

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 21 – 27 mei – 43e jaargang

Is dagverpleging in een buitenpolikliniek zinvol en haalbaar? Dit is een van de vele vragen waarmee ziekenhuizen na een fusie kunnen worden geconfronteerd als één van de locaties gaat functioneren als buitenpolikliniek. Drs. F. van der Velde en Ir. J. Vissers, beiden werkzaam op het Nationaal Ziekenhuis Instituut, bestudeerden het (overheids)beleid inzake buitenpoliklinieken en dagverpleging. Hun conclusie: het beleid spoort niet meer met de ontwikkelingen in het veld.

Voorstanders van kleinschalige verpleeghuizen zien daarmee de nadelen van 'totale instituties' opgelost en menen 'zorg op maat' te kunnen leveren. Tegenstanders trekken de kwaliteit van dergelijke zorg in twijfel. Drs. A. C. van den Hout en Drs. B. C. Bröcking, beiden verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, subfaculteit der Maatschappijwetenschappen, hebben drie modellen van kleinschalige verpleeghuiszorg op hun haalbaarheid getoetst. Eén van die modellen lijkt voor het beleid reëel te zijn.

Boot wilde graag discussie over de zin van interventie bij risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Die discussie heeft hij gekregen. Ze wordt in dit nummer afgemaakt. Onder meer over bronnen van ruis en wat Rose wél bedoelde.

Welke knelpunten staan een (verdere) verschuiving van kliniek naar dagverpleging en polikliniek in de weg? Om die vraag te beantwoorden en zijn in 1980 gestarte onderzoek naar substitutie af te ronden, trok Drs. M. H. L. van Tits te velde.

Het is tot dusver nooit gelukt eenheid in de organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg te brengen. Waar ligt dat aan en wat zijn in zo'n sfeer de kansen voor 'Dekker'? De directeur van het Nationaal centrum Geestelijke volksgezondheid, Dr. T. van der Grinten, maakt een 'tour d'horizon' langs het structuurbeleid dat de laatste halve eeuw in ons land op het gebied van de gezondheidszorg is gevoerd.

## INHOUD

Dagverpleging in buitenpoliklinieken. Waarom eigenlijk niet?

*Drs. F. van der Velde en Ir. J. Vissers – 647*

Kleinschalige verpleeghuizen. Mythe en werkelijkheid

*Dr. A. C. van den Hout en Drs. B. C. Bröcking – 651*

Discussie. Cholesterol: consensus of nonsensus?

*H. J. Penn – 655*

Het Nijmeegs Interventie Project: leerszaam wetenschappelijk onderzoek

*Dr. J. W. van Ree – 656*

Voorkómen van hart- en vaatziekten. De ongelijke verdeling van het risico

*G. A. van Montfrans – 657*

Substitutie. Slot: Obstakels voor de substitutie van kliniek door dagverpleging en polikliniek

*Drs. M. H. L. van Tits – 659*

Een leerzame geschiedenis. De 'derde Dekkerbrief' in historisch perspectief.

*Dr. T. van der Grinten – 663*

---

Colofon 642 – Colofon officieel 642 – Hoofdre-  
dactioneel commentaar 643 – Brieven 644 –  
Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie 646 –  
Boeken 646

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

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

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

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

#### Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'De Kraamkamer' van Mathys Naiveu 1647-1721.  
Stedelijk Museum de Lakenhal, Leiden.

## KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Veranderingen volgens 'Dekker' verzekerd?

Het is een teken aan de wand dat de parlementaire behandeling van de 'derde Dekkerbrief' voortdurend wordt uitgesteld. Deze op 7 maart jl. door het kabinet aan de Tweede Kamer gezonden nota 'Verandering verzekerd' is hier uitvoerig besproken (MC nrs. 12-14/1988, blz. 355, 387 en 419).

Nadat men eerst heeft afgewacht hoe het kabinet op het advies van de commissie-Dekker zou reageren, en misschien wel in de verwachting dat het kabinet er niet uit zou komen, lijkt het verzet thans goed op gang te komen. Dat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het Interprovinciaal Overleg afwijzend zouden reageren, nu de positie van gemeenten en provincies zo een geheel andere wordt dan in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) was voorzien, liet zich raden. De gedeputeerde Volksgezondheid van de provincie Noord-Holland, de heer C. J. Korver schreef samen met de voorzitters Kennemerland en de IJmond in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, dat 'de overheid zich toch niet kan permitteren plaats te nemen op de tribune om als toeschouwer de resultaten van de marktwerking te aanschouwen? (Dat wil Dekker.) Het mag toch niet zo zijn – waar het kabinet toe neigt – dat instellingen en verzekeraars straks, via onderlinge concurrentie, de dienst uitmaken en beslissen wie in aanmerking komt voor welke behandeling en tegen welke prijs?'

Evenzeer is het voorstelbaar waarom de 'echte verzekeraars', namelijk degenen die op de gezondheidsmarkt winst willen maken, niet enthousiast zijn over de voorgestelde regeling. De opgelegde beperkingen (zoals de acceptatieplicht), de relatief geringe hoogte van de nominale premie en de grote omvang van het basispakket maken concurrentie immers niet reëel en bieden weinig uitzicht op profijt. Voor de ziektekostenverzekeraars is de gekozen weg tussen volksverzekering en markt vlees noch vis.

De KNMG, inclusief alle maatschappelijke verenigingen, vraagt zich juist af waarom niet is gekozen voor een volledig verplicht pakket<sup>1</sup>, vooral omdat sociaal zwakkeren als chronisch zieken en bejaarden zijn aangewezen op de buiten het pakket gehouden voorzieningen. Zij zet grote vraagtekens bij de uitvoerbaarheid van de plannen en betwijfelt of er echt een beter en goedkoper alternatief voor het huidige systeem wordt geboden.

Terwijl belangrijke partijen het voorstel afwijzen of hun reserves erover betonen, hebben alleen al de plannen van de commissie-Dekker en die van het kabinet, dus zonder dat ook maar één concrete beslissing ter zake is genomen, belangrijke veranderingen teweeggebracht. Zo is het opmerkelijk hoe de ziekenfondsen zich heroriënteren van dienstverlening naar commercie en de voor belangrijke delen van hun verzekerdenbestand nadelige beslissing een gedeelte van de premie inkomensonafhankelijk te maken met gemak hebben geaccepteerd. Evenzo kan worden gewezen op de wijze waarop de LHV (markt)ontwikkelingen rond de thuiszorg als een argument heeft gebruikt om uit het Landelijk Bestuur Overleg van de kerndisciplines huisarts, kruiswerk, gezinszorg en maatschappelijk werk (LBO) te stappen<sup>2</sup>. Andere tekenen van het anticiperen op mogelijke veranderingen zijn de aandacht van alle partijen voor kwaliteit en kwaliteitsbewaking,

## Dr. C. Spreeuwenberg

alsook voor het geven van invulling aan begrippen als 'functionele regionalisatie'. Zowel de KNMG als haar maatschappelijke verenigingen houden zich hier op dit moment intensief mee bezig.

In dit nummer van Medisch Contact zet Van der Grinten de nota 'Verandering verzekerd' in een historisch perspectief<sup>3</sup>. Alleen al de geschiedenis van de WVG bevestigt zijn mening dat de traditie van hartstochtelijk debatteren, begeleid door een schier eindeloze reeks van ordeningsontwerpen, een opvallend kenmerk is van de ordeningsgeschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg. Vijftig jaar lang al proberen wij, aldus Van der Grinten, de oplossing voor organisatorische problemen te combineren met die voor een financieringsprobleem. De organisatorische problemen betreffen de onsamenhangendheid van de zorg en de wijze waarop de verschillende partijen bij het beleid ter zake van de gezondheidszorg moeten worden betrokken. Het financieringsprobleem betreft de vraag hoe een ziektekostenverzekering eruit dient te zien in een stelsel dat het midden houdt tussen een volledig door de overheid gedomineerde gezondheidszorg en

een stelsel gebaseerd op eigen verantwoordelijkheid en individuele betaling.

Van der Grinten komt tot de conclusie dat een oplossing die de commissie-Dekker voor ogen stond, namelijk de regionale organisatie niet meer als een probleem voor overheidsbeleid te beschouwen, binnen de Nederlandse verhoudingen niet haalbaar is. Het bij onze cultuur passende 'duw- en trekwerk', dat zoals we zagen ook op dit moment bezig is, garandeert dat bij ons slechts evolutionaire veranderingen mogelijk zijn. Zeker als we er rekening mee houden dat eventuele beslissingen pas na 1992 worden geëffectueerd en dat er uiterlijk 1990 verkiezingen worden gehouden waarvan alerminst zeker is dat ze leiden tot een kabinet van de huidige samenstelling, kunnen we gevoelig aannemen dat het ook ditmaal niet anders zal gaan. De vele symposia over 'Dekker' en 'Verandering verzekerd' ten spijt, zullen de plannen niet worden gerealiseerd.

Zijn dan alle spanningen voor niets geweest? Ik geloof het niet. Alle betrokkenen hebben meer oog gekregen voor de problemen van de gezondheidszorg. De meesten twijfelen echter dermate aan de voordelen van de marktwerking, dat getracht zal worden een aantal essentiële veranderingen door te voeren binnen de contouren van het huidige stelsel. De nota van het kabinet biedt al enige ruimte voor een rol van de provincies in een regionalisatiebeleid. De verzekeraars en hulpverlenenden zullen meer aandacht schenken aan kwaliteit en doelmatigheid. In de zorgsector zal een milde concurrentie worden gecreëerd en zal meer aandacht worden besteed aan klantvriendelijkheid. Nog het meest onzeker is de toekomst van de huisarts: willen de huisartsen een werkelijk coördinerende rol vervullen, dan zullen zij veel energie in professionalisatie en onderlinge structuur moeten stoppen. Wat dat betreft is het het beste als zij de voorspelling van Van der Grinten niet geloven en dit nummer maar overslaan. □

1. KNMG. Commentaar van de KNMG en haar Maatschappelijke Verenigingen op de regeringsnota 'Verandering Verzekerd'. Medisch Contact 1988; 43: 666-71.

2. Zandt AMC van der. Structuur en financiering of zorgconcept en samenwerking. Medisch Contact 1988; 43: 612.

3. Grinten T. van der. Een leerzame geschiedenis; de 'derde Dekker-brief' in historisch perspectief. Medisch Contact 1988; 43: 663-5.

**Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.**

## MEDISCH FALEN

### Open brief

Bij herhaling heeft de Nederlandse bevolking via publiciteitsmedia als krant en TV kunnen vernemen dat er in ziekenhuizen op medisch gebied op grote schaal, vaak ernstig, wordt gefaald, met als gevolg van dit falen naar schatting jaarlijks meer dodelijke slachtoffers dan er in het verkeer vallen. Deze bewering is bij benadering waar of onwaar.

Is de bewering *waar*: wat doet de KNMG als beroepsgroep er aan om dit kennelijk frequent voorkomende ernstige medische falen te voorkomen? Heeft de KNMG overigens überhaupt duidelijk via FONA-commissies, patiëntenraden en andere bronnen inzicht in de landelijke en regionale frequentie van genoemd medisch falen, van de frequentie waarmee ten gevolge hiervan tijdelijke of blijvende ernstige invaliditeit optreedt en welke medische handelingen aanleiding geven tot het in absolute zin toch wel groot te noemen aantal dodelijke ongelukken?

Is de bewering *niet waar*: wordt het dan geen tijd dat de KNMG erachter probeert te komen wie dit soort indianenverhalen verspreidt om vervolgens de betrokkene(n) in civiele procedure te laten dagvaarden wegens smaad?

Noordwijk, mei 1988

A. J. M. Schipperijn

### Naschrift

Een civiele procedure wegens smaad lijkt geen juiste benadering. Nog afgezien van de vraag of een causaal verband zou kunnen worden aangetoond, is er geen op geld waardeerbare schade door de KNMG of haar leden geleden. Los daarvan is de discussie rond het 'medisch falen' – dat lang niet altijd medisch is – in ziekenhuizen niet zonder meer kwestie van waar of niet waar. Het door u aangehaalde bericht, waarin werd gesteld dat door dit falen naar schatting jaarlijks meer dodelijke slachtoffers vallen dan in het verkeer, is inmiddels genoegzaam onderuit gehaald door een onafhankelijke deskundige (zie NRC Handelsblad d.d. 8 en 19 april 1988). Wat de werkelijke cijfers zijn, weet in feite niemand. Dat is dan ook de reden waarom de KNMG het verzoek van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform aan de staatssecretaris van WVC, op korte termijn een diepgaand onderzoek ter zake te gelasten, heeft ondersteund met het verzoek eveneens de mogelijkheid tot preventieve maatregelen daarbij te betrekken.

