

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

MC

Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofdredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofdredacteur
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 C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners

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 179,50 (inclusief BTW);
België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost:
f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-
KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238
(mw A. van de Meent- van den Ham)
telefax 03465-54287

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58245
(mw M. Nadorp) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
- mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
Advertenties kunnen zonder opgaaf 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 verantwoording 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 / 14 oktober 1994

MEDISCH CONTACT

1273 C. Spreeuwenberg

Academische werkplaatsen binnen en buiten het ziekenhuis

1275 Peter Visch

Van de Ven: "Artsen en verzekeraars samen verantwoordelijk voor doelmatigheid en kostenbeheersing"

1278 R.M.F.M. Leclercq, H.F.J.M. Crebolder en E.L.M.G. Breevoort

Wens en werkelijkheid in academische huisartspraktijken. Discrepancies

1281 M. Wensing, R. Grol en V. Dubois

Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Knelpunten en behoeften

1284 H. Sixma, J.J. Kerssens, C. van Campen en C. Jakobs

Kwaliteit huisartsenzorg. Het perspectief van de patiënt

1287 D.M.J. Delnoij

Inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen. Een vergelijking met de collegae in het buitenland

1290 J.H. Varekamp

De weg van een huisarts. Een terugblik

1292 Th.M.G. van Berkestijn

Wetgeving gezondheidszorg. Stelselwijziging. Gezamenlijke toekomstvisie onmisbaar

1294 H.E.G.M. Hermans

Wetgeving gezondheidszorg. Wetgeving stelselherziening ziektekostenverzekering. Stilte voor de storm?

1296 L. Meeuwesen

KNMG-congres 1994. Mannelijke arts/vrouwelijke arts

En verder:

- 1270 Brieven • 1274 Voorzitterscolumn LAD • 1289 Boeken •
- 1298 Uitspraak • 1299 Praktijkperikel • 1300 Boeken • 1301 Officieel •
- 1304 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, schema'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.

Bevoegd, maar ook bekwaam? (1)

O NDER DEZE TITEL presenteert Geneeskundig Inspecteur dr J.W.M. Remmen in MC nr. 37/1994, blz. 1144 een casus.

De patiënt overlijdt binnen 24 uur nadat hij naar huis is gezonden aan een perforatie-peritonitis. De patiënt was, zo is ook vermeld, al ernstig ziek bij het onderzoek door de uroloog.

Collega Remmen legt de nadruk op het feit dat de röntgenfoto, met daarop een zichtbaar pneumoperitoneum, pas na 24 uur door de radiodiagnost is beoordeeld. Dat is natuurlijk jammer, want eerdere beoordeling had kunnen voorkomen dat de patiënt naar huis werd gestuurd.

Of deze of een soortgelijke gang van zaken in de toekomst is te veranderen? Bij mijn weten was het zo en is het nog steeds zo, dat de radiodiagnost één dagdeel besteedt aan 'plaatjes maken' en een ander dagdeel aan 'plaatjes kijken'. En daar ligt enige tijd tussen.

Toch is er een heel eenvoudige oplossing. De aanvrager van een 'emergency'-röntgenonderzoek vraagt bij de 'emergency'-beoordeling hulp van de radiodiagnost. Deze hulp is mij in het verleden nooit geweigerd.

Maar de nadruk leggen op deze röntgenfoto en de gang van zaken eromheen, zoals collega Remmen doet, versluiert een veel ernstiger zaak. Deze patiënt moet een klinisch beeld hebben vertoond dat had moeten worden herkend. Lokaal: heftige buikpijn, 'défense musculaire', verdwenen peristaltiek, opgeheven leverdemping, pijnlijke rectaal toucher en algemeen: temperatuurverhoging, snelle pols, hypotensie en wellicht tekenen van een shock. Als huisarts en uroloog daarvan niets hebben gevonden, hebben zij de patiënt niet zorgvuldig onderzocht en is dat 'de grote blunder'. Het aanvragen van een röntgenfoto kan en mag klinisch onderzoek nooit vervangen.

Ik zou aan het advies van collega Remmen willen toevoegen:

Aan de huisarts. Indien u geen zekere diagnose kunt stellen, verwijs dan niet naar een deelspecialist, die alleen naar zijn 'eigen' tractus kijkt, maar naar een generalist (algemeen chirurg of algemeen internist).

Aan de deel-specialist. Onthoud dat een patiënt bij wie u op uw terrein niets kunt vinden, toch wel ernstig ziek kan zijn. Vraag dus consult voordat u hem wegzendt.

Woerden, september 1994
dr M. Knappe, rustend chirurg

Bevoegd, maar ook bekwaam? (2)

I N DE RUBRIEK 'Uit de Geneeskundige Hoofinspectie' (MC nr. 37/1994, blz. 1144) beschrijft Geneeskundig Inspecteur dr J.W.M. Remmen een casus waarin een uroloog een ernstig zieke patiënt naar huis stuurt, nadat hij noch bij zijn onderzoek noch op de buikoverzichtsfoto afwijkingen vindt op zijn vakgebied.

Een dag later ziet de radiodiagnost vrij lucht en vrij vocht op de foto, hetgeen wijst op een darmperforatie. Hij alarmeert de uroloog. Patiënt is inmiddels thuis overleden.

Collega Remmen concludeert hieruit, dat het kennelijk gebruikelijk is dat röntgenfoto's eerst door de aanvrager c.q. behandelend arts worden beoordeeld en pas later door een radiodiagnost. Op een goed

functionerende röntgenafdeling in een Nederlands ziekenhuis worden alle onderzoeken door een radiodiagnost bekeken voordat de patiënt de afdeling verlaat. Doel hiervan is:

1. opsporen van (ernstige) afwijkingen welke acute behandeling vereisen, zoals in deze casus;
2. beoordelen of met het onderzoek de vraagstelling kan worden beantwoord;
3. kwaliteitscontrole.

Buiten kantooruren wordt de dienstdoende radiodiagnost opgeroepen indien er onduidelijkheid of twijfel bestaat over röntgenonderzoek verricht bij acute patiënten.

Ik ben ervan overtuigd, dat in veruit de meeste Nederlandse ziekenhuizen op een dergelijke manier wordt gewerkt. Waar dat niet zo is en er situaties ontstaan als in deze casus, is er sprake van 'malpractice', ook van de zijde van de radiodiagnost.

's-Gravenhage, september 1994
F.W.H. Brouwer, radiodiagnost

Bevoegd, maar ook bekwaam? (3)

A LS OUD-CHIRURG las ik met stijgende verbazing (en zorg) het

Bij de voorplaat

De Venuszaal

De titelprent, behorende bij werk van David Abercromby over 'De Spaanse pokmeester, beschrijvende den oorsprong en regte genesing der pokken, alsmede der zaadstrupers, chankers, klapooren, invallen der neuse, pynen en kalk der beenderen', geniet ongetwijfeld ruime bekendheid. De vertaling van het oorspronkelijk in het Latijn verschenen en in het Engels vertaalde werk was van de hand van de verder onbekende Jan Baptista Lusart en verscheen in 1691 te Amsterdam bij Jan ten Hoorn. Voor venerische ziekten, veelal in combinatie met ziekten die aan enige huidaandoening onderhevig waren, bestonden in de zeventiende eeuw afzonderlijke gasthuizen, soms Sint-Jobs Gasthuizen genoemd. De onderhavige titelprent geeft een getrouw en wel heel levendig beeld van het interieur van een dergelijke ziekenzaal. Het therapeutisch regime van deze aandoening richtte zich volgens het contraria contraiis-principe op uitdroging van een patiënt. Het hoog opgestookte haardvuur op de achtergrond, de zweetton met patiënt op de voorgrond links en de stoving van het 'fundament' van de patiënt op de voor-

grond rechts wijzen duidelijk in die richting. De beker die de behandelend geneesheer - of waarschijnlijker: de pokmeester - de patiënt in de zweetton voorhoudt, zal niet ter lafenis en verkwikking zijn bedoeld, maar veeleer om de kwijl op te vangen nadat de patiënt met kwikzalf is ingesmeerd of een kwikdrank is toegediend. De patiënt op de voorgrond in het midden wordt kennelijk aan het hoofd behandeld, mogelijk aan de gummata die daarop zijn verschenen of aan een huidziekte als tinea capitis. In het midden van de ziekenzaal wordt een nogal uitgeteerde patiënt in de richting van de bedstede gedragen. Links bij de bedsteden ontwaren we een piskijkende medicus. Het kleine deurtje links in de achterwand zou het poortje naar het kerkhof kunnen zijn; het medaillon daarboven lijkt een doodshoofd met gekruiste doodsbeenderen te verbeelden: het 'memento mori'-teken bij uitstek in een hospitaal, waar het therapeutisch geweld het menigmaal moest afleggen tegen de macht van de dood. •

prof.dr M.J. van Lieburg



artikel: 'Bevoegd, maar ook bekwaam?' van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de provincie Utrecht (MC nr. 37/1994, blz. 1144).

Blijkbaar is hier sprake van een 34-jarige patiënt, die thuis aan peritonitis is overleden, nadat hij na urologisch onderzoek zonder diagnoses en zonder behandeling naar huis is gestuurd.

De Inspecteur centreert de oorzaak van deze tragedie op de gewoonte in het desbetreffende ziekenhuis dat een aanvragende specialist zelf zijn röntgenfoto's beoordeelt en mede daarop zijn beleid bepaalt, zoals dat in vele andere Nederlandse ziekenhuizen ook geschiedt. Gedurende mijn 25-jarige praktijk als algemeen chirurg heb ik ook altijd zelf buikoverzichten en thoraxfoto's bekeken, maar zeer vaak ook een langs lopende radioloog aan zijn jas getrokken of een spoedoverleg gevraagd. Daar zijn geen specifieke afspraken of regels voor nodig.

Maar dit raakt allerminst de kern van de zaak. De betrokken artsen: huisarts en uroloog, bezitten beiden een Nederlands artsdiploma en hebben in het kader van hun opleiding kennis gemaakt met chirurgische problemen, waaronder zeker de zogeheten acute buik. Een uroloog heeft zelfs drie jaar basisopleiding chirurgie gehad. Is die kennis dan allemaal verdwenen?

Ik neem aan dat een ernstig zieke patiënt (zelfs een alleenstaande!) met een darmperforatie, die de volgende dag overlijdt, toch wel enige symptomen heeft vertoond als: 'défense musculaire', afwezige peristaltiek, pijnlijk rectaal toucher, etc., zodat ook bij een deelspecialist een lampje gaat branden.

De diagnose 'acute buik' dient te worden gesteld met ogen, oren en handen (in deze volgorde). Mogelijk is de huisarts door anamnestiche of andere overwegingen op een verkeerd spoor gezet en heeft daarom de patiënt naar de verkeerde specialist gestuurd.

De ware oorzaak van deze tragedie is niet het onjuist interpreteren van een röntgenfoto, maar het miskennen van een acute chirurgische buik door twee bevoegde artsen. Buiten het feit dat de uroloog genoeg intuïtie had moeten bezitten om ten minste een chirurg in consult te vragen, had een dergelijke patiënt natuurlijk nooit zonder meer naar huis mogen worden gestuurd.

Horn, september 1994
dr A.P.M. Rutten, chirurg

Bevoegd, maar ook bekwaam? (4)

MET VERBAZING EN ERGERNIS namen wij kennis van uw mededeling onder de titel 'Bevoegd, maar ook bekwaam?' (MC nr. 37/1994, blz. 1144). Een doodzieke patiënt wordt aan de uroloog aangeboden en vervolgens verkeerd beoordeeld. De Inspectie legt de nadruk op het verkeerd beoordelen van de röntgenfoto, in dit geval het buikoverzicht.

Naar onze mening dient primair nadruk te worden gelegd op het verkeerd beoordelen van de patiënt. Wordt ons immers niet altijd geleerd, dat anamnese en klinisch onderzoek doorslaggevend zijn? Heeft de uroloog nagelaten zijn hand op de buik van de patiënt te leggen? Als een patiënt een doodzieke indruk maakt ('klinische blik'), wordt hij toch niet naar huis gestuurd als de specialist geen afwijkingen op zijn of haar terrein vindt?

Kortom, de mededeling van de Hoofdinginspectie slaat nergens op en hoeft ons inziens niet te leiden tot andere afspraken met betrekking tot het beoordelen van röntgenfoto's. Goede afspraken hieromtrent kunnen immers niet verhinderen dat onbekwame dokters hun patiënten verkeerd behandelen.

Oostburg, september 1994
W.A.J. Hoefnagels, neuroloog
P.J.A.M. Dutordior, radioloog

Bevoegd, bekwaam? Overleg!

DE TRIESTE GEBEURTENIS zoals die door collega Remmen werd beschreven (MC nr. 37/1994, blz. 1144), roept helaas enkele vragen op met betrekking tot het handelen van alle drie de artsen:

1. Waarom stuurt een specialist in een ziekenhuis een ernstig zieke man naar huis en waarom pleegt hij niet eerst overleg met een collega van een ander specialisme. En als hij duidelijk vindt dat de patiënt het best naar huis kan, waarom belt hij de huisarts dan pas op na zijn spreekuur? Waarom geen overleg voordat hij de patiënt naar huis laat gaan?

2. Wat is beleid en handelen van de huisarts geweest na het telefoontje van de uroloog? Ik kan mij moeilijk voorstellen dat een huisarts de behandeling van een

Rectificatie

Bij het artikel 'Voorspellende DNA-diagnostiek voor de ziekte van Huntington' (MC nr. 39/1994, blz. 1208) zijn de namen en functieomschrijvingen van twee auteurs door elkaar gehaald. Zo moet het zijn:

drs R. Thomassen,
co-assistent, afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie, Erasmus Universiteit Rotterdam

dr A. Tibben,
klinisch psycholoog/psychotherapeut, afdeling Klinische Genetica en afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie, Erasmus Universiteit Rotterdam en Academisch Ziekenhuis Dijkzigt Rotterdam

ernstig zieke man overneemt zonder verdere maatregelen te treffen, zoals op zijn minst de patiënt weer zien om mogelijke ontwikkelingen te kunnen waarnemen en verder beleid met de patiënt af te spreken. 3. Doordat de radiodiagnost de foto's pas de volgende dag ziet is de tijdsspanne tussen de beoordeling van de foto's door uroloog en radiodiagnost nogal groot. Waarom? Nu komt de beoordeling van de radiodiagnost als mosterd na de maaltijd, wat waarachtig toch niet de bedoeling kan zijn? Ik heb helaas de indruk dat dit voorval nader moet worden onderzocht. Collega Remmen vraagt zich ook al af of dit deel van de gezondheidszorg op de huidige wijze wel voldoende wordt gewaarborgd en of er niet nadere afspraken dienen te worden gemaakt. Hoe juist mij dat ook lijkt, ik vrees dat we er met die nadere afspraken nog niet zijn.

Ongetwijfeld verwerft de behandelend arts een grote mate van deskundigheid in het beoordelen van foto's op zijn eigen terrein, met daarbij het voordeel dat hij de foto's kan koppelen aan het bewuste klinische beeld. Als hij daardoor een zekere mate van eigen verantwoordelijkheid kan dragen lijkt mij dat niet irrealistisch. Daarentegen heeft de radiodiagnost het voordeel van het voortdurend beoordelen van vele foto's op alle terreinen.

Wetenschappelijk gezien is niet alleen van belang bij welke twijfels overleg zin heeft, maar ook wat de meerwaarde is bij redelijke mate van zeker zijn van de diagnose bij de behandelend arts. Dan nog daalt de waarde van de beoordeling achteraf enorm wanneer er geen overleg plaatsvindt om het beleid te bepalen.

Beoordeling door de radiodiagnost is zowel voor als na de besluitvorming goed voorstelbaar. Als het in de beoordelingsresultaten geen verschil zou maken, zal onder



andere de praktijk de keus bepalen. Echter, collega Remmen spreekt over "weinig problemen", zodat de vraag rijst hoeveel weinig is en met welke ernst.

Deze pijnlijke gebeurtenis bevestigt weer eens overduidelijk de grote waarde van het overleg. Heel gewoon overleg. Dat is dan ook een van de belangrijkste elementen die ik indertijd aan de beroepsopleiding heb overgehouden.

Helaas wekt dit voorval de indruk dat overleg nog niet zo gewoon is. Laat het een les zijn voor ons allen.

Leusden, september 1994

R. Edens, oud-huisarts

Menswaardigheid

IN HET ARTIKEL 'De verantwoordelijkheid van de medicus jegens gehandicapte kinderen' (MC nr. 13/1994, blz. 428) zegt M.A.M. Pijnenburg: "De medicus heeft de menswaardigheid ook van grof gehandicapten te eerbiedigen." Die opvatting heb ik lang geleden ook zonder bedenkingen onderschreven. Tot aan mijn keiharde confrontatie met de werkelijkheid, eerst acht jaar in een ontwikkelingsland, daarna bijna 30 jaar als politie-arts. Toen bleek, dat feitelijke menswaardigheid niet berust op culturele, religieuze of filosofische opvattingen, maar uit de getoonde actiebereidheid van het eigen zorgkader of van andere zorg. Een filosoof of theoloog mag, ver van de gehandicapte, best zijn conclusie of belijdenis kenbaar maken en zelfs andere meningen verfoeien, maar zolang die conclusie of belijdenis niet wordt omgezet in een daadwerkelijke uiting van verzorging van dat als menswaardig geachte bestaan zijn dat vrome wensen. Een levend organisme is menswaardig, zolang er mensen zijn die dat erkennen en feitelijk doen wat in hun visie de consequenties zijn van die erkenning. Politici mogen proberen opvattingen en belijdenissen met betrekking tot menswaardigheid erkend te krijgen door het verkrijgen van financiering van de daarbij passende zorg. Tot aan het daadwerkelijk maatschappelijk overnemen van die zorg bepalen het eigen zorgkader (alle naasten), het verplegend personeel en de artsen samen de menswaardigheid van de betrokkenen en ook van de materiële en feitelijke

(persoonsgebonden) mogelijkheden. Dat zijn allemaal factoren, die alleen maar door daadwerkelijk overnemen of daadwerkelijke hulp of financiering ter zijde kunnen worden geschoven. Lotsbeschikking hoort bij het leven, ook al is een 'subjectieve' visie van meerdere deskundigen of een gesloten beurs het bepalende lot of toeval. Kortom: de medicus moet menswaardigheid eerbiedigen, terecht, maar de medicus is voor de uitvoerbaarheid van die eerbied afhankelijk van veel factoren. Die afhankelijkheid kan de medicus in een noodsituatie brengen.

Rotterdam, september 1994

H.Th.P. Cremers

Managementparticipatie

IN HET ARTIKEL 'Managementparticipatie en ziekenhuisdirectie' beschrijft collega J. Wijkstra het spanningsveld tussen wat hij noemt de 'beheerlijn' en de 'behandellijn' in de top van de ziekenhuisorganisatie (MC nr. 31-32/1994, blz. 1003).

Ter illustratie van de huidige verhouding tussen behandelaar en beheerder hanteert Wijkstra de economische, geneeskundige en verpleegkundige vertegenwoordiging in de directie (uitgaande van het al of niet lid zijn van een subvereniging van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren).

Dit uitgangspunt lijkt mij onjuist. Een lid van de ziekenhuisdirectie behoort per definitie tot het management (beheerlijn), ongeacht zijn oorspronkelijke professionele achtergrond. Het heeft ongetwijfeld voordelen als in het topmanagement van een ziekenhuis personen met een medische achtergrond zitten hebben. Zij kunnen daar nooit zitten als behandelaar, dat zijn ze immers niet. Zij kunnen zelfs geen direct gebruik maken van hun medische kennis (die overigens snel zal verouderen). Veel 'ouderwetse' geneesheer-directeuren zijn in het spanningsveld dat op deze manier ontstaat ten onder gegaan.

Managementparticipatie door medisch specialisten is nodig, omdat zonder inbreng van de behandelaars het onmogelijk is de juiste managementbeslissingen te nemen. De uiteindelijke beslissing dient echter door het management, gehoord het advies van de professional, te worden genomen! Uiteraard is het management ook eindverantwoordelijk voor die beslissing.

Managementparticipatie moet op verschil-

lende niveaus in de organisatie gestalte krijgen. De precieze invulling hangt mede af van de organisatiestructuur van het ziekenhuis. Een divisiestructuur of een soortgelijke organisatievorm leent zich daar gemakkelijker voor dan de klassieke dienstenstructuur. Op het niveau van de top van de organisatie heeft het medisch stafbestuur, als adviseur van de directie, een belangrijke participerende taak in het management.

In grotere ziekenhuizen kan men een medisch specialist als part-time medisch manager ('kwaliteitsmanager') aanstellen als adviseur van de directie. Een echte vertegenwoordiging van de behandelaars in de directie, zoals Wijkstra voorstaat, zal de 'turn-over' van (medische) ziekenhuisdirecteuren nog groter maken dan nu al het geval is.

Enschede, september 1994

dr G.A. van Doorn, gynaecoloog, voorzitter medische staf

Naschrift

De reactie van collega G.A. van Doorn geeft goed het probleem aan. Blijkbaar is het evenwicht tussen de behandelijn en de beheerlijn in de top van ziekenhuizen dusdanig verstoord dat medisch directeuren een hoge 'turn-over' gaan vertonen. De oplossing hiervan is naar mijn mening niet het spanningsveld tussen beheren en behandelen bij de behandelaars te leggen en met name bij de specialist die aan vergaande 'managementparticipatie' gaat doen (en dan waarschijnlijk ook een hoge 'turn-over' te zien zal geven).

Het spanningsveld tussen beheren en behandelen zal juist ook in de top gehanteerd moeten worden zonder hoge 'turn-over' van medisch directeuren. De medisch-directeur moet behandelindverantwoordelijkheid dragen en even sterk staan als de economisch directeur. Samen moeten zij bijvoorbeeld omgaan met de druk van de medische staf. Het is gewenst dat wij daarbij als medisch specialisten ook de hand in eigen boezem steken. Het is namelijk nog maar de vraag welke rol de medische staf speelt bij de genoemde hoge 'turn-over' van medisch directeuren. Zou het niet zo kunnen zijn dat de medische staf informeel (dus niet formeel) te veel op de plek zit van de medisch directeur? Het kan naar mijn mening niet zo zijn dat behandelaars formeel slechts een adviserende rol hebben bij beslissingen die in de top van de organisatie worden genomen, terwijl de organisatie nota bene behandelen als doel heeft.

Uiteindelijk zal dat zich tegen ons keren. •

Utrecht, september 1994

J. Wijkstra

Academische werkplaatsen binnen en buiten het ziekenhuis

DE ACADEMISCHE ziekenhuizen ontvangen voor hun functie op het gebied van onderwijs en onderzoek de zogeheten rijksbijdrage. De hoogte hiervan werd vorig jaar geschat op 312 miljoen gulden voor de acht academische ziekenhuizen samen. Voorheen was de bestemming van deze rijksbijdrage niet gespecificeerd en werd een deel gebruikt voor de (topklinische) patiëntenzorg. Steeds meer wordt erop aangedrongen de rijksbijdrage te bestemmen voor de academische meerwaarde van het ziekenhuis, dus voor onderwijs en onderzoek alleen. Over het onderzoek heeft de Commissie Profilerings Klinische Research (commissie-De Wied) in 1992 een advies uitgebracht. Alleen ziekenhuisafdelingen van 'academische statuus' met een voldoende productie van artikelen van wetenschappelijk hoogwaardig niveau, zouden in de toekomst van de rijksbijdrage kunnen profiteren.¹ Bovendien zou moeten meewegen in hoeverre de activiteiten passen binnen het patroon van introductie, spreiding en concentratie van gezondheidszorgvoorzieningen dat de regering voor ogen staat. Op dit moment werkt, onder auspiciën van de RGO, de Stuurgroep Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (Bago) aan haar derde advies, waarin vanuit organisatorisch gezichtspunt voorstellen worden gedaan om een grotere doelmatigheid van het onderzoek door de medische faculteiten en het academisch ziekenhuis te bereiken. Er wordt van uitgegaan dat de (topklinische) patiëntenzorg wordt bekostigd uit de met de verzekeraars overeengekomen tarieven voor verrichtingen en diensten. De academische ziekenhuizen moeten in hun tariefstelling concurreren met de algemene ziekenhuizen en komen door al deze ontwikkelingen steeds meer onder druk te staan. Zij vrezen dat de systematiek voor het toewijzen van middelen onvoldoende rekening houdt met hun meerwaarde en dat de academische ziekenhuizen op den duur aan kwaliteit en/of zorg inboeten. Onderwijs, opleiding en onderzoek gaan immers gepaard met verlenging van de behandelings- en hogere kosten voor de inrichting van ruimten en bibliotheken en voor onderhoud en gebruik van voorzieningen. Een deel van de rijksbijdrage zou voor deze infrastructurele voorzieningen moeten worden bestemd.

Terwijl er kritisch naar de budgettaire en organisatorische aspecten van het academisch ziekenhuis als werkplaats voor de taken van de medische faculteiten wordt gekeken, is er op andere gebieden in de gezondheidszorg niet of nauwelijks van een werkplaats sprake. In ons land is er

consensus over de noodzaak dat de medische faculteiten voor de opleiding van artsen en het verrichten van onderzoek toegang moeten hebben tot de extramurale gezondheidszorg. De gezondheidsproblemen van de in het academisch ziekenhuis behandelde patiënten zijn immers niet representatief genoeg voor het ziekte- en klachtenpatroon waarmee de meeste artsen later te maken krijgen. De basisarts moet volgens het recente Raamplan kennis en ervaringen hebben opgedaan van aspecten van zowel de algemene als de specifieke gezondheidszorg.² Hij moet inzicht hebben gekregen in de structuur van de gezondheidszorg, in staat zijn met andere hulpverleners en hulpverlenende instanties te communiceren en samen te werken, zich bewust zijn van zijn verantwoordelijkheid voor het functioneren van de gezondheidszorg als organisatie en zijn kennis, vaardig-

C. Spreeuwenberg

heden en attitudes kunnen aanpassen aan de zich wijzigende gezondheidszorg en de maatschappelijke ontwikkelingen. Met het oog hierop worden de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde tot de verplichte kern van de basisartsopleiding gerekend. Om deze praktijksituaties te leren kennen en doorgronden dienen studenten daarmee tijdens hun opleiding te worden geconfronteerd. Het betrekken van perifere praktijksituaties bij het universitaire onderwijs is geen sinecure, zowel organisatorisch als inhoudelijk. Met de praktijken en de instanties moeten contracten worden gesloten over de aard en omvang van hun bijdrage. De meest in aanmerking komende organisatievorm is het netwerk, maar dat zal wel vanuit de universiteit moeten worden aangestuurd en georganiseerd. De praktijksituatie zal aan vooraf overeengekomen eisen moeten voldoen. In dit nummer laat de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg (RL) zien dat deze eisen afhangen van de academische taken en niet voor elke praktijksituatie dezelfde behoeven te zijn. Uit zelfrapportage blijkt overigens dat de medisch-technische vaardigheden van de met de RL meewerkende huisartsen en de breedte van hun academisch takenpakket een ongewenste discrepantie laten zien tussen feit en wenselijkheid.

Het gaat niet alleen om onderwijs. Ook voor het verrichten van onderzoek zijn de faculteiten en daaronder ressorterende vakgroepen afhankelijk van toegang tot huisartspraktijken, RIAGG's, GG&GD's en verpleeghuizen. Daar bevinden zich de patiënten, populaties en zorgverleners waarop het onderzoek betrekking heeft. De vraag-

stellingen worden aan de hand van de praktijk gegenereerd en op grond van het daar verzamelde materiaal beantwoord. Het is te simpel te veronderstellen dat de universitaire onderzoeker de vraagstelling en de methodologie bedenkt en dat extramuraal werkenden het onderzoek vervolgens uitvoeren. Een dergelijke arrogante instelling wordt direct afgeschaft. Het naast de gewone patiëntenzorg kunnen participeren in wetenschappelijk onderzoek vergt een dermate grote discipline dat dit alleen door zeer gemotiveerden is op te brengen. Om deze motivatie te bereiken moeten de deelnemende artsen zich in de vraagstelling herkennen en moet bij de gekozen methodologie rekening zijn gehouden met de uitvoerbaarheid in de praktijk.

