverkorene.

Het interessante van deze rekenmethode is, dat direct duidelijk wordt op grond van welke eigenschappen een geneesmiddel uiteindelijk wordt gekozen boven andere middelen. *Tabel 4* geeft de beslismatrix van onze FTO-groep weer. De therapie met de hoogste waarde is de eerste keuze. Uit de kolommen kan worden afgelezen welke eigenschappen de keuze relatief het meest hebben beïnvloed. Lagen de scores van twee geneesmiddelen zeer dicht bij elkaar, dan werden ze vergeleken ten aanzien van de twee belangrijkste criteria en werd op basis van dit vergelijk een keuze gemaakt.

#### Conclusie

De resultaten die in dit geval met de 'full criteria analysis method' werden behaald, zijn opvallend te noemen. Doorgaans immers worden amoxycilline en doxycycline in Nederland als de keuzemiddelen bij

ongecompliceerde lage luchtweginfecties beschouwd en wordt macroliden als roxithromycine hierbij slechts en ondergeschikte rol toegedacht.

Enkele deelnemers, met name de ziekenhuisapotheker, hadden aanvankelijk nogal wat moeite met de resultaten, omdat de eerder door hen gemaakte keuzen hiermee werden verworpen. Toch werd de keuze voor macroliden in consensus aanvaard op grond van de FCAM-methodiek. De 'full criteria analysis method' discrimineert geneesmiddelen op het relatieve gewicht van de criteria. De FTO-groep heeft deze criteria en de relatieve gewichten ervan zelf in goed overleg bepaald; centraal daarbij stonden de eigen ervaring en de eigen professionele opvatting over de inhoud van de zorg.

Onze model-FTO-groep heeft een hoog gewicht gegeven aan tolerantie (therapieversturende bijwerkingen). Logischerwijze zijn dan ook de relatief geringe verschillen in tolerantie, zoals die optreden tussen roxithromycine, amoxycilline en doxycycline, doorslaggevend in de uiteindelijke score. En andersom: aangezien het criterium prijs van veel minder belang werd geacht dan de effectiviteit en de kans op versturende bijwerkingen, speelden de hogere kosten van een behandeling met roxithromycine ten opzichte van amoxycilline of doxycycline in de praktijk bij de keuze nauwelijks een rol. Amoxycilline/clavulaanzuur mist vooral veel punten door het relatief vaak optreden van versturende bijwerkingen en in mindere mate door de (negatieve) ervaringen met het middel, de prijs en het doseringsgemak. Interessant is ook, dat door de gelijkwaardigheid van de middelen ten aanzien van werkzaamheid en resistentiekans deze beide criteria niet discriminerend waren. Omtrent deze beide criteria zijn overigens maar weinig vergelijkende Nederlandse gegevens beschikbaar. Onderzoek uit Zuid-Europa, met vaak geheel verschillende gevoeligheidspatronen ten opzichte van ons land (bijvoorbeeld met betrekking tot het voorkomen van bètalactamasevormende haemophilus influenzae), zijn niet goed bruikbaar voor de Nederlandse huisartspraktijk. Bij de interpretatie van de literatuurgegevens en de waardering van

middelen ten aanzien van deze beide criteria speelde de eigen ervaring van de groepsleden daarom een grote rol.

Het verzamelen van relevante literatuur voor het maken van een keuze uit de middelen binnen een bepaalde farmacotherapeutische groep is niet eenvoudig. Indien mogelijk dient vooral gebruik te worden gemaakt van Nederlandstalige literatuur, die te vinden is in het Pharmaceutisch Weekblad, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Geneesmiddelenbulletin en het 'Farmacotherapeutisch Kompas'. Ook overzichtsartikelen uit Drugs, Lancet, New England Journal of Medicine, Clinical Pharmacy, Drug Intelligence and Clinical Pharmacy en Infection Control kunnen nuttig zijn. Door de industrie aangeboden mappen zijn veelal van goede kwaliteit, maar kunnen als gekleurd ervaren worden. Diverse organisaties die zich bezighouden met informatieverzameling in de curatieve gezondheidszorg (CBO, O&O) zouden ook een helpende hand kunnen bieden bij het verzamelen van literatuur. Een zeer belangrijke bron van informatie voor de apotheker is het Frisbeesysteem van de KNMP.

De hier gedemonstreerde 'full criteria analysis methode' is een interessante en bruikbare werkwijze voor het formuleren van 'expert opinions'. Voor lokale farmacotherapieoverleggen is er een even betrouwbare, doch veel minder tijd vergende methode met dezelfde stappen, waarbij echter de scores in de beslismatrix niet tot stand komen door verhoudingen te bepalen, maar door een rapportcijfer te geven aan criteria en geneesmiddeleigenschappen.

FTO-groepen zullen wel een goede moderator moeten hebben. Een korte opleiding daarvoor is aanbevelenswaardig. In onze visie zouden officiële apothekers deze functie goed kunnen vervullen. •

*D.J.B. Vermeij,*

arts, stafmedewerker Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing te Utrecht

*R. Janknegt,*

ziekenhuisapotheker Maaslandziekenhuis Sittard

## ZIEKTE IN DE LITERATUUR



## Roerloos tussen de lakens

**E**ÉN KENMERK VERBINDT de personages in het werk van Oek de Jong: het verlangen naar isolement. Hun streven is weg te kruipen, te vergeten, gedachteloos te worden. Ze beschouwen de wereld soms letterlijk door een gat in een schutting, soms figuurlijk vanachter een psychisch scherm der reflectie. Een positie die bewust wordt gezocht.

Zoals door Tommy, de jongen uit de novelle 'Lui oog'. Hij heeft vanwege dat luie oog een lapje voor het andere oog. Zijn moeder is een en al bezorgdheid en meet zijn vooruitgang door hem de letters op een fabriek te laten oplezen. Maar die letters kent hij al jaren uit het hoofd en dus spelt hij iedere keer enkele letters voor haar met steeds minder fouten, zodat ze zich verheugt over zijn vorderingen. Een gekozen isolement dus, hetgeen hij zelf onderkent, want er groeit bij hem "het besef dat ik als een klein apart wereldje besta en dat alle mensen en dingen daarbuiten bestaan". Dit maakt hem gelukkig. Oogarts Kalenberg is de man die destijds zijn grijze vinger bewoog voor Tommy's ogen om te zien hoe scheel hij was, om vervolgens het oog dicht te plakken met een vleeskleurige pleister. Als afbetaling van het leed sleurt de moeder Tommy na iedere visite een speelgoedwinkel in. Het liefst bekijkt Tommy alles roerloos. "Kampioen stilzitten", noemt zijn moe-

der hem. Ze begrijpt niet waarom hij de toppen van het gras aait met zijn handpalmen of urenlang kijkt naar het landschap achter het stationnetje. Soms geeft hij gehoor aan haar wens dat hij zich moet bewegen door naar de winkel te gaan. Daar gaat hij schuifelend als een blinde naar binnen om met volgepropte tas terug te keren. De buurt heeft met hem een zelfde soort medelijden als met zijn zwakzinnige buurjongen Teun. Tommy heeft veel belangstelling voor hem. "Ik liet hem zien dat ik, als ik vertrouwde op mijn luie oog, altijd vijf centimeter rechts van de dingen moest grijpen om ze te pakken te krijgen." Elementen uit deze novelle keren terug in de roman 'Opwaaiende zomerjurken'. Hoofdpersoon Edo Mesch heeft ook een lui oog en een zwakzinnige buurjongen. Edo noemt zich "blind" en loopt moedwillig dingen omver. Door een spleetje onder de pleister beloert hij de wereld. Zijn oogarts heet ook Kalenberg, met hetzelfde vingertje en lapje als resultaat. Alleen is de vergoeding geen speelgoed maar pudding, een knalrode gelatinepudding. "Hij boog zich voorover en tuurde met zijn luie oog naar de wazige vorm onder zijn neus en bracht het lepeltje er langzaam naar toe. Het lepeltje tikte op tafel. Dan past hij de decimetercorrectie toe: met zijn hand mat hij de afstand tussen het lepeltje en het bordje. Bij zijn volgende poging liet hij het lepeltje ongeveer een decimeter links van de

pudding neerkomen. Raak. Zijn moeder streelde zijn nek."

Ook Edo sluit zich emotioneel af van de wereld en kent nog slechts één verlangen: het gelukzalige gevoel dat hij krijgt achterop de fiets, als de zomerjurken van zijn moeder en de buurvrouw nu eens kleven aan hun benen, dan weer opbollen als kleine parachutes. Of, eerder in het boek als de titel zijn pendant vindt, als de vrouwen staan te praten "tussen klapperende lakens". Dit gevoel is zalmakend, dit is het gevoel dat met een zacht plofje landt in zijn hart. Oek de Jong heeft door het motief van het 'luie oog' een fraaie metafoor gevonden voor het karakter van zijn hoofdpersonen. Het langzaam registrerende oog past in de vertraagde, roerloze wereld. Maar een moedwillige afzondering kan niet eeuwig duren, dat merkt ook Tommy. Op een vrijdag wordt zijn isolement hardhandig doorbroken, als de oogarts aan de pleister begint te peuteren. Op eens geeft hij een harde ruk en voor Tommy voelt het aan alsof een deel van de huid wordt losgescheurd. Schel licht steekt in zijn oog. Zo, roept de dokter. Tommy huilt, de wereld doet pijn aan zijn ogen. De voorhang is gescheurd. En meteen beseft hij welk stempel hem wacht: brillejood. •

*Frans Meulenberg,*  
coördinator standaardenontwikkeling bij  
het Nederland Huisartsen Genootschap



# Verslag 210de Algemene Vergadering

## K N M G

*Verslag van de 210de Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, gehouden op dinsdag 15 februari 1994 in Domus Medica te Utrecht.*

### I. Opening

De voorzitter (Levi) opent te 17.30 uur de vergadering met een woord van welkom, in het bijzonder tot de ereleden Bierens en Heyen en tot Spreuwwenberg (hoofd-redacteur Medisch Contact). Vervolgens besteedt hij aandacht aan de KNMG-leden die sinds de vorige Algemene Vergadering zijn overleden, waarbij hij met name memoreert het overlijden van Dick Swijgman, ridder in de orde van Oranje-Nassau, erelid van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie, oud-bestuurslid van de stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, lid van het Hoofdbestuur van de KNMG vanaf 1958 en voorzitter van de KNMG in 1962. Swijgman was 75 jaar toen hij op 30 januari jl. overleed. Naast zijn vak als anesthesist had hij veel aandacht voor bestuurlijke functies waarmee hij de hele artsengemeenschap van dienst kon zijn. De aanwezigen nemen staande enkele ogenblikken stilte in acht.

### II. Benoeming commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering

Aangewezen worden L.A. Hartog (Gooi en Eemland), de voorzitter en de secretaris-generaal.

### III. Inleiding van de voorzitter met betrekking tot actuele onderwerpen

De voorzitter houdt de volgende inleiding:

“Geachte collega’s!