Utrecht, mei 1988

Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris KNMG



## POSITIE HUISARTS

### Discussienota LHV

Na het in onze waarnemingsgroep bespreken van de discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' leeft bij ons de behoefte via een ingezonden stuk punten onder de aandacht te brengen waarover wij ons unaniem bezorgd maken.

Als eerste de toonzetting. Uit deze nota spreekt een kille zakelijkheid met termen als: 'produkt huisartsengeneeskunde', 'leveren van zorg' en 'marktmechanismen'. Woorden als 'implementatie' en 'positionering' komen ook niet uit de medische wereld. De huisarts dient allereerst zakenman te worden. Geen woord over de motivatie die de huisarts dient te bezitten om voor de patiënten/cliënten te zorgen.

Een tweede punt vormt de merkwaardige gedachtengang, dat op ons af komende problemen door vergrijzing, uitbreiding thuiszorg en praktijkverkleining zouden zijn gediend met concurrentie en financiële prikkels, die juist kostenverhogend werken.

Dat het peil van onze dienstverlening door nascholing en toetsing goed moet blijven, heeft uiteraard onze instemming. Dat er na een aantal jaren herregistratie na toetsing komt, achten wij onwaardig en getuigen van gebrek aan vertrouwen in eigen vermogen tot goede nascholing.

Het is goed dat er een discussiestuk is. Of dit een goed discussiestuk is, is een andere zaak. Of het goed is geweest dit stuk reeds buiten de LHV te verspreiden, kan worden betwist. Liever waren wij, leden van de LHV, de discussiepartners geweest: dan kunnen de opposanten aan het woord komen als de nota er is.

Wageningen, april 1988

D. van Andel,  
R. Burger,  
T. Bijlsma,  
Dr. C. Fieren,  
D. Floor,  
A. Gradenwitz,

A. Jobse,  
Mw. J. Landman,  
R. Pasman,  
J. Reeder,  
F. Seesing en  
A. Wit,

### Naschrift LHV

De discussienota is inderdaad een zakelijke weergave van de visie van het Centraal Bestuur op de voorziening 'huisartsenzorg'. Gekozen is voor de presentatie in de vorm van een discussienota. Hier en daar is de woord-

keus wellicht een beetje modieus, zoals het woord 'produkt'. Het zij toegegeven.

Toch past deze benadering wel bij het door de overheid beoogde beleid, waarvan de zogeheten derde Dekker-brief een duidelijk voorbeeld is; daarin belijdt de overheid heil te verwachten van meer marktwerking, financiële prikkels en concurrentie. Het is dus de overheid, niet de LHV, die daarvoor heeft gekozen! Laat dat ook duidelijk zijn.

Als een dergelijk beleid realiteit wordt – en wie twijfelt daar nog echt aan – is het zaak dat de beroepsgroep daarvoor klaar is. Daarom vorig jaar reeds deze discussienota. Het voordeel daarvan is dat de nota nu al binnen de vereniging kan worden bediscussieerd en becomingentarieerd én dat de visie van het Centraal Bestuur bekend wordt bij 'anderen', met name bij de verzekeraars, die in de visie van de overheid een grote zeggenschap krijgen over ons functioneren. Duidelijk moet zijn dat de nota steeds is gepresenteerd als een discussienota, niet als vaststaand beleid. Onze leden zijn onze discussiepartners. Om die reden is ook een rondgang langs de districten georganiseerd; op 30 mei komen wij ook in uw district.

De koppeling van toetsing aan herregistratie wordt ervaren als een te grote bedreiging. Het doel is zeker niet te komen tot 'CITO-achtige examens'. Ook hier geldt – het zij nogmaals gesteld – een proces op gang te brengen waarbij niet anderen maar de beroepsgroep zelf inhoud geeft aan en garant staat voor de kwaliteit van de huisartsengeneeskunde. Misschien blijken sanctionerende maatregelen niet nodig te zijn. Dat hangt van de beroepsgroep af. Zij die voldoen aan de voorwaarden moeten dan ook op onvoorwaardelijke steun van de beroepsgroep en de LHV kunnen rekenen.

Mede in het licht van de door de overheid geïnitieerde veranderingen in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg is het van enorm belang dat er een hechte aanspreekbare beroepsgroep is, die staat voor haar 'zaak' en een goed aanbod van gezondheidszorg kan garanderen.

## SECOBARBITAL ONDER DE OPIUMWET

Met ingang van 22 april jl. zijn het middel secobarbital en een aantal 'designer drugs', te weten acetyl-alpha-methylfentanyl, alpha-methylfentanyl, 3-methylfentanyl, MPPP (1-methyl-4-phenyl-4-propion-oxy-piperidine) en PEPAP (1-phenylethyl-4-phenyl-4-acet-oxy-piperidine), bij ministerieel besluit onder de Opiumwet gebracht. Vanaf die datum dient het voorschrijven van de substantie, specialités en preparaten van secobarbital te geschieden op de volgens de Wet voor opiumwetmiddelen geldende wijze.

Voor apothekhoudende geneeskundigen geldt, dat met de bewaring en de registratie van in- en uitslag rekening dient te worden gehouden.

Rijswijk, mei 1988

C. W. D. van Gruting, apotheker,  
plaatsvervangend hoofdinspecteur van de  
Volksgezondheid voor de geneesmiddelen

## MAZELEN: VACCINEREN?

De mogelijkheid ook tegen mazelen te vaccineren is er nog niet zo lang. Dat hiermee een ernstige kinderziekte wordt voorkomen is toe te juichen. Dat collega Gunning bij mazelen nooit ernstige blijvende schade opleverende complicaties zag (MC nr. 8/1988, blz. 229) is geen bewijs dat ze niet voorkomen. Zelf heb ik er vele gezien. Een kind hiertegen te kunnen beschermen is een voorrecht van deze tijd. Hiervan gebruik te mogen maken is één van de rechten van het kind. Als Mw. Visser zich afvraagt waar we in vredesnaam mee bezig zijn als we het hebben over vaccineren (MC nr. 16/1988, blz. 485) antwoord ik: kinderbescherming.

Vaccinatie in handen van een arts die ook de contra-indicaties kent, is een belangrijke bijdrage aan de preventie van infectieziekten.

Voorburg, mei 1988

Dr. J. J. Pieterse, kinderarts in ruste

## VOORKÓMEN VAN HART- EN VAATZIEKTEN

Naar aanleiding van de goedbedoelde poging tot arbitrage van de heer Mensink (MC nr. 13/1988, blz. 389) merken wij het volgende op:

Zijn keuze van het woord 'schuldpartij' voor een wat bits uitgevallen woordenwisseling is weinig fijngevoelig en feitelijk ook onjuist: het was geen partij en er werd evenmin gescholden. De reden dat er zo fel van leer werd getrokken is eenvoudigweg, dat de opvattingen zo principiële verschillen dat men niet van twee kanten van één medaille kan spreken. Uit de wijze waarop de heer Mensink zijn brief vervolgt zou kunnen blijken dat hij behoefte heeft aan een ABC omtrent preventieve geneeskunde in de huisartspraktijk. Dat hij op zoek is naar het gezonde in de mens, is een dooddoener waar men geen kant mee opkan. Is dit een pleidooi voor het achterwege laten van lichamelijk onderzoek? Of moet dit impliceren dat andersdenkende artsen het stigma verdienen dat zij hun patiënten ziek praten? Nu het 'ABC' omtrent het omgaan met hypertensie als bron van hart- en vaatziekten:

A. Hypertensie veroorzaakt zelf (nagenoeg) geen ziekteverschijnselen. Niet voor niets kreeg de afwijking in de Verenigde Staten de naam 'silent killer'.

B. Hypertensie speelt een causale rol bij 70% van de cerebrovasculaire accidenten en bij 50% van de hartinfarcten.

C. Bij milde tot matige hypertensie (bijvoorbeeld 150/100 mmHg) stijgt het risico op deze cardiovasculaire complicaties met een factor 2, bij ernstige hypertensie (bijvoorbeeld 170/110 mmHg) met een factor 3 à 4. Progressie van hypertensie is dan ook een serieus probleem.

D. Profonderevindeljk is gebleken dat vele cerebrovasculaire accidenten (dodelijk c.q. invaliderend) door bloeddrukverlaging zijn te voorkomen (40% daling).

E. Ten aanzien van het hartinfarct is het resultaat minder spectaculair (rond 10% daling). Bij de huidige stand van informatie is dit resultaat te verbeteren door de diastolische druk niet te ver te verlagen en door meer aandacht te geven aan nevensgeschikte risicofactoren, in het bijzonder roken en hypercholesterolemie.

F. In de gemiddelde huis-, tuin- en keukenpraktijk kan men waarschijnlijk per 100 behandelde 'patiënten' per jaar (c.q. per 20 behandelde patiënten per vijf jaar (1 fataal of invaliderend accident voorkómen. Men zal voor zichzelf moeten uitmaken of men dit de moeite waard vindt.

G. Het hangt van de attitude van de arts af, of men de 'patiënt' tot patiënt maakt. De nadruk moet worden gelegd op het preventieve karakter. Vooral bij een positieve familieanamnese wordt het idee van een actieve preventie als positief ervaren. Bovendien gaat het veelal toch al om vaste bezoekers van het spreekuur.

H. De medicatie moet uiteraard met zuinigheid en selectiviteit en in overleg worden toegepast, en wel pas nadat onmiskenbaar is gebleken dat de bloeddruk zich op een verhoogd plateau bevindt, ondanks niet-medicamenteuze adviezen.

Naar wij hopen is in het bovenstaande geen onvertogen woord te vinden.

Rotterdam, april 1988

W. H. Birkenhäger,  
P. W. de Leeuw

## ARBEID ADEL? (1)

Namens de commissie voor beroepsaangelegenheden van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek maak ik bezwaar tegen een passage in het artikel van Dunning: 'Arbeid adelt?' (MC nr. 18/1988, blz. 553). De gewraakte passage betreft de honorering van de zogeheten assistent-onderzoeker en de modale radiodiagnost: 'De wetenschappelijke hoop des vaderlands, de assistent-onderzoeker, heeft een maandinkomen van nog geen tweeduizend gulden, de modale radiodiagnost het twintigvoudige, al zijn de lasten en plichten niet gelijk.'

Met deze zinsnede introduceert Dunning onduidelijkheid en onjuistheid. Eerst de *onduidelijkheid*: een 'assistent-onderzoeker' is een niet nader aangeduide kwalificatie; de werkelijke hoop des vaderlands is de eerstejaars medische student met een traceerbare 'studiefinanciering' van f 787,07 per maand. En dan de *onjuistheid*: een modale radiodiagnost

heeft geen maandinkomen van veertigduizend gulden; als men geen kennis heeft van zaken, is het beter de hand in eigen boezem te steken en een vergelijking te maken met de hoop des vaderlands aan de ene zijde en de 'modale' hoogleraar cardiologie aan de andere zijde.

Aan de vooravond van de discussies over norminkomen en normatieve kosten moeten wij de uitlatingen van Dunning als hoogst ongelukkig kwalificeren.

Utrecht, mei 1988

Namens de Commissie voor Beroepsaangelegenheden van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek,  
Dr. J. C. de Valois, voorzitter

## ARBEID ADEL? (2)

Dat een modale radiodiagnost twintigmaal tweeduizend gulden per maand zou verdienen (Prof. Dr. A. J. Dunning, 'Arbeid adelt?', MC nr. 18/1988, blz. 553) is een grove demagogische leugen, een trap onder de gordel die niet van een toerekeningsvatbare collega mag worden verwacht. Door instroom en tariefsverlagingen is het gemiddeld jaarinkomen van een radioloog gedaald tot een norminkomen dat in de pas loopt met de algemene opvattingen binnen de LSV. Dat in dit opzicht het door arbeid adelende brein van collega Dunning meer dan tien jaar heeft stilgestaan, ontslaat de redactie van Medisch Contact niet van haar plicht getallen en cijfers te verifiëren met bronvermelding c.q. datering.

Misschien is collega Dunning wel op de hoogte van de modale inkomens van cardiologen? Of, om de redelijkheid te laten zegevieren, laten we niet liever dit werk over aan de auspiciën van de LSV?

Tiel, mei 1988

P. L. A. J. Franken, radioloog

## RECHTZETTING

H. J. M. van den Hoogen, co-auteur van het artikel over zelftoetsing in een huisartspraktijk in MC nr. 17/1988, blz. 527, is zelf geen huisarts: hij leidt de statistische afdeling van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. *Red.*

## Fractiewaarde OLMA

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (Olma) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 24 en 25 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het 2e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,08.

## Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

### Spoedeisend – eist regelingen

Daags nadat bij hem een coronairangiografie is verricht, wordt de heer Veenstra thuis onwel. Het is zaterdagavond half negen. De gealarmeerde waarnemer van de huisarts komt direct en vindt sterke aanwijzingen voor een hartinfarct. Hij belt terstond een ambulance, die binnen enkele minuten arriveert. Even later zijn zij bij het ziekenhuis. Mevrouw Veenstra haalt opgelucht adem: het is een veiliger gevoel op een plaats te zijn waar direct hulp kan worden gegeven.

Een verpleegkundige van de eerste-hulpafdeling sluit een ECG aan: de dokter komt zo. Tien minuten later is er nog niemand komen kijken. Het is druk. Door de open deur hoort mevrouw Veenstra steeds geluiden. Af en toe snelt een verpleegster langs. De heer Veenstra kreunt van de pijn en het lijkt net of zijn gezicht steeds grauwer wordt. Zijn vrouw roept iemand aan. Een verpleegkundige zegt toe nóg eens te bellen. De dokter komt zo, hij is onderweg. Het is inmiddels drie kwartier na aankomst in het ziekenhuis. Ze belt nog eens. Net als de zuster komt gaat het alarm: hartstilstand. Binnen enkele seconden ziet het wit van de mensen. Er wordt met succes gereanimeerd. Eén uur na aankomst wordt de heer Veenstra naar de CCU gebracht. De volgende dag overlijdt hij aan een onomkeerbare pompfunctiestoornis.

Mevrouw Veenstra dient een klacht in bij de regionale inspectie van de Volksgezondheid. De inspecteur stelt een onderzoek in. Er volgen gesprekken met mevrouw Veenstra en haar advocaat, met de arts-assistent die

dienst had, met zijn superviserend specialist, met het verpleegkundig hoofd van de Eerste Hulp en met de directie van het ziekenhuis.

Uit het onderzoek blijkt, dat de arts-assistent juist drie maanden was afgestudeerd. Hij deed als enige in het ziekenhuis aanwezige arts dienst voor de spoedeisende gevallen van de afdeling Cardiologie in het ziekenhuis en voor de Eerste Hulp. Zijn achterwacht deed dienst vanuit zijn woonhuis. Vlak voor het arriveren van de heer Veenstra was hij (de arts-assistent) naar de klasseafdeling geroepen op de negende etage; daar had een patiënt pijn op de borst. Op de klasseafdeling was geen ECG-apparaat; dat moest de arts op de vierde etage halen, waar de hartbewaking is. Op zaterdagavond was er geen personeel om een ECG te maken. De patiënt op de negende verdieping was erg bang, had veel vragen en liet de dokter niet zomaar weer gaan. Er werd wel driemaal gebeld door de Eerste Hulp, maar het duurde toch drie kwartier vóór hij klaar was op de negende. Toen hij op weg was naar beneden ging het alarm: hartstilstand.

In de gesprekken met de directie en de superviserend specialist blijkt, dat er géén afspraken zijn gemaakt over de supervisie tijdens de diensten; er zijn geen samenwerkingsprocedures met andere specialismen over wat er dient te gebeuren wanneer één van de agnio's (assistent-geneeskundigen niet in opleiding) twee gevallen tegelijkertijd krijgt en er bestaan geen vastgelegde instructies. De medisch directeur acht het de verantwoordelijkheid van de medische staf een en ander te regelen, de

superviserend specialist vindt het de verantwoordelijkheid van de arts-assistent.

Gezien de geringe ervaring van de arts, is hem niet alles te verwijten. De superviserend specialist is in gebreke gebleven, door niet met de arts-assistent te bespreken wat deze zou moeten doen, indien zich gelijktijdig twee spoedgevallen voordoen. Er dient een ervaren arts als achterwacht in het ziekenhuis beschikbaar te zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de directie de kwaliteit van de zorg te bewaken en te zorgen voor sluitende procedures en een goede organisatie van de hulpverlening. De huisarts had overigens beter even kunnen bellen toen de patiënt onderweg was. Zijn verantwoordelijkheid stopt niet op het moment dat de ambulance vertrekt.

In 1987 werd tweemaal een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege ontvangen over het functioneren van de afdeling Spoedeisende Hulp (EHBO) van ziekenhuizen. Het college was van oordeel, dat er onvoldoende supervisie bestaat van assistenten in de eerste jaren van hun opleiding: een arts-assistent in zijn eerste opleidingsjaar behoort een specialist als achterwacht te hebben, die de bevindingen van de arts-assistent controleert en samen met hem een besluit neemt over het te voeren beleid. Er wordt, zo blijkt uit deze uitspraak, een zware verantwoordelijkheid gelegd bij de medisch directeur en de superviserend specialist.

G. H. A. Siemons, arts, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid

Prof. Dr. H. Lamberts en Prof. Dr. H. van der Velden (coördinatie).

*Het Hart • Huisarts en Praktijk II.* Supplement bij Huisarts & Wetenschap 1987; 30 (12).

Tien jaar na de eerste uitgave van Huisarts en Praktijk, over de diagnostiek en behandeling van hypertensie, is gepoogd na te gaan of 'het hart' in de huisartsgeneeskunde zich op de juiste plaats bevindt. Die poging mag geslaagd worden genoemd. Huisartsen blijken een substantieel, zo niet het grootste deel van de cardiovasculaire problematiek van de bevolking voor hun rekening te nemen.

Bij de samenstelling van dit nummer is afgezien van een ook maar enigszins complete afspiegeling van 'the state of the art'. De voorkeur werd gegeven aan een aantal oorspronkelijke bijdragen over verschillende thema's op het gebied van cardiovasculaire aandoenin-



gen. Epidemiologische gegevens, bevindingen ten aanzien van risicofactoren en beslisbomen worden afgewisseld met persoonlijke ervaringen van een patiënt en recepten voor 'het hart in de keuken'.

Behartenswaardige paragrafen worden gewijd aan: psychosomatosen (in geneeskundig opzicht niet geoperationaliseerd en in de huisartsgeneeskunde leidt het tot verwarring), type A-gedrag en het krijgen van een hartinfarct (het lijkt te gaan om een 'confounding' variabele, die letterlijke verwarring sticht en bijdraagt aan een onterechte medicalisering), en de rol van gezinsleden (na hart/vaatziekten ook veel nieuwe episoden bij de gezinsleden).

Opvallend is dat bij de bespreking van de behandeling van hypertensie de artikelen van Boot niet worden vermeld. De literatuurlijst is daar trouwens incompleet.

Direct bruikbaar voor de praktijk zijn de voortreffelijke bijdragen 'Een pilletje voor het hart' en die over 'ritmestoornissen'. Het geheel ademt de sfeer van een kritisch realisme. Van alle risicofactoren blijft er één bij voortdurend recht overheid en dat is roken. En juist ten aanzien van dat gedrag is de interventie van de huisarts aantoonbaar succesvol gebleken!

Te hopen valt dat een volgend nummer nog sterker zal ingaan op het feitelijk handel van de huisarts bij vasculaire aandoeningen. Nu betrouwt dat alleen een verslag over reanimatie c.q. defibrillatiepogingen.

Van harte aanbevolen!

H. Crebolder

# Dagverpleging in buitenpoliklinieken

## Waarom eigenlijk niet?

### 1. INLEIDING

Een aantal ziekenhuizen is momenteel in het kader van een fusie bezig hun ziekenhuishuizen voor de toekomst vorm te geven. Buitenpoliklinieken kunnen daarbij onderwerp van bespreking zijn. Bij de invulling van zo'n buitenpolikliniek komt het steeds vaker voor dat ook wordt gedacht aan dagverpleging. In een enkel geval wordt op beperkte schaal in een buitenpolikliniek met dagverpleging ervaring opgedaan. De eerste resultaten kunnen als gunstig worden beschouwd. Gezien de verdergaande beddenreductie zullen fusies en daarmee ook buitenpoliklinieken, eventueel in combinatie met dagverpleging, steeds actueler worden. Van oudsher is er vanuit de overheid en de overheidsinstanties (met name het College voor Ziekenhuisvoorzieningen) een terughoudend beleid gevoerd ten aanzien van buitenpoliklinieken, ook nu is aangegeven dat dagverpleging in een buitenpolikliniek niet is toegestaan. Dit beleid komt steeds meer op gespannen voet te staan met de feitelijke ontwikkelingen.

De auteurs pleiten ervoor om in een aantal buitenpoliklinieken op experimentele basis de mogelijkheden van dagverpleging in een buitenpolikliniek te onderzoeken. Zij verwachten daarbij ook gunstige effecten voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, mits de buitenpoliklinieken als een semi-murale voorziening, dat wil zeggen een voorziening tussen eerste en tweede lijn in, worden ingevuld.

Dit artikel heeft de bedoeling een bijdrage te leveren aan de discussie over de rol van de buitenpoliklinieken in het kader van de noodzakelijke herstructurering van de gezondheidszorg. In paragraaf 2 wordt eerst ingegaan op het begrip 'buitenpolikliniek' en het overheidsbeleid op dit punt. Het begrip 'dagverpleging' en het beleid terzake volgt in paragraaf 3. Vervolgens wordt in paragraaf 4 een kader voor een experiment met dagverpleging in een buitenpolikliniek geschetst. De buitenpolikliniek wordt daarbij geplaatst in relatie tussen eerste en tweede lijn en het begrip 'semimurale voorziening' wordt nader uitgewerkt. In paragraaf 5 volgt een beschrijving van een mogelijke experimentsituatie: het

Drs. F. van der Velde en  
Ir. J. Vissers

*Is dagverpleging in een buitenpolikliniek zinvol en haalbaar? Dit is een van de vele vragen waarmee ziekenhuizen na een fusie kunnen worden geconfronteerd als één van de locaties gaat functioneren als buitenpolikliniek. De auteurs, werkzaam op het Nationaal Ziekenhuis Instituut, bestudeerden het (overheids)beleid inzake buitenpoliklinieken en dagverpleging. Zij komen tot de conclusie dat het beleid niet meer spoort met de ontwikkelingen in het veld en dat dagverpleging in een buitenpolikliniek een belangrijke vernieuwing in de zorg kan betekenen. Het artikel is met name bedoeld als een handleiding voor diegenen die momenteel bezig zijn met nadenken over de vormgeving van een buitenpolikliniek of vanuit beleidsmatig oogpunt geïnteresseerd zijn in het verschijnsel 'buitenpolikliniek'.*

ziekenhuis Coevorden-Hardenberg, dat in Coevorden een buitenpolikliniek met dagverpleging wil starten. Tenslotte volgt in paragraaf 6 een aantal conclusies.

### 2. BUITENPOLIKLINIEKEN

Zoals hoogstwaarschijnlijk bekend is, functioneren er in Nederland onder de naam 'buitenpoliklinieken' voorzieningen met verschillende functies en taken. Het ene ziekenhuis spreekt al over een buitenpolikliniek indien het over een priklaboratorium gaat, het andere ziekenhuis indien een specialist er zijn spreekuur houdt. Ook de overheid levert geen verheldering van het begrip 'buitenpoliklinieken'. De buitenpolikliniek wordt als voorziening in het kader van de WZV beschouwd en behoeft dus erkenning van de overheid. Wanneer een voorziening als een buitenpolikliniek moet worden beschouwd is echter niet in de

WZV gedefinieerd. Tevens bestaat er onduidelijkheid over de functies van een buitenpolikliniek. Bijvoorbeeld met betrekking tot dagverpleging.

In artikel 2.2.2. van de richtlijnen, juni 1986, staat dat zelfstandige centra voor dagverpleging niet zijn toegestaan. Wat is echter een zelfstandig centrum? Een buitenpolikliniek is gezien de noodzakelijke organisatorische en bestuurlijke banden met het moederziekenhuis, geen zelfstandig centrum. In dit artikel zal onder het verschijnsel buitenpolikliniek een voorziening worden verstaan met de volgende kenmerken:

1. directe binding met een ziekenhuis;
2. spreekuren van een aantal specialisten;
3. aangepaste onderzoekfaciliteiten (röntgen, laboratorium en functieonderzoek);
4. eventueel dagverpleging en bijbehorende faciliteiten, zoals een poliklinische operatiekamer.

Indien aan alle vier de kenmerken is voldaan, zou kunnen worden gesproken van een uitgebreide buitenpolikliniek. Indien er alleen spreekuurfaciliteiten zijn, zou kunnen worden gesproken van een beperkte buitenpolikliniek.

Momenteel functioneert er één uitgebreide buitenpolikliniek te Groenlo en functioneren er, met name in Gelderland, 10-15 buitenpoliklinieken. Verder functioneren er, vooral in Amsterdam, enige tientallen beperkte buitenpoliklinieken. Verder functioneren er, vooral in Amsterdam, enige tientallen beperkte buitenpoliklinieken.