In principe worden de directe inspanningen voor onderwijs en onderzoek uit de eerste, tweede of derde geldstroom gefinancierd. Voor de infrastructurele inspanningen is echter geen financieringsbron aanwezig. Konden de faculteiten vroeger nog wat uit het zogeheten AM-gedeelte van de facultaire financiering betalen, tegenwoordig bestaat deze bestedingsruimte niet meer. Het ministerie van VWS betaalde tot nu toe aan de acht faculteiten op projectbasis zo'n 150 duizend gulden per jaar voor de academisering van huisartspraktijken. Dit bedrag wordt door de huisartsinstituten als volstrekt onvoldoende beschouwd. Nu het ministerie van VWS deze bijdrage staakt, wordt gezocht naar alternatieven, zoals financiering door de verzekeraars, door het ministerie van OCW of uit de rijksbijdrage. Iedere partij heeft echter wel argumenten om te stellen dat infrastructurele maatregelen niet door haar hoeft te worden betaald.

Als we het noodzakelijk achten dat er buiten het academisch ziekenhuis werkplaatsen zijn waar op academisch niveau activiteiten plaatsvinden op het gebied van onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van de extramurale disciplines, dan moet het zwartepieten worden gestaakt. Het lijkt me redelijk een zeker percentage van de premie-inkomsten voor 'research and development' van gezondheidszorgvoorzieningen te bestemmen. Een deel hiervan kan worden aangewend voor het creëren en onderhouden van de benodigde infrastructuur. *

Literatuur

1. Commissie Profilerings Klinische Research. Academische ziekenhuizen als werkplaats voor onderzoek. Den Haag, 1992.
2. Metz JCM, Pels Rijcken-van Erp Taalman Klip EH, Brand-Valkenburg BWM. Raamplan 1994 artsenopleiding; eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair publicatiebureau KUN, 1994.

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

Flexibele solidariteit

OP 25 OKTOBER vindt de ledenvergadering van de LAD plaats. Dan legt het bestuur verantwoording af voor het in het afgelopen jaar gevoerde beleid. Nu zijn er tussentijds natuurlijk vele momenten waarop er contacten zijn met leden, maar dat gebeurt dikwijls op een andere manier.

De 25ste passeert het vrijwel volledige takenpakket van onze beroepsvereniging de revue. Rode draad is het arbeidsvoorwaardenbeleid dat in algemene zin - en tevens specifiek voor de meer dan dertig sectoren waarin de LAD actief is - is voorgenomen en dikwijls nog is gerealiseerd ook.

Daarnaast wordt over nieuwe aangelegenheden de mening van de ledenvergadering gevraagd. Vorig jaar speelde de introductie van het aanvullend verzekeringspakket; in 1992 kwam de nieuwe verenigingsstructuur aan de orde.

Dit keer geldt het predikaat 'nieuw' voor de discussie over verplichte collectieve regelingen en de lidmaatschapscriteria; voor deze laatste omdat onze vereniging aan de slag wil voor co-assistenten. Over het waarom en hoe hiervan vroeg ik uw aandacht al in mijn vorige column (MC nr. 36/1994, blz. 1108). Als de ledenvergadering het groene licht geeft voor de uitbreiding van de lidmaatschapscriteria, kunnen de collega's van morgen vanaf 1 januari 1995 worden toegelaten tot de LAD. Daarmee zijn we dan ook voor deze groep representatief.

In nauwe samenwerking met de KNMG, van wier dienstverlening de co's al langer gebruik kunnen maken, is er dan het nodige werk aan de winkel voordat de beoogde verbetering van de positie van co-assistenten metterdaad is bereikt.

Een actueel vraagstuk van een andere orde is: de problematiek van verplichte collectieve regelingen in CAO's en welke voorwaarden/criteria aan zulke regelingen moeten worden gesteld. De principiële vraag in de discussie die de LAD daarover wil voeren is of zulke regelingen nog wel passen in een individualiserende maatschappij. Meer en meer worden vraagtekens geplaatst bij de van oudsher collectief overeengekomen branche-gewijze arrangementen. Flexibilisering van arbeidscontracten, nog het meest geëntameerd van werkgeverszijde, is een symptomatisch voorbeeld van de neiging meer ruimte

G.M.H. Tanke

te creëren voor maatwerk. Een andere nieuwe, individualiserende ontwikkeling is het inhouden van vrije dagen als er een in omvang bepaald ziekteverzuim is bereikt. Dergelijke dingen mogen natuurlijk nooit eenzijdig ten faveure van de aanbieder van het arrangement spelen; de balans van over en weer geven en nemen én het belang van de werknemers en zijn arbeidsomstandigheden moeten uitgangspunt blijven. Maar wel wordt het tijd om in dit licht te bezien of de flexibilisering van arbeidsvoorwaarden moet worden afgezet tegen de ooit nastrevenswaardig bevonden collectiviteit. Wat zijn de voor- en nadelen als we het automatisme loslaten dat op centraal niveau collectief wordt bepaald wat in casu goed is voor werknemers? Willen werknemers als puntje bij paaltje komt niet liever keuzevrijheid? Collectief verzekeren kan betekenen dat dit nu juist wordt uitgesloten. Heeft men dat nog over voor de solidariteitsgedachte waarop dergelijke arrangementen ooit werden gestoeld? Wat doe je, als hoger

betaalde werknemer, wanneer in de praktijk blijkt dat solidariteit materieel gezien als eenrichtingsverkeer uitpakt, zoals in het nabije verleden bleek bij de reparatie van het WAO-hiaat?

Is het onredelijk als werknemers op grond van vergoedingsregelingen die deel uitmaken van CAO's en vergelijkbare rechtspositieregelingen, individueel willen uitmaken welk pakket zij, bijvoorbeeld voor ziektekosten, willen kopen? Welk (eigen) risico zij willen lopen en tegen welke prijs? En als er een nieuwe ordening ontstaat ten aanzien van sectorale maatschappijen die ooit, mede door toedoen van werknemersorganisaties, zijn opgericht, wat is daar dan feitelijk verkeerd aan c.q. aan welke schaduwzijde stelt men zich bloot?

De (keuze)vraag is voor wat betreft de LAD duidelijk: is dit soort verplichte collectieve regelingen nog wenselijk of is de tijd aangebroken voor nieuw beleid? Het is aan de ledenvergadering - immers het hoogste verenigingsorgaan - die vraag ten principale te beantwoorden. En dan niet vanuit het strikte groepsbelang. Alleen al door erover te beginnen kan je de verdenking op je laden dat solidariteit passé is. Nee, de basis is de - wellicht anders ingerichte - solidariteit waarvoor wij oog blijven hebben.

Zou de wijze van denken over kwesties als deze kunnen worden getypeerd als 'flexibele solidariteit'? Niet de bereidheid tot solidariteit, maar wel de bereidheid om over de invulling daarvan na te denken, is wat mij betreft aan de orde. Bijvoorbeeld op 25 oktober. •

*dr G.M.H. Tanke,
voorzitter LAD*

Prof. dr W.P.M.M. van de Ven:

“Artsen en verzekeraars samen verantwoordelijk voor doelmatigheid”

Peter Visch

Volgens prof. dr W.P.M.M. van de Ven is het van groot belang dat artsen en zorgverzekeraars voldoende worden geprikkeld om te streven naar doelmatigheid en kostenbeheersing. Vooral huisartsen moeten in dit kader met concrete voorstellen komen. Het cruciale punt voor de regeringsplannen van meer verantwoordelijkheid bij de partijen in het veld wordt de juiste vormgeving van de verzekeraarsbudgettering.

AAN HET VASTSTELLEN van het wel of niet slagen van de plannen voor de gezondheidszorg van de vorige regering zitten twee kanten volgens prof. dr W.P.M.M. van de Ven, bijzonder hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van Erasmus Universiteit Rotterdam. “De hoofdlijnen waren een verplichte basisverzekering voor de gehele bevolking en gereguleerde concurrentie op twee markten, die tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars. Wat is er van terechtgekomen? De basisverzekering is er niet, het uitzicht daarop ook niet en de gereguleerde concurrentie op die twee markten evenmin. In die zin zijn de hoofdlijnen van het ‘grand design’ niet gerealiseerd. Aan de andere kant is de gezondheidszorg wel volledig opgeschud en met name in de begin jaren negentig zijn er in de wet- en regelgeving een aantal veranderingen doorgevoerd die vergaande consequenties hebben.”

De belangrijkste constatering, zo vindt Van de Ven, is dat in de richting van de marktwerking ten aanzien van curatieve zorg het ‘point of no return’ is gepasseerd, met name ten aanzien van de verstrekkingen die in het ziekenfondspakket zitten. “Deze ontwikkeling zal verder gaan, tenzij we er de komende vier jaar niet in slagen om de verzekeraarsbudgettering goed op de rails te zetten. De verzekeraarsbudgettering als basis van modern zorgverzekeraarschap hangt samen met deze fundamentele vraag: wie is verantwoordelijk voor doelmatigheid en kostenbeheersing in de gezondheidszorg?”

Verantwoordelijkheid

De aanpak van het vraagstuk van de verantwoordelijkheid werd begin jaren zeventig ingezet met de Structuurnota van de toenmalige staatssecretaris Hendriks. De overheid is verantwoordelijk voor de kostenbeheersing en doelmatigheid, dat was het idee. Toen dat in de daaropvolgende jaren niet bleek te werken, moest de verantwoordelijkheid voor doelmatigheid en kostenbeheersing bij de partijen in het veld komen te liggen. Dat zijn de verzekeraars,

Dit is het tweede interview in een reeks waarin diverse ‘kopstukken’, die op enigerlei wijze invloed hebben op de gezondheidszorg, hun mening geven over de koers die in het regeerakkoord met deze sector wordt bevaren.

de aanbieders van de zorg en de patiënten. Met name de verzekeraars hebben volgens Van de Ven een cruciale rol, zij moeten goede contracten afsluiten met de aanbieders en die weer aansporen tot doelmatigheid.

“Wat dat betreft is het heel interessant om te lezen wat Simons op 23 februari 1994 in een interview met de Volkskrant opmerkt. Hij noemt daarin de machteloosheid van de overheid ten aanzien van kostenbeheersing. “Terwille van de economische doelmatigheid moet de verantwoordelijkheid worden verlegd van de overheid naar de verzekeraars en zorgaanbieders. De PvdA hecht van oudsher aan een hoofdrol voor de overheid. Maar ze moet gaan beseffen dat de overheid betrekkelijk machteloos is.” Even verder noemt Simons de overheid “de regisseur die de lijnen uitzet”. Binnen het veld moeten de partijen hun eigen verantwoordelijkheid nemen. De overheid staat volgens Simons op de verkeerde plek. “Ze krijgt wel de klappen, terwijl ze geen invloed heeft op het spel.” Deze uitspraken illustreren in mijn ogen heel duidelijk het motief voor de stelselwijziging.

“Op dit moment wil men af van het ‘grand design-denken’ in de sfeer van plannen van Dekker en Simons en naar meer ad hoc maatregelen. Die statement is ingegeven door mensen die moe zijn van de veranderingen. Toch denk ik dat je een ‘grand design’ nodig hebt. Ad hoc maatregelen moeten passen in een consistente lange-termijnvisie. Fundamenteel is daarbij te bepalen of de overheid of de verzekeraars verantwoordelijk zijn voor doelmatigheid en kostenbeheersing. Daar volgt al het andere uit. Die vraag moet worden beantwoord. Of je dat nu ‘grand design’ noemt of niet, het is de keuze ■



Foto: Peter van Es, De Jong & Van Es fotograferen

tussen het model van Hendriks: de overheid is verantwoordelijk, of het model Dekker/Simons, waarbij de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn."

Constructiefout

Op dit moment, zo'n zeven jaren na de voorstellen van Dekker, ziet Van de Ven dat een grote fout 'Dekker' eindelijk wordt gecorrigeerd. "Een grote constructiefout was dat men de gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars wilde toepassen op het volledige brede basispakket, de AWBZ en het ziekenfondspakket. In het verleden heeft dat veel discussie opgeroepen. De grote winst op dit moment is dat men het er kamerbreed, eerst bij de vier grote partijen en nu ook de nieuwe regering in het regeerakkoord, over eens is dat de AWBZ, de eerste trap, moet worden beperkt tot de onverzekerbare zaken en dat die, naar ik aanneem, ook niet onder-

voor wat het verdwijnen van de concurrentie in de AWBZ betreft. Aan de andere kant wordt in het regeerakkoord beslist door te gaan op de ingezette lijn. De contracteerplicht blijft afgeschaft, de maximumtarieven blijven en er komt een actief en kritisch anti-kartelbeleid. Dat kan niet anders betekenen dan dat het nieuwe kabinet gezonde concurrentie beoogt in het marktsegment van de verplichte verzekering. De lijn van Dekker en Simons wordt doorgezet, alleen iets genuanceerder."

Planning

Een ander punt betreft de deregulering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). "Het is nog niet duidelijk tot hoever die wet wordt gedereguleerd. Wel lijkt mij dat de overheid de komende jaren ten aanzien van de planning, voor zover het uitbreiding en nieuwbouw van ziekenhui-

instellingen bestaat nog wel. Een zorgverzekeraar moet dus wel met de ziekenhuizen in de regio een overeenkomst sluiten, maar hoeft dat niet met alle beroepsbeoefenaren. Als blijkt dat binnen een regio een overcapaciteit aan ziekenhuizen bestaat of dat bepaalde maatschappen ondoelmatig of kwalitatief onder de maat werken, dan kan een verzekeraar ziekenhuisvoorzieningen min of meer direct plannen door contracten met specialisten op te zeggen. Dat vereist wel een krachtige zorgverzekeraar met een duidelijke visie, maar het kan gaan voorkomen. Ik zou dat

een mooi evenwicht vinden voor de komende jaren. Bij de planning houdt de overheid zich vooral bezig met de uitbreiding en nieuwbouw en de zorgverzekeraars bemoeien zich meer met inkrimping van de overcapaciteit."

Achilleshiel

Bemoeienis met de planning vereist wel dat zorgverzekeraars een financiële prikkel tot doelmatigheid hebben. Hiermee wordt volgens Van de Ven op de achilleshiel getrapt van de marktwerking in de tweede trap, de verzekeraarsbudgettering. De vormgeving van de verzekeraarsbudgettering is de cruciale keuze in de komende vier jaar bij het verschuiven van meer verantwoordelijkheden naar de zorgverzekeraars. "De instrumenten zijn er, maar een goede prikkel voor doelmatigheid ontbreekt de verzekeraars vooralsnog. Een juiste wijze van budgetteren zou zo'n goede prikkel kunnen zijn. Op dit moment hangt het budget van een zorgverzekeraar uitsluitend af van leeftijd en geslacht. Omdat dit niet goed werkt, is er een systeem van verevening en nacalculatie in het leven geroepen. Het gevolg is dat overschrijdingen en onderschrijdingen van de zorgverzekeraar ten opzichte van het budget voor 97,5 procent afgewenteld kunnen worden op het collectief. De verzekeraar is zelf verantwoordelijk voor slechts 2,5 procent van de over- en onderschrijdingen. Dat betekent dat de winst die behaald kan worden zeer gering is, terwijl de kosten van investeringen om de doelmatigheid te vergroten volledig uit het eigen beheersbudget moeten komen. Een zorgverzekeraar die een afweging van

"De lijn van Dekker en Simons wordt doorgezet, alleen iets genuanceerder"

hevig mag zijn aan prijsconcurrentie tussen verzekeraars. We gaan genuanceerder denken over marktwerking. Niet voor de klassieke AWBZ-verstrekingen, maar wel ten aanzien van verzekerbare zaken die in het ziekenfondspakket zitten. Dan kan je dus geneesmiddelen en wellicht ook het kruiswerk uit de AWBZ halen en naar de tweede trap, het verplichte verzekeringspakket, overhevelen.

"Als er gezegd wordt dat het plan-Simons niet is gelukt, dan ben ik het daarmee eens

zen betreft, enige bemoeienis blijft houden. Dat kan je nu nog niet volledig aan verzekeraars overlaten."

De verzekeraars komen wel nadrukkelijk in beeld bij het streven naar reductie van de overcapaciteit. "Op dat punt heeft de WZV in de achterliggende tien jaar nooit goed gewerkt. Het opheffen van de contracteerplicht is nu een van die zaken die begin jaren negentig is doorgezet en die wel vergaande consequenties kan hebben. De contracteerplicht ten aanzien van

kosten en baten maakt, zal snel tot de conclusie komen dat inspanningen voor doelmatigheid op dit moment bedrijfs-economisch niet lonend zijn. Dáár zit het zwakke punt van het moderne zorgverzekeraarschap.

"Als een zorgverzekeraar erin slaagt om doelmatigheid te realiseren, moet deze ook de vruchten kunnen plukken van die winst en de verzekerden in de winst laten delen met de mededeling dat de premie kan worden verlaagd. Anderzijds zal een

wijscijfers en de totale vervolgcosten van de patiënten die zijn ingeschreven. Als de resultaten binnen de onderling afgesproken marges liggen, dan komt er een bonus op. Is het veel hoger (te weinig doelmatigheid) of misschien wel veel lager (te weinig kwaliteit), dan wordt de bonus minder. Op dat gebied kunnen huisartsen en zorgverzekeraars hun fantasie geweldig goed kwijt en ik denk dat hier een hele uitdaging ligt, óók voor huisartsen, om initiatief te nemen. Ga naar de zorgver-

re verzekering in de tweede trap. "Bij de verplichte verzekering is het de vraag hoe die precies wordt vormgegeven. Ik pleit voor experimenteren met de zogenaamde functionele pakketomschrijving. In plaats van de precieze omschrijving in de Ziekenfondswet moet er een globale omschrijving komen. In de wet moet worden vastgelegd een verplichte ziektekostenverzekering voor de particulier verzekerden, met recht op een - bij voorkeur functioneel - omschreven zorgpakket. Dan zien we wel hoe particuliere verzekeraars daar invulling aan geven. Zo'n zorgpakket kan gecertificeerd worden en dan weet elke particulier dat bij het 'kopen' van zo'n pakket aan de wettelijke plicht is voldaan. Zo kunnen we hier onze lessen leren en misschien over een paar jaar vervolgens meer flexibiliteit inbouwen in het ziekenfondspakket. Enerzijds zitten verzekeraars dus gebonden aan een minimumpakket met minimeisen volgens de wet en anderzijds aan datgene wat de markt wil. Ik denk dat er grote diversiteit in behoefte bestaat bij verzekerden. Wel zal de overheid grenzen moeten stellen. Iemand met een bijstandsuitkering een eigen risi-

"Vooral bij de verplichte particuliere verzekering kan veel flexibiliteit worden ingebouwd"

zorgverzekeraar die ondoelmatig werkt of een overcapaciteit heeft, zich voor een eventuele premieverhoging moeten verantwoorden bij zijn verzekerden. Dat is een basisbeginsel van marktwerking. Technisch moet het mogelijk zijn dat de verzekeraars voor een groter deel verantwoordelijk worden voor doelmatigheids-winst en -verlies. Dat moet van 2,5 procent nú naar minimaal 15 tot 25 procent de komende vier jaren.

"Als we daar niet in slagen, zal een volgende regering weer serieus de in 1999 vijftig jaar oude Structuurnota van Hendriks uit de la moeten halen. Ik sluit niet uit dat een aantal verzekeraars die zwartepietenrol van kostenbewuste zorginkoper niet ambieert. Met name een paar landelijk werkende commerciële verzekeraars zullen dat oude model- Hendriks helemaal niet zo slecht vinden. Een aantal anderen, dat denk ik toch in de meerderheid is, ambieert die rol wel. Bij die meerderheid en bij de overheid begint het besef door te dringen dat de verzekeraarsbudgettering hoogste prioriteit moet krijgen."

Doelmatigheidsbonus huisarts

Van de Ven is opgetogen over de aankondiging van de regering om het advies-Biesheuvel uit te voeren. "Een belangrijk element in 'Biesheuvel' vind ik de veranderende rol van de huisarts, de versterking van de poortwachtersfunctie. Daarbij stelt Biesheuvel voor dat de huisarts voor alle patiënten een abonnement krijgt, wat ongeveer tachtig procent van het norminkomen oplevert. Het inkomen kan tot honderdtwintig procent worden opgehoogd via allerlei opslagen. "Wat ik belangrijk vind zijn de doelmatigheidsopslagen. Als een huisarts of een groep huisartsen met zorgverzekeraars afspraken gaat maken over die doelmatigheidopslag, dan kan ik mij voorstellen dat afspraken worden gemaakt over indicatoren van doelmatig gedrag zoals prescriptiecijfers, ver-

zekeraar toe en kom met concrete voorstellen. Het voordeel is allereerst dat doelmatig en kwalitatief goed werken kan worden beloond.

"In het huidige abonnementssysteem voor de zorgverzekeraar moet een huisarts die zich erg inspent om weinig te verwijzen en de patiënten snel terug te halen uit het ziekenhuis, voor hetzelfde abonnementsbedrag alleen maar méér werken. Men-

"Op het gebied van doelmatigheidsopslagen kunnen huisartsen en zorgverzekeraars hun fantasie geweldig goed kwijt"

selijkerwijs gesproken zijn dat niet de goede prikkels. Er wordt wel veel gedaan om bijvoorbeeld standaarden te ontwikkelen, maar wat is nu de prikkel voor een huisarts om deze te lezen, er naar te handelen en met collega's overleg te voeren? In het honorarium vindt hij het niet terug. Ik zou het niet gek vinden als huisartsen tegen een verzekeraar zouden zeggen welke standaarden ze goed vinden en willen toepassen en dat een verzekeraar ze daar vervolgens voor gaat belonen. In dat geval wordt immers kwalitatief goede zorg verleend, die waarschijnlijk de doelmatigheid ten goede zal komen. Het aardige van 'Biesheuvel' is, dat wordt opengelaten hoe de doelmatigheidsopslagen eruit moeten zien en waar ze van afhangen. Dat nu is de uitdaging voor huisartsgroepen en zorgverzekeraars: daar invulling aan te geven. Ik pleit sterk voor veel experimenteren. Laat maar duizend bloempjes bloeien en dan zien we over een paar jaar wel wat de goede contracten zijn."

Functionele pakketomschrijving

Bij het overheidsstreven naar convergentie tussen ziekenfonds en particuliere verzekerden ziet Van de Ven vooral ontwikkelingsmogelijkheden voor de particulie-

co van tweeduizend gulden laten nemen en geen huisartsverzekering, dat lijkt mij onverantwoord. Iemand met een hoog inkomen kan deze optie wel kiezen. Toch kom je voor de allerlaagste inkomensgroepen altijd uit op een breed pakket met veel verplichte solidariteit van de hogere inkomensgroepen."

Hoop

Nederland heeft op het terrein van vormgeving aan de verzekeraarsbudgettering volgens Van de Ven in de achterliggende jaren internationaal een pioniersfunctie vervuld. "De ideeën van Dekker en Simons zijn geëxporteerd naar een heleboel landen, zoals België, Rusland en de Verenigde Staten. We zien dat in al die landen de problematiek van verzekeraarsbudgettering hoog op de agenda komt. Daar put ik dan hoop uit dat we toch de komende jaren steeds meer in een stroomversnelling komen. Het is belangrijk dat de verzekeraars het perspectief wordt geboden dat zij uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor doelmatigheid en kostenbeheersing en dat de overheid duidelijk maakt dat hun financieel risico de komende jaren zal toenemen. Dat betekent namelijk dat het nu al lonend is om te investeren in doelmatigheid." •

Wens en werkelijkheid in academische huisartspraktijken

Discrepanties

R.M.F.M. Leclercq,
H.F.J.M. Crebolder en
E.L.M.G. Breevoort

In een geacademiseerde huisartspraktijk moeten de patiëntgebonden en de universitaire taken worden gecombineerd. Dat dit niet op elk terrein soepel verloopt, blijkt uit een explorerend onderzoek aan de Rijksuniversiteit Limburg.

IN DEZELFDE TIJD dat het rapport-Sikkel een ontwerpplan schetste dat gestalte moest geven aan de academisering van de huisartsgeneeskunde,¹ was er bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg een proces op gang gekomen dat de relatie tussen de vakgroep en de huisartsen die vanaf de oprichting der universiteit om verschillende redenen bij de vakgroep betrokken waren, deels om praktijkstage te geven aan medisch studenten, deels uit interesse voor wetenschappelijk onderzoek en automatisering. Dit resulteerde eind 1987 in een gereglementeerde samenwerking tussen de vakgroep en een 25-tal praktijksettings ten behoeve van het vervullen van academische taken. Deze taken hebben betrekking op de deelname aan het basisonderwijs, de opleiding tot huisarts, wetenschappelijk onderzoek en de registratie van medische gegevens door middel van het geautomatiseerd medisch dossier.²

Het takenpakket kan per praktijk verschillen. De praktijken van de eerste cirkel (N=7) verrichten werkzaamheden ten behoeve van zowel onderwijs als onderzoek en registratie. De tweede cirkel (N=9) bestaat uit praktijken met een beperktere samenwerking; de activiteiten zijn primair gericht op registratie en onderzoek. In de derde cirkel (N=9) richt men zich vooral op innoverende onderwijsrollen. Tenslotte wordt er gesproken van een vierde cirkel (N=6), die uitsluitend werkzaamheden verricht ten behoeve van de onderwijsontwikkeling binnen de huisartsopleiding.

Deze vierde cirkel bevat ook een enkele praktijk die in een van de eerste drie cirkels voorkomt.

Samenspel

Uitgangspunt van het academiseringsproces is, dat de eigen huisarts verantwoordelijk is en blijft voor de dagelijkse praktijkvoering en de patiëntenzorg. Deze stellingname wordt gesteund door recent onderzoek.³ Een voorwaarde voor het slagen van dit proces is de succesvolle combinatie van patiëntenzorg en academische taken.⁴ Dit samenspel heeft alleen kans van slagen als er ook aandacht is voor praktijkmanagement. Praktijkmanagement wordt hier opgevat als een inspanning, die erop is gericht vooraf overeengekomen doelstellingen te realiseren. Deze hebben betrekking op het geven van onderwijs en het aanleveren van onderzoeksgegevens, die op hun beurt niet negatief mogen interfereren met de dagelijkse patiëntenzorg. In een in 1991 uitgevoerd extern onderzoek werd een spanning tussen de uitvoering van universitaire en patiëntgebonden taken gesignaleerd.⁵ Desalniettemin kwam uit een ander onderzoek naar voren dat de bereidheid tot deelname aan onderzoek bij huisartsen uit Limburg en Zuid-Oost-Brabant groot is.⁶

Behoeftte aan inzicht

Behoeftte aan inzicht in wens en werkelijkheid ten aanzien van gezondheidszorg en universitaire taken bij de geacademiseerde praktijken was om meer dan één reden van belang. Het is immers wenselijk dat de praktijken die zijn betrokken bij de academisering streven naar een kwalitatief hoog zorgniveau. Voorts is er met name bij het onderwijs sprake van een voorbeeldfunctie. Bij het aanleveren van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek is extra inzet en vaardigheid vereist, waarbij gestandaardiseerde procedures moeten worden gevolgd, die tijd en concentratie vergen.⁷

Indicatoren voor de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn onder andere toepassingen van technische vaardigheden, aandacht voor categorieën patiënten en

de behoefte aan (na)scholing; indicatoren voor de adequate invulling van universitaire taken zijn de mate van betrokkenheid bij onderwijs en onderzoek. Tenslotte is er de aandacht voor praktijkmanagement teneinde de genoemde facetten te kunnen combineren.

Dit heeft geleid tot de volgende vragen:

- Wat is het wenselijk en feitelijk handelen met betrekking tot technische vaardigheden en de aandacht voor categorieën patiënten?
- Wat is het wenselijk en feitelijk handelen met betrekking tot (na)scholing?
- Welke van de universitaire taken acht men wenselijk en in hoeverre zijn die verwezenlijkt?
- Welke organisatorische aspecten zijn wenselijk en wat is hiervan gerealiseerd?

Onderzoeksmethode

Tot de steekproefpopulatie behoren de huisartsen (N=51) van de praktijken waarmee de universiteit een duurzame contractueel vastgelegde relatie heeft. In het totaal betreft het 25 praktijksettings, verdeeld over Limburg en ZO-Brabant.