“Terugkijkend op de afgelopen maanden denk ik allereerst aan het rapport-Biesheuvel. Op 20 januari bracht de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, genaamd naar en voorgezet door

de oud-premier Biesheuvel, haar rapport uit aan staatssecretaris Simons. Aanleiding voor het rapport was het verzoek van de staatssecretaris om na te gaan onder welke condities het geheel van huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg onderdeel kan uitmaken van een gemoderniseerde zorgverzekering. Het gaat ontegenzeggelijk om een helder en duidelijk geschreven rapport, dat bovendien elementen bevat die tot oplossingen van bestaande knelpunten in onze gezondheidszorg kunnen leiden. Echter, wij vinden ook dat de rol van sommige partijen in de gezondheidszorg niet altijd even helder en volledig is weergegeven. De consequenties van de voorgestelde maatregelen zijn daardoor niet altijd goed te overzien. Op andere punten is het rapport weer zo gedetailleerd dat weinig ruimte wordt gelaten voor de partijen in het veld om andere, meer toegesneden oplossingen te bedenken. Bovendien wordt nauwelijks ingegaan op de voorstellen die door de verschillende partijen al zijn geformuleerd. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de gezamenlijk ontwikkelde visie van de LSV en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen om te komen tot modernisering van de structuur van de specialistische zorg. Wat de voorgestelde honoreringsstructuur betreft zetten wij nogal wat vraagtekens bij een uniform systeem voor alle medische professies. Voor ons is de kern van de discussie, dat honoreringssystemen vooral een afgeleide moeten zijn van en niet belemmerend voor een zorgaanbod dat is afgestemd op reële vraag. Inmiddels hebben wij begrepen dat een regeringsstandpunt over het rapport-Biesheuvel onderweg is. Het zal u niet verwonderen als ik zeg dat in dat regeringsstandpunt waarschijnlijk de inhoud van het rapport wordt omarmd. Het zal ons ook niet verwonderen als de KNMG en haar beroepsverenigingen daarin een zekere rol krijgen, om mee te praten over verdere ontwikkelingen. Het moge duidelijk zijn dat wij die rol constructief, maar zeer kritisch zullen vervullen. Men kan zich ook afvragen wat er van dit rapport uit-

eindelijk over zal blijven na de verkiezingen die zo vlak voor de deur staan. Ook bij voorgaande plannen, bijvoorbeeld van Wisse Dekker en Hans Simons, bleek de soep uiteindelijk niet zo heet gegeten te worden als ze werd opgediend. Ik denk echter toch dat wij hier niet te licht over moeten denken. Net als Dekker en Simons brengt ook Biesheuvel ons toch weer een stapje verder op de koers die de gezondheidszorg de komende tien jaar zal gaan varen.

“Een ander, weer actueel punt van de laatste weken is de euthanasie, ditmaal gekoppeld aan de wijziging van de Wet op de lijkbezorging, die eind november in de Eerste Kamer is behandeld. Deze wijziging maakte het mogelijk om de reeds bestaande meldingsprocedure, mede door ons toedoen tot stand gekomen, een wettelijke verankering te geven. Het resultaat is echter niet in alle opzichten gelukkig. Wel een meldingsprocedure, maar het is nog steeds niet in alle gevallen duidelijk waar de wetgever en het Openbaar Ministerie hun grenzen leggen. Wij zijn hierover met de minister van Justitie in gesprek, mede op geleide van onze vier discussienota's over dit onderwerp. Bovendien zal op korte termijn weer een discussie ontstaan in de Tweede Kamer, nu over de lijst met aandachtspunten voor het verslag van de gemeentelijke lijkschouwer. Het Hoofdbestuur heeft zich inmiddels over die lijst gebogen en daarover een reactie aan de Tweede Kamer gezonden. Daarnaast beraden wij ons op de vraag (dat is minstens zo belangrijk) hoe wij alle artsen in Nederland op duidelijke wijze kunnen informeren over de nieuwe meldingsprocedure. Wij willen er op alle mogelijke manieren voor zorgen dat zowel de medische als de juridische praktijk rond de euthanasie voor u allen helder en verantwoord blijft.

“Deze week wordt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in de Tweede Kamer behandeld, een wet waar wij inmiddels bijna tien jaar mee bezig zijn. Veel belangrijke onderwerpen worden daarin geregeld. Ik

noem bijvoorbeeld het informed consent, het inzagerecht, de positie van minderjarige en wilsonbekwame patiënten, de privacy van de patiënt in relatie tot wetenschappelijk onderzoek en het medisch dossier, inclusief de bewaartermijn. Over een aantal punten zal deze week in de Kamer zeker nog een pittige discussie worden gevoerd. Ik denk bijvoorbeeld aan de reikwijdte van de informatieplicht van de arts, de spanning tussen de privacy van de patiënt en het belang van het wetenschappelijk onderzoek, de vraag of de schriftelijke wilsverklaring in de WGBO moet worden vastgelegd en de positie van de militaire arts. De KNMG heeft er in een uitvoerige brief voor gepleit, militair in vredetijd dezelfde rechten toe te kennen als alle andere patiënten; het beroepsgeheim van de militaire arts als behandelaar dient onverkort te gelden. Wat de informatieplicht van artsen betreft, bepleiten wij overigens meer aandacht voor het proces van informeren. Ook het gebruik van medische gegevens en het gebruik van reeds tijdens een behandeling afgescheiden lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek zal zeker nog nadere discussie vergen. Ondanks deze discussiepunten acht de KNMG het wel een goede zaak dat de WGBO nu in korte tijd wordt afgerond en in werking treedt. Bij de noodzakelijke wetsevaluatie na enige jaren zal een aantal van de door mij genoemde punten opnieuw worden bekeken.

“Tot slot nog enkele woorden over de reclame voor geneesmiddelen. Kort geleden is een Europese richtlijn van kracht geworden waarin een groot aantal regels voor mondelinge en schriftelijke reclame zijn gesteld. Het spreekt voor zich dat als voorlichting vermomde reclame ook onder de reikwijdte van deze richtlijn valt. Het ministerie van WVC is nu doende deze richtlijn in Nederland in te voeren in de vorm van een reclamebesluit, dat onderdeel zal vormen van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. De KNMG is al enige tijd met het ministerie, de KNMP en Nefarma in overleg over de manier waarop deze richtlijn in Nederland kan worden ingevoerd. De bedoeling is dat het reclamebesluit wordt ingevuld met een gedragscode die door de minister algemeen bindend zal worden verklaard, terwijl er ook een toezichthoudende instantie zal komen. Aan de gedragscode wordt op dit moment gewerkt en het reclamebesluit zal daarna

nog langs de ministerraad, de Raad van State en de Tweede Kamer moeten, zodat het nog wel tot het eind van het jaar zal duren voordat het echt handen en voeten heeft. Een en ander zal ook nog terugkomen in de Algemene Vergadering, op een zodanig tijdstip dat u er nog kritisch naar kunt kijken voordat de definitieve besluitvorming plaatsvindt.

“Geachte collegae. Ik heb mij beperkt tot enkele actuele onderwerpen die vandaag niet op de agenda staan en heb dus niet gesproken van bijvoorbeeld de actualiteit van de Wet terugdringing ziekteverzuim en alle nevenwerkingen van die wet. Het afgelopen weekeinde zijn daarover in Medisch Contact al enkele opmerkingen van mijn kant gepubliceerd en dit onderwerp komt vandaag nog uitgebreid aan de orde bij agendapunt VI. Ook heb ik niet gesproken van de opbouw van onze vereniging, de regionalisering en het onderzoeksvoorstel naar de structuur, want ook dat onderwerp komt vandaag nog aan de orde.

“Als u nagaat wat er zoal is gebeurd sinds de laatstgehouden Algemene Vergadering eind november 1993 (dus nog maar betrekkelijk kort geleden), zult u het met mij eens zijn dat van een periode van windstilte in de gezondheidszorg bepaald geen sprake is. Integendeel, het lijkt meer op een eindsprint. Naar mijn inschatting kan dat wel eens het begin zijn van een constante stroomversnelling in de komende jaren. Het lijkt mij goed dat u zich dit realiseert en dat u zich daarop voorbereidt. Het betekent namelijk niet alleen goedgevulde en interessante, maar soms ook hete Algemene Vergaderingen. Dat lijkt overigens een aantrekkelijk vooruitzicht. Ik wens u een goede en constructieve vergadering.”

Hierna wordt eerst aan de orde gesteld:

#### **IX. Stand van zaken onderzoeksvoorstel naar lidmaatschap KNMG en beroepsverenigingen, inclusief kostenraming van het onderzoek en samenstelling van de begeleidingscommissie**

(in aanwezigheid van dr J. Vennix en drs T. Ikink (Katholieke Universiteit Nijmegen))  
De voorzitter merkt ter inleiding op, dat de KNMG zich na de discussie in de Algemene Vergadering van 19 november jl. heeft gewend tot de Katholieke Universiteit Nijmegen, een instelling die van

oudsher nauwe banden met de KNMG heeft. Van die zijde is geadviseerd tot een eerste fase waarin eerst de te onderzoeken vraagstukken preciezer worden geformuleerd en daarna pas te bezien welke verdere onderzoeken nodig zijn. Die eerste fase houdt in het interviewen van een aantal vooraanstaande leden en niet-leden om een indruk te krijgen van de structuurvraagstukken van de KNMG en de wensen die op dat vlak leven en het reserveren van het HB-studieweekend van 22/23 april voor het bespreken van dit onderwerp, waarvoor ook de leden van de nog in te stellen begeleidingscommissie zullen worden uitgenodigd. Als na afsluiting van de eerste fase blijkt dat verdere onderzoeken nodig zijn, zal daartoe aan de Algemene Vergadering van 14 juni a.s. een concreet voorstel worden gedaan.

*Bijleveld* (LAD) wijst erop, dat in de brief van prof. Felling van de Katholieke Universiteit Nijmegen van 10 januari jl., waarin het onderzoeksvoorstel wordt omschreven, eerst een groot aantal onderwerpen wordt genoemd die nadere bestudering verdienen: de interne en de externe relaties, de relatie met de periferie, de samenstelling van de Algemene Vergadering en de werkwijze en samenhang van de centrale bestuursorganen. Mede met het oog hierop dringt hij erop aan dat in de eerste fase van het onderzoek ook alternatieven (inclusief hun consequenties) voor de huidige federatieve structuur worden geformuleerd, opdat in het studieweekend van 22/23 april een brede discussie kan plaatsvinden. Verder vraagt hij of een meer concreet tijdspad kan worden uitgezet.

*Van den Haak* (LVSG) neemt aan, ook gezien de discussie in de vorige Algemene Vergadering, dat het voor een ieder duidelijk is dat het de LVSG vooral om het punt van de horizontale koppeling gaat. De LVSG heeft chronische geldzorgen, zelfs zodanig dat er het risico is dat de vereniging failliet gaat, en juist de verplichte koppeling is voor veel sociaal-geneeskundigen een reden om geen lid van de LVSG te worden. De LVSG heeft dan ook haast met het voorgestelde onderzoek en kon zich daarom wel vinden in de verwachting die in de vorige Algemene Vergadering door de voorzitter werd uitgesproken, namelijk dat het onderzoek in de loop van 1994 zou worden afgerond. Uit het onderzoeksvoorstel van de Katholieke Universiteit

Nijmegen krijgt hij nu echter de indruk dat het zal gaan om een onderzoek van enkele jaren. Hij kan zich dat wel voorstellen waar het gaat om de evaluatie van de federatieve structuur, maar op het punt van de koppeling moet het toch mogelijk zijn snel concrete gegevens te verzamelen en een analyse te maken aan de hand waarvan eind 1994 een besluit kan worden genomen door de Algemene Vergadering. Hij dringt daar met klem op aan. De *voorzitter* heeft in een vorige Algemene Vergadering nog de gedachte van tussentijdse experimenten met de koppeling geopperd, maar de onderzoekers van de Katholieke Universiteit Nijmegen ontraden dergelijke experimenten ten sterkste uit onderzoekmethodologisch oogpunt. Daardoor is het koppelvraagstuk nu inderdaad verbonden met de lengte van het onderzoek, maar anderszins gaat hij er nog steeds van uit dat het onderzoek geen jaren zal duren en dat er al eind 1994 een behoorlijk zicht is op de problemen. De vraag of ook dan al een besluit kan worden genomen over de koppeling laat hij liever aan de onderzoekers over.