Wat zijn nu de verschillende standpunten van de diverse partijen en in welke periode zijn deze geformuleerd?

In 1963 is door een commissie uit de LSV een rapport uitgebracht over buitensprekuren. Toen bestond bij de LSV een grote terughoudendheid over het verschijnsel 'buitensprekuren'. In het in 1976 in Medisch Contact gepubliceerde rapport van het centraal bestuur van de LSV 'Rapport Commissie Buitenpoliklinieken' wordt vermeld, dat het in 1963 geuite oordeel omtrent buitensprekuren nog steeds wordt gedeeld, maar dat de commissie daarbij thans van oordeel is, 'dat het in bepaalde gevallen mogelijk



moet zijn dat door meer specialisten spreekuur wordt gehouden in een goed geoutilleerde buitenpolikliniek voor zover mogelijk liefst ook terzelfdertijd, zodat intercollegiaal overleg mogelijk is<sup>1</sup>. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft in 1977 naar aanleiding van het onderzoek van Der Weduwen een afwijzend standpunt ten aanzien van buitenpoliklinieken ingenomen<sup>2</sup>. De belangrijkste redenen voor het College waren het feit dat specialisten in buitenpoliklinieken suboptimaal zouden functioneren en de consumptie bevorderende invloed van de buitenpolikliniek. Verder zou een buitenpolikliniek niets toevoegen aan de huidige gezondheidszorg en spoort de ontwikkeling van buitenpoliklinieken niet met het overheidsbeleid inzake de versterking van de eerste lijn.

De Geneeskundige Hoofdingspectie neemt, op grond van de argumenten van het College, eveneens een afwijzend standpunt in<sup>3</sup>. Als laatste in de rij kan het bestuur van de sectie Ziekenhuizen van de NZR worden genoemd<sup>4</sup>. Omdat er op diverse beleidsniveaus verschillend wordt gedacht over de gewenste grootte en spreiding van de ziekenhuizen acht de sectie Ziekenhuizen voorzichtigheid op zijn plaats bij het ontwerpen van nieuwe voorzieningen.

Het terughoudend standpunt uit 1977 wordt verder beargumenteerd met het feit dat een belangrijk deel van de functie van buitenpoliklinieken door de eerste lijn dient te worden uitgeoefend en dat de gewenste verschuiving van klinische naar poliklinische werkzaamheden vanwege de beperkte mogelijkheden van de buitenpolikliniek niet zou worden gestimuleerd.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg heeft in 1979 de argumenten pro en contra kort samengevat<sup>5</sup>.

#### Argumenten pro:

1. grotere kans op vroegdiagnostiek in verband met de betere toegankelijkheid;
2. versterking van de eerste lijn door middel van het beschikbaar stellen van apparatuur en faciliteiten aan de eerste lijn en vanwege een verbeterde communicatie tussen de huisarts en specialist;
3. tijd en kostenbesparing voor de patiënt;
4. verminderde drempelvrees en vervreemdingseffecten zouden een positief effect hebben op de interactie patiënt-specialist;
5. een zorgverschuiving voor klinische naar poliklinische zorgverlening zou mogelijk zijn;

6. kostenbesparingen door een verminderd arbeidsverzuim en een verminderd beslag op de infrastructuur.

#### Argumenten contra:

1. het opbloeien van de vrije specialist; bevordering van een solitaire uitoefening van de specialistische zorg en een niet wetenschappelijke werkwijze;
2. de continuïteit en paraatheid van de specialistische zorg zou in het moederziekenhuis in gevaar kunnen komen;
3. problemen met de medische verslaglegging;
4. een aanzuigende werking van de buitenpolikliniek;
5. een suboptimaal functioneren van specialisten leidt tot hogere kosten in verband met ondoelmatig aanwenden van mankracht en middelen.

Naar aanleiding van het tweejarig bestaan van de buitenpolikliniek te Enkhuizen (1978) wordt opgemerkt dat een speciaal bezoek bij de opheffing van een ziekenhuis en de realisering van een buitenpolikliniek een goede basis zou kunnen zijn voor een evaluatie van het functioneren van een buitenpolikliniek. Dit onderzoek heeft echter vanwege het terughoudend overheidsbeleid nooit plaatsgevonden.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de standpunten van de verschillende partijen, gezien de huidige ontwikkeling, verouderd lijken. De standpunten zijn voornamelijk gebaseerd op het onderzoek van Der Weduwen en geformuleerd in de periode 1976-1977.

### 3. DAGVERPLEGING

Dagverpleging is in Nederland de laatste jaren explosief gegroeid. In tabel 1 is deze ontwikkeling zichtbaar. De onderzoekster heeft als meeteenheid voor dagverpleging het zogenaamde M-10 tarief gehanteerd.

De huidige belangrijke plaats van dagver-

Tabel 1. De ontwikkeling van dagverpleging in Nederland 1979-1985.

jaar	aantal zkn. dat aan dag- verpleging doet	totaal aantal zkn. in Nederland	M-10 dagen (absoluut)	M-10 berekend t.o.v. het aantal opnamen
1979	65	181	50.000	4%
1981	115	172	85.000	6%
1983	130	167	127.000	8%
1984	142	157	164.500	11%
1985	141	151	202.500	13%

bron: Hiddema H. Dagverpleging in algemene ziekenhuizen, 1987, NZI

pleging komt vooral tot uiting in het feit dat in 1985 al 13% van het totaal aantal opnames in dagverpleging plaatsvindt. Een andere opvallende conclusie van de onderzoekster is dat ondanks deze belangrijke plaats dagverpleging door de acht onderzochte ziekenhuizen als een 'tweedelijnsaangelegenheid' wordt beschouwd.

Van Weerden, die recent een aantal organisatievormen heeft beschreven om de eerste lijn een bijdrage te laten leveren aan dagverpleging, komt eveneens tot de conclusie dat dagverpleging op dit moment in de praktijk eveneens alleen door de ziekenhuizen wordt ontwikkeld<sup>6</sup>.

Hoefnagels heeft een vrij uitgebreide beschrijving gegeven van de verschillende organisatievormen van 'day-surgery' in de Verenigde Staten<sup>7</sup>. Deze zijn als volgt:

1. los en onafhankelijk van het ziekenhuis;
2. op het terrein van het ziekenhuis en al of niet ermee geaffilieerd;
3. aangebouwd tegen het ziekenhuis;
4. geïncorporeerd in het ziekenhuis.

Dagverpleging in een buitenpolikliniek zou dan een vijfde organisatievorm zijn, namelijk los van het ziekenhuisgebouw, maar met bestuurlijke en organisatorische banden.

In deze tijd van schaarse middelen is nog vermeldenswaardig dat Hoefnagels een onderzoek van Orkand beschrijft, waaruit blijkt dat de onafhankelijke, losstaande dagverplegingscentra goedkoper zijn dan een vergelijkbare poliklinische behandeling op de operatie-afdeling van een ziekenhuis.

Wat zijn nu de standpunten van de verschillende adviesorganen geweest? Een ambtelijke werkgroep, waarvan de leden afkomstig waren van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, heeft – in 1984 – op een aantal punten met betrekking tot dagverpleging geadviseerd<sup>8</sup>. In dit kader is onder andere de door de werkgroep gehanteerde definitie van dagverpleging van belang. Deze is als volgt: 'Dagverpleging is een, aantal uren durende, vorm van verpleging in een ziekenhuis, voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist'. Het is de aandachtige lezer(es) hoogstwaarschijnlijk al opgevallen: de werkgroep sluit in de definitie dagverpleging in buitenpoliklinieken bij voorbaat uit,



gezien het feit dat men het een vorm van verpleging in een ziekenhuis vindt. De ambtelijke werkgroep is zeer terughoudend wat betreft dagverpleging in buitenpoliklinieken vanwege de volgende redenen:

1. het terughoudend overheidsbeleid met betrekking tot buitenpoliklinieken, waardoor slechts diagnostische faciliteiten in de buitenpolikliniek aanwezig zijn;
2. indien er in de thuissituatie complicaties optreden is vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk.

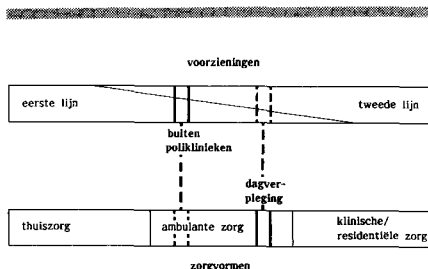
Zowel de NRV als de ZFR kunnen zich in grote lijnen verenigen met de strekking van het ambtelijk rapport. De KNMG en LSV houden een pleidooi om, vanwege de zeer hoge eisen die aan de organisatie mogen worden gesteld, dagverpleging op één klinische afdeling te concentreren. Recentelijk heeft een werkgroep Dagverpleging, ingesteld door de subcommissie zorginhoudelijke aspecten van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen – in vervolg op het ambtelijk rapport – een aantal uitwerkingen rondom dagverpleging nader bekeken. Ook nu is wederom dagverpleging in autonome centra of buitenpoliklinieken niet toegestaan<sup>9</sup>.

#### 4. KADER VOOR EXPERIMENT

Buitenpoliklinieken en dagverpleging zijn beide zaken die moeten worden geplaatst binnen het kader van de relatie tussen eerste en tweede lijn. Dat is meteen ook de innovatieve kern van het experiment, aangezien dit momenteel niet of nauwelijks wordt gedaan. Er zijn maar weinig ziekenhuizen die over de invulling van hun buitenpolikliniek overleg hebben met de eerste lijn. Ook de dagverpleging wordt momenteel nog als een interne aangelegenheid van het ziekenhuis beschouwd, met nauwelijks of geen effecten voor de eerste lijn. En dat terwijl beide onderdeel uitmaken van de ambulante zorg – bij uitstek het ontmoetingspunt tussen eerste en tweede lijn. In de figuur is de positie van de buitenpolikliniek en de dagverpleging geplaatst binnen de scala van voorzieningen en zorgvormen.

In het onderste deel van de figuur zijn drie zorgvormen onderscheiden: thuiszorg (zorg ontvangen in de thuissituatie), ambulante zorg (zorg ontvangen binnen een voorziening, zonder te zijn opgenomen) en klinische/residentiele zorg (zorg ontvangen binnen een voorziening na te zijn opgenomen).

Ambulante zorg, op deze wijze gedefi-



Figuur. Positionering van buitenpoliklinieken en dagverpleging binnen het kader van voorzieningen en zorgvormen.

nierd, omvat zowel eerstelijnszorg (bijvoorbeeld het bezoek aan de huisarts) als tweedelijnszorg (bijvoorbeeld het spreekuur van de specialist).

In het bovenste deel van de figuur zijn de voorzieningen weergegeven (beperkt tot eerste lijn en tweede lijn) en een taakverdeling tussen voorzieningen. De thuiszorg wordt bijna volledig ingevuld door de eerste lijn, maar op onderdelen gaan ook tweedelijnsvoorzieningen een rol spelen bij thuiszorg (bijvoorbeeld het bezoek van een specialist thuis bij terminale zorg). De klinische zorg wordt bijna volledig ingevuld door de tweede lijn, maar op onderdelen gaan ook eerstelijnsvoorzieningen betrokken worden bij zorg verleend binnen de tweede lijn (bijvoorbeeld het bezoek van de huisarts aan opgenomen patiënten). Bij de ambulante zorg is de betrokkenheid van eerste en tweede lijn bijna even groot; afbakening van taken en samenwerking tussen eerste en tweede lijn spelen daarom met name in dit traject.

Als we de buitenpolikliniek en de dagverpleging in deze figuur een plaats geven, komt de buitenpolikliniek als voorziening midden tussen eerste en tweede lijn terecht en ook middenin de ambulante zorg. De dagverpleging komt als zorgvorm bijna op de grens van ambulante zorg en klinische zorg te liggen en ruim tussen eerste- en tweedelijnsvoorziening in. Deze positionering zou daarmee ook een sterke interactie tussen eerste en tweede lijn rondom buitenpolikliniek en dagverpleging moeten inhouden.

Helsloot beschrijft in zijn literatuurstudie een aantal mogelijke bouwstenen voor een onderzoek- en behandelcentrum oftewel een uitgebreide buitenpolikliniek<sup>10</sup>. Hij onderscheidt als elementen: de spreekuren, het diagnostisch centrum, de dagverpleging, de huisartsen eerste hulp, short-stay bedden. Hoewel

hij dus verder gaat dan dit artikel staat ook bij hem een geïntegreerde vorm van samenwerking tussen eerste en tweede lijn centraal.

Ook in het artikel van Kolkman en Visers worden de buitenpolikliniek en dagverpleging beide genoemd als mogelijke aangrijpingspunten om tot een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn te komen<sup>11</sup>.