De gegevens werden verzameld via een schriftelijke vragenlijst. Aangegeven kon worden of men de hierboven omschreven taken en vaardigheden wenselijk achtte en of deze gerealiseerd waren (ja/nee). De analyse vond plaats op huisartsniveau. Consensus over de wenselijkheid van een onderdeel werd gerealiseerd geacht bij positieve beantwoording door 70% van de respondenten of meer. Bij een verschil van 20% of meer tussen wenselijk en feitelijk handelen wordt gesproken van een discrepantie.

Ten behoeve van de operationalisatie van vraag 1 is gebruik gemaakt van het Basis-takenpakket van de huisarts;⁸ hieruit werden die aspecten van het geneeskundig handelen geselecteerd die de diagnostische armslag van de huisarts vergroten. Bij vraag 2 gaat het om het gebruikelijke aanbod op dat terrein. Voor vraag 3 werd aangesloten bij eerder onderzoek in dezelfde regio.⁶ Ten behoeve van de operationalisatie van vraag 4 is gebruik gemaakt van het in de inleiding reeds genoemde onderzoek.⁵

Tabel 1. Wenselijk en feitelijk handelen met betrekking tot technische vaardigheden (N=27) (in procenten).

	wenselijk handelen	feitelijk handelen	discrepantie
ECG vervaardigen	93	79	14
ECG beoordelen	70	52	18
gebruik peak-flowmeter	100	60	40
gebruik spirometer	44	7	37
gebruik glucosemeter	93	93	0
inbrengen spiraal	100	70	30
kleine chirurgie	100	67	33
spiegelen larynx	81	30	51
fundoscopie	81	22	59
oogboldrukmeting	81	30	51
enkelbandage	93	63	30
screenings-audiogram	86	78	9
doppler	78	48	30
kniepunctie	78	21	57

Resultaten

De respons bedroeg 53% (N=27). Uit de eerste cirkel (7 praktijken en 22 huisartsen) repondeerden 13 huisartsen (59%), in de tweede cirkel (9 praktijken en 16 huisartsen) bedroeg de respons 44% en in de derde cirkel (9 praktijken en 13 huisartsen) bedroeg deze 54%. Er werd geen herinnering gestuurd. De zogenoemde vierde cirkel werd niet meegenomen in het onderzoek, omdat zowel de financiering als de taakstelling ervan afwijkt van de andere praktijken.

Ten aanzien van de wenselijkheid van technische vaardigheden is de consensus vrijwel compleet (tabel 1). Met betrekking tot de feitelijkheid wordt bij 10 van de 14 taken een discrepantie geconstateerd. De grootste verschillen gelden voor spiegelen van de larynx (51 %), fundoscopie (59 %), oogboldrukmeting (51 %) en kniepunctie (57%).

Bij aandacht voor categorieën patiënten vinden we eveneens een consensus over de wenselijkheid, behalve bij de zorg voor zuigelingen en kleuters (tabel 2).

Een geringe discrepantie wordt aangetroffen bij patiënten met COPD. Tabel 3 geeft een beeld van de (na)scholing. De nascholing in WDH-verband en de systematische bespreking van NHG-standaarden gebeurt minder dan men zou wensen. Veel verschillen worden vastgesteld met betrekking tot de universitaire taken (tabel 4). Over bekende en al jaren bestaande onderwijsrollen (Oriëntatie Eerste Lijn en de opleiding van co-assistenten) is er consensus. Hetzelfde geldt voor wetenschappelijk onderzoek, gegevens aanleveren en onderzoeksvragen genereren. Ook over de opbouw van de eigen vakinhoudelijke expertise bestaat consensus.

Op alle terreinen is er een aanzienlijke discrepantie met het feitelijk gedrag. De wens zelf te promoveren en deelname aan activiteiten van de vakgroep, zoals de onderwijs- en de researchgroep, scoorden dermate laag, dat er over het verschil tussen wenselijkheid en feitelijk handelen geen verantwoorde uitspraak kan worden gedaan.

Er is een duidelijke wens om opleider te worden, aan keuzeonderwijs deel te nemen en in beperkte mate een tutorrol te vervullen. Ook bij het wetenschappelijk onderzoek leeft er een aanzienlijke, niet vervulde wens om op alle fronten (behalve zelf promoveren) deel te nemen.

Tabel 5 laat aspecten zien van de interne organisatie. Consensus bestaat over de automatisering en discrepantie met betrekking tot het praktijkplan en de praktijkfolder. Onvoldoende consensus wordt aangetroffen bij gestructureerd overleg met specialisten en RIAGG; opvallend is de geringe behoefte aan gestructureerd overleg met het RIAGG. Discrepanties worden gevonden bij de volgende gestructureerde overlegsituaties: thuiszorgdisciplines, specialisten en fysiotherapeuten.

Tabel 2. Wenselijk en feitelijk gedrag met betrekking tot aandacht voor bepaalde categorieën patiënten (N=27) (in procenten).

taken	wenselijk handelen	feitelijk handelen	discrepantie
type II diabetes	93	86	7
hypertensie	89	74	15
COPD	89	67	22
zuigelingen/kleuters	63	56	7
intensieve thuiszorg	96	93	3
opgenomen patiënten	93	74	19
ontslagen patiënten	89	78	11
recent verweduwd	81	81	0

Tabel 3. Wenselijk en feitelijk gedrag met betrekking tot (na)scholing (N=27) (in procenten).

	wenselijk handelen	feitelijk handelen	discrepantie
toetsing FTO	96	86	10
toetsing in huisartsengroep	93	74	19
nascholing Randwyckcursus	89	70	19
nascholing WDH	81	56	25
systematische bespreking NHG-standaarden	93	63	30

Tabel 4. Gerapporteerde wenselijkheid en werkelijkheid met betrekking tot universitaire taken (N=27) (in procenten).

	wenselijk	feitelijk	discrepantie
oriëntatie 1e lijn(OEL)	86	67	19
adoptieprogramma	60	37	23
PMO-H opleider	78	56	22
huisarts-opleider	60	19	45
keuze-onderwijs	60	4	56
andere rollen, zoals tutor	37	0	37
deelname onderwijsgroep	26	7	19
gegevens leveren voor wetenschappelijk onderzoek	100	60	40
onderzoeksvragen genereren	89	22	67
publiceren	63	26	37
promoveren	30	19	11
deelname researchgroep	33	4	31
eigen vakinhoudelijke expertise opbouwen	86	60	26

Beschouwing

De respons op dit inventariserend onderzoek was beperkt. Toch is de representativiteit acceptabel, omdat bij de meermaanspraktijken slechts één van de huisartsen namens de anderen heeft gerepondeerd. Activiteiten zoals aandacht voor categorieën patiënten, praktijkmanagement, universitaire taken en automatisering geven immers de gang van zaken weer van de gehele praktijk. Antwoorden op basis van de sociale wenselijkheid lijken - gezien de vragen naar wens en werkelijkheid - geen rol van betekenis te

Tabel 5. Gerapporteerde wenselijkheid en werkelijkheid met betrekking tot de praktijkorganisatie (N=27) (in procenten).

	wenselijk handelen	feitelijk handelen	discrepantie
AUTOMATISERING VAN			
* administratie	81	81	0
* patiëntcontact	78	61	17
* receptuur	74	56	18
* probleemlijst	93	74	19
aanwezigheid praktijkplan	70	33	36
praktijkfolder	93	63	31
GESTRUCTUREERD OVERLEG MET			
* thuiszorgdisciplines	100	67	33
* fysiotherapie	74	44	30
* specialisten	63	33	30
* RIAGG	37	19	18

spelen. Uitspraken kunnen slechts worden gedaan over deze specifieke groep praktijken.

Allereerst valt een grote behoefte op aan introductie en instructie van technische vaardigheden. De aandacht voor risicogroepen gebeurt - naar eigen zeggen - in grote trekken naar wens; specificatie hiervan werd niet gevraagd. De COPD-begeleiding heeft nog verbetering.

De dissensus ten aanzien van de zuigelingen- en verloskundige taken, waarvoor de dalende interesse bekend is.

Belangwekkend voor het beleid van de vakgroep, is de informatie over de universitaire taken (tabel 4). De discrepanties ten aanzien van de traditionele onderwijsrollen in het praktisch medisch onderwijs hebben voornamelijk te maken met vraag en aanbod. Dat geldt ook voor het meedoen aan wetenschappelijk onderzoek en inhoudsontwikkeling, maar voor rollen die om een actieve deelname vragen binnen de 'academie' bestaat nog weinig ambitie.

De automatisering is in hoge mate geïmplementeerd. De verklaring hiervoor is, dat werken met probleemlijsten via het Elektronisch Medisch Dossier een conditie was om aan het academiseringsgebeuren deel te kunnen nemen.

Een praktijkplan en een praktijkfolder zijn onontbeerlijke attributen te achten van academische praktijken - gelukkig denken de huisartsen daar ook zo over.

Verbetering van gestructureerd overleg met eerste- en tweedelijnsdisciplines is een verantwoordelijkheid van de huisarts zelf. Samenvattend kan worden gesteld, dat er discrepanties bestaan tussen wens en werkelijkheid op het terrein van medisch-

technische handelingen, deelname aan bepaalde onderwijsrollen, (actieve) deelname aan wetenschappelijk onderzoek en infrastructuur van de eigen praktijk. Deze uitkomst is voor de vakgroep aanleiding geweest om een project te starten dat zich richt op inventarisatie en verbetering van het management in de afzonderlijke praktijken.

Voorts heeft de uitkomst van dit explorand onderzoek ons

geholpen bij het inzicht dat het academiseringsproces geen eenduidig gebeuren is. Uit de opbouw in cirkels blijkt al een zekere differentiatie en het daardoor te bereiken niveau. Wij menen, dat er drie niveaus zijn te onderscheiden.

Als eerste is er het zogenoemd *basisniveau* waaraan iedere academische praktijk zou moeten voldoen; het heeft met name betrekking op infrastructurele voorzieningen: voldoende artsen, assistentie, praktijk- en onderwijsruimte, automatisering, praktijkfolder, praktijkverslag, gestructureerd overleg met andere disciplines en teambesprekingen.

Een dergelijk basisniveau is een voorwaarde om tot medisch-professionele ontplooiing te komen. Dit *tweede niveau* kan men benoemen als dat van 'excellente klinische zorg' (Good Clinical Practice). Daarbij wordt gedacht aan systematisch gebruik maken van de NHG-standaarden, monitoring van categorieën patiënten, veel zelf doen (medisch-technische diagnostische en therapeutische ingrepen), beleid ten aanzien van thuiszorg, FTO, toetsing en nascholing. Dergelijke praktijken zijn bij uitstek geschikt voor praktisch medisch onderwijs in het basiscurriculum en de huisartsopleiding. Ook kunnen deze praktijken bijdragen aan het leveren van onderzoekgegevens.

Tenslotte kan er sprake zijn van praktijken op een *derde niveau*, dat we als 'academisch in strikte zin' zouden willen benoemen. Deze praktijken dragen bij aan onderwijsvernieuwing (implementatie van nieuwe inzichten in het onderwijs, begeleiding van keuze-onderwijs/wetenschapsstages) en 'wetenschappelijk onderzoek (genereren van hypothesen, publiceren, promoveren). Ook wordt deelgenomen aan de beleidsvoorbereiding en -vorming van de vakgroep (bestuur, onderwijs- en researchgroep). Een dergelijk

niveau is vergelijkbaar met dat van een academisch ziekenhuis. Een essentieel verschil blijft, dat de directe verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg blijft berusten bij de eigen huisarts. In een academisch ziekenhuis zijn verantwoordelijkheden voor onderwijs, onderzoek en gezondheidszorg gebundeld.

De consequentie van een dergelijke indeling is, dat te zamen met iedere academische praktijk moet worden vastgesteld op welk niveau men zich bevindt en welk niveau wenselijk en haalbaar is. De zogenoemde eerste-cirkelpraktijken zijn op weg naar of bevinden zich reeds op niveau drie. Het is niet noodzakelijk, dat iedere praktijk dat niveau bereikt. Hieruit blijkt, dat het academiseringsproces van de huisartsgeneeskunde anders verloopt en ook moet verlopen dan dat van de tweede lijn. Daarvoor is, evenals bij academische ziekenhuizen, geld en mankracht nodig,⁹⁻¹⁰ zoals neergelegd in de beleidsvisie van de subcommissie Gezondheidswetenschappen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen (KNAW).⁹⁻¹¹

drs R.M.F.M. Leclerq,
huisarts te Stein

prof.dr H.F.J.M. Crebolder,
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg

E.L.M.G. Breevoort,
sectie Beheer en Coördinatie, vakgroep
Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit
Limburg

Literatuur

1. Rapport van de Commissie Academisering eerstelijnsgezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Limburg, April 1983.
2. Crebolder HFJM, Kocken RJJ. Academisering van huisartspraktijken. *The Practitioner* 1989; 6: 1130-2.
3. Kocken RJJ, Meijer JS, Ooms FEM, Smeets-Rinkens PELM. Academisering van de huisartsgeneeskunde. *Medisch Contact* 1992; 47: 811-3.
4. Kaasjager DC. Academisering als beleidsinstrument; dagelijks werk op niveau of geleerd gedoe? Verslag Workshop Academisering. 10 November 1993. Maastricht.
5. Linde-Winkens van der CGF, Messing AJ. Partners op weg naar een zakelijke toekomst. VVAA Utrecht. Maart 1992.
6. Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkens PELM, Knottnerus JA. Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts en Wetenschap* 1992; 35: 32-4.
7. Knottnerus JA. Dialektiek van het onderzoek in het huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1988; 31: 318-26.
8. Basistakenpakket van de huisarts. LHV. Springer M, eindredactie. Bijlage Medisch Contact 8 juli 1983.
9. Crebolder HFJM. Te leer in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap* 1987; 30: 308-13.
10. Knoek H. Professoren en praktijken. *Medisch Contact* 1993; 48: 772.
11. Rapport van de subcommissie Gezondheidswetenschappen. KNAW, 1991.

Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde

Knelpunten en behoeften

M. Wensing, R. Grol en V. Dubois

Van huisartsen wordt in toenemende mate verwacht dat zij systematische kwaliteitsbevordering integreren in hun dagelijkse werkzaamheden. Om een gericht beleid te kunnen voeren voor de invoering van activiteiten op dit gebied is echter inzicht nodig in de activiteiten die Nederlandse huisartsen reeds toepassen. Reden voor een onderzoek, waarvan hier verslag.

IN STEEDS MEER LANDEN bestaat belangstelling voor de invoering van systematische kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde.¹ In Nederland hebben zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en overheid in 1990 afgesproken, dat elke beroepsgroep in de gezondheidszorg binnen enkele jaren een systeem zal opzetten voor de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Afhankelijk van het aan de orde zijnde aspect, gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.²

De huisartsenorganisaties LHV en NHG werken reeds geruime tijd aan het opzetten van zo'n systeem door het ontwikkelen van landelijke standaarden, hoogwaardige nascholingsprogramma's en toetsen.³ Verder hebben zij plannen ontwikkeld voor een nieuw herregistratiesysteem, met onder meer verplichte deel-

name aan nascholing en intercollegiale toetsing.

Systematische kwaliteitsbevordering houdt in, dat naast de patiëntenzorg en de praktijkvoering aparte activiteiten worden ondernomen die specifiek zijn gericht op het beheersen en bevorderen van een goede kwaliteit van zorg. Deze activiteiten kenmerken zich door hun systematische en continue karakter en doordat zij de geleverde kwaliteit zichtbaar maken.⁴

Van huisartsen wordt dus in toenemende mate verwacht dat zij systematische kwaliteitsbevordering integreren in hun dagelijkse werkzaamheden. Er bestaat echter weinig inzicht in de activiteiten die Nederlandse huisartsen feitelijk al toepassen en de factoren die hierop van invloed zijn. Dat inzicht is nodig om een gericht beleid te kunnen voeren ten aanzien van de invoering van bepaalde activiteiten op het gebied van systematische kwaliteitsbevordering. In samenwerking met NHG en LHV is een onderzoek uitgevoerd, waaraan de volgende vragen ten grondslag lagen:

- Welke 'kwaliteitsactiviteiten' kennen huisartsen en welke vinden zij zinvol? Welke activiteiten hebben zij zelf al toegepast?
- Welke knelpunten en behoeften ervaren huisartsen bij de invoering van kwaliteitsbevordering?
- Welke factoren voorspellen het toepassen van 'kwaliteitsactiviteiten'?

Methode

Tussen september 1992 en mei 1993 werd een aselechte steekproef van 120 Neder-

landse huisartsen geïnterviewd door drie ervaren collega's. De interviews, gemiddeld een uur, bestonden uit een aantal open vragen en enkele gestructureerde vragenlijsten. De antwoorden op de open vragen werden geanalyseerd door het toekennen van trefwoorden. Bij de analyse van de vragenlijsten werden onder meer factoranalyse, multidimensionele schaling en regressieanalyse toegepast.

Resultaten

Respons

Van de 186 benaderde huisartsen weigerden 38 (20%) hun medewerking en vielen 28 huisartsen (15%) om andere redenen uit, bijvoorbeeld door verhuizing, ziekte of pensionering. De 120 geïnterviewde huisartsen kunnen worden beschouwd als representatief voor de Nederlandse populatie van huisartsen, zo bleek uit een vergelijking met representatieve steekproeven van huisartsen op tien achtergrondkenmerken.

'Kwaliteitsactiviteiten'

In het interview werd eerst via een open vraag nagegaan waar men zelf aan dacht bij kwaliteitsbevordering. Het bleek dat huisartsen dit vooral associëren met nascholing (genoemd door 93%), intercollegiale activiteiten (88%) en farmacotherapieoverleg (FTO; 63%). Zij denken veel minder aan activiteiten die in het kwaliteitsbeleid van LHV en NHG of in andere beleidsdocumenten naar voren komen, zoals het deelnemen aan toetsingsactiviteiten (30%) of het gebruiken van NHG-standaarden (23%).

Vervolgens werd een lijst van 21 'kwaliteitsactiviteiten' voorgelegd. De tabellen 1, 2 en 3 geven een beeld van de mate waarin de huisartsen deze activiteiten kennen (goed, van gehoord, niet), zinvol vinden (ja, twijfel, nee) en feitelijk toepassen (vaak, weleens, nooit).

Tabel 1 laat zien dat de voorgelegde activiteiten op het gebied van het gebruik van standaarden en het formuleren van werkafspraken en doelen in het algemeen goed bekend zijn, met uitzondering van het maken van een 'persoonlijk leerplan'. ■

Tabel 1. Bekendheid met, oordeel over en toepassing van activiteiten rond richtlijnen, afspraken en doelen (n=120; percentages).

	goed bekend	zinvol	vaak toegepast
het maken van een persoonlijk leerplan	26	71	7
afspraken met praktijkmedewerker(s)	82	94	66
afspraken in een huisartsgroep	91	93	51
afspraken binnen de eerste lijn	82	78	39
afspraken maken met het ziekenhuis/ specialisten	74	85	16
gebruik van NHG-standaarden t.b.v. richtlijnontwikkeling voor groep/praktijk	90	88	54

De activiteiten worden ook overwegend positief beoordeeld. Een meerderheid van de respondenten maakt vaak afspraken binnen de praktijk met praktijkmedewerkers en binnen de huisartsengroep en gebruikt vaak NHG-standaarden in de praktijk en/of huisartsengroep. De overige activiteiten worden minder vaak toegepast.

Ook de voorgelegde activiteiten op het gebied van *informatievoorziening en toetsing* over de huisartsenzorg zijn goed bekend bij een meerderheid en worden eveneens positief beoordeeld (tabel 2). Uitzonderingen hierop zijn het gebruik van vragenlijsten voor patiëntensatisfactie en het maken van een jaarverslag voor de praktijk. Veel huisartsen uitten twijfels ten aanzien van de zin van de laatstgenoemde activiteiten. Van de voorgelegde activiteiten op het gebied van *informatievoorziening* en *-toetsing* wordt alleen *farmacotherapieoverleg met de apotheker* vrij algemeen toegepast. De ervaring met praktijkvisitatie of het gebruik van patiënten-enquêtes in de praktijk is zeer beperkt. De op het gebied van het *verbeteren van het handelen* van huisartsen genoemde activiteiten werden door een meerderheid zinvol geacht (tabel 3). Uitzondering is het gebruik van procedures voor klachtenbehandeling in samenwerking met patiëntenorganisaties. Alleen zelfstudie en scholing binnen de huisartsengroep worden vrij algemeen toegepast door huisartsen. Met ondersteuning door consulenten, vaak gezien als belangrijke mogelijkheid om de zorg te verbeteren, hebben nog weinig huisartsen ervaring. Hetzelfde geldt voor nascholing op basis van via toetsing vastgestelde lacunes in het handelen.

Knelpunten en behoeften

In het interview werd bij vier kwaliteitsactiviteiten en met betrekking tot kwaliteitsbevordering in het algemeen via enkele open vragen nagegaan welke knelpunten en behoeften men ervaart bij de invoering ervan. De vier activiteiten zijn: het gebruiken van NHG-standaarden in de praktijk en/of huisartsengroep, het deelnemen aan individuele toetsen en het volgen van nascholing op basis daarvan, het continu verzamelen van gegevens over de zorg in de eigen praktijk en het uitvoeren van intercollegiale toetsing in een huisartsengroep. Het *overzicht* toont de knelpunten en behoeften die door minstens 10% van de huisartsen bij één of meer vragen werden genoemd. De meeste punten werden door minder dan de helft van de huisartsen genoemd. Een uitzondering hierop is het knelpunt 'tijdgebrek', dat door bijna 80% van de huisartsen werd genoemd. De vier activiteiten bleken elk hun speci-

Tabel 2. Bekendheid met, oordeel over en toepassing van informatievoorziening en toetsing (n=120; percentages).

	goed bekend	zinvol	vaak toegepast
<i>zelf eigen kennis/vaardigheden toetsen of observeren</i>	51	82	24
<i>zelf doorlichten van patiëntenkaarten</i>	50	68	15
<i>observatie van consulten via audio/video-opnamen</i>	62	64	10
<i>onderlinge observatie, praktijkvisitatie door collega's</i>	54	55	2
<i>farmacotherapieoverleg met apotheker</i>	97	89	78
<i>vragenlijsten voor patiëntensatisfactie</i>	18	24	1
<i>jaarverslag voor de praktijk maken</i>	17	21	9
<i>intercollegiale toetsing in huisartsengroep</i>	66	83	23
<i>door zorgverzekeraars geleverde produktiegegevens bestuderen en bespreken</i>	54	62	17

Tabel 3. Bekendheid met, oordeel over en toepassing van activiteiten rond het verbeteren van het functioneren (n=120; percentages).

	goed bekend	zinvol	vaak toegepast
<i>zelfstudie met literatuur en/of video</i>	95	93	79
<i>computersystemen voor feed-back en reminders in de praktijk</i>	55	71	17
<i>scholing binnen de huisartsengroep</i>	81	92	51
<i>nascholing op basis van toetsing en geconstateerde lacunes</i>	47	88	11
<i>consulenten voor praktijkondersteuning bij invoering kwaliteitsverbetering</i>	26	57	4
<i>procedure voor klachtenbehandeling in samenwerking met patiëntenorganisaties</i>	20	37	5

fieke knelpunten te hebben. Bij het gaan gebruiken van NHG-standaarden komt bij een deel van de huisartsen kritiek op (bepaalde) standaarden naar voren, maar ook moeite met het blijvend veranderen van praktijkroutines. Nascholing op basis van toetsing stuit bij een aantal huisartsen op kritiek op toetsingsinstrumenten en angst voor beoordeling door anderen. Continue gegevensverzameling in de praktijk roept vragen op over de benodigde tijd en twijfel aan het nut ervan. Bij de invoering van intercollegiale toetsing vreest een deel van de huisartsen weerstanden van collega's (in de groep) en beoordeling door anderen. Ook de behoeften waren gedifferentieerd naar de verschillende activiteiten. Huisartsen blijken er behoefte aan te hebben kritisch met NHG-standaarden om te gaan, ze niet verplicht opgelegd te krijgen en ze te gebruiken in de intercollegiale sfeer. Bij nascholing op basis van toetsing komt de behoefte aan een betere organisatie van de nascholing naar voren. Voor de invoering van continue gegevensverzameling blijken vooral automatisering en een goede praktijkorganisatie belangrijke voorwaarden. Ten aanzien van intercollegiale toetsing wordt met name gewezen op het belang van een positieve houding van andere huisartsen, goede begeleiding en een goede samenstelling en werkwijze

van de huisartsengroep. De huisartsen vulden ook een voorgestructureerde vragenlijst met tien mogelijke knelpunten in. Het meest genoemde knelpunt is ook hier de vergroting van de bestaande werkbelasting door nieuwe activiteiten in het kader van kwaliteitsbevordering. Andere belangrijke knelpunten zijn het ontbreken van een kwaliteitsbeleid in de praktijk, het ontbreken van kwaliteitsoverleg met collega's en de benodigde extra tijd en geld. Gebrek aan benodigde kennis en vaardigheid voor het aanpakken van kwaliteitsbevordering is eveneens voor een aantal huisartsen een belangrijk knelpunt.

Toepassing

Tot slot werd nagegaan welke factoren de toepassing van kwaliteitsactiviteiten voorspellen. Het bleek, dat bekendheid met de desbetreffende activiteiten de belangrijkste voorspellende factor is voor de toepassing ervan. Verder geldt, dat huisartsen minder kwaliteitsactiviteiten toepassen naarmate zij meer organisatorische knelpunten ervaren. Tot slot bleek dat 'innovatieve' activiteiten (zoals het persoonlijke leerplan, het jaarverslag en patiëntensatisfactie-vragenlijsten) vooral door bepaalde huisartsen worden toegepast: huisartsen die bij de beroepsopleiding zijn betrokken, huisartsen die in gezondheidscentra werken en huisartsen

Overzicht. Belangrijkste knelpunten en behoeften van huisartsen bij de invoering van kwaliteitsbevordering (n=120).

KNELPUNTEN

kennis en vaardigheden

- missen van specifieke vaardigheden
- moeite met het systematisch doorvoeren van veranderingen

defensieve houding

- algemene weerstand tegen veranderen
- angst voor beoordeling door anderen
- twijfel aan het nut

problemen met de aard van de verandering

- kritiek op de aard van het nascholingsaanbod
- kritiek op (bepaalde) NHG-standaarden
- kritiek op instrumenten voor toetsing

problemen met de wijze van invoering

- te hoog tempo van invoering
- betrokkenheid van partijen (verzekeraars, patiënten)

weerstand in omgeving

- bij andere huisartsen, bijvoorbeeld in de huisartsengroep

organisatieproblemen

- gebreken in de organisatie van de nascholing
- gebreken in de organisatie van de huisartspraktijk
- gebreken in de organisatie van de waarneming, huisartsengroep

praktische problemen

- tijdgebrek
- onvoldoende financiële vergoeding

BEHOEFTE

algemeen

- kritisch omgaan met veranderingen
- voldoende tijd nemen, geleidelijk veranderen
- planmatig te werk gaan, prioriteiten stellen

educatieve steun

- begeleiding, hulp, ondersteuning
- intercollegiaal overleg als leermethode

verplichten

- niet verplicht opgelegd krijgen

sociale voorwaarden

- positieve houding bij andere huisartsen

organisatorische voorwaarden

- betere organisatie van de huisartsengroep, waarneming

- betere organisatie van de nascholing

- betere praktijkorganisatie

praktische voorwaarden

- vermindering van de werklast
- geven van een financiële vergoeding
- automatisering van de praktijk

die een bestuursfunctie in de beroepsorganisaties vervullen.

Discussie

De hier beschreven studie geeft een representatief beeld van de huidige activiteiten van Nederlandse huisartsen op het gebied van kwaliteitsbevordering. Het blijkt, dat Nederlandse huisartsen kwaliteitsbevordering vaak spontaan associeren met traditionele nascholingsactiviteiten en veel minder met kwaliteitsactiviteiten die in beleidsnota's van LHV, NHG en diverse adviesorganen naar voren komen. Toch blijken huisartsen veel activiteiten op dit gebied wel te kennen en zinvol te vinden. Het lijkt eerst en vooral wenselijk om door goede informatie een correctie aan te brengen in de beeldvorming bij huisartsen ten aanzien van kwaliteitsbevordering. De feitelijke toepassing blijft achter bij de goede bekendheid en de positieve houding, hetgeen duidt op het bestaan van knelpunten bij de invoering. Bij bepaalde activiteiten is extra voorlichting en scholing wenselijk, omdat zij nog onbekend zijn

bij veel huisartsen. Voorbeelden hiervan zijn het maken van een persoonlijk leerplan of het inschakelen van consultants voor praktijkondersteuning. Daarnaast moet bij sommige activiteiten rekening worden gehouden met scepsis, bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruiken van vragenlijsten voor patiëntstatisfactie, het maken van een jaarverslag voor de praktijk of het toepassen van klachtenprocedures. Deze activiteiten zijn ook minder bekend bij de huisartsen: maakt onbekend onbemind?