Vennix beaamt dat het onderzoek, als dat het karakter krijgt van een meningspeiling onder betrokkenen, vrij snel zou kunnen worden afgerond. Als die meningspeiling eenmaal achter de rug is, ziet hij geen grote onderzoekmethodologische bezwaren meer tegen een aparte besluitvorming over de koppeling. Van den Haak (LVSG) vraagt of de onderzoekers dan tevens bereid zijn de gegevens uit de meningspeiling die met de koppeling te maken hebben bij voorrang te bewerken, opdat hierover nog in de Algemene Vergadering van november 1994 een afzonderlijk besluit kan worden genomen.

Vennix is altijd bereid, zo dat enigszins mogelijk is, in te gaan op wensen van opdrachtgevers, mits die het onderzoek zelf niet in gevaar brengen.

Van den Haak (LVSG) vraagt vervolgens de voorzitter of deze, gehoord de opmerkingen van Vennix, nu de garantie kan afgeven dat eind 1994 de Algemene Vergadering een besluit kan nemen over de koppeling.

De *voorzitter* kan geen strikte garantie afgeven, maar zal er wel ernstig naar streven.

Van den Haak (LVSG) kan daar wel mee instemmen. Hij beseft dat de voorzitter geen verdergaande toezegging kan doen.

voordat het onderzoek is afgerond al op een deelonderwerp wordt vooruitgelopen op de onderzoeksresultaten. Uit een oogpunt van onderzoeksmethodologie is dat een slechte zaak. De LVSG moge haast hebben, het moet hier om een goed onderzoek gaan, niet om een onderzoek dat door haast wordt ingegeven.

Derksen (Nijmegen) vindt het terecht dat de onderzoekers van de Katholieke Universiteit Nijmegen een forse slag om de arm houden en wijzen op methodologische bezwaren. Hebben zij met het oog hierop dan eveneens bezwaar tegen de voorstellen inzake regionalisering van de KNMG (agendapunt VIII)? Die voorstellen kunnen dan toch ook op een onjuiste manier interfereren met het te houden onderzoek?

De *voorzitter* antwoordt Bijleveld, dat de onderzoekers in de tweede fase met alternatieven willen komen. In de eerste fase willen zij zich beperken tot het preciezer formuleren van de vraagstukken.

Vennix zegt naar aanleiding van de vraag om een meer concreet tijdspad, dat het precieze karakter van het onderzoek op dit moment nog niet vaststaat. Pas wanneer de diagnose is gesteld (fase 1) kan worden vastgesteld of en, zo ja, op welke punten er een kennistekort is. Als er zo'n tekort is, zal nader onderzoek moeten worden ingesteld, maar hij acht het niet onmogelijk dat in de eerste fase zal blijken dat er niet of nauwelijks nader onderzoek nodig is. Mocht toch verder onderzoek nodig zijn, dan kan dat waarschijnlijk redelijk snel worden afgerond, omdat het dan zal gaan om een meningspeiling, dat wil zeggen een standaardonderzoek waarmee al veel ervaring is opgedaan. Indien de KNMG een uitgebreid specifiek scenario-onderzoek wenst, zal daar veel meer tijd (waarschijnlijk enige jaren) mee gemoeid zijn.

De *voorzitter* kan zich niet voorstellen dat een dergelijk uitgebreid onderzoek gewenst zal worden, maar de Algemene Vergadering kan ook daarover in juni a.s. beslissen, wanneer de resultaten van de eerste fase op tafel liggen.

De *Algemene Vergadering* stemt vervolgens in met de eerste fase van het voorgestelde onderzoek. De huidige KNMG-begroting biedt voldoende ruimte voor de financiering van deze eerste fase.

Hierna wordt nog een enkele opmerking gemaakt over het voorstel inzake taakopdracht en samenstelling van de begeleidingscommissie.

Bijleveld (LAD) heeft in de taakomschrijving voor de in te stellen begeleidingscommissie gelezen (brief van 11 februari jl.) dat deze speciaal dient te letten op de ruimte die wordt gegeven voor de intenties van de Algemene Vergadering. Zelf meent hij dat belangenbehartiging van alle artsen een belangrijk doel van een vereniging als de KNMG is, zeker in de huidige omstandigheden, waarin er sterk uiteenlopende maatschappelijke visies zijn en er sprake is van een sterke differentiatie van artsen.

De *Algemene Vergadering* gaat akkoord met het instellen van de begeleidingscommissie als ad hoc commissie uit de Algemene Vergadering, met de taakomschrijving en met de samenstelling van deze commissie zoals voorgesteld in de brief van 11 februari jl.

Weerdesteijn (LHV) laat in de notulen vastleggen dat de samenstelling van deze commissie zijns inziens te eenzijdig is.

#### IV. Nieuwe versie 'Gedragsregels voor artsen' ('blauwe boekje') (besluitvormend)

*Opmerkingen naar aanleiding van de bijgevoegde notitie (blz. 5/8).*

Van der Ros (LAD) is het ermee eens dat het onderwerp 'Overdracht medische dossier tussen artsen bij dienstverlenende instellingen' beter in het 'Groene boekje' past. Hij zal dan wel graag zien dat dit onderwerp daar ook geregeld wordt. Verder zijn de LAD-afgevaardigden bij nader inzien tot de conclusie gekomen, dat het in de vorige Algemene Vergadering door Blom gedane voorstel inzake gedragsregel V.3 (reclame door de arts) niet tot verbetering zou leiden. Zij trekken dit voorstel dan ook in. Wel pleiten zij ervoor dat de KNMG nader aandacht geeft aan regels voor publiciteit vanwege instellingen, vooral gezien de toenemende concurrentie tussen instellingen als gevolg van de TZ-wetgeving, de Arbeidswetgeving, de Wet voorzieningen gehandicapten en dergelijke. Instellingen die artsen in leidinggevende posities hebben, komen bij een strikte toepassing van gedragsregel V.3 in een ongunstige concurrentiepositie te verkeren ten opzichte van instellingen waarvan de leiding in handen is van andere beroepsbeoefenaren.

Dierick (Zeeuwsch-Vlaanderen) is het niet duidelijk waarom in gedragsregel II.12 nog zou moeten worden gesproken

van "behoudens wettelijke uitzonderingen", nu in de preambule al is aangegeven dat de wet prevaleert boven de gedragsregels. Ook begrijpt hij niet goed wat de bedoeling is van de hier voorgestelde voetnoot.

*Legemaate* (stafmedewerker) beaamt dat op zichzelf het tussenvoegsel "behoudens wettelijke uitzonderingen" gemist zou kunnen worden, maar juist bij de bewaartermijnen spelen wettelijke uitzonderingen een belangrijke rol en daarom is er toch wel wat voor te zeggen bij deze gedragsregel nog eens op de wettelijke uitzonderingen te wijzen. De voetnoot waarin wordt gewezen op de Wet BOPZ is alleen bedoeld als voorbeeld, zeker niet als limitatieve opsomming, omdat juist bij deze wet de uitzonderingen in het oog springen.

*Dierick* (Zeeuwsch-Vlaanderen) zou zich kunnen voorstellen dat zo'n voorbeeld dan mondeling in de Algemene Vergadering wordt gegeven en dat verder wordt afgezien van de voetnoot in de gedragsregel. Vooral omdat er maar één voorbeeld wordt genoemd, wordt het geheel er niet duidelijker op.

*Legemaate* (stafmedewerker) lijkt het dan verstandig de voetnoot maar te laten vervallen.

Mw *Kastelein* (secretaris) zou het voorbeeld van de Wet BOPZ graag handhaven, omdat het een pregnant voorbeeld van een wettelijke uitzondering is die pas kort geleden is ingevoerd en waar veel discussie in het veld over is gevoerd. De *Algemene Vergadering* besluit vervolgens met grote meerderheid van stemmen de voetnoot in gedragsregel II.12 te handhaven.

*Derksen* (Nijmegen) is verheugd dat in gedragsregel I.2 nu wordt gesproken van "hulp, begeleiding, adviezen en keuringen", verder aan te duiden als "hulpverlening", maar toch wordt in allerlei gedragsregels nog steeds alleen gesproken van "zorg" of "behandeling". Zo staat in de preambule dat bij het formuleren van de gedragsregels "de kwaliteit van de zorg als uitgangspunt is gekozen" en wordt ook in de regels I.1 en I.3 nog van "zorg" gesproken. Consequent zou zijn hier steeds van "hulpverlening" te spreken.

Verder lijkt hem gedragsregel I.8 iets te beperkt geformuleerd. In bepaalde situaties, bijvoorbeeld als het gaat om intercollegiale toetsing of gebruik van gegevens ten behoeve van wetenschap-

pelijk onderzoek, zullen toch méér aantekeningen moeten worden gemaakt dan alleen uit een oogpunt van goede hulpverlening noodzakelijk is?

*Legemaate* (stafmedewerker) antwoordt dat dit laatste ook niet wordt uitgesloten door gedragsregel I.8. Deze gedragsregel is in ieder geval niet beperkend bedoeld.

Verder meent hij dat niet zonder meer overal van "hulpverlening" kan worden gesproken. Bij hulpverlening gaat het om alle handelingen van de arts in de relatie met de patiënt en het begrip 'zorg' is ruimer. Met dit begrip wordt ook aangesloten op het spraakgebruik, onder andere in het kader van de met WVC gemaakte afspraken op de conferenties in Leidschendam over kwaliteit. Op een aantal plaatsen is dus bewust gekozen voor de term 'zorg' en niet voor de term 'hulpverlening'. Overigens is hij graag bereid de tekst nog eens door te lopen en na te gaan of inderdaad overal wel de meest consequente keuze is gemaakt.

De *Jong* wijst erop, dat in de praktijk de term 'hulpverlening' of 'hulpverlener' de laatste jaren nogal is gedevalueerd. Allerlei figuren zonder enige opleiding noemen zich tegenwoordig gemakkelijk hulpverlener. Hij pleit er dan ook voor dat in ieder geval steeds in de gedragsregels wordt gesproken van "medische hulpverlening" of "medische zorg". *Legemaate* (stafmedewerker) lijkt het niet nodig het woord 'medische' er steeds aan toe te voegen. Het gaat immers om gedragsregels voor artsen en daardoor wordt al onderscheid gemaakt ten opzichte van hulpverleners zonder een behoorlijke opleiding.

*Simons* (Gouda) vraagt of de gedragsregels nadat ze opnieuw zijn bekeken op het gebruik van de woorden 'hulpverlening' of 'zorg' nogmaals aan de Algemene Vergadering worden voorgelegd. Hij vindt het op zichzelf niet noodzakelijk dat de gedragsregels nog eens helemaal opnieuw worden bekeken, maar als dat dan gebeurt is het ook consequent de gewijzigde tekst opnieuw aan de Algemene Vergadering voor te leggen.

De *voorzitter* is dat niet van plan. Hij stelt voor dat de Algemene Vergadering vandaag de gedragsregels vaststelt en daarbij dan tevens het Hoofdbestuur machtigt om op dit punt eventueel nog wijzigingen aan te brengen.

De *Algemene Vergadering* besluit dienovereenkomstig.

#### *Preamble (blz. 11/12)*

Deze wordt zonder verdere opmerkingen door de *Algemene Vergadering* vastgesteld.

#### *Hoofdstuk I (blz. 13)*

*Weerdesteyn* (LHV) vraagt of hij door de woorden "en verricht keuringen" in gedragsregel I.2 nu kan worden gedwongen om bijvoorbeeld een rijbewijskeuring te verrichten.