Om dit tot uitdrukking te brengen gebruiken zij in plaats van het begrip buitenpolikliniek het begrip semimurale voorziening. Wat maakt een buitenpolikliniek dan een semimurale voorziening? In algemene zin omschreven houdt dit in dat eerste en tweede lijn de buitenpolikliniek als een bewuste vorm van samenwerking zien. Enkele mogelijkheden om hieraan vorm te geven zijn:

- de invulling van voorzieningen en activiteiten geschiedt in overleg;
- van de kant van het ziekenhuis kunnen spreekuren van specialisten, diagnostiek en dagverpleging worden ingebracht;
- van de kant van de eerste lijn kunnen de spreekuuractiviteiten, de eerste-hulpdienst, etc. worden ingebracht;
- ook kunnen er gezamenlijke activiteiten worden ontwikkeld, zoals gezamenlijke spreekuren, kennisoverdrachtbijeenkomsten en andere overlegvormen;
- het beheer van deze voorziening geschiedt in gezamenlijk overleg; in de organisatorische sfeer worden voorwaarden gecreëerd om een cultuur te scheppen van eerste en tweede lijn; dit zal van de specialist een consultatieve opstelling vereisen.

De uitdaging van zo'n semimurale voorziening is dat men weer opnieuw de relatie tussen eerste en tweede lijn kan definiëren. Een experimentele aanpak lijkt bij uitstek geschikt om met deze hernieuwde samenwerking meer ervaring op te doen.

#### 5. COEVORDEN-HARDENBERG

Het Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg lijkt een goede keuze om door middel van een gericht experiment een buitenpolikliniek als een semimurale voorziening vorm te geven. Dit streekziekenhuis is in 1980 gefuseerd en functioneert momenteel nog op een tweetal lokaties namelijk het Aleida Kramer Ziekenhuis te Coevorden (met 85 erkende bedden het kleinste ziekenhuis in Nederland) en het Röpcke Zweers Ziekenhuis te Hardenberg (129 erkende bedden). Zowel het bestuur, directie, medi-

sche staf en ondernemingsraad functioneren reeds in één organisatorisch verband. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de noodzakelijke integratie van de diverse maatschappen. Op 10 juli 1986 heeft het streekziekenhuis, door middel van een afgifte van een verklaring van de staatssecretaris van het ministerie van WVC, toestemming gekregen het Aleida Kramer Ziekenhuis te Coevorden om te vormen tot een buitenpolikliniek en een verpleeghuis.

Het streekziekenhuis is sterk gemotiveerd om van de toekomstige buitenpolikliniek te Coevorden een succes te maken. Een belangrijke reden hiervoor is het feit dat de buitenpolikliniek een zeer belangrijke functie krijgt bij de instandhouding van het huidige verzorgingsgebied. In de afgelopen jaren is echter een groot aantal geplande activiteiten, zoals het behoud van een operatiekamer voor onder andere poliklinische bevallingen, de toevoeging van enige deelspecialismen, een afdeling dagverpleging en de oprichting van een diagnostisch centrum voor de eerste lijn door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen tegengehouden. De belangrijkste reden voor het College was het terughoudend overheidsbeleid inzake buitenpoliklinieken en dagverpleging. Het beleid van regionale concentratie van laboratoria speelde eveneens een rol. Het NZI heeft in opdracht van het bestuur van het streekziekenhuis de haalbaarheid van dagverpleging in de toekomstige buitenpolikliniek onderzocht<sup>12</sup>. In dit kader zijn onder andere gesprekken gevoerd met 14 huisartsen in Coevorden en omstreken, de provincie Drenthe, het lokaal ziekenfonds DNO, de directie en medische staf van het streekziekenhuis. Op macroniveau zijn gesprekken gevoerd met de afdeling 'Planning en Bouw' en het stafbureau beleidsontwikkeling van het ministerie van WVC.

Alle lokale partijen blijken positief te staan ten aanzien van de ontwikkeling van dagverpleging in de toekomstige buitenpolikliniek te Coevorden. Van groot belang is vooral het feit dat de geïnterviewde huisartsen actief willen meewerken aan de vormgeving van de buitenpolikliniek en een actieve rol willen spelen bij de ontwikkeling van dagverpleging. Een aantal maatschappen zoals de anesthesie, de chirurgie, de gynaecologie, de interne geneeskunde en de kindergeneeskunde hebben al aangegeven welke patiëntencategorieën, via dagverpleging in

de toekomstige buitenpolikliniek, kunnen worden geholpen. Vermeldenswaardig is verder het feit dat in het ziekenhuisplan voor Drenthe, Coevorden een uitstekende gelegenheid wordt genoemd om, tegen geringe kosten, te onderzoeken of de functie dagverpleging op een verantwoorde wijze in buitenpoliklinieken kan worden geïntegreerd. Verder is het lokaal ziekenfonds DNO te Meppel bereid zijn medewerking aan dit initiatief te geven en is het ziekenhuismanagement bereid dagverpleging in de toekomstige buitenpolikliniek binnen het afgesproken toekomstige ziekenhuisbudget te bekostigen.

Op macroniveau bestond echter meer weerstand tegen dit initiatief. Het stafbureau beleidsontwikkeling verwacht dat ondanks het feit dat buitenpoliklinieken niet in de Nota 2000 worden beschreven, deze toch een functie in het gezondheidszorgsysteem kunnen vervullen. Via een verbetering van de samenwerking met de eerste lijn zou de kwaliteit en continuïteit van de ziekenhuiszorg kunnen worden verbeterd. De afdeling 'Planning en Bouw' wees onder andere op het kwaliteitsaspect (wat te doen bij complicaties?), het kostenaspect (onrendabele investeringen) en het organisatie-aspect (kan een relatief kleine organisatie zo'n initiatief goed 'managen'?) en stond afwijzend ten opzichte van het initiatief.

## 6. CONCLUSIE

In de jaren zeventig trachtte de overheid de substitutie van de ziekenhuiszorg via een versterking van de eerste lijn te realiseren. De resultaten van dit beleid zijn echter teleurstellend te noemen onder andere vanwege het feit dat de huisarts geen centrale, filterende en coördinerende rol in het gezondheidszorgsysteem heeft kunnen vervullen<sup>13</sup>. De samenwerking tussen de lijnen biedt mogelijk een beter perspectief om tot de noodzakelijke substitutie van ziekenhuiszorg te komen. Buitenpoliklinieken, mits ingericht als 'semimurale voorziening', kunnen in deze context een nuttige rol vervullen. Een aantal onderwerpen op het gebied van kosten, kwaliteit en management kan dan door middel van een experimentele situatie verder worden uitgewerkt en op zijn grenzen worden getoetst. Tevens kan langs deze weg worden getoetst in hoeverre het mogelijk is, naast de component 'verpleging' de behandeling in de ziekenhuissector te deconcentreren. De toekomstige buitenpolikliniek te Coevor-

den kan een uitstekende experimentele situatie opleveren daar alle lokale partijen positief staan ten opzichte van de ontwikkeling van dagverpleging en de wetgeving geen belemmeringen oplevert. Alle voorwaarden zijn aanwezig om deze buitenpolikliniek als een semimurale voorziening vorm te geven en de ontwikkeling van ambulante zorg in overleg met de eerste lijn te stimuleren. □

## Noten

1. Rapport Commissie Buitenpoliklinieken van het Centraal Bestuur LSV. Medisch Contact 1976; 31: 1524-1528.
2. Zie Weduwen H. E. der. Rapport Buitenpolikliniek maart 1977. Verslag van een onderzoek naar de mogelijkheden tot het formuleren van beoordelingscriteria ten behoeve van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen/de Ziekenhuiscommissie.
3. Lange H. A. de. Over buitenpoliklinieken. Het Ziekenhuis 1977; 7: 473-475.
4. NZR-beleidsinformatie. Het Ziekenhuis 1977; 22: 607.
5. NIPG. Voors en tegens rond Buitenpoliklinieken, Leiden 1979.
6. Weerden A. B. van. Dagverpleging en eerstelijnszorg. Medisch Contact 1987; 29: 912-914.
7. Hoefnagels K. L. J. Naar nieuwe vormen van poliklinisch functioneren. Medisch Contact 1981; 31: 937-941.
8. College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Ambtelijk rapport inzake dagverpleging in algemene ziekenhuizen, Utrecht 1984.
9. College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Dagverpleging in algemene ziekenhuizen: advies inzake, Utrecht 1987.
10. Helsloot R. Bouwstenen voor een onderzoek- en behandelcentrum (OBC). Literatuurstudie van (mogelijke) aspecten van een OBC (in de zin van een uitgebreide buitenpolikliniek). Amsterdam: SISWO, 1985.
11. Kolkman H. en Vissers J. De lijnen buitenspel, structureren samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1986; 1: 11-16.
12. Velde F. van der. De Marge's van het Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg, een omgevingsanalyse in het kader van strategische beleidsvorming. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut in samenwerking met de Faculteit Bedrijfskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, april 1986.
13. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. Herverkavelen in de gezondheidszorg: Signalement 20, 's Gravenhage, januari 1985.

# Kleinschalige verpleeghuizen

## Mythe en werkelijkheid

### 1. INLEIDING

Dit artikel is gebaseerd op resultaten van een vooronderzoek naar de mogelijkheden van kleinschalige verpleeghuizen. Dit onderzoek is verricht in opdracht van de provincie Noord-Brabant. Aanleiding waren vragen vanuit het beleid naar de mogelijkheid van kleinschalige verpleeghuizen en naar het inzicht in zowel het begrip 'kleinschaligheid' alsook de daarmee samenhangende factoren. Daartoe werd een twintigtal diepte-interviews gehouden met 'experts' in de verpleeghuiswereld. Kleinschalige verpleeghuizen staan momenteel volop in de belangstelling. Voorstanders zien er mogelijkheden in voor 'zorg op maat'; tegenstanders twijfelen ernstig aan de realiseringmogelijkheden met behoud van de kwaliteit van de zorg.

De discussies rond het begrip 'kleinschalig verpleeghuis' zijn nogal verwarrend: verschillende thema's worden door elkaar gehaald. In dit artikel willen wij een aantal belangrijke thema's uit de discussie naar voren halen. Vervolgens willen we aangeven op welke wijze deze van belang zijn voor een beleidsontwikkeling ten aanzien van kleinschalige voorzieningen.

### 2. THEMA'S IN DE DISCUSSIE

In de discussies rond kleinschalige verpleeghuismogelijkheden spelen vier thema's een rol, thema's die – hoewel sterk met elkaar verband houdend – voor een beleidsdiscussie juist niet verward dienen te worden:

1. kleinschaligheid als mogelijkheid om de bezwaren van grootschaligheid te neutraliseren en zelfs te voorkomen;
2. kleinschaligheid als een getalsmatig kleine voorziening met handhaving van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg;
3. kleinschaligheid als mogelijkheid om verpleeghuisvoorzieningen over een zorggebied te spreiden en daarmee een betere bereikbaarheid te realiseren;
4. de kosten van kleinschalige verpleeghuisvoorzieningen.

Op de eerste drie thema's zullen we nader ingaan. Het kostenaspect zal beperkt worden belicht. Het genoemde vooron-

Dr. A. C. van den Hout en  
Drs. B. C. Bröcking

*Voorstanders van kleinschalige verpleeghuizen zien daarmee de nadelen van 'totale instituties' opgelost en menen 'zorg op maat' te kunnen leveren. Tegenstanders trekken de kwaliteit van dergelijke zorg sterk in twijfel. In een dergelijke discussie loopt steeds een aantal thema's die met kleinschaligheid samenhangen door elkaar. In het kader van een vooronderzoek werden vier thema's nader bestudeerd. Uit het oogpunt van beleid werden de uit deze analyse opduikende drie modellen van kleinschalige verpleeghuiszorg op hun haalbaarheid getoetst. Uiteindelijk lijkt slechts één van deze modellen voor het beleid reëel te zijn, aldus de auteurs van deze bijdrage, verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, subfaculteit der Maatschappijwetenschappen.*

derzoek bevat ten aanzien van deze specifieke thematiek te weinig gegevens.