Een aantal huisartsen vindt het lastig bij het invoeren van NHG-standaarden praktijk-routines blijvend te veranderen. Verder vinden veel huisartsen het moeilijk om in de eigen praktijk continue gegevensverzameling op te zetten of intercollegiale toetsing goed van de grond te krijgen. Hierop moeten scholing en training zich expliciet richten.

Daarnaast lijkt individuele en praktijk-gerichte hulp en begeleiding door daartoe getrainde personen bij het opzetten van nieuwe activiteiten of systemen zinvol. Zowel in Engeland als in Nederland zijn inmiddels goede ervaringen opgedaan met de inzet van getrainde consultants voor kwaliteitsverbetering. Huisartsen blijken van een dergelijke vorm van ondersteuning op een breed terrein van de huisartsgeneeskundige zorg en praktijkvoering veel te verwachten. Het verdient aanbeveling na te gaan of deze hulp zodanig kan worden georganiseerd dat ze voor alle huisartsen gedurende een bepaalde tijd beschikbaar is.

Er komen nogal wat knelpunten in de voorwaardelijke sfeer naar voren, met name tijdgebrek en vergroting van de werkbelasting door invoering van kwaliteitsbevordering. Hiermee zal terdege rekening moeten worden gehouden. Dit betekent dat kwaliteitsactiviteiten zo goed mogelijk in het normale werk moeten worden ingebouwd. Nagegaan moet worden hoeveel extra tijd de invoering van een bepaalde

kwaliteitsverbeterende activiteit precies kost. Dit gegeven kan vervolgens een rol spelen in onderhandelingen met verzekeraars over contracten en vergoedingen. Andere knelpunten in de voorwaardelijke sfeer zijn meer van organisatorische aard: gebreken in de organisatie van de praktijk, de nascholing en toetsing of de huisartsengroep. Naarmate huisartsen meer organisatorische knelpunten ervaren, voeren zij feitelijk minder kwaliteitsactiviteiten uit; verbetering van diverse organisatiestructuren verdient dus aandacht. Huisartsen lijken in het algemeen te voelen voor het inpassen van kwaliteitsbevordering in intercollegiale leeractiviteiten, bijvoorbeeld in de huisartsengroep of in de groepspraktijk. Dit geldt zowel voor het invoeren van NHG-standaarden als voor het volgen van nascholing op basis van toetsing. Aan de andere kant valt te overwegen sommige kwaliteitsactiviteiten niet in de waarneemgroep c.q. huisartsengroep te laten plaatsvinden, omdat de onderlinge zakelijke afhankelijkheid het ontstaan van een open sfeer soms kan belemmeren.

De resultaten van dit onderzoek worden gebruikt bij het ontwikkelen van onderwijsmateriaal op het terrein van kwaliteitsbevordering. Het biedt daarnaast veel aanknopingspunten voor de LHV en het NHG voor de verdere implementatie van kwaliteitsactiviteiten in de huisartsgeneeskunde.

Het hier beschreven onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van WVC.

Voor een uitvoeriger verslag kan contact worden opgenomen met mw M. van der Veeke, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, tel. 043-8822 99.

drs M. Wensing,

prof.dr R. Grol en

drs V. Dubois,

respectievelijk medisch socioloog, hoogle-
raar huisartsgeneeskunde en ex-coördinator
beroepsopleiding

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde KUN/RL,

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuni-
versiteit Limburg

Literatuur

1. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker J. Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. NHG/WONCA European Working Party on Quality in Family Practice 1993.
2. Vervolgconferentie 'Kwaliteit van zorg' te Leidschendam: Van uitspraken naar afspraken. Utrecht: KNMG, 1990.
3. Tielens VCL. Het Nederlands Huisartsen Genootschap en kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1989; 44: 748.
4. Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality Assurance for Family Doctors. Report of the WONCA Quality Assurance Working Party 1992.

Kwaliteit van huisartsenzorg

Het perspectief van de patiënt

H. Sixma, J.J. Kerssens,
C. van Campen en C. Jakobs

De stelling "Kwalitatief goede zorg is zorg die voldoet aan de eisen van de beroepsgroep" was tot voor kort bijna onomstreden. Hierin komt geleidelijk aan verandering. De positie en daarmee ook de mening van de patiënt als het gaat om kwaliteit van zorg, wint aan belang. Uit een enquête onder de deelnemers aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg over de zorg verleend door huisartsen blijkt, dat de individuele patiënt bovenal serieus wil worden genomen.

PROFESSIELE beroepsbeoefenaren hebben van oudsher in belangrijke mate de inhoud bepaald van de zorg die aan patiënten of cliënten wordt geleverd. Kwalitatief goede zorg stond voor een aanpak in overeenstemming met de normen en waarden van de beroepsgroep en gold met name op die deelterreinen waar de beroepsbeoefenaar bij uitstek (en soms bij uitsluiting) deskundig is. Aan deze situatie, met de patiënt in de rol van toeschouwer of lijdend voorwerp, komt (op papier) een eind met de kwaliteitsconferenties van Leidschendam.¹ Het kwaliteitsbeleid zou vanaf dat moment niet langer gericht moeten zijn op *zorg die goed is voor de gebruiker*, maar zou door (of samen met) de gebruiker moeten worden vastgesteld, waarbij kwaliteitssystemen en kwaliteitscriteria een belangrijke rol gaan spelen.

Bijna vier jaar na de Leidschendam-conferenties geldt een wisselend beeld.² Hoewel kwaliteitssystemen op ruime schaal worden ingevoerd, lijken patiënten in dit proces nog geen rol van betekenis te spelen.³ De patiëntenbeweging zelf is, conform de afspraken, gekomen met een programma gericht op de ontwikkeling kwaliteitscriteria voor beroepsmatig uitgevoerde diensten op het terrein van de gezondheidszorg.^{4,5} Van dit programma zijn 16 projecten, waaronder één project gericht

op huisartsen en maatschappelijk werkers,⁶⁻⁸ geheel of gedeeltelijk uitgevoerd.⁹

Doelstelling

Voortbouwend op Post en Hinskens,¹⁰ beschouwen we zorg waarbij hetgeen in de praktijk is verleend in overeenstemming is met de verwachtingen van de patiënt, als kwalitatief goede zorg. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van nauwkeurig omschreven criteria. De vraag of er vanuit het patiëntenperspectief sprake is van kwalitatief goede zorg, kan echter pas worden beantwoord nadat kwaliteitscriteria zijn vastgesteld en het relatieve belang van elk criterium is vastgesteld. Patiënten zullen, net als zorgverleners en financiers, aan sommige criteria een zwaarder gewicht toekennen dan aan andere. Kennis van het gewicht dat aan de verschillende criteria worden toegekend, maakt het voor de beroepsgroep mogelijk het beleid te richten op juist die punten die door patiënten belangrijk worden gevonden.

Daarmee zijn we aangekomen bij de doelstelling van dit artikel, namelijk het vinden van een antwoord op de vraag: welke aspecten, verbonden aan het werken van de huisarts, vinden patiënten belangrijk of juist onbelangrijk.

Het onderzoek

Ten behoeve van het onderzoek is een beroep gedaan op de deelnemers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een samenwerkingsverband van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) en de Consumentenbond. Het panel komt voort uit een aselechte steekproef uit de Nederlandse bevolking, bestaat uit 1.514 gezinnen en is representatief voor de huishoudens in Nederland als het gaat om leeftijd, geslacht en ziektekostenverzekering van de deelnemers. Eind november 1992 is, in het kader van een van de raadgevingen van het Consumentenpanel, een schriftelijke vragenlijst verstuurd die door 1.145 is ingevuld; een respons van bijna 76%.


Centraal onderdeel van de vragenlijst vormde een lijst met uitspraken over de

zorg die wordt verleend door medisch specialisten, fysiotherapeuten en apothekers en huisartsen. Beperken we ons tot huisartsen, dan gaat het in totaal om 38 uitspraken of aspecten, afgeleid uit de studies verricht in het kader van het NP/CF-programma 'Met het oog op kwaliteit'. Bij elke uitspraak kon de respondent op een 4-puntsschaal aangeven welk belang aan de betreffende uitspraak werd gehecht (antwoordcategorieën: 'van groot belang', 'van belang', 'van weinig belang', 'van geen belang' en 'geen mening'). De concrete uitspraken zijn door ons ingedeeld in meer abstracte kwaliteitscriteria of dimensies van kwaliteit, in de terminologie van het rapport van de Raad voor gezondheidsonderzoek.¹¹

Omdat we vooral geïnteresseerd zijn in de meningen van ervaringsdeskundigen, beperken we ons tot het weergeven van de oordelen van 960 respondenten. Dit zijn de personen die in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek ten minste éénmaal contact hebben gehad met de huisarts. Voor de resultaten geldt dat, gegeven de steekproefgrootte van bijna 1.000 personen, verschillen van meer dan 5% als betekenisvol kunnen worden opgevat ($p < 0,05$).

Resultaten

Een gangbare uitkomst van tevredenheidsonderzoek onder gebruikers van zorgvoorzieningen is dat bijna iedereen altijd 'tevreden' of 'zeer tevreden' is.¹² Ook voor het belang dat door patiënten wordt toegekend aan de verschillende aspecten verbonden aan het werk van de huisarts is dit deels het geval. Hoewel het uitzonderlijk is als een uitspraak door meer dan 15% van de respondenten als zijnde 'van geen belang' wordt gekwalificeerd - zo'n uitzondering is 'een goede bereikbaarheid van de praktijk met het openbaar vervoer' - blijken patiënten wel degelijk een onderscheid te maken bij hun oordeel of een aspect 'van groot belang' of 'van belang' is; de *tabel* laat dit zien.

Aspecten waaraan door meer dan 30% het predikaat 'van weinig of geen belang' wordt toegekend zijn: het informeren over de mogelijkheid van een klachtenpro- 

Tabel 1. Het belang van 38 aspecten van de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg naar het oordeel van 960 gebruikers, in percentages.

aspecten van kwaliteit	van groot belang	van belang	van weinig belang	van geen belang	rang- nummer
In hoeverre is het van belang dat ...					
informatie					
Uw huisarts u openheid geeft over de diagnose van uw ziekte	82,4	17,2	0,2	0,2	1
Uw huisarts vertelt wat u kunt verwachten t.a.v. het verloop van de ziekte	72,6	26,2	1,1	0,1	5
Uw huisarts duidelijk is over voor- en nadelen van een bepaalde behandeling	67,3	31,5	1,3	-	6
Uw huisarts uitleg geeft over het doel van de behandeling	56,2	43,1	0,7	-	13
U goed geïnformeerd wordt over de specialist waarnaar uw huisarts u verwijst	34,1	57,0	8,5	0,3	27
Uw huisarts u informeert over de mogelijkheid van een klachtenprocedure	7,8	50,8	34,0	5,0	37
Uw huisarts een informatiefolder heeft over de organisatie van de praktijk	4,0	37,2	48,1	8,9	38
bejegening					
Uw huisarts u serieus neemt	81,3	18,1	0,6	-	2
Uw huisarts in begrijpelijke taal spreekt	62,2	36,0	1,6	0,2	9
Uw huisarts voor u een vertrouwenspersoon is	55,9	34,1	8,5	1,3	14
Uw huisarts ervoor zorgt dat u zich op uw gemak voelt	43,9	50,5	5,1	0,3	16
Uw huisarts ingaat op uw angst en uw onzekerheid	42,5	49,9	6,6	0,6	19
Uw huisarts rekening houdt met uw persoonlijk omstandigheden	38,0	55,3	6,0	0,3	24
U met uw huisarts kunt praten over problemen die niet direct met uw ziekte in verband staan	29,8	45,2	21,2	3,2	28
Uw huisarts altijd vriendelijk is tegen u	23,1	55,9	18,1	1,8	31/32
deskundigheid					
Uw huisarts op de hoogte is van de laatste medische ontwikkelingen	74,7	24,1	0,9	0,1	4
Uw huisarts nascholingsprogramma's volgt	62,7	33,5	1,9	0,5	8
Uw huisarts efficiënt werkt	42,7	51,9	4,4	0,3	18
Uw huisarts terughoudend is met het voorschrijven van medicijnen	39,0	50,9	7,8	1,1	22
Uw huisarts deskundig is op het gebied van alternatieve geneeswijzen	24,8	46,0	22,2	5,5	30
beschikbaarheid					
Uw huisarts op het spreekuur voor u de tijd neemt	80,1	19,3	0,5	0,1	3
U voor het spreekuur een afspraak kunt maken	38,6	54,8	5,9	0,4	23
U altijd een afspraak kunt maken voor de volgende dag	35,5	55,6	8,0	0,3	25
U hooguit 10 minuten in de wachtkamer moet wachten	23,1	53,2	20,9	2,5	31/32
Uw huisarts ook spreekuur buiten kantooruren houdt	21,8	41,9	27,2	6,9	33
continuïteit					
U steeds bij dezelfde huisarts terecht kunt	63,0	31,7	4,7	0,6	7
Uw huisarts de waarneming goed regelt	58,3	40,0	1,3	0,1	12
Uw huisarts de verschillende soorten hulp die u krijgt op elkaar afstemt	35,4	58,2	5,1	0,5	26
Uw huisarts u bezoekt mocht u in het ziekenhuis komen te liggen	9,4	45,9	36,5	5,7	33
bereikbaarheid					
U de praktijk telefonisch makkelijk kunt bereiken	61,2	37,9	1,0	-	10
U 's nachts en in het weekend de praktijk telefonisch kunt bereiken	60,2	35,9	3,7	0,1	11
Uw huisarts in uw eigen buurt is gevestigd	41,9	42,6	13,3	2,2	21
U de praktijk met het openbaar vervoer makkelijk kunt bereiken	18,0	39,8	25,5	15,8	34
Er bij de praktijk voldoende parkeerruimte is	8,2	44,8	32,6	12,3	36
autonomie					
Uw huisarts met u overlegt over de keuze tussen verschillende behandelingen	52,0	44,1	3,6	0,3	15
Uw huisarts uw eigen inbreng als patiënt waardeert	42,8	52,7	3,8	0,2	17
Uw huisarts uw toestemming vraagt voor de behandeling	42,3	50,3	6,9	0,3	20
U altijd een andere huisarts kunt kiezen als u dat zou willen	27,9	49,6	15,6	5,8	29

cedure, de beschikbaarheid van een informatiefolder over de organisatie van de praktijk, het beschikbaar zijn van een spreekuur buiten kantooruren, een bezoek van de huisarts bij opname in het ziekenhuis, voldoende parkeerruimte bij de praktijk en de reeds aangehaalde be-

reikbaarheid van de met het openbaar vervoer.

Opvallend is, dat over het geheel genomen geen van de zeven dimensies er echt uitspringt voor wat betreft het belangrijk of juist relatief onbelangrijk vinden van alle afzonderlijke aspecten. Elke dimensie

bevat naar het oordeel van de patiënt zowel belangrijke als wat minder belangrijke zaken. Proberen we toch een onderscheid aan te brengen tussen de dimensies door te kijken naar de top-tien van uitspraken die door de meeste personen als 'van groot belang' worden bestempeld, dan

geldt voor de dimensie 'autonomie' dat geen van de hierin opgenomen aspecten in deze top-tien zijn terug te vinden. De dimensie met de meeste aspecten in de top tien naar belangrijkheid betreft 'informatieverstrekking door de huisarts aan de patiënt', gevolgd door 'bejegening' en 'deskundigheid'.

De lijst uitspraken waaraan patiënten het meeste belang hechten wordt aangevoerd door 'openheid van de huisarts over de diagnose van een ziekte'. De opvatting dat dit onderdeel van de bredere dimensie 'informatieverstrekking' van groot belang is, wordt door ruim 82% van alle respondenten onderschreven. Andere uitspraken die door meer dan 80% van de respondenten worden beoordeeld als zijnde van groot belang zijn: de wens serieus te worden genomen door de huisarts (dimensie: bejegening) en de wens dat de huisarts

omstandigheden. We hebben ons daarbij beperkt tot aspecten die betrekking hebben op het werk van de huisarts, en alleen die oordelen in afweging betrokken van personen die recent met de huisarts te maken hebben gehad. Ondanks deze beperkingen is er toch een aantal interessante conclusies te trekken.

Patiënten willen door hun huisarts bovenal serieus worden genomen. Dat geldt zowel met betrekking tot de aard van de klacht, waarbij openheid wordt verlangd ten aanzien van de diagnose, het verloop van de ziekte of aandoening en de voor- en nadelen die mogelijk zijn verbonden aan de te volgen behandeling(en). Een kwalitatief goede huisarts is vooral een eerlijke en open huisarts, die in begrijpelijke taal uitlegt wat er aan de hand is. Een goede huisarts is bovendien iemand die, naar de mening van de patiënt, op de

Betekent dit nu dat een huisarts met weinig 'plussen' en veel 'minnen' op de belangrijke aspecten per definitie een slechte huisarts is? In de ogen van de doorsnee-patiënt waarschijnlijk wel, waarbij het de vraag is of zo'n gemiddelde patiënt wel bestaat. Immers, één van de belangrijkste conclusies van onderzoek naar de tevredenheid van patiënten met de huisarts is, dat ontevredenheid tot nu toe moeilijk herleidbaar is tot specifieke huisarts- of patiëntkenmerken. Waar de ene patiënt de voorkeur geeft aan een kort en zakelijk consult, vraagt de andere patiënt om een uitgebreid, gloedvol betoog en een meer empathische houding van de huisarts. Aangezien de rol van kameleon niet voor elke huisarts is weggelegd, zullen de meeste huisartsen en patiënten moeten leren leven met een situatie die niet altijd en onder alle omstandigheden voor iederen optimaal is. •

Een gangbare uitkomst van tevredenheidsonderzoek onder gebruikers van zorgvoorzieningen is dat bijna iedereen altijd 'tevreden' of 'zeer tevreden' is

op het spreekuur de tijd neemt voor de patiënt (dimensie: beschikbaarheid). Tussen de 60 en 80 procent 'van groot belang' scoren openheid over hetgeen de patiënt kan verwachten over het verloop van de ziekte (72,6%), duidelijkheid over voor- en nadelen van een bepaalde behandeling (67,3%), het spreken in begrijpelijke taal (62,2%), het op de hoogte zijn van de laatste medische ontwikkelingen (4,7%) en het volgen van nascholingsprogramma's (62,7%), het steeds bij dezelfde huisarts terecht kunnen (63,0%) en de bereikbaarheid van de praktijk per telefoon (ruim 60%).

Uitspraken die door relatief veel patiënten niet of weinig belangrijk worden gevonden hebben betrekking op informatie over klachtenprocedures, een informatiefolder over de organisatie van de praktijk, deskundigheid op het terrein van alternatieve geneeswijzen, spreekuren buiten de kantooruren, een bezoek van de huisarts als de patiënt in het ziekenhuis ligt, de bereikbaarheid van de praktijkruimte met het openbaar vervoer en de aanwezigheid van voldoende parkeerruimte bij de praktijk.

Conclusies en beschouwing

Elk, en dus ook dit onderzoek heeft zijn beperkingen. Vanuit één perspectief (dat van de patiënt) en via een beperkt aantal criteria (voor de huisarts: 38 aspecten) is aan respondenten gevraagd een oordeel te geven over wat men belangrijk vindt aan de wijze waarop professionele zorgverleners inhoud geven aan hun werk en werk-

hoogte is van nieuwe medische ontwikkelingen en nascholingsprogramma's volgt. Kortom, een huisarts die duidelijk laat blijken niet stil te willen staan in het vak. Een kwalitatief goede huisarts is tenslotte een huisarts die qua praktijkorganisatie de zaken goed heeft georganiseerd en daarbij patiënten zo weinig mogelijk confronteert met een waarnemend arts.

Wellicht opvallender dan de aspecten die door patiënten worden voorzien van het stempel 'van groot belang' zijn de aspecten die minder belangrijk worden gevonden. Voor een deel gaat het hierbij om zaken die voor de gemiddelde patiënt wellicht als vanzelfsprekend of als bekend worden ervaren. Voorbeelden hiervan zijn: het maken van een afspraak voor de volgende dag, informatie over de medisch specialist naar wie wordt verwezen, een informatiefolder over de organisatie van de praktijk of voldoende parkeerruimte bij de praktijk. Voor andere, minder belangrijke aspecten geldt dat het waarschijnlijk gaat om situaties waarmee men als patiënt normaliter niet snel te maken krijgt en die dus minder goed herkenbaar zijn. Daarbij kan men denken aan: informatie over klachtenprocedures, bezoek bij opname in het ziekenhuis, bereikbaarheid met het openbaar vervoer of het op eigen verzoek wisselen van huisarts. Tenslotte zal hier gelden dat niet elk aspect, zoals 'het bij de huisarts terecht kunnen met niet-medische problemen', direct wordt geassocieerd met de huisarts en op grond hiervan niet als zijnde erg belangrijk worden beoordeeld.

drs H. Sixma,

dr J.J. Kerssens,

dr C. van Campen,
onderzoekers, Nederlands instituut voor
onderzoek van de eerstelijnsgezond-
heidszorg (Nivel)

C. Jakobs,
onderzoeker, Consumentenbond

Literatuur

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Afspraken over kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, 1990.
2. Casparie AF. Vier jaar na de kwaliteitsconferenties. Medisch Contact 1994; 49: 9-10.
3. Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteits-systemen in uitvoering. Utrecht: Nivel, 1994.
4. Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LP/CF). Met het oog op kwaliteit. Utrecht, 1991.
5. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF). Met het oog op kwaliteit 2: voortgang. Utrecht, 1992.
6. Groen B, Willemse N, Rijkschroeff RAL. Op zoek naar kwaliteitscriteria van de eerstelijnszorg vanuit het patiëntenperspectief. Utrecht: LODEP, 1990.
7. Oudenampsen DG, Rijkschroeff RAL, Venne L van der. Kwaliteitscriteria van de eerste lijn en kwaliteitsbevordering door decentrale patiëntenplatforms. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut, 1993.
8. Oudenampsen DG, Rijkschroeff RAL. De kwaliteit van de huisartsenzorg in Den Haag vanuit het patiëntenperspectief. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut, 1993.
9. Kleingeld P. Met het oog op kwaliteit; de activiteiten van patiënten/consumentenorganisaties: voortgang en vooruitzichten. Kwaliteit in Beeld 1993; 4: 1-3.
10. Post D, Hinskens PJM. Klagen over de huisarts; een klachtenbureau geëvalueerd. Medisch Contact 1994; 49: 195-6.
11. Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO). Advies kwaliteit van zorg: Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: RGO, 1993.
12. Campen C van, Friele RD, Kerssens JJ. Methods for assessing patient satisfaction with primary care; review and annotated bibliography. Utrecht: Nivel, 1992.

Inkomensontwikkeling van Nederlandse huisartsen

Een vergelijking met de collegae in het buitenland

D.M.J. Delnoij

Evenals in andere Westeuropese landen is het inkomen van de Nederlandse huisartsen de laatste decennia fors gedaald. De toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking is één van de oorzaken: de spoeling wordt dunner.

HET GEMIDDELDE INKOMEN van de Nederlandse huisarts is sinds 1975 met bijna 40% gedaald: artikelen met deze strekking stonden in de week van 22 mei in diverse landelijke en regionale dagbladen.¹ In huisartsenkringen was de reactie: hoe kan dat en waarom hebben wij daar niets van gemerkt?

Berekening en uitgangspunten

Het Nivel verzamelde gegevens over gemiddelde inkomens van huisartsen ten behoeve van opname in het databestand 'OECD Health Data'. De te verzamelen gegevens moesten aan een aantal voorwaarden voldoen: ze moesten bij voorkeur de periode 1960-1990 bestrijken en voor ieder van de onderzochte landen diende één tijdreeks te worden geconstrueerd, representatief voor het gemiddelde inkomen van huisartsen in dat land. Inkomen is gedefinieerd als: jaarlijkse omzet uit de huisartspraktijk min praktijkkosten en vóór aftrek van belastingen en (pensioen)premies. Inkomen van apotheekhoudende huisartsen uit de geneesmiddelenverstreking is daarom buiten beschouwing gelaten.

Er werden gegevens verzameld over Finland, Zweden, Denemarken, Engeland, Nederland, (West-)Duitsland, België en Frankrijk.

De aard van de gegevens verschilt per land: Zweedse gegevens hebben betrekking op het gemiddelde salaris van full-time werkende huisartsen in loondienst, andere cijfers zijn gebaseerd op periodieke peilingen van inkomen (Finland) of van omzet en praktijkkosten (Denemarken, Duitsland) onder representatieve steekproeven van huisartsen; Belgische gege-

vens zijn gebaseerd op belastingaangiften en Franse gegevens op ziekenfondscijfers (die daar bijna 100% van de omzet weergeven). Voor Engelse huisartsen werden cijfers aangeleverd over het gemiddelde norminkomen per huisarts. Dit norminkomen is niet gekoppeld aan een normpraktijkomvang, maar betreft het inkomen dat de gemiddelde huisarts in een bepaald jaar zou moeten verdienen. De werkelijke gemiddelde inkomens wijken hier nauwelijks van af.

Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen is geschat met behulp van een aantal gegevens. Uitgangspunt was, dat de cijfers vergelijkbaar dienden te zijn met de inkomensgegevens van buitenlandse huisartsen. De tijdreeks moest zo mogelijk de periode 1960-1990 beslaan en betrekking hebben op het *gemiddelde* jaarlijkse inkomen van huisartsen, waarbij inkomen gedefinieerd is als: omzet min praktijkkosten voor aftrek van belastingen en premies.

Deze voorwaarden impliceerden een aantal fundamentele keuzen. Zo was er weinig discussie mogelijk over de vraag welke eenheid als 'huisarts' zou worden aangemerkt. Het is in principe mogelijk een tijdreeks op te stellen voor een 'norm-huisarts' (een huisarts in een normpraktijk) of voor een 'full-time equivalent (FTE) huisarts'. Het probleem bij dit laatste is echter het ontbreken van een definitie van full-time en part-time voor huisartsen (is het criterium: praktijkgrootte, aantal dagen of aantal uren per week waarop wordt gewerkt?). Er zijn dan ook geen exacte gegevens over de ontwikkeling van part-time werken onder huisartsen. De Nivel-huisartsenregistratie kan slechts een indicatie geven: van huisartsen die zich nieuw vestigden, ging in 1975 nog 92% 40 uur of meer per week werken, in 1980 deed 85% dit en in 1985 en 1990 nog maar 70%. Het uitdrukken van inkomen per FTE zou bovendien de vergelijkbaarheid met de gemiddelde inkomens van huisartsen in de overige landen niet ten goede komen. Die gegevens (met uitzondering van Zweden) hebben namelijk betrekking op fysieke personen, 'hoofden' zo men wil, die full-time of part-time werkzaam zijn als huis-

arts. De tijdreeks voor Nederlandse huisartsen is daarom gebaseerd op het gemiddelde inkomen per huisarts in de zin van een persoon en niet per norm-huisarts of FTE.

Omdat de tijdreeks de periode 1960-1990 diende te beslaan, kunnen de omzet en de praktijkkosten van Nederlandse huisartsen niet worden ontleend aan incidenteel uitgevoerd onderzoek (bijvoorbeeld van de Economische Controledienst); noodgedwongen zijn daarom ruwere indicatoren gebruikt.

De ziekenfondsomzet is berekend door het gemiddeld aantal ziekenfondspatiënten per huisarts in een bepaald jaar te vermenigvuldigen met het geldende abonnementsstarief, rekening houdend met de kostenknik.