De *voorzitter* antwoordt ontkennend. Van enige dwang is hier geen sprake.

#### *Hoofdstuk II (blz. 14/16)*

*Haneveld* (Den Haag) stelt voor in gedragsregel II.2 de formulering van de derde zin te wijzigen in: "De arts kan rekening houden met de levensbeschouwelijke opvattingen ..." De nu gebruikte formulering: "De arts houdt rekening met ..." vindt hij te strikt, omdat die inhoudt dat de arts altijd onder alle omstandigheden rekening moet houden met levensbeschouwelijke opvattingen. Dat kan in de praktijk echter niet altijd, bijvoorbeeld niet als er onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn.

*Legemaate* (stafmedewerker) zou de tekst ongewijzigd willen laten. De formulering betekent alleen dat de arts zich rekening dient te geven van de factor van levensbeschouwelijke opvatting en cultuurpatroon. Daarna kan de arts vrij beslissen of die factor van zodanige aard is dat hij er ook bepaalde consequenties aan moet verbinden.

*Blom* (LAD) heeft moeite met de term "relevante" in gedragsregel II.12, omdat in het geheel niet duidelijk is wat daar precies onder moet worden verstaan. Wellicht kan deze term (maar het geldt ook voor andere termen uit het blauwe boekje) in een appendix nader worden omschreven.

*Legemaate* (stafmedewerker) meent dat er niet valt te ontkomen aan het gebruik van dit soort inderdaad nogal open begrippen. Bij gedragsregel II.12 had op zichzelf de wettekst kunnen worden overgenomen, maar dan had er gestaan "noodzakelijke gegevens" en ook dan was niet duidelijk wat daar precies onder moet worden verstaan. Wellicht is het mogelijk dit soort open begrippen nader te omschrijven in een appendix, maar in het algemeen betekent dit dan wel dat de gedragsregels veel strikter en formeler worden waardoor weer alle armslag verloren gaat. Met de nu gekozen formu-



lering van de gedragsregels is beoogd enerzijds helderheid te scheppen en anderzijds het geheel niet helemaal 'dicht te timmeren'.

*Blom* (LAD) kan het met dat laatste eens zijn, maar bij gedragsregel II.12 kan zijns inziens worden verwezen naar protocollen, omdat daarin in ieder geval relevante gegevens staan omschreven.

Mw *Lanphen* (ondervoorzitter) wijst erop dat maar voor een betrekkelijk beperkt aantal zaken geldt dat in het protocol ook al is aangegeven welke gegevens moeten worden neergelegd in het dossier. Voor heel veel andere zaken geldt dat nog niet. Bedacht moet ook worden dat de aanvankelijke term 'behandeling' inmiddels is vervangen door de veel bredere term 'hulpverlening'.

*Blom* (LAD) onderstreept dat het voor veel zaken nog niet geldt. In de toekomst kan dat anders worden, gezien de ontwikkeling van de protocollaire geneeskunde.

Mw *Lanphen* (ondervoorzitter) vindt daarom het woord 'relevante' juist zo goed gekozen. Als er een protocol, een richtlijn of een standaard voor een bepaalde hulpverleningssituatie is, is duidelijk dat die aangeeft wat 'relevant' is.

*De Jong* vindt de eerste zin van gedragsregel II.12 dubbelop, want dit is al vastgelegd in gedragsregel I.8.

*De Jong* meent dat in gedragsregel II.18 het woord "daartegen" moet worden ingevoegd, tussen "argumenten" en "heeft". Verder vindt hij het voldoende wanneer wordt bepaald dat de arts eventuele argumenten kenbaar maakt; wat hem betreft kan dus het woord "gemotiveerd" vervallen.

De voorzitter wil dit woord graag handhaven. Het is immers wel zo correct als de arts zijn bezwaren motiveert. Wel is hij het eens met het voorstel tot invoeging van het woord 'daartegen'. Gedragsregel II.18 wordt in die zin gewijzigd.

*Weerdesteyn* (LHV) heeft verleden jaar te maken gehad met de nodige declaraties van specialistische zorg die nauwelijks waren gespecificeerd. Toen hij ernaar vroeg, kreeg hij te horen dat verdere specificatie niet mogelijk was "om redenen van privacy". Hij is het dan ook geheel eens met gedragsregel II.19 en hoopt dat een ieder (ook bureaus die declaraties van specialisten verzorgen) zich eraan zal houden.

Mw *Van der Burg* (Zwolle) vraagt wat precies bedoeld wordt met gedragsregel

II.20, in het bijzonder de woorden "voor zichzelf". Is daar alleen de arts bedoeld of ook de directe relaties van de arts?

*Legemaate* (stafmedewerker) antwoordt dat hier ook de directe relaties van de arts zijn bedoeld, maar het is niet mogelijk dat in de gedragsregels te regelen omdat die zich niet richten tot de directe relaties (bijvoorbeeld echtgenote of partner) van de arts. De geest van deze gedragsregel is natuurlijk dat ook die directe relaties geen nalatenschap dienen te accepteren.

*Smalbraak* (Eindhoven) denkt dat het op een indirecte manier wel te regelen is door hier te zeggen: "De arts accepteert voor zichzelf geen voordelen van een nalatenschap ..."

*De Jong* suggereert hier te spreken van: "De arts accepteert voor zichzelf of voor zijn familie geen nalatenschap ... enz."

*Legemaate* (stafmedewerker) lijkt het toch het best de tekst maar ongewijzigd te laten. De bedoeling is duidelijk.

*Smalbraak* (Eindhoven) acht gedragsregel II.21, vooral het tweede deel ervan, moeilijk uitvoerbaar voor een medisch specialist. Een specialist heeft niet altijd invloed op de vraag wie hem opvolgt en verder is vaak onduidelijk wat op het moment van overdracht het patiëntenbestand van de specialist is.

*Legemaate* (stafmedewerker) merkt op dat de gedragsregels een arts niet tot het onmogelijke kunnen dwingen. In de preambule is ook aangegeven dat er ruimte is om gedragsregels niet te volgen, mits beargumenteerd, en hij gaat ervan uit dat dit kan gelden in de situatie die *Smalbraak* schetst.

*De Algemene Vergadering* gaat vervolgens akkoord met de tekst van hoofdstuk II zoals voorgesteld door het Hoofdbestuur, met toevoeging van het woordje "daartegen" in gedragsregel II.18.

### Hoofdstuk III (blz. 16/17)

*De Jong* staat huiverig tegenover de bepaling in gedragsregel III.1 dat de arts ook ten opzichte van "andere hulpverleners" bereid moet zijn tot openheid en communicatie. Volgens hem moet de term 'andere hulpverleners' nader worden gespecificeerd.

De voorzitter lijkt dat niet nodig, want er wordt aan toegevoegd: "met inachtneming van zijn beroepsgeheim". Op grond hiervan kan de arts de openheid beperken.

*Verduijn* (Breda) vraagt een toelichting op de bedoeling van gedragsregel III.12.

Moet hier steeds per individuele patiënt een nieuwe afspraak met de betrokken artsen over worden gemaakt of kan hier gewoon een afspraak over worden gemaakt die voor onbepaalde tijd geldt?

*Legemaate* (stafmedewerker) licht toe dat het eerste deel van deze regel de norm aangeeft die als algemene afspraak voor onbepaalde tijd kan gelden. De rest van de gedragsregel geeft de uitzondering aan. In het algemeen zal dan per individuele patiënt een afspraak worden gemaakt, maar op zichzelf is het mogelijk dat een waarnemingsverband een langer geldende afspraak over de uitzondering maakt.

*Verduijn* (Breda) vraagt verder nog of de uitzondering alleen betrekking kan hebben op het wel in de praktijk opnemen van een patiënt of ook op de termijn van zes maanden.

*Legemaate* (stafmedewerker) antwoordt dat de nadere afspraak op beide aspecten betrekking kan hebben.

*Kalis* (LAD) heeft de indruk dat deze gedragsregel op gespannen voet staat met het principe van de vrije artskenkeuze.

*Legemaate* (stafmedewerker) denkt inderdaad dat, als de patiënt erop staat, het principe van de vrije artskenkeuze voorrang heeft boven gedragsregel III.12.

*Smalbraak* (Eindhoven) wijst er bij de gedragsregels III.15 en III.16 op, dat in die plaatsen waar een academisch ziekenhuis is gevestigd vaak ook een perifeer opleidingsziekenhuis aanwezig is dat bij de opleiding tot medisch specialist samenwerkt met het academisch ziekenhuis. Als nu een assistent-geneeskundige toevallig de laatste twee jaar van zijn opleiding in het academisch ziekenhuis heeft gevolgd, kan hij zich zonder meer ter plaatse vestigen, maar heeft hij de pech dat de laatste twee jaar de opleiding in het perifere opleidingsziekenhuis plaatsvindt, dan mag hij zich niet ter plaatse vestigen. Kan hier wellicht een wat soepeler formulering worden gekozen?

De voorzitter is het ermee eens dat beide regels in samenhang met elkaar wat vreemd uitwerken, maar ziet ook niet direct hoe de formulering van de regels zou kunnen worden verbeterd.

*Legemaate* (stafmedewerker) merkt in de eerste plaats op, dat deze regels tot nu toe in de praktijk eigenlijk nooit tot problemen hebben geleid. Verder zou hij er niet voor voelen vanavond staande de vergadering wijzigingen aan te brengen, want er zijn nog meer regels die te maken heb-

ben met het concurrentiebeding. Hij geeft er de voorkeur aan al deze regels nog eens in samenhang met elkaar te bezien en tot die tijd de gedragsregels III.15 en III.16 ongewijzigd te laten. De *Algemene Vergadering* stemt hierna in met de voorgestelde tekst van hoofdstuk III.

#### *Hoofdstukken IV, V, VI en VII (blz. 18/19)*

*Dumas* (LVSG) wijst hierbij op de beroepscode van de bedrijfsartsen uit 1989, waarin wordt ingegaan op de relaties tussen de bedrijfsarts en de patiënt/werknemer, tussen de bedrijfsarts en collegamedici en andere arbeidsdeskundigen, en tussen de bedrijfsarts en de opdrachtgever. Verder verwijst hij, mede in verband met de al gevoerde discussie over definiëring van begrippen, naar de 'Discussienota bedrijfsgezondheidszorg' uit 1991 van de NVAB, een nota die is gebaseerd op de filosofie van kwaliteitszorg en de ISO-9000-systematiek.

*Van der Ros* (LAD) herinnert hierbij aan zijn opmerkingen over gedragsregel V.3. Kan de eerste alinea van de preambule hier wellicht een ontsnappingsmogelijkheid bieden?

*Legemaate* (stafmedewerker) licht toe, dat de eerste alinea van de preambule alleen is bedoeld voor die gevallen waarin het strikt volgen van de gedragsregel eerder tot onrecht dan tot recht zou leiden. Deze alinea is dus niet bedoeld als een vrijbrief om zonder goede reden van de gedragsregels af te wijken. Wijkt men ervan af, dan moet men handelen in de geest van de regels.

*Weerdesteyn* (LHV) krijgt vaak verzoeken om medewerking aan allerlei onderzoeken, maar gezien de tijd die ermee gemoeid is, is hij ervan afgestapt hieraan mee te werken. Hij heeft dan ook moeite met gedragsregel IV.1.

*Legemaate* (stafmedewerker) zegt dat deze gedragsregel alleen in algemene zin uitspreekt dat de arts dient mee te werken aan onderzoek, mits dat binnen de perken blijft. Of dat laatste het geval is, kan elke individuele arts zelf bepalen.