#### 2.1. Kleinschaligheid versus grootschaligheid

Sinds Goffmans 'Asylums' roept de term 'grootschaligheid' associaties op met totale instituties; daarmee heeft het begrip een negatieve klank gekregen: negatieve aspecten als massaal, onpersoonlijk en afhankelijkheidsbevorderend zijn daarmee verbonden. Door het overheersen van het inrichtingsmodel in de grootschalige zorgverlening zou de individualiteit van de patiënt worden miskend en zou de patiënt worden geïsoleerd van zijn omgeving. Kleinschalige voorzieningen daarentegen zouden meer mogelijkheden in zich hebben om de patiënt ruimte en aandacht te schenken. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat aan kleinschalige voorzieningen ook nadelen kleven. Genoemd worden vooral:

- de vergrote kans op geringe zorgkwaliteit, doordat kleine voorzieningen om fi-

nancieel-technische redenen niet alle gewenste verpleeghuisfuncties ter plaatse kunnen hebben;

- een mogelijk sterke concentratie van zeer zorgbehoeftige ouderen op één plek vanwege een geringere doorstroming of geringere mogelijkheden voor interne overplaatsing;

- indien het kleinschalige verpleeghuis de positie inneemt van dependance van een grootschalig verpleeghuis, het risico als aanhangsel daarvan beschouwd dient te worden.

Steeds meer stemmen gaan de laatste tijd op voor de stelling dat de verhoudingen tussen grootschalige en kleinschalige voorzieningen niet zo zwart-wit zijn als boven is aangegeven. Grootschalige voorzieningen zijn zich zeer bewust van de negatieve aspecten van een grootschalige werkwijze. Afhankelijk van de zorgorganisatie, is ook in grootschalige voorzieningen, een kleinschalige werkwijze mogelijk. Anderzijds heeft een kleinschalige voorziening een eigen karakter en is het geen grootschalige voorziening in zakformaat.

#### 2.2. Zorgkwaliteit en omvang van de voorzieningen

Onder zorgkwaliteit verstaan wij het aanbieden van het geheel van functies, die kenmerkend zijn voor verpleeghuiszorg. Deze functies dienen alle voor patiënten beschikbaar te zijn wil de zorginstelling het predikaat 'verpleeghuis' verdienen. Om deze functies te kunnen uitoefenen is een zeker draagvlak, dat wil zeggen een bepaald aantal bedden nodig. Dit draagvlak is vooral economisch bepaald; speelt geld immers geen rol, dan kan iedere vorm van verpleeghuiszorg ook thuis worden gerealiseerd voor de individuele patiënt.

In de praktijk speelt geld echter wel degelijk een rol en bepalen economische overwegingen mede het draagvlak van een verpleeghuis. In de richtlijnen ex art. 3 WZV worden daarvoor een onder- en bovengrens gegeven van respectievelijk 90 en 210 bedden. Ten aanzien van de ondergrens is echter in de laatste tijd een kentering te bespeuren. Ook tehuizen met een omvang van minder dan 90 bedden zijn volgens deze nieuwe richtlijnen mogelijk, mits deze een tweede locatie

vormen van een groter tehuis (dependance). Deze kentering maakt duidelijk dat er niet langer wordt gedacht over één draagvlak voor functies die zijn geconcentreerd op één lokatie, maar dat dit draagvlak ook ruimtelijk mag zijn gespreid, hetgeen betekent dat verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verpleeghuisartsen binnen één organisatie op meerdere plaatsen werkzaam kunnen zijn.

In de gesprekken met de 'experts' werden de capaciteitsnormen van de richtlijnen vergeleken met de ervaringen in het veld van de verpleeghuiszorg. Volgens deze bevindingen wordt een ondergrens van 60-80 bedden als ternaauwernood voldoende genoemd om te kunnen beantwoorden aan de doelstelling van het verpleeghuis als gezondheidszorginstituut, dat wil zeggen onvoldoende voor het 'opheffen of verminderen c.q. stabiliseren van stoornissen en handicaps'. Voor een zelfstandig volwaardig verpleeghuis wordt het aantal van 120-150 bedden inzake zorgmogelijkheden en financieel functioneren ideaaltypisch genoemd met ongeveer 50% somatische en 50% psycho-geriatrische patiënten.

Een aantal uitspraken inzake de relatie tussen zorgkwaliteit en de zojuist genoemde omvang heeft echter ook een negatief karakter: 'Elk instituut dat groter is dan 50 á 60 bedden gaat ten koste van het individu' en 'Een groot verpleeghuis maakt per definitie het individu ondergeschikt aan de zorg'.

Samenvattend: uit ervaringen van deskundigen op het terrein van de verpleeghuiszorg blijkt dat de optimale omvang van een verpleeghuis qua garanties voor zorgkwaliteit ligt rond de 120-150 bedden; dit past binnen de wettelijke capaciteitsnormen. Anderzijds wordt door deskundigen erkend dat in instituten van meer dan 50 bedden, patiënten het risico lopen ondergeschikt te worden gemaakt aan de structuur van de zorgverlening.

Een mogelijkheid om dit dilemma op te lossen is het spreiden van het draagvlak van een voorziening over meerdere lokaties. Zo kunnen de voordelen van een optimale omvang worden gecombineerd met de voordelen van kleinschalige zorg.

### 2.3. Spreiding van voorzieningen

Vanuit het oogpunt van 'economy of scale' is voor een optimale zorgverlening concentratie van een zo groot mogelijk aantal bedden op één lokatie wenselijk. Vanuit het oogpunt van geografische en sociaal-psychologische bereikbaarheid voor (potentiële) gebruikers is echter een

zekere spreiding van voorzieningen wenselijk. Als voordeel van deze spreiding wordt door informanten een bestending van het verblijf in de eigen omgeving, wijk, dorp of stad en van de geografisch gebonden cultuur en religie gezien. Ook zou het verpleeghuis in het kader van het flankerend bejaardenbeleid een regiofunctie kunnen vervullen.

Door deze spreiding zou sociale integratie meer mogelijkheden hebben; ook al door het betrekken van sociale relaties bij de zorg in de vorm van mantelzorg (kleine karweitjes, hand- en spandiensten) en het grotere beroep op de plaatselijke eerstelijnsvoorzieningen als kruiswerk, gezinszorg en huisarts. Daarmee wordt door het verpleeghuis 'naar de patiënt toegegaan'. Suggesties die daarbij worden gedaan zijn dat in iedere cirkel van 20 kilometer een verpleeghuis-mogelijkheid zou moeten zijn, dat wil zeggen in iedere woonagglomeratie van 2.000 à 3.000 mensen. In een dergelijk geval gaat het om 5 à 6 bedden (wettelijke norm: 2,5 promille).

### 2.4. Tussenbalans

Uit het voorafgaande is af te leiden dat kleinschaligheid een antwoord kan zijn op de nadelen verbonden aan 'totale instituties'. Daarbij dient te worden aangekend dat ook grootschalige verpleeghuizen kleinschalige zorg kunnen geven. Uit hoofde van de bestrijding van de nadelen van grootschalige zorg hoeven derhalve geen getalsmatig kleine verpleeghuizen in het leven te worden groepen of in stand te worden gehouden: kleinschalige zorg is vooral een kwestie van organisatie van de zorgverlening. Uit oogpunt van beleid resteert als belangrijkste argument voor kleinschalige verpleeghuisvoorzieningen derhalve via spreiding grotere bereikbaarheid van deze voorzieningen. Een drietal vormen van dergelijk gespreide kleinere voorzieningen bleek tot de meest haalbare te behoren.

## 3. MOGELIJKHEDEN

Voor de ontwikkeling van het beleid is het van belang een zo helder mogelijk idee te krijgen van de omstandigheden waaronder kleinschalige verpleeghuisvoorzieningen mogelijk worden. Deze omstandigheden moeten van dien aard zijn dat voor de realisering van deze voorzieningen een drietal vereisten geen geweld wordt aangedaan:

a. de zorgkwaliteit dient te zijn gewaarborgd;

b. aan wettelijke regelingen met betrekking tot planning en financiering van zorgvoorzieningen mag geen afbreuk worden gedaan;

c. de kosten moeten ongeveer vergelijkbaar blijven met die van de bestaande zorgvoorzieningen.

Op basis van deze drie vereisten is een aantal modellen voor kleinschalige, goed verspreide verpleeghuizen denkbaar. Daarbij kan gezien het voorafgaande ervan worden uitgegaan dat de benodigde 'deskundigheden' voor een adequate zorg niet noodzakelijkerwijze op één lokatie hun activiteiten hoeven te ontplooiën maar ook per delegatie of 'out-reaching' kunnen functioneren en zelfs kunnen worden betrokken van bestaande voorzieningen die op wijkniveau reeds functioneren. Te denken valt bijvoorbeeld aan de activiteiten van de verpleeghuisarts, fysiotherapie, ergotherapie, verpleegkundige hulp.

Uitgaande van het eerder gestelde dat  $\pm$  50 bedden een grens zouden kunnen zijn waar behoud van zorgkwaliteit en omvang elkaar ontmoeten, zijn de volgende drie modellen uit het oogpunt van beleid denkbaar en onder bepaalde condities ook haalbaar: 1. het eerstelijnsmodel; 2. de verpleeghuisdependance; 3. het kleine zelfstandige verpleeghuis.

### 3.1. Het eerstelijnsmodel

**Het model:** Een kleinschalige zelfstandige verpleeghuisvoorziening volgens het eerstelijnsmodel steunt qua personele bezetting en qua hulpverlenende disciplines vooral op de eerstelijnsvoorzieningen. Zo wordt verpleegkundige hulp betrokken vanuit het kruiswerk en de medische deskundigheid van de huisarts in de wijk. Op dezelfde manier worden ook, indien nodig, fysiotherapie en ergotherapie vanuit de wijk betrokken.

Ten aanzien van de verzorging wordt een beroep gedaan op eventuele mantelzorg en op hulp door vrijwilligers. De coördinatie en verantwoordelijkheid voor de zorgverlening liggen in dit model bij de eerste lijn, bijvoorbeeld een huisarts.

Voor zover ons bekend, bestaat het eerstelijnsmodel in de praktijk nog nauwelijks. De 'experts' in het onderzoek zien daartoe wel mogelijkheden, maar maken een spontaan onderscheid in stad en platteland. Mantelzorg wordt dan vooral in de plattelandssituatie geprojecteerd. De sociale coherentie en de overzichtelijkheid wordt daar groter geacht. Onder de activiteiten van de mantelzorg wordt door de informanten vooral de gewone

huishoudelijke zorg verstaan en het bieden van afleiding, recreatie, het continu aanwezig zijn van (affectieve) zorg en het begeleiden van de patiënt.

Voor het geval er geen familie(relaties) zijn voor deze mantelzorg wordt gezien op mensen die de mantelzorgfunctie als een soort levensvervulling onbetaald als vrijwilliger willen vervullen. Gewezen wordt wel op het gevaar dat een in het leven geroepen sociaal netwerk van vrijwilligers nogal eens de allures van een quasi-professionele organisatie kan gaan aannemen. Vandaar dat men deze vrijwilligers het liefste ziet uit de kringen van vrienden, bekenden en buurtgenoten.

Aan huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleging en gezinszorg wordt in dit model een voorlichtende en ook stimulerende taak toegedacht voor het doen functioneren van de mantelzorg. Dit betekent in psychologische zin dat tussen patiënt, hulpverlening en netwerk wordt besproken wat het beste kan worden gedaan evenals mogelijkheden van professionele ondersteuning door algemeen ziekenhuis, verzorgingstehuis, verpleeghuis en eerstelijnszorg. Volgens de informanten kan dit in de vorm van snelle consultatie en ook door het ter beschikking stellen van kleine verpleegsystemen zoals infuus, voedingssystemen, injecties en eenvoudige fysiotherapeutische mogelijkheden. Als positief neveneffect wordt gewezen op de integratie die door een dergelijke mantelzorg in de buurt wordt bewerkstelligd.

Niet voor alle categorieën patiënten zal dit model kunnen gelden. Door de respondenten wordt niet zozeer een onderscheid gemaakt in geriatrische, psychogeriatrische, somatische en terminale patiënten, maar wordt vooral gewezen op de mate van bedlegerigheid en de prognose inzake duur van verzorging c.q. begeleiding. Gaat het om long-stay patiënten, dat wil zeggen een prognose van langer dan één jaar, dan wordt de taak van de mantelzorg te veeleisend en te zwaar geacht. Dat geldt nog meer voor echte psychogeriatric en dementie: dit vereist zelfs specifiek geschoold personeel.

Toetsen we dit eerstelijnsmodel met behulp van de drie eerder geformuleerde vereisten dan blijkt inzake de haalbaarheid het volgende.

*De zorgkwaliteit in het eerstelijnsmodel:* waar medische en para-medische kennis vooral uit de eerste lijn wordt betrokken is in het onderzoek nagegaan of aldaar voldoende kennis en vaardigheden aan-

wezig zijn ten aanzien van de verpleeghuiszorg. Door de respondenten wordt er voortdurend op gewezen dat de vereiste kwaliteit een haalbaar gegeven is. Dit niet alleen omdat de kennis aanwezig is, maar ook omdat de overleglijnen tussen de diverse disciplines kort zijn, in de tijd natuurlijk zijn gegroeid en omdat reeds bestaande zorgrelaties kunnen worden gecontinueerd. Belangrijk wordt een snelle signalering geacht zodra de verlangde deskundigheid niet (meer) aanwezig is. Door consultatielaties met verpleeghuizen als een soort 'achterwacht' zou dit kunnen worden opgevangen.