Moeilijker was de schatting van de omzet uit de particuliere praktijk. Gegevens over verrichtingen zijn slechts voor incidentele jaren bekend,² terwijl in statistieken van particuliere verzekeraars gegevens ontbreken over patiënten die niet voor de huisarts zijn verzekerd en over eigen risico's. Daarom is ervan uitgegaan dat de gemiddelde omzet per particuliere patiënt gelijk is aan die per ziekenfondspatiënt, aansluitend bij de officiële rekenmethode.³ Er bestaan echter aanwijzingen dat daarmee voor het midden van de jaren tachtig de gemiddelde omzet van huisartsen uit de particuliere praktijk wordt overschat.²

Om ten slotte tot een gemiddelde inkomen te komen, moeten praktijkkosten van de omzet worden afgetrokken. Omdat over de werkelijke praktijkkosten weinig bekend is, zeker waar het gaat om de periode 1960-1990, zijn als indicatie hiervoor de normpraktijkkosten gebruikt.⁴ Overigens, omdat inkomen is gedefinieerd als 'omzet min praktijkkosten, maar vóór aftrek van belasting en premies' zijn pensioenpremies bij het inkomensdeel gerekend. Deze premies lagen in het midden van de jaren zeventig aanzienlijk hoger dan in 1990 en slokten een groter deel van het bruto-inkomen van de huisartsen op.

Resultaten

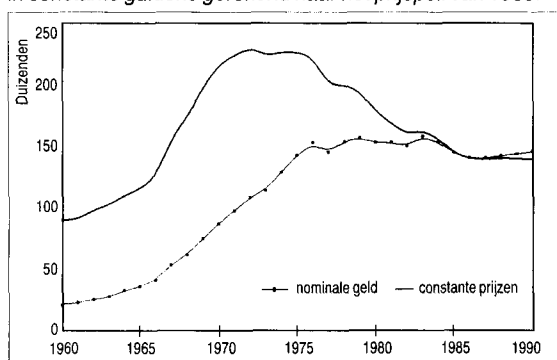
In de *figuur* is de ontwikkeling van het

gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen (in nominale en constante guldens) weergegeven tussen 1960 en 1990. Gerekend naar het prijspeil van 1985 is dit inkomen sterk gestegen in de periode 1966-1972 (na het conflict met de ziekenfondsen); het verkeerde tussen 1972 en 1976 op de top en sinds 1976 is het fors gedaald. Vanaf 1985 is er sprake van een

een ziekenfondspatiënt. Om diezelfde reden is de proportie ziekenfondsverzekerden (die is veranderd ten gevolge van de kleine stelselwijziging in 1986) niet van invloed op de gegevens die in de figuur zijn weergegeven.

Blijft over de ontwikkeling van de praktijkgrootte en de prijsontwikkeling, die het inkomen beïnvloedt via de tarieven en via de normpraktijkkosten. Deze factoren hebben inderdaad invloed gehad op de daling van het gemiddelde inkomen. Ten eerste is het gemiddeld aantal patiënten per huisarts met bijna 20% gedaald van 2.828 in 1975 naar 2.290 in 1990. Een deel van deze praktijkverkleining is overigens het gevolg van bewuste keuzen in het kader van het beleid ter versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook in de andere onderzochte landen vormde de toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking een verklaring voor

Figuur. Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisartsen tussen 1960 en 1990, uitgedrukt in nominale guldens en in constante guldens gerekend naar het prijspeil van 1985.



stabilisatie. In cijfers: het gemiddelde huisartseninkomen (in constante guldens) was het hoogst in 1972 met ongeveer f 230.000,-; het dieptepunt werd bereikt in 1987 met een gemiddeld inkomen van ongeveer f 138.000,- per huisarts: een daling van 40%. Deze daling kan worden gezien in een bredere context. Zo loopt de achteruitgang in de pas met de algemene trend tot de denivellering die sinds de jaren zeventig is opgetreden.² Ook het achterblijven van de inkomens van ambtenaren ten opzichte van de particuliere sector speelt een rol: het norminkomen was immers lange tijd gekoppeld aan de ambtenarensalarissen.

De inkomens van artsen in alle OECD-landen zijn achteruit gegaan in vergelijking tot de gemiddelde inkomens van werknemers.^{5,6} Huisartsen in de acht voor de OECD onderzochte landen vormen daarop geen uitzondering, met uitzondering van Engeland (zie tabel). De daling in Nederland is echter het meest dramatisch geweest.

Waarvoor is die daling nu veroorzaakt? IJsbrandy noemt vijf factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van het inkomen van Nederlandse huisartsen:⁷ de ontwikkeling van de praktijkgrootte, van de proportie ziekenfondsverzekerden in de bevolking, van de prijzen, en van de inkomsten per particuliere patiënt en per ziekenfondspatiënt. Het onderscheid in inkomsten per ziekenfonds- en particuliere patiënt is, hoewel in werkelijkheid uiteraard van invloed op het inkomen, voor de hier gepresenteerde gegevens niet relevant: de inkomsten per particuliere patiënt zijn immers gelijk gesteld aan die van

de inkomensdaling.⁸ De tweede verklaring is, dat het abonnementstarief met 5% is gedaald tussen 1975 en 1990 (gerekend naar het prijspeil van 1985 van f 108,- naar f 103,-). Tot slot zijn de normpraktijkkosten gestegen: in constante guldens van ongeveer f 67.000,- in 1975 naar f 99.000,- in 1990. Het aandeel van praktijkkosten in de omzet is daarmee toegenomen van 23% tot 42%, hetgeen plausibel is: praktijkkosten nemen immers niet evenredig toe met de praktijkgrootte.

Discussie

Het gemiddelde inkomen van Nederlandse huisarts is sinds midden jaren zeventig fors gedaald, evenals dat van huisartsen in andere Westeuropese landen. Net als in Nederland speelt ook daar de toename van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking een rol: de spoeling wordt dunner.

Individuele huisartsen hebben daar waarschijnlijk echter weinig van gemerkt. Het gaat immers om een daling van het gemiddelde inkomen, grotendeels veroorzaakt door een daling van de gemiddelde praktijkgrootte. Die gemiddelden zeggen weinig over het verloop van de carrière van een individuele huisarts. Een huisarts die in 1975 3.000 patiënten had, kan in 1990 nog steeds 3.000 patiënten hebben, waardoor zijn omzet vrijwel gelijk is gebleven. Alleen indien hun individuele praktijkkosten sterk zijn toegenomen, hebben huisartsen een inkomensachteruitgang ervaren, maar nogmaals: over de werkelijke praktijkkosten van individuele huisartsen is weinig bekend. Het is natuurlijk wel zo, dat huisartsen die in de periode 1975-1990

Tabel. Gemiddeld inkomen van huisartsen in acht landen in 1975 en 1990, uitgedrukt in constante prijzen (naar het prijspeil van 1985) en de procentuele verandering in het inkomen tussen 1975 en 1990.

land (valuta)	gemiddeld inkomen in constante prijzen in:		procentuele verandering '75-'90
	1975	1990	
Engeland (UK£)	24,061	25,516	+ 6
Frankrijk (FFR)	347,637	282,169	-19
Finland (FM)	251,163	201,701	-20
Zweden (SK)	357,946	258,790	-28
Duitsland (DM)	193,586	135,765	-30
België (BFR)	1,792,310	1,235,509	-31
Denemarken (DK)	617,289	404,788	-34
Nederland (NFL)	224,517	137,884	-39

een praktijk zijn begonnen, minder patiënten en dus een lagere omzet hadden. Met name in het geval van solopraktijken impliceert dat bovendien verhoudingsgewijs hogere praktijkkosten.

De tendens dat nieuwkomers lagere inkomens hebben, wordt niet alleen bij huisartsen waargenomen. Sinds de jaren zeventig zijn jonge, pas afgestudeerde onderzoekers in steeds lagere salarisschalen terechtgekomen.⁹ Dit heeft ongetwijfeld geleid tot een daling van het gemiddelde inkomen van onderzoekers, terwijl veel individuele onderzoekers desalniettemin in de loop van hun carrière meer zijn gaan verdienen. *

mw dr D.M.J. Delnoij,

Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel)

Noten

1. Bijvoorbeeld: Kleinere praktijken doen inkomen huisartsen fors dalen, Algemeen Dagblad 24 mei 1994; Inkomen huisartsen blijft fors gedaald, Het Parool 24 mei 1994; Inkomen huisartsen 40 procent omlaag, Haarlems Dagblad 24 mei 1994.

2. Vergelijk: Hogenhuis RJA. De ontwikkeling van het huisartseninkomen sinds de tweede wereldoorlog. Medisch Contact 1987; 42 (23): 719-21.

3. Sinds 1966 worden tarieven berekend volgens het principe dat een ziekenfondspatiënt evenveel inkomen oplevert als een particuliere patiënt.

4. Normpraktijkkosten worden pas sinds 1967 structureel in de onderhandelingen gehanteerd. De tijdreeks voor 1960 tot 1976 is gebaseerd op IJsbrandy (C.M. IJsbrandy). De inkomensontwikkeling van huisartsen 1947-1976. De voordelen van een vrij beroep, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, (1979), die voor de periode tot 1967 praktijkkosten extrapoleerde uit enquêtegegevens uit 1952.

5. Poullier JP. Levels and trends in the public-private mix of the industrialized countries' health systems. In: Culyer AJ, Jönsson B, eds. Public & Private Health Services: Complementaries and Conflicts. Oxford: Blackwell, 1986: 11-40.

6. Sandier S. Health Services Utilization and Physician Income Trends. Health Care Financing Review 1989; Annual Supplement: 33-48.

7. IJsbrandy CM. Vestigingsbeleid en inkomen. In: P.P. Groenewegen, red. Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht: NHI, 1981.

8. Delnoij DMJ. Physician Payment Systems and Cost Control. Proefschrift. Utrecht: Nivel, 1994.

9. Vergelijk: Becker H. Generaties en hun kansen. Amsterdam: Meulenhoff, 1992: 11-2.

GELETTERD

D.M.J. Delnoij. Physician Payment Systems and Cost Control.

Proefschrift. Nivel, Utrecht 1994. 174 blz.
ISBN 90-6905-245-8.

HET PROEFSCHRIFT van mevrouw Delnoij, waarop zij op 25 mei 1994 promoveerde, behandelt een actueel thema: de honoreringssystemen van artsen. Zij plaatst dit thema bovendien in het brede perspectief van de kostenbeheersing op micro- en macroniveau. Het is een goed - ook internationaal - gedocumenteerd en helder geschreven proefschrift. De ontwikkelingen en problemen in onze gezondheidszorg staan immers niet op zich, maar kennen ook internationale overeenkomsten.

De vraagstelling luidt: Hoe dient de medische zorgverlening (institutioneel) te worden gestructureerd om te komen tot efficiëntie op microniveau en kostenbeheersing op macroniveau? De verbinding tussen micro- (uitvoering van de zorgverlening) en macroniveau (algemeen overheidsbeleid) kan op verschillende manieren worden gelegd en is sterk afhankelijk van de keuzes over de inrichting van de maatschappij. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld liggen die anders dan in Nederland; maatschappelijke normen als 'solidariteit' en 'toegankelijkheid' leven in ons land sterker dan daar. Competitieve elementen, individualisering en marktgedrag spelen in het gezondheidszorgsysteem van de Verenigde Staten een veel grotere rol dan bij ons.

In hoofdstuk 2 wordt het institutionele, wetgevende kader geschetst met betrekking tot het honoreringssysteem van huisartsen en specialisten. Ten aanzien van de internationale vergelijkende cijfers had naar mijn mening iets meer aandacht mogen worden geschonken aan de grote verschillen in het zorgpakket dat achter de kostencijfers zit. Zo is in de cijfers van Denemarken een groot gedeelte van de ouderenzorg (met name de kosten van verpleeghuizen) niet opgenomen, omdat deze rechtstreeks door de lagere overheden wordt betaald.

Een ander aspect betreft de analyse van het VPA-model voor de honorering van medisch specialisten. Hiermee wordt beoogd een verbinding te leggen tussen het micro- en macroniveau. Een nadere analyse van de effecten van een dergelijk beleidsinstrument in de context van de centrale vraagstelling van dit proefschrift was interessant geweest. Overigens wordt in het volgende hoofdstuk aangegeven, dat een accent wordt gelegd op de huisartsenhonoreringssystematiek. Men moet - terecht - een keuze maken, immers, het onderwerp is zeer breed. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksvraag

uitgewerkt in enkele helder geformuleerde hypothesen en wordt een theoretisch kader ontwikkeld ter toetsing van de hypothesen. In hoofdstuk 4 wordt - door middel van een literatuurstudie - met name ingegaan op de vraag in hoeverre het honoreringssysteem invloed heeft op het gedrag van artsen. Geconcludeerd wordt - onder andere aan de hand van studies van Evans - dat bijvoorbeeld een 'fee for service'-systeem, een abonnementensysteem of een vast salaris geen effect hebben op het gedrag van artsen voor zover dat binnen professionele standaarden, criteria en protocollen verantwoord wordt geacht. Dit is naar mijn mening een belangrijke conclusie voor de huidige politieke discussie.

In hoofdstuk 5 wordt onderzocht in hoeverre er overeenstemming is binnen de huisartsengroep over de effecten van bepaalde verrichtingen op verwijzingscijfers naar specialisten, en in welke mate er sprake is van substitutie-effecten tussen huisartsen en specialisten. De onderzoeksresultaten zijn vrij diffuus. Op sommige onderdelen worden veel significante resultaten gevonden.

In hoofdstuk 6 worden de resultaten beschreven van twee experimenten: 'Leiden/Alphen' betreft een verandering in het honoreringssysteem van huisartsen en 'Emmen' een programma voor deskundigheidsbevordering, protocollering en samenwerking. In 'Emmen' worden iets duidelijkere effecten waargenomen dan in 'Leiden/Alphen'. Is dit een indicatie dat voor huisartsen de professionele afspraken en standaarden een belangrijker impact hebben dan het honoreringssysteem zelf? En in hoeverre is dit ook van toepassing op de medisch specialisten? Dit zijn in mijn ogen bijzonder belangrijke onderzoeksvragen in de context van de concrete vraagstelling van dit proefschrift.

In hoofdstuk 7 wordt de relatie onderzocht tussen verschillen in honoreringssystemen en het effect op het makrocostenniveau. Zoals wordt aangegeven in het proefschrift, is het moeilijk dit effect te isoleren, omdat veel andere effecten mogelijk nog wel belangrijker zijn voor de makrocostenontwikkeling dan de honoreringssystemen voor artsen.

In hoofdstuk 8 wordt een internationale vergelijking gemaakt van de inkomensontwikkeling van huisartsen. Een van de belangrijkste factoren voor de inkomensontwikkeling is de huisartsendichtheid (aantal inwoners per huisarts). Een grotere praktijkomvang leidt tot een hoger inkomen. Een internationale vergelijking naar de factoren die achter de verschillen in de inkomensontwikkeling zitten is moeilijk; de vergelijkbaarheid van systemen, definities en data vereist veel werk.

Wel wil ik nog specifiek wijzen op de conclusie met betrekking tot de inkomensontwik-

keling van huisartsen in Nederland van 1975 tot en met 1991. Er worden in een reeks opeenvolgende tabellen nogal wat standaardiseringen gemaakt die niet altijd goed te volgen zijn. In tabel 8.5 leidt dit tot de conclusie, dat de inkomens van huisartsen tussen 1975 en 1990 in reële termen met 40% zijn gedaald. Ik vraag mij af - met de auteur in stelling 7 van haar proefschrift - hoe dit heeft kunnen gebeuren zonder grote protesten van de huisartsenorganisaties. Ik denk dat het signaleren van de afwezigheid van grote protestacties door de huisartsen voor de onderzoeker eerder een aansporing had kunnen zijn de gegevens en de achterliggende factoren verder te analyseren, in plaats van zich af te vragen wat er allemaal op de agenda's van de huisartsenorganisaties heeft gestaan.

In hoofdstuk 9 worden de conclusies weergegeven en wordt nagegaan welke gevolgtrekkingen hieraan kunnen worden verbonden om de verbinding tussen doelstellingen op micro- en macroniveau te maken. Zoals de auteur zelf ook aangeeft, leiden de onderzoeksresultaten niet tot een eenduidige conclusie. Dit kan ook moeilijk in een situatie waarin niet echt is geëxperimenteerd met andere honoreringssystemen in Nederland. Ten aanzien van de internationale vergelijkingen is reeds gewezen op de moeilijkheid om tot effectmeting te komen vanwege institutionele verschillen, definitie- en data-problemen. Het is dan ook zeer belangrijk met internationaal vergelijkend onderzoek verder te gaan. De 'internationalisering' zal ook in de gezondheidszorg toenemen, niet zo zeer in verschuivingen van patiëntenstromen, maar wel in informatie-uitwisseling, communicatie, expertsystemen, medische technologie en assessment, opleidingen, enz.

In haar proefschrift komt mevrouw Delnoij tot de aanbeveling specialisten verantwoordelijk te maken voor budgetten op bijvoorbeeld het ziekenhuisniveau. Dit punt kan ik volmondig onderschrijven. In opdracht van LSV en NVZ heeft een commissie hiervoor een 'model' ontwikkeld, alsmede de experimenten geëntameerd met betrekking tot managementparticipatie van specialisten in algemene ziekenhuizen. Als betrokkene bij deze experimenten vanuit het NZI wil ik wijzen op de publikaties omtrent de ervaringen die hiermee reeds zijn opgedaan. Daarnaast wil ik in dit verband wijzen op de op stapel staande regionale experimenten met specialistenhonoraria, alsmede de voorstellen van de commissie-Biesheuvel.

Het proefschrift van mevrouw Delnoij kan voor de verdere discussie op dit gebied belangrijke informatie aandragen. •

prof. dr A.P.W.P. van Montfort,
directeur NZI, hoogleraar BMG, Rotterdam

De weg van een huisarts

Een terugblik

J.H. Varekamp

In 1973 zette ik mijn eerste schreden op het pad van de huisartsge-neeskunde door te gaan assisteren in een plattelandspraktijk. Anderhalf jaar later vestigde ik mij als huisarts. Nu kijk ik terug op mijn weg als huisarts in de afgelopen twintig jaar.

IN 1985 LAS ik 'The way of the physician' van de Amerikaanse filosoof Jacob Needleman. Het is een verzameling brieven die Needleman schrijft aan de huisarts uit zijn kindertijd. Door dit boek kwamen herinneringen boven die ik pas recent kon plaatsen: de tijd dat ik ongeveer acht jaar was. Ik was ziek en moest een injectie krijgen. Daarvan is mij vooral bijgebleven, dat de dokter zich ervan bewust was dat ze mij pijn moest doen en dat dit haar ook pijn deed. En dat ze deze pijn accepteerde, waardoor het mij ook mogelijk werd de pijn van de injectie te accepteren. Hiermee heb ik iets ervaren van het mysterie van heling. Dat had niets te maken met de injectie op zich, maar met haar houding naar mij toe. Zulke herinneringen ben ik lang kwijt geweest, net als de herinneringen uit mijn begintijd als huisarts, toen ik vol verwachting mijn eerste schreden zette op 'the way of the physician'.

Ik herinner mij de ontmoeting met een jonge vrouw tijdens een waarneming in een plattelandspraktijk. Zij had zich van alles en iedereen afgesloten. Vanuit werkelijke benieuwdheid en betrokkenheid kreeg ik echt contact met haar en werd het haar mogelijk iets te vertellen over haar tot op die dag voortdurende incestervaringen. Nu zie ik, dat ik haar helingsproces een stukje op gang heb geholpen uit absolute naïviteit. Ik wist niet wat te doen, wel wat te laten. Om de een of andere reden heb ik deze ervaring diep weggestopt. Waarom deed ik mijn eigen innerlijk geweld aan door wat ik ervaren had weg te stoppen? Was het omdat het 'gemakkelijker' was, minder pijnlijk, dan de emotionele spanning van het ervaren van schoonheid en diepe pijn tegelijkertijd? Maar wat deed ik

daarmee met mijzelf? Wat gebeurde er met mijn verlangen deelgenoot te zijn in het mysterie van heling?

Daarna ben ik gaan investeren in het oogsten van waardering van patiënten en collega's, wat me wonderwel lukte. Het gaf een gevoel van zekerheid. Die zekerheid voelde 'prettig', maar ik begon mijn onbevankelijkheid, mijn benieuwdheid kwijt te raken. Ik dacht dat ik overal een antwoord op diende te weten. Het kwam niet meer in me op samen met de patiënt naar een mogelijk antwoord te zoeken. Zekerheid leek hoe dan ook in stand te moeten worden gehouden, zowel in mijn houding naar de patiënt toe als naar collega's en naar mijzelf. Was dit nog 'prettig'?

Ik hield een vaag gevoel van 'iets missen', wat ik interpreteerde als een gebrek aan zekerheid. Als reactie daarop breidde ik mijn concrete kennis en vaardigheden uit. Voor mij bestond er geen wezenlijk verschil tussen somatische en psychologische kennis. Ik ging nascholingsactiviteiten doen, waarmee ik hoopte de antwoorden te vinden waarnaar ik zocht. Maar na een tijdje was er dan toch weer de onrust, het onbehagen. Het echte antwoord vond ik niet en de gesprekken met collega's bleven oppervlakkig. Waarheen wilde mijn onrust mij leiden?

Macht en onmacht

De nascholingsactiviteiten hebben voor het opdoen van kennis hun waarde gehad. Maar ik ontwikkelde vooral methoden en procedures waardoor ik minder last leerde hebben van wat ik in mijn contacten met patiënten en collega's tegenkwam.


Bij patiënten bleef ik het gevoel houden dat ik ze vaak niets wezenlijks kon bieden, niets waar ze iets aan hadden. Ik was kwaad op de patiënten en op mezelf als ik niet bij machte bleek hen tevreden te stellen. Als collega's vertelden we elkaar 'stoere verhalen', waaruit moest blijken hoe zeer je de situatie toch maar in de hand kon houden. We hielden ons groot voor elkaar. Kennelijk was ik niet de enige die op zekerheid uit was. Je zou dit onmacht kunnen noemen. Het (grotendeels onbewuste) achterliggende denkbeeld daarbij is, dat we steeds macht over de situatie

moeten hebben en dat die macht besloten ligt in het beheersen van regels, technische vaardigheden en procedures. Deze houding heeft wel consequenties: ik moet mij niet alleen zelf aan regels en 'afspraken' houden, maar leg ze ook op aan patiënten. Ik kan geïrriteerd raken of boos worden op wie zich niet aan de regels, de normen of de consensus houdt. Dit speelde vooral tijdens diensten. Ik had een soort bolwerk gecreëerd dat ik ten koste van alles in stand moest houden. Diende dit bolwerk om mij te beschermen voor een dreiging van buiten of wilde ik me kunnen afsluiten voor wat zich van binnen uit aandiende?

In zekere zin ontwikkelde ik een vorm van fundamentalisme. In 'Zorg voor de ziel' definieert Thomas Moore 'fundamentalisme' als: een verweer tegen de boven-tonen van het leven, de rijkdom en het polytheïsme van de verbeelding.

Nu ervaar ik hoe er door regelgeving, procedures, takenpakketten en standaarden steeds minder ruimte lijkt over te blijven voor de 'boventonen' van het leven. Procedures en standaarden zijn op zich niet verkeerd, maar brengen wel het gevaar mee een 'voorziening' te worden. Het gevaar is ook aanwezig dat ik mij als een 'voorziening' ga gedragen en dat ik door de regels en procedures te volgen ook dingen ga missen.

Een bejaarde vrouw laat me tijdens een dienst komen in verband met pijn op de borst. Met mijn 'medische deskundigheid' kan ik geen alarmsignalen vaststellen. Ik laat haar thuis. Anderhalf uur later is zij overleden aan een acute hartstilstand.

Op het moment dat ik deze vrouw bezocht, was ik te weinig ontvankelijk voor de 'boventonen van het leven'. Ik had niet gemerkt dat "de dood al in de kamer was", zoals haar eigen huisarts later zei. Had ik dat wel gemerkt, dan was de afloop misschien niet anders geweest, maar had ik wel echt als arts aanwezig kunnen zijn. Dit soort schokken, waarbij ik schuld en schaamte ervaarde, heb ik nodig gehad om weer verbinding te kunnen leggen met mijn eigen verlangen echt aanwezig te kunnen en te willen zijn voor de patiënt. *Een man van zeventig met strottehoofd-* 

kanker zag ik twee jaar lang regelmatig, waarbij ik steeds vond dat deze bezoeken volkomen nutteloos waren. Hij bleef zich met grote vasthoudendheid onderwerpen aan alle ingrijpende medische behandelingen, vooral om er voor zijn vrouw te kunnen zijn. Toen zij het uiteindelijk niet meer aankon en hem dit kon vertellen, overleed hij een uur later. Bij het condoleancebezoek ontmoette ik de twee zoons; zij waren in tegenstelling tot hun vader, die ik altijd als zeer depressief had ervaren, open en vrij. In een gesprek met zijn vrouw werd me duidelijk hoe haar man, die uit een zeer streng gereformeerd milieu kwam, zijn kinderen voor de verstikkende invloed daarvan had willen behouden en dit alleen had kunnen doen door een groot deel van zijn leven te zwijgen over wat er in hem omging. Toen ik dit tot mij liet doordringen was ik diep geraakt. De moeizame en pijnlijke worsteling met zijn ziekte kwam daardoor in een heel andere context te staan.

Om een mij onbekende reden besloot ik zijn verhaal op te schrijven. Hierdoor kon ik de verbinding met mijn innerlijk weer meer leggen en ook waarderen. Het bolwerk werd minder nodig. Ik raakte weer in staat contact te maken met patiënten, weer te kunnen leren uit de arts-patiëntrelatie, en weer de schoonheid van het vak te zien.

Hij was een man van zeventig met een lever vol metastasen, waarvoor verdere behandeling niet mogelijk was. Aan mij de taak om hem te gaan vertellen hoe het er voorstond. Toen ik bij hem thuis kwam, zaten in de kamer de patiënt zelf, zijn vrouw en een van hun zoons met zijn vrouw. Ik vertelde hem dat er in zijn lever uitzaaiingen geconstateerd waren.

"Wat nu dokter?", vroeg hij mij, "kan ik nog beter worden?" Ik antwoordde hem dat er

vanuit de medische techniek geen behandeling meer voor handen was. Het werd stil in de kamer. Na een tijdje pakte hij de hand van zijn vrouw, keek haar aan en zei: "Nu zullen we veel kracht nodig hebben..." Bij mijn bezoeken daarna viel mij vooral de waardigheid op waarmee hij zijn lot aanvaarde. Van deze man heb ik geleerd wat het betekent van binnenuit leiding te nemen over wat zich aandient in de werkelijkheid. Om dit te kunnen moet je als mens verbinding hebben met je innerlijk. En als huisarts kan je er alleen maar van leren als je zelf ook verbinding hebt met je innerlijk.

Leiding van binnenuit

In de loop van twintig jaar ben ik langzaam maar zeker serieus gaan nemen dat ik arts ben geworden om mensen te helpen bij het bevorderen van hun gezondheid; ik ben gaan ontdekken wat dat inhoudt en wat dat vraagt. Gezondheid is niet: afwezigheid van ziekte. Gezondheid is niet vanzelf aanwezig als alle oorzaken van ziekte weggenomen of voorkómen zijn. Gezondheid en ziekte kunnen naast elkaar bestaan. De man over wie ik sprak, was ernstig ziek, stervend, maar hij ging daar op een heel gezonde manier mee om. Hij deed dat van binnen uit.

Patiënten hebben als ze bij de arts komen veelal geen verbinding met die innerlijke autoriteit en zijn er vooral op uit geen last te hebben van symptomen en klachten. Wanneer ik als arts daarin meega gebeurt er wat anders dan wanneer ik samen met de patiënt onderzoek wat hij echt wil met betrekking tot zijn gezondheid.

Een 81-jarige man ligt al een week op bed omdat hij gevallen is, zonder dat hem iets ernstigs mankeert. Zijn vrouw en zijn dochter zijn boos en radeloos en eisen van mij dat er allerlei vormen van hulp in het ge-

weer komen. Zelf wil hij eigenlijk niets meer dan opgenomen worden of 'een spuitje'. Door mijn innerlijk 'nee' was ik in staat hem een keuze voor te houden: het opgeven of letterlijk en figuurlijk gaan staan en nog iets van zijn leven maken. Zonder tot een 'oplossing' gekomen te zijn vertrek ik weer. Zes dagen later hoor ik dat hij uit bed is, buiten wandelt, helpt in de huishouding enz.