*De Jong* meent dat artsen voorzichtig moeten zijn met medewerking aan dit soort onderzoek, niet alleen gezien het tijdsbeslag, maar ook met het oog op de geheimhouding die in de praktijk vaak niet gewaarborgd blijkt te zijn.

*Blom* (LAD) zou het betreuren als artsen geen medewerking meer willen verlenen

aan relevant wetenschappelijk onderzoek. Als die medewerking voortaan achterwege blijft, is dat soort onderzoek helemaal niet meer mogelijk. Overigens is hij het eens met *Weerdesteyn* dat artsen vaak te veel verzoeken krijgen om mee te werken aan universitair onderzoek. De hoofdstukken IV, V, VI en VII worden hierna ongewijzigd door de *Algemene Vergadering* vastgesteld.

#### **V. Wijzigingsvoorstel van de 'KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' in verband met de inwerkingtreding van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) op 17 januari 1994**

De *Algemene Vergadering* stemt zonder discussie in met dit wijzigingsvoorstel.

#### **VI. KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten**

##### *Inleiding*

De bespreking van dit onderwerp wordt ingeleid door *Van Berkestijn* (secretaris-generaal), die er eerst op wijst dat de actuele perikelen rond de uitvoering van de ziekteverzuimwetgeving vanavond niet ter discussie staan. Het gaat hier onder andere om pogingen van werkgevers om, nu er in allerlei regio's van het land nog geen deskundige arbodiensten zijn, de huisarts als controleur in te schakelen, pogingen om in ziekenhuizen voorrang te krijgen voor bepaalde werknemers. De KNMG heeft zich hierover inmiddels in afkeurende zin gewend tot de RCO (de overkoepelende organisatie van alle werkgeversverenigingen) en deze zal de werkgevers erop wijzen dat het onjuist is op deze manier te handelen. Vanavond staat wel ter discussie de Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens, opgesteld naar aanleiding van de conclusies uit de vervolgonferentie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid' op 21 en 22 april 1993. Het is de bedoeling dat deze code vanavond wordt vastgesteld door de *Algemene Vergadering*. Daarnaast is in bijlage 2 een verdergaand voorstel aan de *Algemene Vergadering* gedaan inzake de gegevensuitwisseling in traject 1 (curatieve sector en arts van de deskundige dienst) en juist omdat dit voorstel verder gaat, is het de bedoeling dat over dit voorstel vanavond

alleen een opiniërende discussie plaatsvindt en een afspraak wordt gemaakt over de verder te volgen procedure.

Hierna wordt de code inhoudelijk nader toegelicht door mw *Doppegieter* (stafmedewerker). Daarbij merkt zij eerst op dat deze code in grote lijnen past binnen de thans al geldende KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens uit 1992; dit is ook, per afzonderlijk traject, aangegeven in bijlage 1.

Bij traject 2 (gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en arts bij de bedrijfsvereniging) wordt uitgegaan van een wettelijk verplichte uitwisseling van enige gegevens. De KNMG heeft zich daar indertijd tegen gekeerd, maar inmiddels schrijft de Organisatiewet sociale verzekeringen dit toch voor. De vraag hoe breed die uitwisseling moet zijn, is nog open; zo is nog niet duidelijk of daar bijvoorbeeld ook de diagnosecode onder valt. De KNMG heeft in het kader van de Sociale Verzekeringsraad gesteld dat zeker de diagnosecode niet zo maar, zonder instemming van de werknemer, door de arbo-arts aan de bedrijfsvereniging mag worden verstrekt, maar deze mening werd niet door alle betrokkenen gedeeld. Dit onderwerp is inmiddels voorgelegd aan de Registratiekamer en naar verwachting zal deze over enige maanden een uitspraak hierover doen. Bij traject 3 (gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en werkgever) wordt uitgegaan van een zeer beperkte uitwisseling van gegevens, namelijk uitsluitend gerichte informatie over de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel/niet meer geschikt is. Dit komt geheel overeen met de nu al geldende KNMG-richtlijnen. Ook de uitgangspunten voor de gegevensuitwisseling in traject 4 (tussen arbo-arts en geneeskundig adviseur bij verzekeraar) passen geheel in die richtlijnen. Vervolgens gaat zij in op het verdergaande voorstel in bijlage 2 inzake de gegevensuitwisseling in traject 1. Het belangrijkste punt van verschil met de huidige situatie is, dat met dit voorstel de verantwoordelijkheid voor het vragen van toestemming aan de betrokken werknemer wordt verlegd van de behandelend arts naar de arbo-arts. Daarbij dient dan wel een bepaalde procedure te worden gevolgd die is omschreven in de punten a en b van bijlage 2 (blz. 39 en 40). Er doen zich bij dit voorstel ook enige knelpunten voor, in de eerste plaats rond

de precieze functie van de arbo-arts. In de praktijk is deze functie toch meeromvattend dan uitsluitend signalering, preventie, begeleiding en advisering. Deze arts kan immers ook adviseren (in feite: manen) tot werkhervatting en het niet opvolgen van dat advies kan vervelende consequenties hebben voor de werknemer. In de tweede plaats dient er vertrouwen te zijn bij de curatieve sector dat de arbo-arts de voorgeschreven procedure voor het vragen van toestemming volgt. De arts die de gegevens verstrekt (in dit geval dus de behandelend arts) blijft trouwens strikt formeel gezien verantwoordelijk voor een goede 'informed consent'-procedure. Anderzijds zal aan een duidelijke afspraak tussen de betrokken koepelorganisaties door de rechter (bij een eventuele juridische procedure) zeker veel belang worden gehecht. Op blz. 42 zijn de voorwaarden geformuleerd die vervuld moeten zijn voordat zou kunnen worden gewerkt met de procedure zoals omschreven in de punten a en b. Zo dient er duidelijkheid te komen over de precieze rol van de arbo-arts en over de wijze waarop de gegevensuitwisseling tussen arbo-artsen en bedrijfsvereniging in de praktijk tot stand komt: alleen ten aanzien van de gegevens die zijn vermeld in de appendix bij de code mag toestemming van de werknemer worden voorondersteld. Verder zou uitvoering van de procedure zoals omschreven in de punten a en b één van de eisen dienen te zijn voor certificering en dienen financiële consequenties te worden gehonoreerd. Ten slotte is voorwaarde dat de leden van de beroepsverenigingen hun instemming hebben betuigd met de voorgestelde procedure en mede met het oog hierop wordt dan ook voorgesteld over bijlage 2 vanavond alleen opiniërend te spreken.

#### Discussie

*Derksen* (Nijmegen) heeft de indruk dat er bij het voorstel inzake traject 1 wel degelijk een verandering zal optreden vergeleken bij de huidige situatie. In de nieuwe situatie dient de werknemer toestemming te geven voor gegevensuitwisseling tussen behandelend arts en arbo-arts, terwijl in de huidige situatie, zo heeft hij altijd begrepen, uitwisseling van gegevens tussen de behandelend arts en de bedrijfsarts plaatsvindt zonder gerichte machtiging van de patiënt. Verder bevat het voorstel in bijlage 2

volgens hem in feite niets nieuws. Hij heeft vele jaren als verzekeringsgeneeskundige gewerkt en in die hoedanigheid steeds zelf toestemming gevraagd aan de betrokken werknemer om gegevens van de behandelend arts op te vragen. Voor het opvragen van gegevens bij een specialist moest er dan schriftelijke toestemming komen, terwijl het opvragen van gegevens bij een huisarts in de praktijk gewoon telefonisch gebeurde, waarbij de huisarts erop vertrouwde dat de betrokken werknemer toestemming had gegeven.

*Knook* (voorzitter LHV) wijst erop dat de situatie inmiddels drastisch is veranderd. Als nu door een huisarts informatie wordt verstrekt, komt die in één van de trajecten terecht en is voor hem absoluut niet meer te volgen wat er met die informatie gebeurt. Gaat de informatie bijvoorbeeld naar de bedrijfsvereniging en gaat ze naar de werkgever en, zo ja, in welke vorm? Voorheen stond de verzekeringsgeneeskundige, bijvoorbeeld van het GAK, veel dichterbij de curatieve zorg, terwijl er nu een rechtstreeks kanaal van de arbo-arts naar de werkgever is. Hij acht het dan ook nodig om eerst nog eens duchtig in LHV-kring te spreken over het nu gedane voorstel inzake gegevensuitwisseling traject 1.

*Derksen* (Nijmegen) wijst erop, dat vroeger bedrijfsartsen zelfs gewoon in dienst van het bedrijf waren en er dus zeker een rechtstreeks kanaal tussen de bedrijfsarts en de werkgever was. In de praktijk zorgden de bedrijfsartsen er echter gewoon voor dat medische gegevens niet bij de werkgever terecht kwamen. Welnu, datzelfde kunnen arbo-artsen doen.

Mw *Doppegieter* (stafmedewerker) bevestigt dat. Bij traject 3 is duidelijk aangegeven dat er geen verandering dient te komen in de situatie zoals die nu bestaat in de relatie werkgever/bedrijfsarts.

*Knook* (voorzitter LHV) wijst erop, dat er geen zekerheid is dat er geen verandering komt in die situatie, nu commerciële aspecten een veel grotere rol gaan spelen.

Mw *Doppegieter* (stafmedewerker) merkt verder op dat op zichzelf een geheel open communicatie tussen de curatieve sector en de arbo-arts natuurlijk de voorkeur verdient. Als de arbo-arts uitsluitend begeleidende taken zou hebben, zou een dergelijke open communicatie zonder meer mogelijk zijn. In de huidige wetgeving zijn echter ook adviserende

taken van de arbo-arts tegenover de werkgever vastgelegd, waar bepaalde consequenties voor de werknemer uit kunnen voortvloeien.

*Derksen* (Nijmegen) begrijpt dat, maar heeft juist daarom gesteld dat er op dit punt wel degelijk wat verandert voor de bedrijfsartsen die nu automatisch arbo-arts worden.

Mw *Doppegieter* (stafmedewerker) beaamt dat.

Ten slotte wijst zij erop, dat de procedure zoals voorgesteld in bijlage 2 toch wel een wijziging betekent vergeleken met de door *Derksen* geschetste praktijk, namelijk in die zin dat de curatieve arts dan geen enkele bemoeienis meer heeft met het vragen van toestemming van de patiënt en dan ook niet meer hoeft na te gaan of die toestemming inderdaad is verleend. In de nieuwe situatie zal de arbo-arts, als hij informatie aan de curatieve arts vraagt, dus ook geen machtigingsformulier meer hoeven mee te zenden.

*Derksen* (Nijmegen) lijkt het, gehoord dit laatste, verstandig het maar bij het oude te laten.