De vraag is verder of dergelijke eerstelijnsverpleeghuisvoorzieningen wel voor veel patiënten kunnen gelden, gegeven de noodzaak van een zekere zelfredzaamheid c.q. zelfzorg en het kunnen beschikken over mantelzorg; deze zorg dient toe te nemen waar zelfzorg afneemt. De beantwoording van de vraag of zelfzorg mogelijk en zelfs gewenst is wordt thans verkregen via 'de weg van onderhandelen'. 'Vroeger huurde je een wijkverpleegkundige en die kwam je voor een kwartje wassen of je het nu zelf kon of niet. Je betaalde er gewoon voor'. Nu ligt het anders. Er wordt bijvoorbeeld onderhandeld tussen cliënt en hulpverlenende instantie wanneer de wijkverpleegkundige constateert dat iemand per se hulp wil, niet omdat er sprake is van ontbrekende zelfredzaamheid, maar omdat hij/zij al '40 jaar lidmaatschap heeft betaald'. De criteria voor het bepalen van mogelijkheden van zelfzorg en daarmee voor mantelzorg of hulp van vrijwilligers dienen dan ook exact te worden omschreven.

Men moet overigens volgens de 'experts' geen overdreven nostalgische gevoelens koesteren omtrent deze mantelzorg. Het vraagt een bepaalde cultuur, mentaliteit en organisatie die lang niet altijd aanwezig zijn. Zo schaamt de familie zich soms voor het aftakelingsproces of wanneer de familieleden de zorg staken en de bejaarde opgenomen wordt, zijn ze zelf vaak ook 'uitgeput'; dan moet mantelzorg niet alsnog kunstmatig worden geactiveerd.

Voor ernstige hulpbehoevenden, met name psychogeriatrische patiënten, of patiënten zonder een actief of te activeren sociaal netwerk lijkt dit eerstelijnsmodel niet meteen een geschikte zorgvoorziening. Algemeen wordt opgemerkt dat voor het behoud van de zorgkwaliteit zowel een versterking van de eerstelijnszorg nodig is alsook een veel betere organisatie en afstemming van de diverse instanties en de mantelzorg op elkaar.

*Wettelijke regelingen:* De wettelijke richtlijnen staan dergelijke zelfstandige kleine verpleeghuizen niet toe. Bovendien is de financiering door AWBZ en/of de ziektekostenverzekeraars problematisch. Ook de statutair vastgelegde werkwijze van de professionele thuiszorg is op een dergelijke voorziening veelal niet afgesteld. Zo wil en hoeft het kruiswerk bijvoorbeeld niet intramuraal te werken. *Kosten:* Met betrekking tot de kosten blijken de informanten dit een kostbare voorziening te achten die budgettair neutraal niet in het leven kan worden geroepen.

### 3.2. De verpleeghuisdependance

*Het model:* Bij dit model van een kleinschalige voorziening worden drie varianten onderscheiden:

a. Een kleine voorziening die organisatorisch deel uitmaakt van een grotere verpleeghuisorganisatie die elders is gelokaliseerd (multi-lokatie). Daarbij wordt niet het totale verpleeghuispakket op alle plaatsen aangeboden maar een basispakket aangevuld met een steeds intensievere professionele ondersteuning. Deze kan voor een deel worden betrokken uit de eerste lijn (bijvoorbeeld fysiotherapie, kruiswerk e.d.) De grotere verpleeghuisorganisatie is verantwoordelijk voor de coördinatie en kwaliteit van de zorgverlening in de dependance. Multiloceren dient dan ook te gebeuren op het herkenbaarheidsniveau van wijk, dorp of stad(sdeel).

b. Een kleine voorziening als onder a, maar zonder inbreng van de eerste lijn. Dat wil zeggen de grotere verpleeghuisorganisatie coördineert en garandeert het zorgpakket in de dependance door vanuit het grotere tehuis de daartoe benodigde deskundigheid te leveren.

c. Een verpleeghuisafdeling in een verzorgingstehuis. Deze mogelijkheid kan bijvoorbeeld worden geïmplementeerd in de vorm van continuerende '1 oktober-afdelingen' in verzorgingstehuizen. De ervaringen worden over het algemeen door de informanten positief beoordeeld. Met name voor patiënten op de grens van verzorgingstehuis en verpleeghuis wordt dit een oplossing geacht. Bovendien worden de gevolgen van een verkeerde indicatiestelling tot een minimum teruggebracht.

Toetsing van dit model met behulp van de drie vereisten levert het volgende beeld op inzake de haalbaarheid.

*Zorgkwaliteit in de dependance:* Is er sprake van een verbondenheid met een

groter verpleeghuis, dan kan volgens de informanten de zorgkwaliteit op peil blijven. In principe kunnen ook alle patiënten in zo'n dependance worden opgenomen. Is er sprake van een verpleeghuisafdeling in een verzorgingstehuis, dan kan de zorgkwaliteit in gevaar komen indien de vereiste specifieke deskundigheid niet ter plaatse aanwezig is. Veelal kan een dergelijk probleem worden opgelost door de vereiste deskundigheid in de organisatie op te nemen, dan wel in te huren waar nodig. Wil een dergelijk zorgsysteem bevestigend en in principe voor iedere patiënt functioneren, dan dienen de deelverantwoordelijkheden en de eindverantwoordelijkheid nauwgezet te worden geformuleerd en toegewezen.

Voor de wijkverpleging, het maatschappelijk werk, de gezinszorg, de huisartsen en eventueel de medisch adviseur van het verzorgingstehuis dienen achter de idee te staan. Een uitgangspunt zou kunnen zijn dat de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de patiënt dient te worden gecoördineerd. De organisatie van de diverse soorten en vormen van hulpverlening dient volgens de informanten vooral op samenwerking gebaseerd te zijn. De grenzen tussen de verschillende instanties zouden zoveel mogelijk dienen te vervagen: ze moeten zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor een bepaalde buurt, wijk of gebied. Qua omvang wordt daarvoor een aantal van ongeveer 25.000 mensen genoemd.

**Wettelijke regelingen:** De richtlijnen geformuleerd in de WZV vormden tot voor kort een hinderpaal voor de realisering van deze kleinschalige verpleeghuismogelijkheid: de benedengrens van een dergelijke voorziening was namelijk 90 bedden. In de recent gewijzigde richtlijnen worden thans dependances van een kleinere omvang mogelijk gemaakt.

Ten aanzien van de combinatie verpleegafdeling-verzorgingstehuis kan zich een financieringsprobleem voordoen: de financiering van verpleeghuisbedden vindt plaats via de AWBZ en de verzorgingsplaatsen via de WBO. In de praktijk wordt dit echter oplosbaar geacht. Moeilijker wordt het echter wanneer integratie van verzorging wordt nagestreefd. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de voorbereidingen van een dergelijke voorziening in de Krimpenerwaard-Oost waar 120 plaatsen worden verdeeld over vier lokaties en waar de helft van de bewoners uit de sfeer van de verzorgingstehuizen komt en de andere helft uit de verpleeghuissec-

tor. Een oplossing voor het probleem van de AWBZ- en WBO-gelden bleek niet eenvoudig.

**Kosten van het dependancemodel:** De dependance van een verpleeghuis op een andere lokatie zal relatief veel kosten met zich meebrengen, omdat er verhoudingsgewijs veel verzorgend c.q. verplegend personeel aanwezig moet zijn, zeker als deze voorziening zowel lichte als ernstig hulpbehoevende patiënten wil opnemen. De kosten worden bovendien beïnvloed doordat een nagenoeg volledige infrastructuur (keuken, oefenruimten e.d.) aanwezig moet zijn. In het geval van een combinatie met een verzorgingstehuis kunnen juist deze kosten lager zijn dan bij de zelfstandige dependance, omdat dan zowel van de aanwezige personeelsterkte als van de bestaande infrastructuur gebruik kan worden gemaakt.

### 3.3 Het kleine zelfstandige verpleeghuis

**Het model:** Het kleine (60 bedden) zelfstandige verpleeghuis (Nota 2000) is gesitueerd in een wijk; het dient zoveel mogelijk als alternatief te functioneren voor de thuissituatie. Het stelt de patiënten dan ook zoveel mogelijk in staat optimaal te participeren aan het normale dagelijkse leven. Toetsing van de criteria levert het volgende op inzake de haalbaarheid. **Zorgkwaliteit van het kleine verpleeghuis:** Een dergelijk verpleeghuis dient te voldoen aan de algemene eisen die worden gesteld aan het verpleeghuis. Daarmee is de zorgkwaliteit gegarandeerd en kan iedere patiënt van deze voorziening gebruik maken.

**Wettelijke regelingen:** Wanneer een dergelijk klein verpleeghuis bestuurlijk en organisatorisch geheel zelfstandig functioneert, zal het gezien de te geringe omvang strijdig zijn met de thans bestaande richtlijnen.

**Kosten:** Aangezien alle personen en ondersteunende diensten aanwezig dienen te zijn voor een relatief kleine groep patiënten, zijn de kosten aan personeel en infrastructuur relatief hoog te noemen.

## 4. CONCLUSIES

In de discussie rond kleinschaligheid spelen volgens de onderzoekresultaten meerdere thematieken door elkaar heen. Een viertal thema's bleek in het hier gerapporteerde onderzoek een centrale plaats in te nemen; drie daarvan betreffen de mogelijkheden van kleinschaligheid. Deze kleinschaligheid als 'klein in

omvang' met de daaraan verbonden interne sociaal-psychologische voordelen en de daaraan gekoppelde bereikbaarheid hebben we geplaatst in het beleidsperspectief van een zo groot mogelijke spreiding van voorzieningen.

Dat leverde een drietal modellen op die nader werden onderzocht op de vereisten: zorgkwaliteit, wettelijke regelingen en kostenbeheersing. Uit deze informatie werd duidelijk dat het model van de dependance (met zijn varianten) de minste obstakels kent, terwijl het zelfstandige kleine verpleeghuis zowel uit financieel als wettelijk oogpunt en het eerste lijnsmodel uit het oogpunt van zorgorganisatie, moeilijk realiseerbaar lijken te zijn.

Meer empirisch onderbouwde gevolgtrekkingen ten aanzien van de prioriteitenstelling en mogelijkheden van deze modellen, kunnen slechts na een grondige 'feasibility study' worden getrokken. Een dergelijke studie wordt thans in opdracht van de provincie Noord-Brabant verricht. Het vooronderzoek heeft wel duidelijk gemaakt dat verpleeghuiszorg in kleinere settings tot de reële mogelijkheden moet worden gerekend. □

Discussie

# Cholesterol: consensus of nonsensus?

H. J. Penn

*Met de absolute uitspraken van Boot, zoals 'nonsensus', 'absurd en inconsequent' kan men zich langzamerhand afvragen wie Boot wel is, dat hij – tegen wereldwijde commissies, werkgroepen en hoogleraren ('B&L'; ref. MC nr. 6/1988, blz. 166) in – meent als enige de wijsheid in pacht te hebben. In zijn teksten wordt – door alleen de magere resultaten van veel meer omvattende onderzoeken eruit te lichten en door zinsneden verkeerd uit te leggen – slechts het negatieve aspect uit wetenschappelijk werk benadrukt, met het doel de klok twintig jaar terug te draaien.*

Maar nu terug naar de discussie, voor een zinvolle aanvulling op de commentaarpunten 1 t/m 6 van de reactie van Boot op mijn discussie over opsporing en behandeling van verhoogd cholesterol (MC nr. 5/1988, respectievelijk blz. 154 en blz. 153).

*ad 1.* Het verwijt van de dubbele telmethode is grotendeel onjuist en behoeft een toelichting.