Tevoren had ik geen idee welke keuze hij zou maken en of hij een keuze zou maken, maar dat was niet de essentie. Waar het mij om ging was hem aan te spreken op zijn gezonde kant - zijn wilskant. Niet op het niet-willende slachtofferaspect van zijn persoonlijkheid. Dit was ook in het belang van mijn gezondheid. Meegaan in het zoeken naar oplossingen waarbij de patiënt niets meer hoeft, is slecht voor de gezondheid van patiënt en arts.

De gezondheid van artsen is mij steeds meer gaan boeien. Door het bevorderen en ontwikkelen van mijn eigen gezondheid, in de zin van 'bewustzijn', 'vitaliteit' en 'autonomie', is mijn werk als huisarts steeds boeiender en rijker geworden. Door mij open te stellen voor de patiënt is ook mijn medische kennis vrijer beschikbaar en kan ik nu vaker een juiste diagnose stellen. De afgelopen jaren heb ik geleerd een houding te ontwikkelen van waaruit ik me vrijer voel om de patiënt werkelijk de vraag te kunnen stellen: "Wat kan ik voor u doen?" •

J.H. Varekamp,
huisarts te Rotterdam

Literatuur

Jacob Needleman. The way of the physician. San Francisco: Harper & Row, 1985.

Thomas Moore. Zorg voor de ziel. Cothen: Servire uitgevers bv, 1993 (vertaling).

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

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe,
psychotherapeute
Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Luntenen,
tel. 08387-2141

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

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

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

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregelselaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

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

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

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/
070-3559547



Stelselwijziging

Gezamenlijke toekomstvisie onmisbaar

Th.M.G. van Berkestijn

Wanneer binnen de regio geen goede samenhang en samenwerking tussen de diverse voorzieningen wordt gerealiseerd, zal elk nieuw stelsel dezelfde grote fouten vertonen van alle voorgaande stelsels.

HET LIJKT EROP dat in de lange geschiedenis van de stelselwijziging een keerpunt is bereikt en wel om een heel paradoxale reden: er gebeurt heel weinig nieuws. Het regeerakkoord heeft ons verblijd met de aankondiging dat er geen nieuwe blauwdruk komt en ook de nieuwe minister van Volksgezondheid heeft aangekondigd dat er geen plan-Borst zal komen. Er is weliswaar nieuwe wetgeving aangekondigd op het terrein van de stelselwijziging, maar zoals het er nu uit ziet, lijkt die voort te borduren op de sterke punten van de plannen-Dekker en Simons. Tegelijkertijd wordt een aantal zwakke punten uit de stelselwijziging zoals die tot nu toe is ingevoerd teruggedraaid naar de oude situatie. Op enkele essentiële onderdelen is de stellingname minder duidelijk, bijvoorbeeld met betrekking tot de regio als basaal ordeningsprincipe voor de gezondheidszorg.

Het nieuwe kabinet heeft aangekondigd dat het wil mikken op realiseerbare doelen op korte termijn. Het rapport van de commissie-Biesheuvel en het standpunt daarover van het vorige kabinet zullen beleidsuitgangspunt vormen en met de resultaten van het Platform Curatieve Zorg zal rekening worden gehouden.

Als het kabinet het echt meent te streven naar haalbare doelstellingen op korte termijn, zal het de laatste stellingname om moeten keren. Dat wil zeggen, dat het als uitgangspunt voor een toekomstig beleid de resultaten van het Platform Curatieve Zorg zal hanteren en daarbij rekening houden met hetgeen door de commissie-Biesheuvel is gezegd.

Voorgeschiedenis

Nog even in het kort de voorgeschiede-

nis. Deze wordt gekenmerkt door ambitieuze en grote plannen die met elkaar gemeen hebben dat zij geen van alle zijn afgemaakt en dat de bedenkers ervan het toneel van de gezondheidszorgpolitiek verlieten vóórdat er iets was gerealiseerd. Om te beginnen de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks, die gebaseerd was op drie pijlers, neergelegd in de formule: volume x prijs = kosten. De wetgeving met betrekking tot het volume kwam maar half af: alleen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen haalde de eindstreep, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is nooit tot implementatie gekomen. De Wet Tarieven Gezondheidszorg is wel operationeel geworden en de derde poot, te weten een wet die een samenhangend stelsel van verzekeringen moest regelen, is helemaal nooit van de grond gekomen. Eind jaren tachtig kwam het plan-Dekker. Dit plan haalde het niet, omdat het de ongelijkheid in de gezondheidszorg zou doen toenemen. Wel is een aantal positieve elementen eruit in de stelselwijziging van Simons meegenomen, die ook in de nabije toekomst een belangrijke rol blijven spelen. Ik doel hiermee met name op het wegwerken van ongelijkheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Het plan-Simons is vooral door de inkomenspolitieke gevolgen ervan gestagneerd. Het parlement stelde een commissie in, de commissie-Willems, die moest nagaan wat de oorzaken waren van alle stagnatie in het verleden. Uit de rapportage van de commissie blijkt, dat alle betrokken partijen een deel van de verantwoordelijkheid dragen voor de inconsistentie in het tot nu toe gevoerde beleid. Dat geldt zowel voor de politiek als voor het veld van de gezondheidszorg.

Het voortijdige vertrek van staatssecretaris Simons en minister d'Ancona zorgde voor een politieke windstilte in de gezondheidszorg. Hierdoor ontstond enerzijds een goed klimaat voor het Platform Curatieve Zorg hetwelk door Simons werd ingesteld om te bestuderen wat er van de ideeën van Biesheuvel haalbaar is en wat niet; anderzijds werd echter de vrees gevoed dat er weer een totaal nieuwe be-

windspersoon zou komen met een nieuw plan.

Dat zowel het regeerakkoord als de nieuwe minister zou hebben gekozen voor een realistische insteek en liever met kleine ingrepen grote resultaten willen bereiken stemt hoopvol. Wat zijn de plannen van het nieuwe kabinet?

Regeerakkoord

Het regeerakkoord heeft als leidraad: "Het herijken van de verhouding tussen gemeenschappelijke regelingen en eigen verantwoordelijkheid. Deze gedachte sluit aan bij de grotere zelfstandigheid van mensen in gewijzigde culturele en maatschappelijke verhoudingen. Zo kan een nieuw evenwicht groeien tussen de behoefte aan bescherming en de noodzaak van dynamiek." Met andere woorden: het kabinet sluit aan bij een in het verleden ingezette trend van een terugtrekkende overheid die veel verantwoordelijkheid legt bij de burgers en bij de maatschappelijke organisaties. Met betrekking tot de volksgezondheid wordt gesteld dat niettemin "... een nauwkeurig bestuurlijk wetgevend kader ter uitvoering van het daarin beschreven beleid in de komende periode niet kan worden gemist..... Het hele wetgevende traject dat daarvoor nodig is zal in 1998 tot de beoogde eindsituatie moeten leiden..... en heel zorgvuldig naar het veld van aanbieders, verzekeraars, patiënten en premiebetalers worden uitgevoerd."

De bijlage bij het regeerakkoord met betrekking tot de volksgezondheid bevat vijf paragrafen: de uitgangspunten, de aanbodzijde, de vraagzijde, de verzekeringen en de inhoud van het basispakket. Met betrekking tot de uitgangspunten wordt erkend dat onze gezondheidszorg ook internationaal een goed figuur slaat, zowel wat betreft de kwaliteit als wat betreft de kostenbeheersing. Niettemin moeten beide aspecten scherp in de gaten worden gehouden en geëvalueerd. Erkend wordt dat er ruimte moet zijn voor volumegroei. Met betrekking tot de aanbodzijde onderschrijft het kabinet de hoofdlijnen van de commissie-Biesheuvel. Een, zij het gedereguleerde, Wet Ziekenhuisvoor-

zieningen blijft van kracht, waardoor de planning van intramurale voorzieningen en de topklinische zorg een taak blijft van de overheid. Maximumtarieven en contracteervrijheid blijven gehandhaafd; een systeem van kostprijstarieven wordt nagestreefd. Er zal een actief anti-kartelbeleid met betrekking tot aanbieders en verzekeraars worden gevoerd en cliënt-gebonden budgetten zullen worden gestimuleerd. Regionale samenwerking in de aanbodplanning en uitvoering van voorzieningen wordt noodzakelijk geacht. Met betrekking tot de vraagzijde gaat de AWBZ weer terug naar de onverzekerbare risico's. De overige onderdelen gaan terug naar de verplichte ziektekostenverzekering, behalve de substitutie gevoelige zorgvormen voor ouderenzorg. De premie wordt inkomensafhankelijk; de budgettaire ruimte wordt bepaald door het FOZ. Met betrekking tot de verzekeringen komt er een zogenoemde Convergentie Wet. Deze wet beoogt het tot stand komen van een situatie waarin het pakket voor ziekenfondsverzekerden en voor particulier verzekerden naar elkaar toegroeien en het verplichte deel ervan op den duur gelijk wordt; bovendien moeten de wijzen van premieheffing geleidelijk naar elkaar toegroeien. Voorlopig wordt voor beide verzekeringsvormen gestreefd naar een eigen risico van f 200,-. Ook voor de particuliere verzekeraars bestaat een acceptatieplicht voor het basispakket. Het basispakket zal worden getrechterd volgens Dunning. De positie van de huisarts, met name de poortwachterspositie, zal worden versterkt; het gebruik van standaarden en protocollen wordt gestimuleerd. Verzekeraars worden gebudgetteerd voor het basispakket. Wat niet verzekerd is ingevolge de AWBZ en de verplichte basisverzekering kan in het aanvullende pakket worden verzekerd en valt buiten het FOZ.

Betekenis en rol beroepsgroep

De betekenis van en de rol voor de beroepsgroep artsen liggen vooral op drie terreinen:

- het uitwerken van de voorstellen van het Platform Curatieve Zorg;
- het trechteren van het basispakket volgens Dunning;
- het mede vorm geven aan een regionaal samenhangend aanbod van voorzieningen.

ad a. In de kolommen van dit blad is en zal nog veel aandacht worden besteed aan de uitkomsten van het Platform Curatieve Zorg. In een artikel over de stelselwijziging hoort het eigenlijk niet thuis, zij het dat de wijze waarop het Platform invulling geeft aan de gemaakte afspra-

ken van grote invloed kan zijn op de wijze waarop de overheid nadere wetgeving noodzakelijk acht. Een aantal activiteiten is al door de beroepsverenigingen en de KNMG gestart.

ad b. Een van de belangrijke issues in alle discussies over de gezondheidszorg is: hoe moet een basispakket van noodzakelijke zorg eruit zien? Wat is werkelijk noodzakelijke geneeskunde, wat is medische dienstverlening die uit een aanvullend pakket kan worden betaald en wat hoort helemaal niet in de gezondheidszorg thuis? Met betrekking tot deze keuzekwesties is het rapport-Dunning het toonaangevende stuk. De vraag wie de keuzen uiteindelijk moet maken, is niet op te lossen door zwart-witdenken. Het is noch een eenzijdige actie van overheid, politiek en financiers noch een eenzijdige actie van de aanbieders. Er is op dit moment brede consensus over het feit dat de professionals in de gezondheidszorg het best in staat zijn op basis van inhoudelijke argumenten criteria, zoals werk-

fieke aanbiedingen op elkaar moeten zijn afgestemd en aangepast aan de specifieke eisen die de regio stelt. Dat gaat van de intramurale en semi-murale voorzieningen, tot thuiszorg, transmurale zorg, ziekenvervoer en andere terreinen, afhankelijk van de regionale situatie.

Samenhangende visie

Een toekomstvisie op langere termijn is onmisbaar om te voorkomen dat de continuïteit in de kwaliteit van de zorg wordt aangetast. Daarom ook zal de totale beroepsgroep zich op regionaal niveau in KNMG-verband moeten organiseren en liefst in goed overleg met andere aanbieders van zorg in de regio moeten komen tot een samenhangende visie met betrekking tot het zorgaanbod. Dat zal niet lukken als iedere groepering binnen de gezondheidszorg en de artsenwereld geïsoleerd haar eigen visie daarop heeft en haar eigen plannen ontwikkelt en per voorziening of activiteit apart afspraken maakt met verzekeraars. Voor wat de medische beroepsgroep betreft zullen niet alleen

De totale beroepsgroep moet zich op regionaal niveau in KNMG-verband organiseren

zaamheid en doelmatigheid, voor het noodzakelijke gezondheidszorgaanbod te beschrijven en daarbij ook aan te geven hoe dat aanbod op doelmatige wijze kan worden verstrekt. Binnen KNMG en beroepsverenigingen wordt hieraan reeds gewerkt. De uiteindelijke beslissing over de omvang van het basispakket is een politieke zaak.

ad c. Naar de mening van de KNMG en de beroepsverenigingen is de regio het niveau waarop de gezondheidszorg moet worden geordend, anders komt van geen enkele poging tot een samenhangend stelsel iets terecht. Wanneer binnen de regio geen goede samenhang en samenwerking tussen de diverse voorzieningen wordt gerealiseerd, zal elk nieuw stelsel de grote fouten hebben van alle voorgaande stelsels: de verkeerde patiënt op het verkeerde bed, geen behoorlijke doorstroming van de ene voorziening naar de andere. Kortom: het 'zorg op maat'-principe kunnen wij dan rustig vergeten. Zoals gezegd, moet de beroepsgroep op landelijk niveau actief zijn met het beschrijven van criteria voor het zorgaanbod, doch ook op het niveau van de regio zullen het de aanbieders van zorg zijn die inzichtelijk moeten maken wat zij te bieden hebben, hoe de verschillende speci-

huisartsen en specialisten, maar ook verpleeghuisartsen, artsen verbonden aan Riagg's, artsen verbonden aan GGD's en ambulancediensten gezamenlijk moeten proberen in kaart te brengen wat de behoefte is aan samenhang en samenwerking op dit moment en voor de langere termijn deze visies van tijd tot tijd moeten bijstellen. Daarbij is uiteraard goed overleg met de andere aanbieders van zorg en zorgverzekeraars alsmede wellicht met de regionale overheden van belang. Het is van het allergrootste belang dat de beroepsgroep in z'n totaliteit, dus in KNMG-verband, zich zo spoedig mogelijk op regionaal niveau gaat organiseren. Het opzetten van een goede regionale KNMG-infrastructuur is noodzakelijk. Doen wij dit niet, dan zullen anderen, te weten de ziekenhuisvoorzieningen en zorgverzekeraars gezamenlijk de dienst uitmaken en dicteren hoe de regionale samenwerking eruit moet zien. Zeker, het gezamenlijk ontwerpen van zo'n regiovisie kost tijd, energie en geld. Maar het levert ook veel op, al is het maar dat de beroepsgroep zelf een dikke vinger in de pap blijft houden met betrekking tot de praktijksituatie van alle dag waarin de arts moet werken. •

Th.M.G. van Berkestijn,
secretaris-generaal der KNMG



Wetgeving stelselherziening ziektekostenverzekering

Stilte voor de storm?

H.E.G.M. Hermans

Wil de stelselherziening de toekomstige bedreigingen kunnen weerstaan, dan moet worden gekozen voor een heldere koers. Daarbij moet eerder worden gedacht aan het treffen van maatregelen binnen de sociale ziektekostenverzekering dan aan het opleggen van voorschriften aan particuliere verzekeraars.

VANAF BEGIN jaren tachtig wordt al gesproken over een stelselherziening ziektekostenverzekering in Nederland. De discussie richtte zich op de invoering van een basispakket met substitutiemogelijkheden en een aanvullend pakket. Centrale doelstellingen waren: kostenbeheersing, verhogen van de doelmatigheid, solidariteit en handhaven of verbeteren van service, kwaliteit en toegankelijkheid.

Om de doelmatigheid te vergroten moest de zorgsector een meer marktconform karakter krijgen; een belangrijk middel daarvoor zou de introductie van (gereguleerde) concurrentie zijn. Elementen hiervan zijn: het loslaten van de bestaande contracteerverplichting voor de ziekenfondsen om in principe elke hulpverlener als medewerker te accepteren, de budgettering van de ziekenfondsen, het invoeren van maximumtarieven en het invoeren van concurrentie tussen verzekeraars door de consument in staat te stellen invloed op prijs en kwaliteit van zorg uit te oefenen.¹ Bovendien zou de basisverzekering stapsgewijs (via de wetgeving) moeten worden ingevoerd.

In 1986 werden de vrijwillige en de bejaardenziekenfondsverzekering opgeheven en kwam de 'kleine stelselwijziging' tot stand. Een gedeelte van deze verzekeringen ging per 1 april 1986 naar de verplichte ziekenfondsverzekering, een ander deel was aangewezen op de particuliere verzekeringsmarkt. Om voor deze laatste groep de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen, werd in hetzelfde jaar de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering ingevoerd. Particuliere ver-

zekeraars werden verplicht bepaalde personen te accepteren op een standaardpakket-polis. De wet schrijft voor wat het standaardpakket inhoudt en wat de maximale premie is.

Grote stelselherziening

De commissie-Dekker bracht in 1987 de echte dynamiek in het proces van de stelselherziening. De uitvoering van het stelsel zou marktgericht worden opgezet om kostenbeheersing te bereiken. Kernelement daarbij was, dat de bestaande schotten tussen de verschillende wettelijke vormen van financiering zouden worden weggenomen; daardoor zou substitutie en doelmatigheid worden bevorderd. Staatssecretaris Simons nam in zijn nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' (het plan-Simons) de belangrijkste uitgangspunten van de commissie-Dekker over.

Het doel was de voorgestelde veranderingen stapsgewijs in te voeren. De eerste fase werd eind 1988 gerealiseerd met de wijziging van Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ziekenfondsen werden qua inkomsten gebudgetteerd, er werd een gedeeltelijk nominale premie in de ziekenfondsverzekering ingevoerd en AWBZ-aanspraken werden uitgebreid met psychiatrie en hulpmiddelen.

Per 1 januari 1992 bracht de tweede fase opnieuw een wijziging van de ZFW en AWBZ. Verstrekkingen werden van de ZFW naar de AWBZ overgeheveld (farmaceutische hulp, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek en revalidatievoorzieningen). Er werd een in functionele termen gesteld zorgpakket in de AWBZ ingevoerd. Er kwamen keuzevrijheid voor verzekerden en een nominale premie in de AWBZ, en de mogelijkheid werd geschapen tot invoering van vrijwillige algemene en specifieke eigen risico's in de AWBZ. Ook de Wet beperking contracteerverplichting ziekenfondsverzekering en invoering van een maximumtarief kwam tot stand.² Deze wet, die zeker voor de beroepsbeoefenaren bijzonder ingrijpend is, voegt drie belangrijke elementen aan de stelselherziening toe: de vrijheid voor zorgverzekeraars overeenkomsten

met vrije beroepsbeoefenaren te sluiten, de invoering van maximumtarieven waardoor prijsconcurrentie mogelijk wordt en het vervallen van de bestaande werkgebieden van de ziekenfondsen waardoor concurrentie om de gunst van verzekeren kan plaatsvinden.

Pas op de plaats?

De wettelijke veranderingen per 1 januari 1992 hebben ingrijpende gevolgen gehad. Bij verzekeraars ontbrandde de concurrentieslag om de gunst van de verzekerden³ en bij aanbieders van zorg werd het onderhandelen over en de inhoud van zorgcontracten een hot item. Zorgverzekeraars en aanbieders van zorg hebben snel op de ontwikkelingen ingespeeld door samenwerkingsverbanden en fusies aan te gaan, afspraken te maken over tarieven en overeen te komen elkaar niet te beconcurreren. Om deze ontwikkelingen tegen te gaan is het mededingingsbeleid steeds belangrijker geworden.

Op het gebied van de verstrekkingen is de stelselherziening echter vastgelopen. Na de voortvarende invoering van de eerste en tweede fase was aanvankelijk het plan ook huisartsenhulp en kraamzorg naar de AWBZ over te hevelen en zouden er functiegerichte omschrijvingen van aanspraken op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, verzorging en verpleging worden ingevoerd. Met succes is van verschillende kanten (de Ziekenfondsraad) voor uitstel gepleit van de verdere invoering van de functiegerichte omschrijving.

Niet alleen vanwege de feitelijke en de zorginhoudelijke ontwikkelingen, maar ook vanwege juridische bezwaren waren de bewindslieden gedwongen pas op de plaats te maken met de voortgang van de stelselwijziging. Zo had de Raad van State fundamentele en ongezoete kritiek op het voornemen van het kabinet het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (BZA)⁴ op te nemen in de AWBZ, onder andere vanwege het tweeslachtige karakter van de omschrijving van de zorgaanspraken. De raad achtte dit vanuit een oogpunt van duidelijkheid in de regelgeving bezwaarlijk. ■

Met het vertrek van Simons was het met de elementen uit het plan-Simons echter niet gedaan. De wettelijke veranderingen van begin jaren negentig hebben hun uitwerking op het veld van de gezondheidszorg niet gemist. Intensievere samenwerking tussen verzekeraars en zorgaanbieders (al dan niet onder druk van de toegenomen marktgerichtheid en concurrentie), het toelaten van nieuwe ziekenfondsen, de opheffing van het vestigingsbeleid voor huisartsen, het invoeren van functionele omschrijvingen, normuitkeringen voor ziekenfondsen en het gedogen van privé-klinieken zijn allemaal tekenen die erop wijzen dat het stelsel grondig is veranderd. Windstilte op wetgevend terrein, feitelijke ontwikkelingen die voor een deel de in gang gezette stelselherziening lijken te dwarsbomen en voor een ander deel niet meer zijn terug te draaien, dat alles maakt nieuwsgierig naar wat beleid en wetgeving voor de toekomst in petto hebben.

Regeerakkoord 1994

Het nieuwe regeerakkoord is voor de volksgezondheid op verschillende punten vaag en algemeen geformuleerd. Zo wordt gesteld, dat het beleid minder gericht is op de einddoelen in de toekomst, maar meer op het treffen van maatregelen met een 'no regret'-karakter. Toch zijn er ook wel enkele concretere zaken in te ontdekken. Allereerst de particuliere ziektekostenverzekering, waarvoor ingrijpende veranderingen op stapel staan. Als middel om deze verandering te realiseren is een Wet op de convergentie aangekondigd. Onder convergentie wordt verstaan: het tot stand brengen van een zelfde pakket voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering en het geleidelijk naar elkaar doen toegroeien van de wijze van premieheffing. Bovendien zou er een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- moeten komen.

Nieuw beleid is, dat de bejaardenoorden naar de AWBZ worden overgeheveld en bepaalde voorzieningen, zoals kunst- en hulpmiddelen, geneesmiddelen en onder bepaalde voorwaarden revalidatie, weer van de AWBZ naar de verplichte ziektekostenverzekering.

Het kabinet streeft naar een verplichte ziektekostenverzekering voor een pakket dat gelijk zou moeten zijn aan dat van de ziekenfondsverzekerden. Daarbij moet de zorg 'noodzakelijk en gepast' zijn. Bovendien wil men een acceptatieplicht invoeren.

Het pakket zal volgens de methode-Dunning (trechter) worden doorgelicht. Dat zal consequenties hebben voor (delen van de) tandheelkundige zorg voor volwassenen, paramedische hulp en het genees-

middelenpakket. Verder zal een aantal wettelijke veranderingen die in het kader van de stelselherziening tot nu toe zijn gerealiseerd, gehandhaafd blijven. Instellingen/aanbieders en verzekeraars zullen rekening moeten houden met een kritisch anti-kartelbeleid (bedoeld zal zijn mededingingsbeleid). Het stelsel van maximumtarieven en contracteervrijheid zal blijven bestaan. Daarmee lijkt het nieuwe kabinet de marktgerichtheid voor de gezondheidszorg nog niet te hebben afgezworen. Te vrezen valt echter, dat de mogelijke gunstige effecten hiervan voor verzekerden (goede kwaliteit, goede prijs en goede dienstverlening) niet zullen optreden als er geen goed systeem van normuitkeringen aan verzekeraars wordt opgezet.⁶

Het Europese struikelblok

Op het eerste gezicht lijkt het nieuwe regeerakkoord weinig spectaculairs te bevatten. Het opvallendst zijn de beperkingen in het AWBZ- en ziekenfondspakket en het eigen risico in de ziekenfondsector. Het is zeer de vraag of men de ingevoerde wettelijke veranderingen weer terug kan draaien. Bovendien zouden de introductie van een algemeen eigen risico en de aantasting van het basispakket nog op tegenstand kunnen rekenen. Eerdere kabinetsvoorstellen in die richting leidden destijds tot hevig maatschappelijk verzet. De tegenwind zou wel eens uit een (althans voor sommigen) vrij onverwachte hoek kunnen komen.

Bedreiging van de kabinetsplannen op grond van Europese wet- en regelgeving is niet nieuw. De gesignaleerde vertraging bij de stelselherziening leidde op 6 juli 1993 bij het vorige kabinet tot de vraag of niet voor een ander invoeringstraject (het convergentiemodel) kon worden gekozen. Ook het nieuwe kabinet zit op deze lijn. De centrale vraag was, hoe de bij wet aan particuliere verzekeraars op te leggen regels zich verhouden tot de regelgeving binnen de Europese Unie. Daarover is het oordeel gevraagd aan de Europese Commissie.

In haar antwoord stelt de Europese Commissie, dat het voor haar niet mogelijk is tot een afgerond oordeel te komen, zolang het kabinet niet een concrete beschrijving van het stelsel kan geven zoals dat er na voltooiing van de stelselwijziging uit moet gaan zien. Bovendien ligt het definitieve oordeel niet bij de Europese Commissie, maar bij het Europese Hof van Justitie. De dreiging van het mislukken van de plannen wordt nog groter als men bedenkt dat de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf (onder andere Richtlijn 92/49/EEG) nauwelijks ruimte geven voor regelgeving aan de particuliere

ziektekostenverzekeringsmarkt. Volgens de uitleg van de vorige staatssecretaris aan deze richtlijnen mogen de lidstaten (en dus ook Nederland) geen overheidsvoorschriften in strijd met de richtlijn vaststellen terzake van acceptatie, premiehoogte en verzekeringsomvang van de particuliere ziektekostenverzekering.⁶ Een uitzondering is in deze twee richtlijnen gemaakt voor particuliere ziektekostenverzekeringen die in de plaats komen van sociale ziektekostenverzekeringen. Dat is bij de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering gebeurd door de totstandkoming van de standaardverzekering die in de plaats is gekomen van de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering. Ten slotte verwacht de Europese Commissie, dat de invoering van een verzekeringsplicht voor verzekerden, een acceptatieplicht voor verzekeringsinstellingen, het waarborgen van niet te hoge premies en het vastleggen van een bepaalde pakketomvang al snel in de richting van een sociale verzekering zullen gaan.⁷ Dat betekent een mogelijke aantasting van de vrije dienstverlening zoals is geregeld in het EG-verdrag. Als de Nederlandse regering wettelijke verplichtingen wil opleggen aan de particuliere verzekeraars, moeten de beperkingen van de vrije dienstverlening aan de verdragsbepalingen worden getoetst. Zeker nu de contouren van het toekomstige stelsel niet duidelijk zijn omschreven, kan vanuit de Europese Commissie en het Hof van Justitie een restrictieve toetsing (is de inbreuk noodzakelijk op grond van dwingende redenen van algemeen belang?) van de stapsgewijze uitvoering van het convergentiemodel worden verwacht. Daarmee is mijns inziens een van de belangrijkste bedreigingen van de stelselherziening voor de toekomst aangegeven. Een reden te meer om te kiezen voor een heldere koers die de stormen kan trotseren. Daarbij moet eerder worden gedacht aan het treffen maatregelen binnen de sociale ziektekostenverzekering dan aan het opleggen van wettelijke voorschriften aan particuliere verzekeraars, waarbij deze halve uitvoeringsorganen dreigen te worden van de sociale zekerheid. Ook moet aan aanbieders van zorg en verzekerden zekerheid worden geboden over de inhoud van het basispakket en welk deel van de zorg naar de aanvullende (particuliere) markt gaat verdwijnen. •

mr dr H.E.G.M. Hermans,

universitair hoofddocent Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is bij de redactie op te vragen.

KNMG-congres 1994

Mannelijke arts/ vrouwelijke arts

Verschillen in conversatiestijl

Ludwien Meeuwesen

In hoeverre speelt het geslacht van de arts een rol in de communicatie met patiënten tijdens het spreekuur? Vrouwelijke huisartsen oriënteren zich meer op de patiënt en hebben meer oog voor psychosociale problematiek dan hun mannelijke collega's. Verslag van een gespreks-analytisch onderzoek.