*Van den Haak* (LVSG) wijst erop, dat eind december jl. bij de behandeling van de ziektewetgeving in de Eerste Kamer door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid nadrukkelijk is verklaard dat het nimmer de bedoeling is dat medische informatie bij de werkgever terecht komt. Verder bevestigt hij dat het sinds jaar en dag goed gebruik is dat de verzekeringsgeneeskundige de machtiging verzorgt, gewoon uit praktische overwegingen, en dat die machtiging niet wordt meegezonden naar de huisarts. De huisarts mocht er in goed vertrouwen van uitgaan dat die machtiging was gegeven, gezien de afspraak uit 1987 tussen de Federatie van bedrijfsverenigingen en de KNMG. In feite wordt nu alleen voorgesteld diezelfde afspraak te maken met de arbodienst, niet méér en niet minder, en ook nu is dat voorstel alleen ingegeven door praktische overwegingen. Daarbij is er, gezien de code en de nadrukkelijke afspraak van de staatssecretaris in de Eerste Kamer, de garantie dat de medische informatie niet bij de werkgever terecht komt. Verder komt de informatie het eerste halfjaar niet zonder toestemming van de werknemer bij de verzekeringsgeneeskundige terecht, want afgesproken is dat gedurende die periode geen gebruik zal worden gemaakt van de

betreffende bepalingen in de wetgeving. In die periode kan bovendien een uitspraak van de Registratiekamer tegemoet worden gezien over de vraag of er een wettelijke verplichting is tot het leveren van medische informatie door de arbo-arts aan de verzekeringsgeneeskundige zonder toestemming van de werknemer. *Knook* (voorzitter LHV) ziet hetgeen Van den Haak nu schetst als een wenkend perspectief, maar helaas komt het nog niet overeen met de werkelijkheid van vandaag. De werkelijkheid van vandaag is nog zeer verwarrend voor de huisarts, alleen al omdat deze wordt benaderd met vragen om schriftelijk te verklaren dat de werknemer inderdaad niet in staat is zijn werk te verrichten, waarmee de klok in feite vele jaren wordt teruggezet. De LHV wil zich hier dan ook nog grondig op beraden en daarom staat dit punt vandaag alleen opiniërend op de agenda. *Haneveld* (Den Haag) vindt het jammer dat de code zich beperkt tot uitwisseling van gegevens in het kader van de uitvoering van de Wet terugdringing ziekteverzuim en de gewijzigde Arbo-wet, want ook in andere sociaal-geneeskundige sectoren spelen dezelfde problemen rond de gegevensuitwisseling. Is het de bedoeling daar in de toekomst aandacht aan te geven? Verder vraagt hij of op grond van de code nu ook gedeclareerd kan worden bij de (commerciële) arbodiensten. Zo ja, welk tarief geldt dan? Ten slotte vraagt hij of de code voor alle soorten ziektegevallen geldt, dus ook voor een simpel griepje.

Mw *Doppegieter* (stafmedewerker) antwoordt op de laatste vraag dat de gegevensuitwisseling van traject 2 pas gaat spelen na twee (bij kleine bedrijven) of zes weken (bij grote bedrijven). Bij een simpel griepje komt traject 2 dus in ieder geval niet in beeld.

*Knook* (voorzitter LHV) kan nog geen concreet antwoord geven op de vraag of voortaan gedeclareerd kan worden bij de arbodiensten, maar er treedt wel een wijziging op vergeleken bij de huidige situatie, in die zin dat de inlichtingen voortaan door de arbo-arts namens de werkgever gevraagd zullen worden. Dat kan leiden tot een verandering in het tot nu toe ingenomen standpunt over de honorering van informatieverstrekking. Mw *Bouwman* (voorzitter LVSG) bestrijdt dat de arbo-arts voortaan inlichtingen namens de werkgever zal vragen. De arbo-arts zal inlichtingen vragen als

hij dat nodig acht voor de door hem te verzorgen begeleiding en het vaststellen van het voortduren van de arbeidsongeschiktheid. Inderdaad heeft een werkgever in het algemeen een contract met een arbodienst en is de arbo-arts werknemer bij zo'n dienst, maar een arbo-arts heeft wel degelijk een eigen professionele zelfstandigheid.

*Van den Haak* (LVSG) kan zich voorstellen dat de werkelijkheid van vandaag zeer verwarrend is voor de gemiddelde huisarts, want er is inderdaad nog sprake van een puinhoop, mede veroorzaakt door de absurd korte tijd die lag tussen de besluitvorming in de Eerste Kamer en de invoering van de nieuwe wetgeving. Anderzijds is men nu bezig de regels helder op papier te zetten en hij verwacht dat er over circa een maand wel duidelijkheid is gekomen. Het moet dan ook mogelijk zijn in de volgende Algemene Vergadering een besluit te nemen.

*Buijs* (Domus-commissie arts en arbeidsongeschiktheid) meent dat het de KNMG in hoge mate siert dat zij inspeelt op de nu ontstane uiterst ingewikkelde situatie op het vlak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De KNMG heeft indertijd de uitdaging van staatssecretaris Simons aangenomen overleg te gaan plegen met alle andere instellingen die zijn betrokken bij het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid, en er zijn in dat kader, mede in twee conferenties, knelpunten gelokaliseerd en afspraken gemaakt. Daarnaast zijn er nieuwe wetten aangenomen door het parlement. Op de totstandkoming daarvan is het nodige aan te merken, maar op grond van deze nieuwe wetgeving zal in de toekomst wel elke werknemer in Nederland een 'medische achtervang' hebben, namelijk de arbo-arts, de arts voor arbeid en gezondheid of hoe deze ook zal worden genoemd, net zoals elke Nederlander een huisarts heeft. Voor de curatieve sector komt er dus nu, in tegenstelling tot het verleden, een duidelijke gesprekspartner. Bovendien is in de twee conferenties vastgesteld dat er verbetering dient te komen in de communicatie tussen de curatieve sector en de arts van deskundige diensten in het kader van de sociaal-medische begeleiding, in die zin dat het moet komen tot een 'open communicatie', een volgens het kabinet zeer belangrijk uitgangspunt. Helaas heeft de dadendrang van de politiek ervoor gezorgd dat niet geheel is voldaan aan de randvoorwaarden die

volgens de KNMG dienen te gelden voor een werkelijk open communicatie. Voor de periode na zes weken ziekte is wel duidelijk vastgelegd dat de claimbeoordeling niet bij de begeleidende arbo-arts ligt, maar dit is niet duidelijk vastgelegd voor de periode van de eerste zes (of twee) weken waarin de werkgever zelf verantwoordelijk is. Het is dan ook nog de vraag, wat de uitgangspositie van de arbodienst en de bij deze dienst werkzame artsen uiteindelijk zal zijn. Zolang over die positionering nog geen volstrekte duidelijkheid bestaat, is het logisch dat de KNMG op het punt van de open communicatie niet verder gaat dan nu wordt voorgesteld.

Daarnaast dient de KNMG te blijven proberen in het overleg met werkgevers, werknemers en overheid de door haar gestelde randvoorwaarden ook in de praktijk aanvaard te krijgen. De overkoepelende organisatie van de werkgeversorganisaties heeft zich al bereid verklaard haar leden te informeren in de zin zoals door de KNMG wordt gewenst, opdat werkgevers ophouden huisartsen lastig te vallen met verzoeken om medische verklaringen af te geven.

Mw *Van der Burg* (Zwolle) onderstreept nog eens de derde opmerking in de brief van de afdeling Zwolle van 10 februari jl. dat de informatie over dit uiterst lastige onderwerp in meer toegankelijke vorm dient te worden gepresenteerd, opdat een en ander ook voor het gemiddelde KNMG-lid begrijpelijk wordt.

*De Jong* vindt het niet terecht dat de KNMG ineens allerlei maatregelen zou moeten nemen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen, nu alle betrokkenen vele jaren lang met instemming hebben toegekeken hoe de percentages voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid steeds verder omhoog gingen tot een niveau waarmee Nederland zich in internationaal verband belachelijk maakt. Hij heeft trouwens de indruk dat ook in de toekomst niemand echt zijn best zal doen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid werkelijk terug te dringen. Wonderlijk vindt hij ook dat juist die instellingen die zich altijd met controle en begeleiding hebben beziggehouden nu volop adverteren met arbodiensten, waarbij wordt gezegd dat zij uiteraard deskundigheid in huis hebben. Als die instellingen hun deskundigheid de laatste twintig jaar echt hadden gebruikt, was er nu geen probleem geweest.



Mw Hermann (LVSG) wijst op tucht-rechtspraak die aangeven dat de behandelend arts zelf dient te zorgen voor toestemming van de patiënt, als die toestemming nodig is voor uitwisseling van gegevens. De behandelend arts kan dat, aldus de tuchtrechtspraak, niet overlaten aan een andere arts. Verder merkt zij op dat in de praktijk in zeer veel gevallen een arts zowel de begeleiding als de controle verzorgt, al is dat dan in strijd met de KNMG-regels. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen en in de overheidssector. Bovendien vormen de arbodiensten de 'booming business' van dit moment en krijgt iedereen een voorlopig certificaat, waarna nog maar moet worden afgewacht welke eisen zullen worden gesteld voor de definitieve certificering. Al met al meent zij dan ook dat de KNMG op dit vlak uiterste behoedzaamheid past en dat artsen voor de overdracht van gegevens altijd toestemming dienen te vragen aan de patiënt.

Ten slotte meent zij dat in de stukken (onder andere bij de beschrijving van traject 2) te vaak wordt uitgegaan van de termijn van zes weken. Juist de termijn van twee weken die voor kleinere bedrijven geldt is in de praktijk veel belangrijker, want verreweg het grootste deel van de Nederlandse werknemers werkt bij zo'n kleiner bedrijf.

Smalbraak (Eindhoven) weet omdat het om een bijzonder ingewikkeld onderwerp gaat eigenlijk niet goed of hij wel verantwoordelijkheid kan nemen voor de besluitvorming. Hij neemt aan dat dit voor veel afgevaardigden geldt. Is het dan niet beter een en ander maar over te laten aan een 'denktank' van deskundigen op dit gebied?

De voorzitter wijst erop dat die 'denktank' er al is, namelijk de Domus-commissie arts en arbeidsongeschiktheid. Deze commissie beveelt de code ook aan als werkmodel voor de komende periode.

Mw Bouwman (voorzitter LVSG) kan zich goed voorstellen dat veel afgevaardigden het geheel eigenlijk niet meer kunnen volgen. Ook in de Domus-commissie, waar zij lid van is, moet steeds een belangrijk deel van de beschikbare vergadertijd worden besteed aan uitleg en toelichting.

#### Besluitvorming

a. Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens, zoals beschreven op de blz. 29 t/m 35.

Derksen (Nijmegen) heeft er bezwaar tegen dat in de appendix (waarin de gegevens zijn vermeld waarvoor toestemming van de patiënt verondersteld kan worden te zijn gegeven) onder punt 4 ook worden genoemd "beperkingen van de werknemer die werkhervatting blokkeren". In veel gevallen komt dat immers neer op het geven van de diagnose. Bovendien is het niet nodig de diagnose te geven aan de arbo-arts, want in punt 4 worden ook genoemd "functiaspecten die qua belasting werkhervatting van de werknemer blokkeren". Daarmee kan toch worden volstaan?

Mw Van der Burg (Zwolle) wijst nog op een ander knelpunt bij deze appendix, namelijk in geval van zwangerschap van een werknemster. Volgens de appendix zou de werkgever in feite direct op de hoogte moeten worden gesteld van de zwangerschap als deze leidt tot ziekteverzuim (ook al omdat bij zwangerschap recht bestaat op doorbetaling van het volledige salaris), maar dat strookt niet met gerechtvaardigde wensen op het vlak van privacy.

De Algemene Vergadering besluit, mede met het oog op deze opmerkingen, een voorbehoud te maken met betrekking tot het leveren van gegevens inzake "beperkingen van de werknemer die werkhervatting blokkeren" (punt 4 van de appendix). Dit element zal opnieuw in de Domus-commissie arts en arbeidsongeschiktheid worden besproken, mede aan de hand van de binnenkort te verwachten uitspraak van de Registratiekamer en weer worden geagendeerd voor de volgende Algemene Vergadering. Verder stemt de Algemene Vergadering in met de voorgestelde code en de appendix (blz. 29 t/m 35).