BIJ VEEL MENSEN leeft de verwachting dat vrouwelijke artsen in communicatief opzicht beter aansluiten bij de hulpvraag van hun patiënten. Is deze verwachting terecht? Uit onderzoek bleek dat er aanwijzingen voor zijn dat vrouwelijke artsen zich gelijkwaardiger opstellen ten opzichte van hun patiënten en dat zij, naast uiteraard goed medisch-technisch handelen, meer belang hechten aan een goede relatie met hen dan hun mannelijke collega's. Ook zouden vrouwen meer oog hebben voor de psychosociale aspecten die bij een klacht een rol kunnen spelen.^{1,2} Tegengestelde resultaten spreken deze hypothesen tegen.³ Belangrijk is echter de constatering dat naar de communicatie van mannelijke en vrouwelijke artsen tijdens het spreekuur tot nu toe nauwelijks onderzoek is gedaan. Niettemin is het een belangrijk onderwerp, vooral nu meer vrouwen de praktijk van de geneeskunde gaan beoefenen.

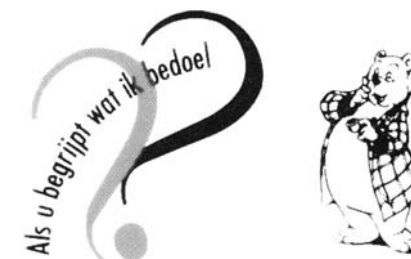
Uit de literatuur komt naar voren dat mannen en vrouwen verschillende communicatie- en interpretatieregels hanteren: vrouwen zouden zich meer richten op de persoon tegen wie zij spreken en verwachten een dergelijke oriëntatie ook van de ander. Ook zouden zij continuïteit in de conversatie meer op prijs stellen, bijvoorbeeld door terug te grijpen op wat eerder is gezegd, of het uiten van herkenning. Verandering van gespreksonderwerp kan op verschillende manieren gebeuren: men kan teruggrijpen naar het vorige onderwerp of dit verder negeren. Bij het hanteren van problemen zouden mannen eerder geneigd zijn met een oplossing klaar

te staan, terwijl vrouwen meer gericht zijn op het analyseren van problemen. Deze verschillen vergroten de kans op misverstanden tussen mannen en vrouwen in gesprek. Samengevat zouden mannen meer taakgericht en vrouwen meer interactioneel gericht zijn. Ook in de medische hulpverlening zouden deze verschillen doorwerken. Zijn vrouwelijke artsen attentiever en minder sturend? Zullen zij conversationele overgangen soepeler realiseren? Zijn mannelijke artsen directiever en sturender?

Methode

Vijfentachtig aselect gekozen op audioband opgenomen medische interviews van tien huisartspraktijken (zes mannelijke en vier vrouwelijke huisartsen) in twee middelgrote steden in Gelderland en Limburg werden onder de loep genomen. De artsen werden geselecteerd via een huisartseninstituut.

Bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen consulteerden de huisarts. De zeven belangrijkste klachten of hulpvragen hadden betrekking op het bewegingsapparaat (rugpijn, spierpijn, schouderklachten), bloeddruk, verkoudheid, psychosociale aspecten (zorgen, angst, in de put, rouwverwerking), buik, huid en anticonceptie. De gesprekken werden letterlijk uitgeschreven en zin voor zin gecodeerd (21.256 analyse-eenheden). De duur van



De onbegrepen taal van de andere sekse

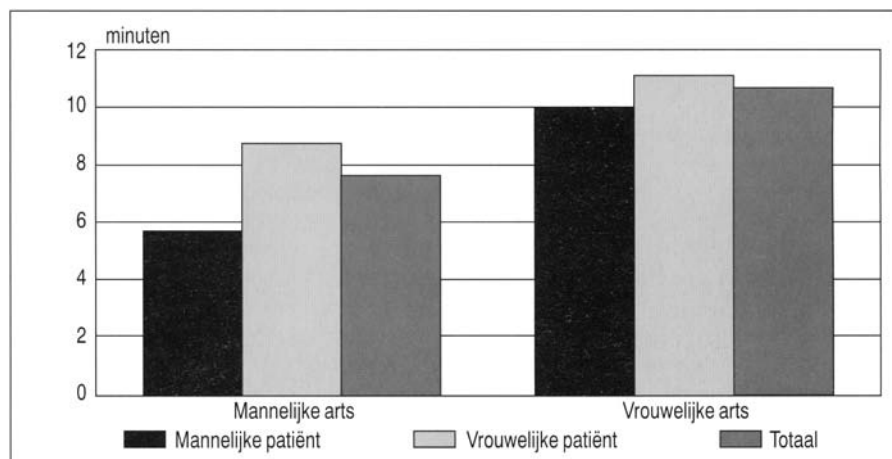
het consult werd gemeten en de relationele aspecten van communicatie werden nagegaan aan de hand van het Verbal Response Mode systeem (VRM) van Stiles,^{5,6} ontworpen voor analyse van *conversationele sturing*. Het systeem bestaat uit acht categorieën: minimale respons, objectieve informatie, subjectieve informatie, vraag, reflectie, (niet) eens zijn, interpretatie en advies. Ook werd genoteerd wanneer men elkaar *onderbrak* in het gesprek.⁷ Tenslotte werd een aantal *gesprekstypen* onderscheiden op grond van de manier waarop het gesprek werd gestructureerd.^{8,9}

Resultaten

De gesprekken *duurden* gemiddeld 9 minuten. De consulten van de vrouwelijke huisartsen duurden langer, ongeacht het geslacht van de patiënt. Mannelijke huisartsen spraken langer met vrouwelijke patiënten dan met mannelijke (*figuur 1*). Bij de mannelijke arts deed de klacht van de patiënt er niet toe, bij de vrouwelijke arts wél: zij besteedde meer tijd aan patiënten met psychosociale klachten dan met lichamelijke klachten.

Terwijl alle artsen het gesprek op strakke wijze leidden, waren mannelijke artsen geneigd meer *sturende* vormen te gebruiken dan vrouwelijke artsen (*tabel*). De categorieën in de tabel zijn hiërarchisch samengesteld. *Minimale responsen*

Figuur 1. Duur medisch interview.



Tabel. Conversationale sturing en 'geslacht arts'.

VRM categorieën	mannelijke vrouwenlijke	
	arts%	arts%
1. minimale respons	26	32
2. objectieve informatie	13	15 *
3. vraag	15	15
4. subjectieve informatie	7	8 *
5. reflectie	5	5
6. (niet) eens zijn	1	1
7. interpretatie	10	6 *
8. advies	18	14 *
onscoorbaar	5	5
*p<0.05		

zijn het minst sturend in relationeel opzicht, terwijl *adviezen* dat het meest zijn. Vrouwelijke artsen gaven doorgaans meer uitleg (objectieve info), mannelijke artsen waren geneigd sneller te interpreteren en te adviseren. Ook maakten vrouwelijke artsen vaker meelevende of structurende opmerkingen.

Artsen en patiënten probeerden elkaar ongeveer evenveel te *onderbreken*, maar bij de artsen lukte dit vaker. Mannelijke en vrouwelijke artsen onderbraken even vaak met succes; wél waren die onderbrekingen kwalitatief verschillend: mannelijke artsen onderbraken vaker door het stellen van een vraag; hun vrouwelijke collega's dit deden door het tonen van begrip of ondersteuning en onderbraken minder vaak op een moment dat de patiënt aarzelde. Op grond van de analyse van gespreksstructurering konden *vier typen* consulten worden onderscheiden: het traditioneel patroon (48,2%); het conflictueus patroon (14,1%); het klaagpatroon (17,7%) en het samenwerkingspatroon (20%).

Bij het *traditioneel* verlopend patroon structureert overwegend de arts het gesprek; deze bepaalt wanneer een volgend

onderwerp werd aangesneden. De onderwerpen werden in chronologische volgorde afgewerkt. Een niet onaanzienlijk aantal gesprekken liet een *conflictueus* patroon zien: terwijl de arts de onderwerpen in chronologische volgorde wilde afwerken, greep de patiënt steeds terug naar een voorgaand onderwerp. Wanneer de arts met conclusies kwam, ging de patiënt opnieuw over de klachten uitweiden; voor de arts was het gesprek eigenlijk al afgerond. Meestal sloot de arts niet aan bij datgene wat de patiënt in de voorafgaande beurt naar voren had gebracht en was er sprake van abrupte overgangen. Patiënten waren vindingrijk in de manieren om de aandacht op zich te vestigen. Zo was er een gesprek waarin elke keer wanneer de arts concludeerde dat de patiënte "...toch gezond genoeg was..." of "...gezonder was dan ze zelf wilde geloven..." of "...dat het allemaal best meeviel..." of "...ja maar het is wel vervelend..." of "...ja maar het is wel lastig..." gevolgd door het presenteren van een volgende klacht. Dit ritueel herhaalde zich in een zelfde gesprek tot acht keer toe. Bij het *klaagpatroon* sluit de arts, in tegenstelling tot het vorige patroon, wél inhoudelijk en relationeel aan bij de voorafgaande beurt van de patiënt, en staat open voor het klagen van de patiënt. Het *samenwerkingspatroon* tenslotte berust vooral op gelijkwaardige inbreng van arts en patiënt en produktieve samenwerking.

Terwijl bij mannelijke artsen het traditionele patroon overheerste, kwam bij vrouwelijke artsen vaker het klaag- of samenwerkingspatroon voor (*figuur 2*). Het conflictueuze patroon was bij vrouwelijke artsen nagenoeg afwezig, het manifesteerde zich meer tussen vrouwelijke patiënten en mannelijke artsen.

De resultaten kunnen worden beschouwd als een bevestiging van de hypothese dat vrouwelijke artsen meer oog hebben voor

inhoudelijke en relationele beurtaansluiting dan hun mannelijke collega's. Voor zover er aanwijzingen waren voor het elkaar misverstaan, was dit vooral bij de dyade mannelijke arts-vrouwelijke patiënt het geval.

Discussie

De resultaten van deze studie laten zien, dat in de context van een sturend en adviserend gesprek als het medisch consult, vrouwelijke artsen zich meer relationeel profileren dan hun mannelijke collega's.⁴ Mannelijke huisartsen sturen het gesprek meer, maar zijn niet geneigd vaker te onderbreken. Wél zijn ze hierin vaker succesvol. Deze resultaten bevestigen de ideeën over seksespecifieke communicatie voor zover die het *hanteren van problemen en verandering van gespreks-onderwerp* betreft.

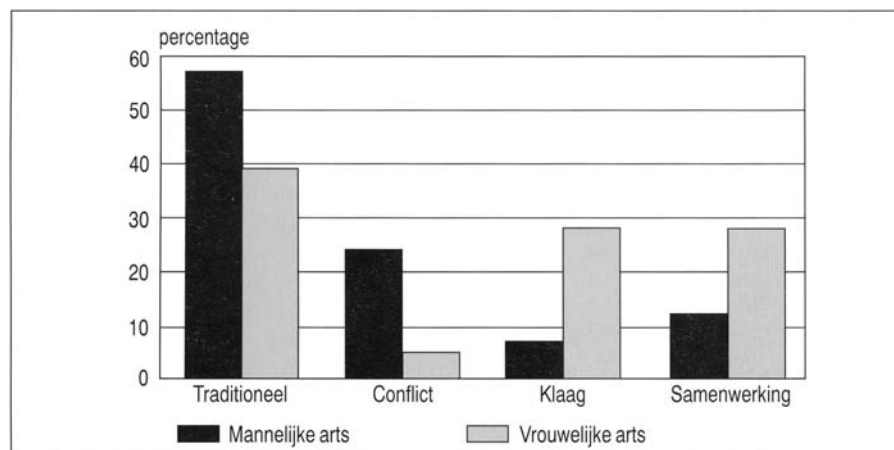
In deze studie lag het accent op een kwalitatieve beschrijving van verschillen; de resultaten lenen zich vanwege het geringe aantal artsen ook niet voor generalisatie. Bovendien is het gebruikte onderzoeksmateriaal ruim tien jaar geleden opgenomen. Desalniettemin wordt een aantal resultaten uit deze studie bevestigd door een omvangrijk onderzoek van het Nivel (N=10.348).¹⁰ Daarin bleken vrouwelijke artsen minder medicatie voor te schrijven en meer naar de noden van de patiënten te luisteren dan hun mannelijke collega's. Helemaal frappant was dat vrouwelijke artsen vaker werden geraadpleegd voor endocriene stoornissen, zwangerschap en sociale problemen, en mannelijke artsen vaker voor klachten van het bewegingsapparaat en de ademhalingsorganen. Niet alleen de manier waarop wordt gepraat, maar ook de inhoud van het gesprek vertoont, voor een deel althans, seksespecifieke kenmerken.

Ondanks dezelfde opleiding blijken de vrouwelijke artsen uit dit onderzoek beter dan hun mannelijke collega's in staat te zijn de voor de arts-patiëntrelatie belangrijke gedragingen in hun huisartsgeneeskundig handelen te integreren. Opvoedings- en socialisatiefactoren lijken hierin een niet onbelangrijke rol te spelen. Het verdient dan ook aanbeveling in de medische opleiding meer aandacht te besteden aan de vraag in hoeverre de eigen huisartsgeneeskundige gespreksvoering wordt bepaald door seksstereotiep gedrag en wat de invloed daarvan is op het hulpverleningsproces. •

dr L. Meeuwesen,
Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemeene Sociale Wetenschappen

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is bij de redactie op te vragen.

Figuur 2. Conversationeel patroon.



Ernstig te kort geschoten bij naleven geheimhoudingsplicht: maatregel van waarschuwing

Uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 3 maart 1994

HET CENTRAAL Medisch Tuchtcollege heeft het volgende overwogen en beslist op het door Z, arts, medisch adviseur, wonende te X ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage van 17 februari 1993, ontvangen door de arts op 4 mei 1993, waarbij hij is onderworpen aan de maatregel van berisping op de klacht van Y, wonende te W, oorspronkelijk klaagster, te noemen klaagster.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van: de beslissing waarvan beroep en de daarin vermelde stukken het proces-verbaal van het verhandelde op de zitting van het College van Eerste Aanleg op 17 februari 1993; het beroepschrift d.d. 24 mei 1993, ingekomen 26 mei 1993; het aanvullend beroepschrift d.d. 19 juli 1993, met bijlagen; het verweerschrift in beroep d.d. 20 augustus 1993, met bijlage; een aanvullende brief namens de arts d.d. 22 november 1993.

2. De mondelinge behandeling heeft plaatsgevonden op donderdag 3 maart 1994. Verschenen zijn de arts, bijgestaan door mw mr V, advocaat te U, klaagster, bijgestaan door mw mr T, advocaat te S, en de door het Centraal College opgeroepen getuige mw Q, arts, werkzaam bij het Centraal Bureau voor de Arbeidsvoorziening te P, wonende te R.

3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. Het College van Eerste Aanleg heeft met betrekking tot de klacht als volgt overwogen:

"Met betrekking tot het eerste onderdeel van de klacht is het College van oordeel dat de arts, indien hij meende in het voor de beroepskeuzeadviseur en de consulente bestemde advies bepaalde medische gegevens aangaande klaagster te moeten vermelden, zich in ieder geval vooraf van klaagsters uitdrukkelijke instemming daarmee had moeten verzekeren. Dit nu heeft hij nagelaten.

"Zonder voorafgaand overleg met klaagster heeft hij door tussenkomst van de medisch administrateur van het arbeidsbureau aan evengenoemde functionarissen zijn advies, waarin melding is gemaakt

van de aard van de ernstige ziekte waaraan klaagster lijdt, ter beschikking gesteld. Bovendien heeft de arts daarbij aangetekend, dat klaagster zelf nog niet van de gestelde diagnose op de hoogte was en heeft hij aan de beroepskeuzeadviseur verzocht bij de bespreking van het advies eerst bij klaagster te polsen of zij inmiddels dienaangaande reeds door haar behandelend neurologe geïnformeerd was. "Naar het oordeel van het College is de arts ernstig in zorgvuldigheid te kort geschoten bij het naleven van zijn geheimhoudingsplicht.

"Onder geen beding had hij zonder uitdrukkelijke toestemming van klaagster de diagnostische gegevens buiten de kring der direct betrokken medici mogen brengen.

"Hij had voorts niet aan de beroepskeuzeadviseur mogen overlaten na te gaan of klaagster al over de aard van haar ziekte was ingelicht, doch had ook daarover vervolgens zelf met klaagster een gesprek moeten voeren; er was bovendien geen enkele tijdsdruk in deze adviesgang.

"Voorts heeft het College zich niet aan de stellige indruk kunnen onttrekken, dat de arts vooraf kennelijk onvoldoende heeft stilgestaan bij de vraag of vermelding van de diagnose, gelet op de hem voorgelegde, beperkte, vraagstelling wel noodzakelijk was. Niet valt in te zien, waarom het in het belang van de beroepskeuzeadvisering nodig was de adviseur te doen weten dat klaagster aan een bepaalde ziekte leed, terwijl in antwoord op de vraagstelling (Welke medische beperkingen zijn er? Is betrokkene geschikt voor binnenhuisarchitect, technisch tekenaar of etaleur?) volstaan had kunnen worden met de op zichzelf duidelijke mededelingen omtrent klaagsters mogelijkheden en beperkingen als in het advies vermeld.

"Op grond van het vorenoverwogene komt het College tot de slotsom dat dit onderdeel van de klacht gegrond is. Voor het overige komt de klacht niet voor toewijzing in aanmerking. Niet slechts is geenszins komen vast te staan dat de arts - die klaagster niet eerder dan ter zitting heeft ontmoet - haar ooit op onheuse of arrogante wijze heeft bejegend, doch evenmin kan

worden gezegd dat de arts op ondeugdelijke gronden is gekomen tot zijn aanvankelijke weigering klaagster in het bezit te stellen van de originele medische bescheiden.

"Een en ander leidt het College tot het oordeel dat de navolgende maatregel aan de arts moet worden opgelegd. Voorts acht het College het algemeen belang ermee gediend dat deze beslissing in bredere kring bekend wordt."

5. Het Centraal College gaat uit van de volgende feiten:

- de arts was in de functie van medisch adviseur van de regio O/N in dienst van de Regionale Arbeidsvoorzieningsorganisatie;

- door het arbeidsbureau te M is hem gevraagd medisch advies uit te brengen over klaagster in het kader van een beroepskeuze- en capaciteitenonderzoek;
- in het advies heeft hij de aard van de aandoening van klaagster, multiple sclerose, meld;

- dit advies is ter beschikking gesteld van twee bij de beroepskeuzeadvisering betrokken functionarissen. In dat advies was vermeld dat klaagster niet op de hoogte was van de diagnose MS en gesteld: "Gaarne eerst polsen of zij reeds geïnformeerd is."

6. Klaagster heeft op 30 oktober 1991 een machtiging ondertekend, waarbij zij heeft gemachtigd haar huisarts/specialist bedrijfsarts/verzekeringsarts en/of andere hulpverleners om alle benodigde medische informatie omtrent haar persoon te verstrekken aan de medisch adviseur van het arbeidsbureau. De medisch adviseur had als vraagstelling gekregen: Welke medische beperkingen zijn er? Is betrokkene geschikt voor binnenhuisarchitect, technisch tekenaar of etaleur? Het Centraal College merkt op dat de machtiging niet gericht doch open is geformuleerd.

7. Klaagster is door een andere arts onderzocht. De behandelend neurologe heeft aan die andere arts op diens verzoek inlichtingen verstrekt.

8. De arts heeft geen contact met klaagster gehad. Volgens de arts die het onderzoek had verricht, zou hij klaagster hebben

ingelicht dat hij de aanvrager van het medisch advies zou adviseren omtrent de medische beperkingen.

Uit de in hoger beroep overgelegde brief d.d. 18 juni 1993 van die andere arts blijkt niet dat hij aan klaagster heeft gezegd dat in het medisch advies de aard van haar aandoening zou worden vermeld.

Uit de overgelegde machtiging blijkt niet dat klaagster akkoord is gegaan met het verschaffen van medische informatie (in engere zin) aan een ander dan de medisch adviseur.

In hoger beroep wordt door de arts aangevoerd, dat het geen regel is in de medische advisering van de arbeidsvoorzieningsorganisatie om de aard van de aandoening te vermelden. De getuige mw Q heeft ter zitting verklaard dat er geen medische diagnose in het medisch advies pleegt te worden vermeld. In dit geval had volgens de getuige de medische diagnose niet in het medisch advies mogen staan.

9. Het Centraal College is van oordeel, dat de arts geen medische informatie in engere zin, zoals een diagnose, aan niet-medici mag verstrekken zonder uitdrukkelijke en gerichte machtiging van een cliënt. De overgelegde niet-gerichte machtiging is daartoe zeker onvoldoende. Naar het oordeel van het Centraal

College was in dit geval voor de beantwoording van de vraagstelling het noemen van de diagnose niet nodig.

Daar de arts klaagster niet had gezien en niet zeker was dat klaagster de diagnose zelf had vernomen van de neurologe, was terughoudendheid voor wat betreft het vermelden van de diagnose ook op die grond geboden.

Verwijtbaar onjuist is het, niet-medici te laten polsen of een cliënt met een aandoening als MS reeds bekend is. Ook al is het belang van de cliënt om aan het werk te kunnen gaan zeer groot, dan toch dient de arts zijn geheimhoudingsplicht voor zover mogelijk is in verband met de aard van het advies in acht te nemen.

10. Volgens de getuige bestaat er een leidraad met betrekking tot de medische geheimhoudingsplicht bij de advisering binnen de arbeidsvoorzieningsorganisatie in het algemeen. De arts was dit protocol evenwel niet bekend.

11. Het vooroverwogene voert tot de conclusie dat de arts kan worden verweten dat hij onnodig medische informatie in engere zin heeft vermeld in zijn advies.

Het Centraal College is van oordeel dat zulks verwijtbaar is, zij het dat met de lichtste maatregel kan worden volstaan.

12. Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal College deze beslissing bekend maken als in het dictum vermeld.

13. Mitsdien dient als volgt te worden beslist:

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing waarvan beroep;

En opnieuw rechtdoende:

Onderwerpt de arts aan de maatregel van waarschuwing.

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in art. 13b, eerste lid van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in Raadkamer op 3 maart 1994 door mr B. Pronk, voorzitter; G.H. Gispen, dr C. Hermann, prof.dr P. Jongerius, Z.S. Stadt, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van mr H.J. Walter-Ebbenhout, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 14 april 1994 in tegenwoordigheid van de secretaris. •



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

Euthanasie - eerbied voor leven en dood

OP MAANDAG word ik, als gemeentelijk lijkschouwer, gebeld door een huisarts, die mij meedeelt dat hij op woensdag euthanasie zal gaan toepassen op een meneer van over de tachtig met een levercarcinoom, status na twee bovenbeenamputaties en veel andere problemen. De patiënt uitte de wens om zijn leven te beëindigen twee maanden geleden voor het eerst. De wens is consistent en wordt door de familie ondersteund. Ik controleer bij de huisarts of er een collega is geraadpleegd en of aan de andere vereisten is voldaan. De huisarts gebruikt dezelfde checklist als ik en een schriftelijke verklaring van een collega zal worden bijgevoegd.

Op woensdag belt de huisarts mij. Hij geeft me de naam en het adres van de overledene. Ik rijd er heen. De kamer is gevuld met echtgenote, dochters, zonen, schoonzoon en een kleinkind van overledene. Ik schud iedereen de hand en spreek mijn medeleven uit. De huisarts, die weer spreekuur doet, heeft volgens afspraak de papieren achtergelaten. De schoonzoon geeft me een plastic mapje met alle stukken. Samen

met hem ga ik aan een tafeltje in de hoek van de kamer zitten. Terwijl de familie zacht praat, lees ik alles door. Het mapje voorkomt onnodig geritsel met papier. Als ik klaar ben met lezen, ga ik de slaapkamer in waar overledene ligt. Hij is mager en ziet er vredig uit. Ik sla de dekens terug en zie zijn stompjes. Ik loop de kamer weer in, groet de aanwezigen nog eenmaal en schud de schoonzoon de hand. Het heeft al met al een kwartier geduurd.

Ik ben onder de indruk. Van de manier waarop de familie reageert, van de nauwgezette wijze waarop de huisarts alles heeft voorbereid, van de eenvoud, van de ernst, van de zorgvuldigheid. In de auto voel ik me, hetgeen niet vaak voorkomt, trots dat ik Nederlander ben, leef in een land waar dit zo geregeld is. Nog later bedenk ik, dat ik alleen waardigheid en vrede heb gezien. Ik moet de ellende van de patiënt voor mezelf expliciet maken door me passages uit het verslag van de huisarts voor de geest te halen. Het is voor mij duidelijk dat in ieder geval het sterven van de patiënt waardig was. •

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

GELETTERD

P. Duker, R. Didden en D. Seys.

Probleemgedrag bij zwakzinnigen: analyse en behandeling.

De Tijdstroom, Utrecht 1993. 107 blz.

ISBN 90 352 14889. Prijs f 29,-.

IN DE ACHTERLIGGENDE twintig jaar is de wetenschappelijke kennis over analyse van probleemgedrag bij zwakzinnigen, alsmede literatuur over de behandeling van dit gedrag, enorm toegenomen. De auteurs van dit boek hebben uit de grote hoeveelheid publikaties een databestand samengesteld van empirisch gefundeerde studies op dit terrein: 'Database Problem Behavior 2.0'. Zij beschouwen het boek als theoretische achtergrond bij het selecteren en interpreteren van gegevens uit dit databestand, dat jaarlijks wordt aangevuld.

De procedures voor de analyse en behandeling van probleemgedrag bij zwakzinnigen die Duker c.s. presenteren zijn voornamelijk afkomstig uit de gedragstherapie en -modificatie en zijn ontleend aan de klassieke operante en sociale leertheorie. Uitgangspunt is, dat behandeling berust op het toetsen van een hypothese over de functionele samenhang van het probleemgedrag met omgevings- en persoonskenmerken. Stereotiep gedrag, eetstoornissen, zelfverwondend gedrag, agressief en vernielend gedrag zijn onder meer de probleemgedragingen waarvoor de auteurs in hoofdstuk 2 richtlijnen aangeven aan de hand waarvan dergelijk gedrag kan worden geanalyseerd. Door bestudering van het probleemgedrag in de context van stimuli die voorafgaan aan en/of volgen op het gedrag kan worden vastgesteld of een stimulus voor betreffende persoon een bekrachtigend of aversief karakter heeft. De auteurs schetsen aan de hand van vele concrete voorbeelden de verschillen tussen positieve en negatieve bekrachtiging (gedrag neemt toe als gevolg van het volgen respectievelijk vermijden van een stimulus op het gedrag, bijvoorbeeld het krijgen van aandacht respectievelijk het ontlopen van het voldoen aan een eis). Ook laten zij zien dat het belangrijk is een onderscheid te maken uitgaande van de vraag of de bekrachtiger van sociale aard, uit de omgeving van de persoon afkomstig is, dan wel van niet-sociale aard, vergelijk sensorische stimuli. In het derde hoofdstuk worden enkele instrumenten gepresenteerd met behulp waarvan de functionele relaties tussen probleemgedrag en persoons- en/of omgevingsvariabelen - via indirecte of directe observatie - kunnen worden opgespoord.

Aan het gebruik van experimentele analyse waarbij het probleemgedrag in verschillende condities wordt geobserveerd, besteden

de auteurs uitgebreidere aandacht. Gerechtvaardigd aan de indeling van wel of niet sociaal en positief of negatief bekrachtigen wordt in hoofdstuk 4 een aantal behandelingsprocedures besproken. Daarbij worden de maatregelen onderscheiden die onafhankelijk dan wel afhankelijk van het optreden van het probleemgedrag (kunnen) worden aangetroffen. De training in (verbale en of non-verbale) communicatieve vaardigheden krijgt afzonderlijk aandacht. Gewezen wordt op het gebleken grote belang van het aanleren van gebaren bij diep zwakzinnigen om de ontwikkeling van probleemgedrag te voorkomen.