#### b. Bijlage 2

De Algemene Vergadering gaat ermee akkoord dat het voorstel in bijlage 2 aan de beroepsverenigingen wordt voorgelegd, voor (eventuele) ledenraadpleging. Dit betreft dus met name het voorstel om de verantwoordelijkheid voor de toestemmingsprocedure voor gegevensverstrekking te verleggen van de curatieve arts naar de arbo-arts, hetgeen overigens een wijziging van het groene boekje noodzakelijk zou maken.

Verder onderstreept de Algemene Vergadering de eis, dat in de certificatioets voor deskundige diensten de voorwaarde moet worden opgenomen dat arbo-artsen de procedure dienen te volgen

zoals neergelegd in de KNMG-code (en eventuele aanbevelingen).

#### VII. Stand van zaken vervolg (ledenconsultatieprojecten) op professioneel kiezen-conferenties (informatief)

Zeer waarschijnlijk zal het ministerie van WVC géén subsidie verstrekken voor de komende bijeenkomsten in het kader van het ledenconsultatieproject doelen in de gezondheidszorg. De voortgang van het geheel komt daardoor overigens niet in gevaar, want er zijn hiervoor middelen gereserveerd op de KNMG-begroting. Binnenkort zal overleg plaatsvinden met de voorzitters van de afdelingen Friesland-zuidoosthoek, Amsterdam, Den Haag, Amersfoort, Maastricht en Arnhem, waar precieze afspraken zullen worden gemaakt over de te houden bijeenkomsten. Daarna zullen er aankondigingen in Medisch Contact worden geplaatst. De conferenties zijn gepland voor het najaar van 1994.

Bij de voorbereiding van een en ander is inmiddels onderscheid gemaakt tussen doelen in de gezondheidszorg en doelen van de gezondheidszorg. Bij het eerste gaat het om de doelstellingen van de geneeskunde (het medisch handelen), bij het tweede meer om zaken waar ook de Commissie Keuzen in de zorg zich over heeft gebogen. Gepoogd wordt nu de diverse mogelijke thema's op deze twee velden zoveel mogelijk te concretiseren en in een handzame vorm te gieten, opdat er een goede discussie over kan plaatsvinden en vervolgens ook iets kan worden gedaan met de resultaten van de discussie. Het afzonderlijk door de afdeling Rotterdam te houden congres over professioneel kiezen staat inmiddels op de tocht, omdat het ministerie van WVC niet bereid is hiervoor subsidie te verstrekken. De KNMG heeft hiertegen geprotesteerd en heeft beroep ingesteld. Blom (LAD) herinnert eraan dat enige jaren geleden vanuit de politiek vrij veel belangstelling bestond voor de 'Professioneel kiezen'-conferenties, maar hij heeft de indruk dat die belangstelling flink is afgenomen en dat de nieuwe regering helemaal niet meer geïnteresseerd zal zijn in de ideeën en wensen van artsen. Is er dan nog een externe doelstelling bij de ledenconsultatieprojecten? Dillmann (secretaris) wijst erop dat de Algemene Vergadering steeds zelf keuzen heeft gemaakt op dit punt. Daarbij heeft

de Algemene Vergadering, zo is zijn indruk, diverse doelstellingen voor ogen gehad. Enerzijds wordt het zinvol geacht bepaalde onderwerpen in bijeenkomsten van leden en niet-leden aan de orde te stellen voor de eigen meningsvorming en ideeënontwikkeling, anderzijds wordt hiermee het werkkterrein voor de KNMG in de komende jaren afgebakend en werken de geuite meningen ook door in het KNMG-beleid.

*Blom* (LAD) heeft zeker niet willen stellen dat de bijeenkomsten zinloos zijn. Integendeel, hij vindt deze van groot belang voor het gestalte geven aan het eigen KNMG-beleid. Daarnaast is indertijd gesteld dat de bijeenkomsten ook een belangrijke externe werking zouden hebben, in de richting van de overheid, maar hij heeft de indruk dat daar weinig meer van over is. Dat blijkt ook al uit het feit dat het ministerie geen subsidie meer wil geven, waarmee de overheid in feite zegt dat zij er geen belang meer aan hecht. De *voorzitter* bevestigt dat het karakter van de ledenconsultatieprojecten in de loop van de tijd is veranderd. Dat is ook aangekondigd in de Algemene Vergadering van juni 1993. Daarnaast is de KNMG zeer alert op het verschijnsel van de terugtrekkende overheid, om te voorkomen dat dit tot de situatie leidt dat de overheid de diverse partijen in het veld 'verder maar laat zwemmen'.

### VIII. Regionalisering

(opiniërende bespreking en principebesluit ten aanzien van de financiering en het stappenplan)

*Vochteloo* (Friesland-oost) herinnert eraan, dat ruim tien jaar geleden ook een lijvig voorstel ter tafel lag over een grotere betrokkenheid van de periferie bij de centrale KNMG. Vrijwel iedereen vond dit een geweldig voorstel, maar in de praktijk is er niets van terechtgekomen. Hij vreest dat het met het nu voorgestelde stappenplan dezelfde kant op zal gaan. Met de eerste stap (zes Hoofdbestuursleden krijgen elk een gebied aangewezen) wordt slechts bereikt dat duidelijk wordt wie de 'boodschappenjongen' is tussen een bepaald gebied en het centrum in Utrecht, maar dat leidt niet tot een grotere betrokkenheid van de basis. Zo'n grotere betrokkenheid ontstaat alleen als de leden verwachten dat meedoen met de beleidsvorming een toegevoegde waarde zal opleveren. Zijn afdeling ziet dan ook weinig in het voorgestelde stappenplan,

hoewel ze volgens 'KNMG-normen' een behoorlijk florerende afdeling is en dus eigenlijk een soort voortrekkersrol in dit geheel zou moeten spelen. Het punt is echter dat er zo weinig raakvlakken zijn tussen de afdeling en de centrale KNMG en dat de afstand dus groot is.

De *voorzitter* moet eerlijk bekennen dat ook hij wel enigszins sceptisch gestemd is over het stappenplan, maar in ieder geval wordt met dit plan juist beoogd de afstand tussen de periferie en de centrale KNMG in Utrecht te verkleinen. De voor ogen staande nieuwe structuur is ook vooral in het belang van de centrale KNMG, omdat zij op die manier kan worden gevoed vanuit de regio.

*Griffioen* (Delft) heeft wel begrip voor de kritische opmerkingen van *Vochteloo*, maar ziet zelf toch veel in het idee zes Hoofdbestuursleden elk een eigen gebied toe te wijzen. Indertijd maakte de afdeling Delft deel uit van district V (waartoe ook Leiden, Alphen en Gouda behoorden) en in die tijd was er altijd een nauw contact met het HB-lid mw Voermans, die informatie gaf over hetgeen in het Hoofdbestuur aan de orde was en omgekeerd in het Hoofdbestuur inbracht wat in het district leefde. Een ander voordeel van een indeling van Nederland in zes gebieden is, dat de in zo'n gebied liggende afdelingen dan onderling informatie kunnen uitwisselen en kunnen leren van elkaars ervaringen.

Verder lijkt het hem niet nodig een aparte ledenbrief te gaan uitgeven. De informatie die men in zo'n ledenbrief wil geven kan immers eenvoudig worden opgenomen in *Medisch Contact*, dat ieder lid van de KNMG ontvangt. Dat zal waarschijnlijk ook veel minder kosten dan de nu geraamde f 115.000,-.

*Van Berkestijn* (secretaris-generaal) zegt dat hier zeker nog met *Medisch Contact* over zal worden gesproken, maar anderzijds zijn er ook specifieke verenigingsonderwerpen die zich niet goed lenen voor plaatsing in een blad dat niet alleen bij KNMG-leden komt, maar ook bij tal van andere personen en instanties, zoals diverse ministeries.

*Kalis* (LAD) acht het technisch heel goed mogelijk om een nieuwsbrief wel met *Medisch Contact* mee te zenden, maar dan alleen aan de KNMG-leden en niet aan die andere personen en instanties. Dat onderscheid kan heel wel worden gemaakt bij de verzending.

De *voorzitter* antwoordt dat dit ook de

bedoeling is. Het meezenden van een nieuwsbrief met *Medisch Contact* kost overigens natuurlijk wel iets.

*Haneveld* (Den Haag) wijst nog eens op het grote belang van een regionale organisatie, nu de machts- en gezagsverhoudingen in Nederland sterk aan het veranderen zijn. Er ontstaan conglomeraten van verzekeraars op regionaal niveau en ook de landelijke overheid is bezig taken en bevoegdheden naar dat regionale niveau over te dragen. De KNMG moet haar organisatie daarop enten om te kunnen blijven meepraten.

*Blom* (LAD) lijkt het, nu eerder deze avond is besloten tot het doen van een onderzoek met betrekking tot het lidmaatschap van de KNMG, verstandig vanavond alleen in te stemmen met de eerste twee stappen van het stappenplan en over de overige stappen pas te beslissen wanneer de resultaten van het onderzoek bekend zijn. Verder meent hij dat een belangrijke toegevoegde waarde voor de leden zal ontstaan, als ook de afgevaardigden in de Algemene Vergadering regio-gewijs gaan opereren, dus in fracties. Ten slotte lijkt het ook hem goed mogelijk met veel lagere kosten voor de ledenbrief te volstaan als deze wordt meegezonden met *Medisch Contact*. Kunnen daarnaast ook mogelijkheden van sponsoring worden onderzocht? De *voorzitter* acht dit laatste niet goed mogelijk. Verder is hij het eens met het voorstel van *Blom*, vanavond alleen over de eerste twee stappen van het stappenplan te beslissen en de verdere stappen later nog eens te bezien, mede aan de hand van de resultaten van het onderzoek met betrekking tot het lidmaatschap van de KNMG. Dat betekent ook dat over punt 3 van paragraaf 6 (instemmen met het op langere termijn opnemen van een vaste jaarlijkse post op de begroting) vanavond nog geen besluit hoeft te worden genomen.

De *Algemene Vergadering* stemt vervolgens in principe in met de opzet van het stappenplan (met inachtneming van de opmerkingen van de *voorzitter*) en gaat akkoord met de in punt 2 van paragraaf 6 voorgestelde suppletore begrotingspost voor 1994.

**X. Voorstel inzake verkiezing van vijf leden en vijf plaatsvervangende leden van de nieuwe 'Raad voor de behandeling van tuchtzaken in eerste aanleg'**  
*Van den Haak* (LVSG) wijst op de brief

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

K N M G - C O L O F O N

van 9 februari jl. van de LVSG, waarin wordt gesteld dat bij de voordracht van de plaatsvervangende leden van deze nieuwe raad onvoldoende rekening is gehouden met de functionele spreiding van de kandidaten, terwijl daar bij de voordracht van de leden wel in voldoende mate rekening mee is gehouden. Met het oog hierop dragen de LVSG-afgevaardigden een sociaal-geneeskundige (bedrijfs-arts) voor als plaatsvervangend lid van de raad.

Mw *Doppegieter* (stafmedewerker) zegt dat is nagegaan wat voor soort zaken de laatste jaren bij de interne KNMG-rechtspraak zijn binnengekomen. Daarbij is gebleken dat er geen enkele zaak is aange meld op sociaal-geneeskundig terrein.

Daarom is ervan afgezien bij de plaatsvervangende leden ook een sociaal-geneeskundige voor te dragen.

De vergadering wordt op verzoek van Van den Haak enkele minuten geschorst. Nadat de vergadering is hervat, trekt *Van den Haak* (LVSG) de brief van 9 februari jl. in.

Hierna worden door de *Algemene Vergadering* benoemd:

- Tot leden van de raad: C.J. van Groningen, J.B.L. Hoekstra, mw L.A.M. Keyzer-Bors, mw C.J.A. Nuver en C.E. Visser.