In een aantal omstandigheden van extreem ernstig probleemgedrag, zo schetsen de auteurs, is analyse van de oorzaken van het gedrag niet of nauwelijks mogelijk en rest weinig anders dan aan te vangen met analyse-onafhankelijke behandelingsprocedures. In het vijfde (slot)-hoofdstuk: 'Wetenschappelijke verantwoording', wordt onder meer besproken: het doen van metingen, invaliderende invloeden, en designs en data-analyse. Dit hoofdstuk staat mijns inziens tamelijk los van de voorgaande en is meer gericht op onderzoekers dan op de gedragswetenschappers en artsen die als behandelaars werkzaam zijn in de zwakzinnigenzorg, voor wie dit boek primair bedoeld is. Het boek biedt een helder beschreven model voor analyse en behandeling van probleemgedrag, mede omdat het vanuit één gedragstherapeutische, theoretische achtergrond is beschreven. Tegelijkertijd heeft dit ook z'n beperking: de behandelaar (in casu de arts) dient ook volgens de auteurs eerst na te gaan of er geen organische oorzaken van of samenhangen met het probleemgedrag bestaan. Aan de noodzakelijke afstemming tussen de verschillende modellen, die achtereenvolgens door de behandelaar-arts respectievelijk gedragswetenschapper zullen worden gehanteerd, alsmede aan de coördinatie van een multidisciplinaire aanpak van het probleemgedrag, wordt in dit boek nauwelijks aandacht geschonken.

prof. dr G.H.M.M. ten Horn,

hoogleraar zorgmanagement, vakgroep
Algemene Gezondheidszorg en
Epidemiologie, Faculteit der Geneeskunde,
Rijksuniversiteit Utrecht

C.F. Dagnelie. Sore throat in general practice. A diagnostic and therapeutic study.

Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht, 1994.

ISBN 90-393-0991-4.

HET HIER BESCHREVEN onderzoek vindt zijn oorsprong in het protocollenproject, dat startte

in 1986 en een vervolg kreeg in het kader van het Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde bij de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek. Het proefschrift is een produkt van de onderzoekslijn 'bovenste luchtweginfecties' van de Utrechtse vakgroep Huisartsgeneeskunde. Onderzocht is, hoe de keelflora er uitziet bij patiënten die met de klacht keelpijn de huisarts bezoeken. Daarnaast is gekeken naar de diagnostische waarde van de snelle groep A bèta-hemolitische streptokokken (GABHS) antigeentest. Tevens is geprobeerd vast te stellen wat de diagnostische waarde is van vier klinische kenmerken die eerder in de literatuur zijn beschreven als voorspellend voor infecties met GABHS. Als laatste is een gerandomiseerd dubbelblind placebo gecontroleerde studie gedaan naar de effectiviteit van penicilline V bij 239 geselecteerde patiënten.

Geconcludeerd wordt, dat het gebruik van de vier klinische kenmerken bij patiënten van 15 jaar en ouder zinvol is bij het onderscheid tussen een hogere en een lagere kans op GABHS. De snelle streptokokkentest heeft aanvullende waarde bij patiënten van 15 jaar en ouder met drie of vier klinische criteria. Behandeling met penicilline wordt alleen noodzakelijk geacht bij een dreigende complicatie.

Op grond van de uitkomsten van het onderzoek wordt een beleid voorgesteld dat afwijkt van de NHG-standaard 'Acute keelpijn'. Geadviseerd wordt om bij patiënten van 4 tot 14 jaar met keelpijn bij wie de huisarts overweegt een behandeling met antibiotica in te stellen, een snelle streptokokkentest te doen en bij een positieve uitslag de patiënt te behandelen met een smalspectrum penicilline. Als bij patiënten van 15 jaar en ouder met keelpijn een behandeling met antibiotica wordt overwogen door de huisarts, wordt een selectie vooraf op klinische gronden geadviseerd, gevolgd door een snelle test bij patiënten met drie of vier klinische criteria. Als de test positief is, wordt behandeling met een smalspectrum antibioticum aanbevolen. Bij een negatieve uitslag kan de huisarts met een gerust hart zeggen dat een antibioticum niet nodig is. Dat zou een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn bij het terugdringen van het onnodig voorschrijven van antibiotica. Het gaat om een gedegen onderzoek. De auteur merkt zelf al op dat er nader onderzoek moet worden gedaan; met name een kostenbatenanalyse wordt aanbevolen als vervolgstudie. Zolang er geen verdere gegevens bekend zijn, lijkt het me gerechtvaardigd het beleid bij keelpijn niet te veranderen en de standaard hiervoor te volgen. Alleen voor de huisarts die speciale interesse heeft in onderzoek is het proefschrift van belang. •

dr J. de Haan

Brief aan de minister van VWS

Reactie KNMG op regeerakkoord

K N M G

Excellentie,

De KNMG en beroepsverenigingen stellen er prijs op u aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode op de hoogte te stellen omtrent de visie van de KNMG en beroepsverenigingen over het voorgestane kabinetsbeleid inzake de sector volksgezondheid. Hierbij willen wij tevens van de gelegenheid gebruik maken in het kort aan te geven welke activiteiten door ons worden ondernomen om verder uitvoering te geven aan een aantal onderdelen uit het nu voorliggende regeerakkoord. Deze activiteiten vloeien voor een belangrijk gedeelte voort uit het reeds tijdens de vorige kabinetsperiode in gang gezette overheidsbeleid en de in het Platform Curatieve Zorg gemaakte afspraken.

De KNMG maakte onlangs kenbaar dat zij positieve elementen aantreft in de in het regeerakkoord neergelegde plannen met betrekking tot de Volksgezondheid. Wij achten het op basis van dit akkoord mogelijk gezamenlijk met andere actoren in de gezondheidszorg invulling te geven aan de nieuwe verhoudingen, opdat gekomen kan worden tot onderlinge afspraken die de kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg zullen bevorderen.

De KNMG heeft vóór de formatieperiode laten weten dat de gezondheidszorg geen behoefte heeft aan nieuwe blauwdrukken, maar aan voorstellen die gericht zijn op de verdere uitvoering van het reeds in gang gezette beleid. De inzet van het nieuwe kabinet dient naar onze mening te zijn: een gezondheidszorg die op een zo doelmatig en effectief mogelijke wijze functioneert binnen de overeengekomen structuur van de gezondheidszorg.

Wij hechten eraan om wat betreft de organisatie van de gezondheidszorg uit te gaan van de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling, zoals deze door het vorige kabinet is uitgedragen: aan het veld overlaten wat aan het veld overgelaten kan worden. Een goed voorbeeld hiervan

is de installatie van het Platform Curatieve Zorg. Wij hebben er kennis van genomen dat het kabinet de hoofdlijnen van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel als inzet voor beleid maakt. Daarnaast stellen wij vast, dat het kabinet op de voorstellen van het Platform Curatieve Zorg zal reageren. Wij dringen erop aan, dat het nieuwe kabinet de uitvoering van de plannen van het Platform Curatieve Zorg, met name die waarover consensus bestaat, zal stimuleren. In dit verband is immers een aantal fundamenteën gelegd om in de nabije toekomst verdere overeenkomsten te bereiken inzake belangrijke thema's, zoals de verdeling van de verantwoordelijkheden van de maatschappelijke organisaties voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de versterking van de regionale ordening en de positie en honoreringsstructuur van de medische beroepsgroep. De activiteiten waar de KNMG en beroepsverenigingen zich op dit moment in dit kader op toeleggen, zijn gericht op een aantal belangrijke onderdelen uit het regeerakkoord, die in het onderstaande verder worden aangegeven.

Doelmatigheid

Allereerst zij het volgende opgemerkt. Wij zijn het eens met het voorstel in het regeerakkoord om per jaar de uitgaven van de gezondheidszorg te beoordelen. Hiermee wordt naar onze mening terecht de mogelijkheid gecreëerd niet rigide vast te houden aan het krappe percentage van 1,3 % groei. Het kabinet tracht de kosten beheersbaar te maken door een aantal maatregelen in te voeren welke onder meer zijn gericht op een meer doelmatige zorgverlening. Wat dit betreft is de KNMG van mening, dat meer doelmatigheid in de gezondheidszorg niet wordt bereikt door de nadruk te leggen op kostenbeheersing, maar door een verdere invulling te geven aan kwaliteitsaspecten van de zorgverlening (standaarden, protocollen en deskundigheidsbevordering) en samenwerking tussen onder meer de huisarts en de specialist te bevorderen. Langs deze weg zien KNMG en beroepsverenigingen mogelijkheden bij te dragen

aan de wens van het kabinet om te komen tot meer kostenbeheersing. De KNMG dringt erop aan, dat kostenbeheersing niet ten koste mag gaan van de noodzakelijke activiteiten op het gebied van de preventie. Hierbij wijzen wij er tevens op, dat aandacht moet worden geschonken aan de eventuele positieve effecten die preventie kan hebben op het beheersen van de kosten.

Een ander instrument om te komen tot meer doelmatigheid is naar de mening van de KNMG een regionale ordening van de gezondheidszorg. In de bijlage bij het regeerakkoord wordt opgemerkt, dat regionale samenwerking in de aanbodplanning en uitwerking van de voorzieningen noodzakelijk is. De KNMG en beroepsverenigingen gaan hierin verder en huldigen het standpunt dat de regio als uitgangspunt gehanteerd moet worden voor de planning en de financiering in de gezondheidszorg. Dit betekent, dat op regionaal niveau vraag en aanbod op elkaar moeten worden afgestemd. Dit vereist, dat de regionale oriëntatie niet alleen van aanbieder maar ook van verzekeraar van groot belang is. Voorts stellen wij, dat afhankelijk van de regio specifieke situatie aanbieders en verzekeraars afspraken maken over inhoud, omvang en wijze waarop zorg binnen de regio wordt geleverd, alsmede de grenzen die daaraan bij gegeven financiële middelen zijn gesteld. Patiënten/consumenten zullen daarbij op enigerlei wijze worden betrokken.

Een regionale ordening van de gezondheidszorg biedt tevens mogelijkheden om transmurale zorg tot ontwikkeling te laten komen. In de rapportage van het Platform Curatieve Zorg wordt aan de invulling van transmurale zorg veel aandacht besteed. In dit kader merken wij op, dat de LSV en de LHV op dit moment bezig zijn met het formuleren van nadere voorstellen om te komen tot een nauwere samenwerking tussen de medisch specialist en de huisarts. Wij zijn van mening, dat via nauwe samenwerking tussen de medisch specialist en de huisarts een bijdrage kan worden geleverd aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg.

De LHV is momenteel doende een beleidsplan te formuleren over doelmatigheid via samenwerking, standaarden, opleiding, etc. In dit verband is ook samenwerking tussen de huisarts en andere medische disciplines van belang, zoals verpleeghuisartsen en sociaal-geneeskundigen, alsook met de thuiszorg, verpleeghuizen en apothekers.

Basispakket

In het regeerakkoord wordt gesproken over het trechteren van het pakket van de verplichte ziektekostenverzekering. De intentie is, de omvang van dit pakket te versoberen tot noodzakelijke en gepaste zorg. Het is de taak en verantwoordelijkheid van de aanbieders uitgangspunten te formuleren voor het bepalen van de voor iedere burger noodzakelijke zorg. Uiteindelijk zal de politiek moeten aangeven welke zorg in de verplichte ziektekostenverzekering wordt opgenomen. De KNMG gaat ervan uit, dat de medische beroepsgroep wordt betrokken bij het 'trechteren' van het basispakket. Wij zijn dan ook voornemens een projectplan te formuleren voor de ontwikkeling van criteria voor noodzakelijke zorg. Over dit plan zullen wij met u in overleg treden om onder meer te bezien welke financiële mogelijkheden er zijn.

Verzekeringstelsel

Wij constateren, dat u voornemens bent het verzekeringstelsel te wijzigen in een AWBZ die zich richt op de onverzekerbare risico's, een verplichte ziektekostenverzekering (gelijk voor ZFW- en particulier verzekerden) en een aanvullende verzekering. Hierbij is goede nota genomen van het feit dat het kabinet de kosten van de zorg, vallende in het aanvullende deel, niet via het Financieel Overzicht Zorg wil beheersen. In dit verband wijzen wij u er overigens ook op, dat in de rapportage van het Platform Curatieve Zorg naar voren is gebracht dat niet is uitgesloten dat het creëren van noodzakelijke financiële ruimte via overheveling naar de aanvullende verzekering in de cure-sector niet het gewenste effect zal hebben. Het merendeel van de zorg zal namelijk als noodzakelijk worden aangemerkt. In dit verband is er voor gepleit ook alternatieven voor het vinden van noodzakelijke ruimte te zoeken. Wat betreft de samenstelling van de inhoud van de verplichte ziektekostenverzekering verwijzen wij naar hetgeen we reeds hebben opge-

merkt, namelijk dat de KNMG ervan uitgaat dat ze betrokken wordt bij het formuleren van criteria voor de samenstelling van het basispakket.

In het regeerakkoord wordt een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis geïntroduceerd. De KNMG stelt zich op het standpunt dat de invoering van een eigen risico niet het principe van 'toegankelijkheid voor iedereen' mag aantasten. Vanwege het versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts plaatsen wij met name vraagtekens bij het verhogen van de drempel van de huisartsenhulp. Tevens wijzen wij erop, dat er onvoldoende grondslag is om eigen betalingen in te voeren, indien een dergelijke maatregel slechts leidt tot lastenverschuiving. Bovendien moet erop worden toegezien, dat negatieve effecten van eigen betalingen, zoals cumulatie van financiële risico's en het langzaam uithollen van het solidariteitsbeginsel binnen de verplichte zorgverzekering, niet zullen optreden. Het intrekken van de specifieke eigenbijdrageregeling voor kunst- en hulpmiddelen per 1 januari 1995 wordt in dit verband ten zeerste toegejuicht.

Positionering en honorering huisarts en medische specialist

Wat betreft de organisatie van het aanbod van de gezondheidszorg worden de hoofdlijnen van de commissie-Biesheuvel door het kabinet tot inzet van beleid gemaakt. Dat impliceert onder andere de versterking van de huisarts als poortwachter en geïntegreerde organisatie van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. De KNMG onderschrijft deze uitgangspunten, maar constateert dat voor de verdere uitwerking van een aantal beleidsvoornemens niet duidelijk gekozen wordt voor de voorstellen van het Platform Curatieve Zorg. Dit geldt te meer daar de KNMG de uitkomsten van het platform bruikbaar acht voor het realiseren van een kwalitatief verantwoord en doelmatige gezondheidszorg. In dit verband brengen wij ons standpunt naar voren. Wij zijn van mening, dat gestreefd moet worden naar een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Evenals in het Platform Curatieve Zorg benadrukken wij ook hier, dat niet van overheidswege kan worden afgedwongen in welke contractuele relatie ten opzichte van elkaar de specialisten en de ziekenhuizen werken.

Uniformiteit in dezen is niet nodig. Wij gaan uit van het principe van vrije keuze voor de medisch specialist en ziekenhuis inzake de invulling van contractuele relatie ten opzichte van elkaar. Een belangrijk uitgangspunt in dit kader dient evenwel te zijn, dat de juridische vormgeving geen afbreuk doet aan de specifieke, persoonlijke, niet-overdraagbare, professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

In het Platform Curatieve Zorg is ter uitwerking daarvan het voorstel gedaan te komen tot een procesbeschrijving en geaccordeerde verantwoordelijkheidsverdeling van de medisch specialist en het ziekenhuis enerzijds en één extern aanspreekpunt anderzijds in de eindsituatie. Wij kunnen u melden, dat de LSV en de NVZ de uitwerking van dit voorstel over de hoofdlijnen waarvan reeds eerder bestuurlijke overeenstemming bestond, onmiddellijk ter hand hebben genomen. Juist ter effectivering van deze gedachten achten wij de verdere ontwikkeling en implementatie van projecten op het terrein van managementparticipatie van groot belang. Voor de financiering van de uitvoering van deze projecten in aansluiting op eerdere rapportages van de commissie-Van Montfort doen wij een dringend beroep op u.

Wat betreft de positie en honorering van de huisartsenhulp wijzen wij op de uitgangspunten zoals deze onzerzijds zijn ingebracht in het Platform Curatieve Zorg: uniform toegepast gemengd systeem van abonnement en betaling per consult, huisartsenhulp dient een wettelijk verplichte zorgaanspraak te zijn, inschrijving op naam van de huisarts bij de verzekeraar, en verplichte verwijzing. Met belangstelling zien wij uw voorstel met betrekking tot de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts waarover het regeerakkoord melding maakt tegemoet.

Evenals in het regeerakkoord is ook in de rapportage van het Platform Curatieve Zorg het streven uitgesproken om te komen tot een systeem van producttyperingen en 'outputpricing' voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Dit streven ondersteunen wij. Op dit moment wordt een en ander uitgewerkt in de stuurgroep van de LSV, NVZ en de verzekeraars. Deze stuurgroep heeft een externe projectleider aangetrokken. Een verzoek tot financiering van dit belang-

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

rijke project zal binnenkort aan u worden voorgelegd.

Opleidingen

In het rapport van het Platform Curatieve Zorg is benadrukt, dat de primaire verantwoordelijkheid voor de opleiding bij de medische beroepsgroep moet blijven liggen. De KNMG geeft daaraan sinds jaar en dag vorm via de registratiecommissies en colleges, sinds kort in het kader van de toekomstige Wet BIG. De bepaling van de capaciteit in de medische vervolgoopleidingen is een functie met een algemeen belang. Naast artsorganisaties moeten ook ziekenhuizen en verzekeraars hierbij worden betrokken. Het platform stelde reeds voor hiertoe een capaciteitsorgaan in te stellen dat organisatorisch bij de KNMG kan worden ondergebracht. Wat betreft de financiering van opleidingen stelde het Platform Curatieve Zorg voor een opleidingsfonds in het leven te roepen met als doel stroomlijning van de financiering van de vervolgoopleidingen. Uitgangspunt daarbij is, dat de opleidingstaken van de Col-

leges en Registratiecommissies en het capaciteitsorgaan uit het opleidingsfonds gefinancierd zullen worden. Een nader voorstel in de vorm van een projectplan zullen wij u zo spoedig mogelijk doen toekomen.

Wij hechten eraan dat voor de uitvoering van bovenstaande de uitkomsten van het Platform Curatieve Zorg leidraad zijn voor het toekomstig beleid. Dit garandeert naar onze mening in meest optimale zin dat partijen hun verantwoordelijkheid daadwerkelijk kunnen waarmaken. Wij hopen dat wij in de gelegenheid worden gesteld de inhoud van deze brief in een persoonlijk onderhoud met u toe te lichten.

Tenslotte zij vermeld dat wij deze brief tevens hebben toegezonden aan de staatssecretaris van VWS, mw E.G. Terpstra.

Utrecht, 9 september,
mede namens de voorzitters van de LAD,
LHV, LSV, LVSG,
Th.M.G. van Berkestijn,
secretaris-generaal
R.H. Levi, voorzitter

Convocatie Ledenvergadering

10 november 1994

L H V

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering en een vergadering van de Apotheekhoudende Afdeling van de Ledenvergadering op donderdag 10 november 1994, aanvang 18.30 uur. De vergadering zal worden gehouden in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht (tel. 030-823911).

Agenda Apotheekhoudende Ledenvergadering

1. Opening
2. Mededelingen
3. Voorstel tot goedkeuring van de notulen van de Apotheekhoudende Ledenvergadering van 23 juni 1994, 94/4263/BK (besluitvormend)
4. Goedkeuring Apotheekhoudende deel van de Jaarstukken 1993, 94/3252/BK (besluitvormend)
5. Tarieven 1995 (besluitvormend)
 - onderhandelingsresultaat farmaceutisch ziekenfondsabonnement, 94/3238/BK

In verband met het ontbreken van het quorum op 23 juni 1994 dient alleen goedkeuring plaats te vinden (agendapunten 4 en 5).

6. Begroting 1995, specifiek apotheekhoudende belangen (besluitvormend)
 - a. Bevindingen Financiële Commissie
 - b. Voorstel tot goedkeuring van de begroting
 - c. Voorstel tot goedkeuring van de bijdrage van de apotheekhoudende leden

7. Wat verder ter tafel komt
8. Rondvraag
9. Sluiting

Agenda Ledenvergadering: (aanvang 19.30 uur)

1. Opening
2. Mededelingen
3. Voorstel tot goedkeuring van de notulen van de vergadering van 6 oktober 1994 (besluitvormend)
4. 'Van zeggen naar doen', 94/5443/BK (opiniërend)
5. FOZ 1995 (opiniërend/eventueel besluitvormend)
6. Beleid 1995 (besluitvormend)
 - a. Beleidsactiviteitenplan 1995
 - b. Begroting 1995
 - Bevindingen Financiële Commissie
 - Voorstel tot goedkeuring van de begroting
 - Voorstel tot goedkeuring van de bijdrage van de leden
 - Benoeming Register Accountant
7. Financieringsovereenkomst Spaarneland/LHV met betrekking tot asielzoekers (besluitvormend)
8. Wat verder ter tafel komt
9. Rondvraag
10. Sluiting

B.R. Schudel, huisarts,
secretaris

KNMG - COLOFON

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 e, algemeen directeur
mw G.J.M. Venneman, informaticus

LSV

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

LAD

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

LVSG

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

HVRC

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

Bibliotheek

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

- 27 OKTOBER - DO.
Jaarbeurs te Utrecht:
themamiddag 'Actualiteiten wetten gezondheidszorg', bestemd voor management, beleidsmakers en hoofden van dienst in de gezondheidszorg, juristen en beroepsoefenaren.
Inlichtingen: Vermande Bijblijf College, tel. 03200-22944.

- 28 OKTOBER - VR.
Congrescentrum 'Maresca' te Utrecht:
huisartsensymposium 'Osteoporose: huisarts centraal', georganiseerd door de Wetenschappelijke Raad van de Osteoporose Stichting.
Inlichtingen: mw C.C.M. Horsten-Suijkerbuijk, tel. 03462-64880.

- 28 OKTOBER - VR.
Concertgebouw te Amsterdam:
5e symposium 'Wat is er aan de hand?', georganiseerd door de stichting Harm and Harmony in Musicians, over specifieke beroepsziekten bij musici.
Inlichtingen: dhr R.P. Nolet, tel. 020-6160716.

- 4 NOVEMBER - VR.
Jaarbeurs te Utrecht:
congres 'Kwaliteit in de verpleeghuiskunde', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen.
Inlichtingen: Reed Health Care, mw F. Reyneveld, tel. 020-5153350.

- 7 T/M 9 NOVEMBER -
Hotel Oranje te Noordwijk:
internationaal congres over spierziekte ALS, georganiseerd door de Motor Neuron Disease Association en de Vereniging Spierziekten Nederland.
Inlichtingen: VSN, tel. 02154-24867.

- 8 NOVEMBER - DI.
Biologisch Centrum te Haren:
studiedag 'Aandacht en onmacht. Ziekenhuiszorg voor ouderen in Noord-Nederland'.
Doelgroep onder anderen: (verpleeg)huisartsen, medisch specialisten, directies van verpleeghuizen en verzorgingshuizen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 10 NOVEMBER - DO.
Holiday Inn Hotel te Rotterdam:
studiedag over de WGBO; juridische, praktische en ethische kwesties. Met medewerking van: Ministerie van WVC, KNMG, Nauta Dutilh, Rijksuniversiteit Leiden, VVAA, NVZ en NP/CF.
Inlichtingen: RPMS Management Informatie Centrum, tel. 020-6186674.

- 11 NOVEMBER - VR.
De Uithof te Utrecht:
studiedag 'Sterven in de grote stad'.
Doelgroep: onder anderen huisartsen en wijkverpleegkundigen.
Inlichtingen: mw L. Boonekamp, tel. 030-538111.

- 11 NOVEMBER - VR.
Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht:
symposium 'Eetproblemen bij Kinderen', georganiseerd door de psychosociale afdeling van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht.
Inlichtingen: mw M. Thomas-Holtus/mw drs I. de Vos, tel. 030-320262.

- 15 NOVEMBER - DI.
Erasmus Universiteit Rotterdam:
bijeenkomst 'Variatie in beleid. De kwaliteit van de medische besluitvorming', georganiseerd door het Landelijk Forum Medische Besliskunde.
Inlichtingen: RUL, sectie Medische Besliskunde, mw E. Jansen, tel. 071-276780.

- 16 NOVEMBER - WO.
De Reehorst te Ede:
congres 'Zakelijke zorg - zorgelijke zaak?'
Doelgroep: managers, (para-)medici, verpleegkundigen, pastores, zorgverzekeraars en ethici.
Inlichtingen: KVZ, tel. 073-137272.

- 17 NOVEMBER - DO.
Sophiaziekenhuis te Zwolle:
nascholingsdag 'Overleven', bestemd voor diegenen die werkzaam zijn in de begeleiding van en de hulpverlening aan vluchtelingen, slachtoffers van incest, mishandeling, oorlog en geweld.
Inlichtingen: mw G.A. van Dijk, tel. 050-633099.

- 17 NOVEMBER - DO.
Sophiaziekenhuis te Zwolle:
studiedag 'Overleven. Dwarsverbanden tussen kindermishandeling, beroepstrauma's en vluchtelingenproblematiek'.
Doelgroep: medewerkers GGD's en RIAGG's, ziekenhuispsychologen, maatschappelijk werkers en huisartsen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 17 EN 18 NOVEMBER - DO./VR.
Koningshof te Veldhoven:
Gezond Onderwijs Congres 1994, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs en Faculteit der Geneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.
Inlichtingen: RU-Groningen, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, dhr J. Pols/mw A. de Vries-de Jong, tel. 050-613008.

- 18 NOVEMBER - VR.
Congrescentrum Engels te Rotterdam:
symposium 'Epilepsie: seksualiteit en relaties', georganiseerd door de Nederlandse Liga tegen Epilepsie in samenwerking met Bureau Epilepsia van de vereniging Humanitas.
Inlichtingen: Nationaal Epilepsie Fonds, tel. 030-660144.

- 18 NOVEMBER - VR.
RAI te Amsterdam:
najaarsconferentie 'Suïcidaliteit in de geestelijke gezondheidszorg: levenshulp of stervenshulp?', georganiseerd door het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid.
Inlichtingen: NcGv, tel. 030-971100.

- 18 NOVEMBER - VR.
De Uithof te Utrecht:
studiedag 'De Wet Voorzieningen Gehandicapten: de eerste ervaringen'.
Inlichtingen: Lydia Boonekamp, tel. 030-538111.

- 18 NOVEMBER - VR.
Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'Onbegrepen gedragsveranderingen bij ouderen'.
Doelgroep: huisartsen en verpleeghuisartsen.
Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 080-617051.

- 21 NOVEMBER - MA.
Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Gehoorzaal Interne Geneeskunde:
lezing met discussie 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in de psychiatrie', georganiseerd door de Nijmeegse Colloquia voor Medisch Ethiek.
Inlichtingen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Ethiek, tel. 080-615320.

- 23 NOVEMBER - WO.
de Rode Hoed te Amsterdam:
studiedag 'Video-interactieve begeleiding, babies en jonge kinderen'.
Doelgroep: verloskundigen, huisartsen, kraamwerk en andere belangstellenden.
Inlichtingen: Stichting Lichaamstaal, mw M. Lenarts, tel. 04756-2473.

- 24 NOVEMBER - DO.
Domus Medica te Utrecht:
Algemene vergadering van de NVMETC met als thema 'Wetenschappelijk onderzoek bij wilsonbekwamen', bestemd voor de leden van de Medisch Ethische Toetsingscommissies die lid zijn van de NVMETC en andere belangstellenden.
Inlichtingen: Secretariaat, mw V.J. Stein-Postma, tel. 030-739348.

- 25 NOVEMBER - VR.
De Trefkoel dependance Morgenster te Groningen:
studiedag 'Kind tussen wal en schip'.
Doelgroep: jeugdartsen, CB-artsen, hoofdverpleegkundigen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 25 NOVEMBER - VR.
Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:
cursus 'Bloedgroepenantagonismen in de zwangerschap: recente ontwikkelingen', georganiseerd door de Boerhaave Commissie.
Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, mw P.C.T. Metz, tel. 071-275290.

- 25 EN 26 NOVEMBER - VR./ZA.
Koningshof te Veldhoven:
Medisch Informatica Congres '94, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking en de Belgische Vereniging voor Medische Informatica.
Inlichtingen: VVAA congresservice, tel. 030-474450/347.