- Tot plaatsvervangende leden van de raad: D.J. Bakker, W.L. Bogtstra, mw C.J.H. Dommering-Schellingerhout, J.H. Eggens en M.B.M. Vermeulen.

## XI. Mededelingen van het Hoofdbestuur

### a. Begrotingsoverschrijdingen/begrotingsonderschrijdingen

Deze mededeling wordt zonder discussie voor kennisgeving aangenomen.

### b. Ontwikkeling ledenbestand

*Simons* (Gouda) zou graag zien dat de hier vermelde absolute aantallen worden omgezet in percentages. Alleen percentages zeggen immers iets over de organisatiegraad van de KNMG en de beroepsverenigingen.

*Theunissen* (hoofd afdeling FEAZ) antwoordt dat de organisatiegraad nu globaal ligt op 50% à 52%. Precieze percentages kan hij niet noemen, omdat de KNMG niet beschikt over cijfers met betrekking tot het totale aantal artsen in Nederland. Het ledenbestand is al vele jaren vrijwel stabiel en het aantal artsen

stijgt ieder jaar, zodat de organisatiegraad al jaren langzaam terugloopt. Overigens is de organisatiegraad ook in het verleden nooit hoger geweest dan 55% à 60%.

*Simons* (Gouda) zou ook graag uitgesplitste cijfers zien over het verloop van de organisatiegraad bij de diverse beroepsverenigingen.

De *voorzitter* denkt dat dit wel mogelijk is voor LSV en LHV, maar niet voor sociaal-geneeskundigen en artsen in dienstverband. Hij zegt toe dat zal worden geprobeerd in de volgende Algemene Vergadering nog meer informatie over het ledenbestand te verstrekken.

De mededeling wordt voor kennisgeving aangenomen.

## XII. Rondvraag

*Haneveld* (Den Haag) vraagt mede naar aanleiding van agendapunt V nog eens aandacht voor intercollegiale vragen om informatie. Bij de uitvoering van de Wet BOPZ zal het verstrekken van die informatie niet veel tijd vergen, maar als het om bijvoorbeeld een euthanasiekwestie gaat kost het extreem veel tijd, terwijl er ook bepaalde verantwoordelijkheden aan worden verbonden. Dit alles zou, zo meent de afdeling, op de een of andere manier gehonoreerd moeten worden.

Mw *Kastelein* (secretaris) verwacht niet dat voor het verstrekken van informatie in verband met de uitvoering van de wet BOPZ een honorering zal kunnen worden verkregen, want in vergelijking met de vroegere Krankzinnigenwet is er op dat punt eigenlijk nauwelijks iets veranderd. Voor euthanasiekwesties is het punt van honorering indertijd in LHV-verband aan de orde geweest, maar is er uiteindelijk van afgezien daarvoor te pleiten omdat het toch een kwestie van vestzak-broekzak zou worden. Als algemeen signaal vindt zij de opmerking van *Haneveld* zeker van belang, want in steeds meer wettelijke regelingen worden aan artsen verplichtingen opgelegd zonder dat daar een honorering tegenover staat.

## XIII. Sluiting

De *voorzitter* dankt de medewerkers en de Secretaris-Generaal voor het vele voorbereidende werk ten behoeve van de Algemene Vergadering, welke woorden door de *Algemene Vergadering* met applaus worden onderstreept.

Sluiting 21.50 uur

## KNMG

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

### Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

### Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

### KNMG-informatielijn

030-823339

### KNMG-antwoordapparaat

030-823201

### Telefax

030-823326

### Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;  
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;  
H. Knook  
F.M.L.H.G. Palmen  
dr G.M.H. Tanke  
mw H.A. Bouwman

### Secretariaat

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

### LHV

*Landelijke Huisartsen Vereniging*  
drs Chr. R.J. Laffr  , algemeen directeur  
mw G.J.M. Venneman, informatrice

### LSV

*Landelijke Specialisten Vereniging*  
drs F.W.M. Hol, directeur  
J.H. v. Doorn-Knol, hoofd communicatie

### LAD

*Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband*  
mr A.W.J.M. van Bolderen, directeur  
mw J.C. Steenbrink, secretaresse

### LVSG

*Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen*  
A.L.J.E. Martens, directeur  
mw J.A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse

### CC

*Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### CSG

*College voor Sociale Geneeskunde*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### CHVG

*College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde*  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### SRC

*Specialisten Registratie Commissie*  
dr J. Felderhof, secretaris  
mw J.M. Koornneef, wnd bureauhoofd

### SGRC

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

### HVRC

*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie*  
dr L.R. Kooij, algemeen secretaris  
N.F. de Pijper, secretaris  
mw drs E.T. Wismeijer, chef de bureau

### Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris  
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,  
1012 WP Amsterdam.

### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

## A M B U L A N T

- 21 JUNI -

DI.

Zeist:

**symposium 'Complexe zorg vraagt om een nieuwe aanpak'.**

Doelgroep: management van zorginstellingen, verpleeghuisartsen en beleidsmedewerkers werkzaam bij zorgverzekeraars en provinciale overheden.

Inlichtingen: *Congresorganisatie LSOB/NIG, tel. 03405-71999.*

- 21 JUNI -

DI.

de Eenhoorn te Amersfoort:

**voorlichtingsdag over de consequenties van de wetgeving inzake bloedtransfusie op de praktijk in het ziekenhuis**, georganiseerd door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de Federatie van NRK Bloedbanken en het CLB. Doelgroep: directie, staf en middenkader van Bloedbanken, het CLB en ziekenhuizen. *Aanmeldingsformulier: bureau Federatie van NRK Bloedbanken, tel. 020-6150797.*

- 22 JUNI -

WO.

Leeuwenhorst Congres Centrum te Noordwijkerhout:

**symposium 'Hoe erfelijk is kanker eigenlijk?'**, georganiseerd door het IKW ter ere van zijn derde lustrum. *Inlichtingen: Leids Congres Bureau, tel. 071-275299.*

- 23 JUNI -

DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

**PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat'**, bestemd voor: huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen e.a. (de cursus vindt ook plaats op 22 september en 24 november). *Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.*

- 27 JUNI T/M 1 JULI -

Nationaal Sportcentrum Papendal te Arnhem: **cursus 'Sportgeneeskunde'.**Doelgroep: huisartsen, sociaal- geneeskundigen en overige geïnteresseerde artsen. *Inlichtingen: NISG, tel. 08308-34438/34807.*

- 29 JUNI -

WO.

Congrescentrum Engels te Rotterdam:

**studiedag 'Cliëntgebondenbudget'**, georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum. *Inlichtingen: drs P.J. Idenburg en mw C. van Deventer, tel. 010-4349966.*

- 29 JUNI -

WO.

Congrescentrum Engels te Rotterdam:

**studiedag 'Cliëntgebonden budget'**, georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum. *Inlichtingen: Drs P.J. Idenburg, Mw C. van Deventer, tel. 010-4349966.*

- 29 JUNI T/M 6 JULI -

Erasmus Universiteit Rotterdam:

**Paediatric Week Holland**, georganiseerd door het Sophia Kinderziekenhuis en de Erasmus Universiteit Rotterdam.*Inlichtingen: Erasmus Forum, tel. 010-4082302.*

- 29 AUGUSTUS T/M 2 SEPTEMBER -

Congrescentrum Rolduc te Kerkrade:

**cursus medische ethiek 'Gewetensvolle gezondheidszorg'**, bestemd voor artsen, juristen, geestelijken, verpleegkundigen en studenten. *Inlichtingen: prof. dr W. Eijk, tel. 045-466803, en prof. dr J. Lelkes, tel. 045-713384.*

- 6 SEPTEMBER -

DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

**PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerp: 'OME' en 'Gokverslaving bij middelbare scholieren'.**Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg. *Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.*

- 16 SEPTEMBER -

VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

**congres 'Ouder- en Kindzorg... Ook voor ouders?'**Doelgroep: wijkverpleegkundigen, cb-artsen, wetenschappers en anderen die zich betrokken weten bij de ontwikkeling binnen de Ouder- en Kindzorg. *Inlichtingen: IIT, tel. 05920-11914.*

- 17 SEPTEMBER -

ZA.

Orpheus te Apeldoorn:

**congres 'Samenwerking arts - fysiotherapeut, nieuwe wegen'**, georganiseerd door de Stichting Ergonomie en Preventieve fysiotherapie. *Inlichtingen: ST.E.P. Congresorganisatie, tel. 074-426688.*

- 17 SEPTEMBER -

ZA.

Radboudziekenhuis te Nijmegen:

**congres 'Gezondheid en Milieu'**, bestemd voor geïnteresseerden in de gezondheid-milieu-problematiek. *Inlichtingen: mw drs M. Verheuvél, tel. 010-4558201.*

- 21 EN 28 SEPTEMBER, 5 OKTOBER -

Scandic Crown Hotel te Utrecht:

**leergang 'Financieel Management van non-profit organisaties'**, georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.*Inlichtingen: Mr N.J. Mookhoek en mw N. van 't Hoen, tel. 010-4349966.*

- 22 SEPTEMBER -

DO.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

**PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat'**, bestemd voor: huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen e.a. (de cursus vindt ook plaats op en 24 november). *Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.*

- 29 EN 30 SEPTEMBER -

DO./VR.

Hotel Inntel te Zutphen:

**werkconferentie 'Managementparticipatie van medisch specialisten, op weg naar een****andere organisatie?'**, georganiseerd door het NZI.*Inlichtingen: Dienst Opleidingen & Congresen NZI, mw M. Donkersloot, tel. 030-739291.*

- 30 SEPTEMBER -

VR.

Universiteit Twente Enschede:

**symposium 'Whiplash-trauma post-whiplashsyndroom, letsel en dysfunctie'**, bestemd voor neurologen, huis- en revalidatieartsen, psychologen, anesthesisten, bedrijfsartsen, fysiotherapeuten en verzekeringsgeneeskundigen.*Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.*

- 4 OKTOBER -

DI.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:

**PAOG-nascholing 'Jeugdgezondheidszorg' met als onderwerpen: 'Dyslexie' en 'Op weg naar een beter borstvoedings-beleid'.**Doelgroep: artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg. *Inlichtingen: PAOG, tel. 020-5664801.*

- 6 EN 7 OKTOBER -

DO./VR.

Congrescentrum Koningshof te Veldhoven:

**nascholingscursus Medische Oncologie**, bestemd voor internisten, medisch oncologen, andere specialisten en arts-assistenten in opleiding. *Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 073-429285.*

- 6 EN 7 OKTOBER -

DO./VR.

Maastricht:

**Tweede Europees congres over thuiszorg**, bestemd voor personen die werkzaam zijn in de extramurale of de intramurale gezondheidszorg.*Europese Vereniging van Thuisorganisaties, tel. +32.2.739.35.11.*

- 7 OKTOBER -

VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:

**symposium 'Uw positie in het veld; samenwerking in de sportgezondheidszorg'.** *Inlichtingen: Sanasport, tel. 080-658302.*

- 13 T/M 15 OKTOBER -

RAI Congres Centrum te Amsterdam:

**internationaal congres 'Geweld in het gezin'.**

Doelgroep: psychiaters, psychologen, welzijnswerkers, juristen, beleidsmedewerkers en andere belangstellenden.

*Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.*

- 27 OKTOBER -

DO.

Zeezicht Zalen te Utrecht:

**workshop 'AIDS-onderzoek en -preventie bij mensen met wisselende heteroseksuele contacten'**, georganiseerd door de Programmacoördinatiecommissie AIDS-onderzoek in samenwerking met de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding.*Inlichtingen: NCAB, W. van der Woude, tel. 020-6939444.*