Ook mij was het niet ontgaan dat zich onder de genoemde 596 zekere en suspecte hartdoden en infarcten ook de 510 zekere hartdoden en infarcten bevonden. In de tekst worden, net als in de gerefereerde onderzoekstabel, de twee getallen wel separaat genoemd, maar nergens bij elkaar opgeteld: geen dubbele telmethode, dus. De genoemde tabel met secundaire eindpunten van de LRC-studie, waarin onder andere angina pectoris en hartoperatie worden vermeld, en de tabel met de primaire eindpunten infarct en overlijden ten gevolge van infarct veegt Boot in de discussie, ondanks de verschillende aannamen in de voetnoot van beide tabellen, op één hoop. Inderdaad heeft bij het optellen van de primaire eindpunten een dubbele telling plaatsgehad; echter, op basis van de oorspronkelijke LRC-tabellen valt uit te rekenen dat deze slechts 5% bedraagt. In de tabel met secundaire eindpunten worden meer zaken van één individu meermalen geteld. In mijn berekeningen heb ik dit ook bewust overgenomen, omdat angina pectoris en hartoperatie meestal verschillende fasen in het leven van de hartpatiënt betreffen, die ieder gepaard gaan met nieuwe kosten (medicijnen, onderzoek, opname, operatie). In de kosten-batenanalyse heb ik echter van de primaire eindpunten alléén de 596 zekere/suspecte infarcten en hartdoden gebruikt en van de secundaire eindpunten alléén de besparing in het aantal hartoperaties en/of PTCA's en de daarmee samenhangende kosten berekend.

Derhalve komt ook hier een gering aantal patiënten maximaal tweemaal in de berekening voor, maar ook hier is dat terecht; immers, ook bij de vermindering van een infarct en later hartoperatie bij dezelfde patiënt gaat het om tweemaal vermindering van kosten. Geen dubbeltelling dus bij de kostenbesparingsanalyse.

*ad 2.* Welke bron kunt u voor uw argument aanvoeren?

*ad 3.* Uit de tabel valt zowel de relatieve als de absolute risicodaling af te lezen. De opmerking is dan ook overbodig.

*ad 4.* Mijn tekst herlezend, ben ik het niet met Boot eens. Duidelijk wordt het te verwachten resultaat vermeld van behandeling van 100.000 mensen.

*ad 5.* Behandeling geeft slechts een 'kort uitstel van coronaire hartziekten'. Ook dit is weer een valse voorstelling van zaken, voortkomende uit tabel 5 van Boots discussie, waarin een cholesteroldaling van slechts 8,8% als maat wordt genomen. Echter, bij goede behandeling met dieet en zo nodig cholesterolverlagende middelen wordt vaak een daling bereikt van 20% à 30%, hetgeen in een verbetering van de levensverwachting bij levenslange behandeling resulteert van zeven tot tien jaar. Een kort uitstel? Hoe lang het uitstel tot het optreden van angina pectoris of niet fataal infarct is, is weer een ander niet onderzocht aspect. In het leven draait het immers niet alleen om levensduur, maar ook om kwaliteit. Daar gaat Boot steeds aan voorbij.

*ad 6.* Eventueel medicijnen bij cholesterol tussen 6,5 en 8,0. Daarmee illustreert Boot de consensus nog steeds niet te hebben begrepen. Medicatie is geïndiceerd bij een cholesterol  $\geq$  8,0 mmol/l. Echter, enkele verfijningen in Boots gedachtengang zouden hem ertoe kunnen brengen iemand met een herhaald cholesterol (iets) kleiner dan 8 eventueel te gaan behandelen met medicijnen.

1. Indien de patiënt jonger is dan 40 jaar: immers tussen de 20 en 40 jaar stijgt het cholesterol nog met ongeveer 1 mmol/l, dat wil zeggen dat een jongeman van 25 jaar met een cholesterol van 7,5 mmol/l equivalent is aan een man van 40 jaar met een cholesterol van 8,2. Omwille van de eenvoud is het leeftijdsaspect echter bewust weggelaten uit de Nederlandse cholesterolconsensus.

2. Uit de formule:

totaal cholesterol – 0,45 triglyceriden – HDL = LDL valt te destilleren dat het LDL-cholesterol afhankelijk is van drie grootheden, bijvoorbeeld:

tot.chol.	–	0,45 triglyc.	–	HDL	=	LDL
7,8	–	$0,45 \times 1,1 = 0,5$	–	0,8	=	6,5
7,8	–	$0,45 \times 3,3 = 1,5$	–	1,3	=	5,0

Het moge duidelijk zijn dat de bovenste patiënt ondanks een cholesterol van 7,8 toch in aanmerking kan komen voor medicamenteuze behandeling, gezien het hoge LDL-cholesterol, en de tweede patiënt niet. Bij gemiddelde triglyceriden- en HDL-waarden kan men stellen, dat een totaal cholesterol van 8,0 ongeveer overeenkomt met een LDL van 6,0 mmol/l. Anders gezegd: de grens van 8,0 mmol/l, voor het totaal cholesterol, moet worden bekeken in relatie met het atherogene LDL-cholesterol én het cardioprotectieve HDL-cholesterol en zou kunnen worden vervangen door de grens LDL  $\geq$  6 mmol/l.

*ad nieuwe middelen:* Het Clofibrat-drama voert Boot ten onrechte als tegenargument aan, aangezien de slechte Clofibrat-resultaten destijds te wijten waren aan het voorschrijven van het middel bij de verkeerde indicatie. Clofibrat werkt namelijk averechts bij een hypercholesterolemie zonder hypertriglyceridemie. Bij de juiste indicatie (zie consensus) blijft Clofibrat voorlopig de eerste keus.

## PRAKTIJKVOORBEELDEN

Tot slot enkele praktijkvoorbeelden om de zin van opsporen en het effect van behandelen te demonstreren. Ik ben er mij wel van bewust dat even zovele mislukkingen zijn te noemen. Echter, de halve en hele mislukkingen bij de ene groep geven Boot nog niet het recht de 'responders' bij voorbaat de kans op verlaging van het cholesterol te ontnemen door niet eens het cholesterol te bepalen, laat staan te trachten met dieet en eventueel medicatie gedurende een proefperiode van bijvoorbeeld zes maanden het cholesterol te verlagen. Bovendien zal de 'non responders'-groep waarschijnlijk binnenkort met de komst van de cholesterol-syntheseremmers ook tot het verleden behoren. Cholesteroldalingen niet van 8,8%, maar van 30% en meer zullen dan eerder regel dan uitzondering gaan worden.

*Voorbeeld 1.* Man, 25 jaar, familiale hypercholesterolemie met hartpatiënten. Cholesterol 8,6 en 8,0; triglyceriden 1,4 en 1,5; LDL 6,0; HDL 1,36. Nu met dieet en 2 Questran, cholesterol  $2 \times$  6,5 mmol/l (chol-daling 21%).

*Voorbeeld 2.* Man, 39 jaar, vader aan infarct overleden op 44e jaar, rookt niet. Cholesterol 8,8 en 8,1; triglyceriden 2,5 en 1,6. Op dieet en 1 Questran, cholesterol 6,3 en 6,0. Nu zonder Questran cholesterol 6,2 (chol-daling 29%).

*Voorbeeld 3.* Man, 46 jaar recent onderwand-



infarct, roken 20/d, vader infarct bij 69 jaar. Cholesterol 8,6 en 8,5; triglyceriden 2,3 en 1,9, HDL 1,3. Nu met dieet en 2 Questran chol 7,0 (chol-daling 20%).

**Voorbeeld 4.** Vrouw, 50 jaar, geen klachten. Familie zwaar belast, roken 10/dag, xantelasma. Cholesterol 9,2, 8,5 en 9,4 ondanks dieet; triglyceriden 1,5 en 1,7. Nu met 2 Questran Cholesterol 7,2 (chol-daling 20%).

Misschien is de Nederlandse cholesterolconsensus toch niet zó absurd en inconsequent als Boot tracht uit te dragen. □

#### Literatuur

Cholesterolconsensus Hartbulletin. Suppl. I; 1987: 20-2.

Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. JAMA 1984; 251:351-64.

Taylor WC et al. Cholesterol reduction and life expectancy. Ann Intern Med 1987; 106:605-14.

H. J. Penn is cardioloog in het St. Jans Gasthuis te Weert.

## Het Nijmeegs Interventie Project: leerzaam wetenschappelijk onderzoek

Dr. J. W. van Ree

*Zoals ik al voorspelde (ref. MC nr. 11/1988, blz. 345) mondt de discussie met collega Boot uit in de eindeloze discussie over de vraag of het halfgevolle glas nu halfvol of halfleeg mag worden genoemd. Dit punt wordt nog eerder bereikt dan ik verwachtte en de millimeterdiscussie woedt nu in alle hevigheid<sup>1</sup>. Dat ik toch van mijn recht op repliek gebruik maak, komt doordat Boot opnieuw mijn onderzoekgegevens onvolledig of onjuist gebruikt.*

#### SUCCES HUISARTS

Huisartsen hebben de gewoonte in hun dagelijks werk naar een praktisch haalbaar doel te streven. Hun handelen is daarop gericht en dus was in het Nijmeegs Interventie Project (NIP) het streven gericht op het bereiken van de 'streefwaarden' voor bloeddruk, cholesterolgehalte, normaal gewicht en het stoppen met roken. Het succes afmeten in mmHg of mg% en het aantal daarvan als succesmaat zien, is niet huisarts-eigen. Dit zal Boot als huisarts wel kunnen beamen.

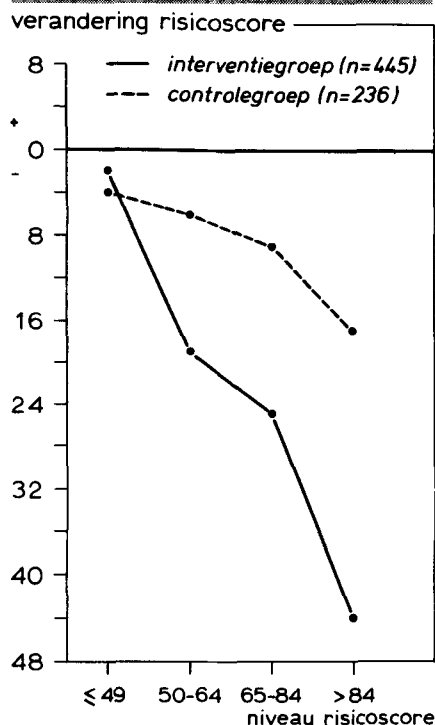
Het doel van de huisartsen in het NIP was inderdaad het bereiken van een 'normaal' cardiovasculair risico. In de figuur wordt duidelijk gedemonstreerd dat de huisartsen erin slaagden dit te bereiken<sup>2</sup>. De afname van het risico is daarbij afhankelijk van het oorspronkelijke risico, maar op alle niveaus werd een daling bereikt tot ongeveer score 40, wat de normale waarde is van de gemiddelde man van die leeftijdsgroep. Dus huisartsen redeneren blijkbaar heel pragmatisch: hoe meer risico, hoe meer verandering nodig is. En dat is hun in Nijmegen dus goed gelukt.

#### INVLOED GROTERE AANTALLEN

Ook in het Nijmeegs Interventie Project hadden de meeste hypertensiepatiënten (geluk-

sig!) een geringe bloeddrukverhoging. Voor de huisartsen betekende dit in de praktijk dat zij slechts een geringe daling hoefden na te streven. Dat betekende ook dat zij de meesten met algemene adviezen konden helpen. Het gevolg hiervan is dan natuurlijk dat de gemiddelde daling in millimeters Hg niet groot is, maar dat het succespercentage wél heel hoog is.

De invloed van de grote bloeddrukdaling bij de 19 personen met een ernstige hypertensie is op de gemiddelde daling slechts gering, terwijl dit voor huisartsen in het kader van de individuele



Figuur. Verandering in risicoscore bij herscreening bij mannen in de interventiegroep en de controlegroep.

zorg voor hun patiënten, en voor deze patiënten vooral, zéér belangrijk was. Hetzelfde geldt voor de andere risicofactoren, maar daar ga ik nu niet verder op in.

#### CONTROLEGROEP

Gelukkig was de wetenschappelijke opzet van het Nijmeegs Interventie Project goed. Wij hebben dus rekening gehouden met het 'regressie naar het gemiddelde effect'. Weinig studies zijn zo opgezet. Door meer dan één meting te plannen, zowel in de studie- als in de controlegroep, werd ook de invloed van het 'pressor-effect' verminderd.

Omdat we dit project echter uitvoerden in gewone huisartspraktijken, waarin de patiëntenzorg op de allereerste plaats komt, konden we niet verhinderen dat de huisartsen in de controlegroep ook gingen behandelen als zij dat nodig vonden; ook zij beschikten op grond van medisch-ethische overwegingen natuurlijk over alle gegevens van hun patiënten die waren onderzocht – uit de figuren in mijn proefschrift valt dit herhaaldelijk af te lezen. Het verschil met de studiepraktijken zat meer in de systematische aanpak van de risicofactoren: zogeheten 'stepped care' versus 'usual care'. De invloed van het pressor-effect op de uitkomsten is dan ook gering, hoewel het in individuele gevallen mogelijk wel aanwezig is geweest.

Uit het deels verloren gaan van de behandelingeffecten op langere termijn is niet te concluderen dat het Nijmeegs Interventie Project niet succesvol was.

Wel is te stellen dat wij er bij het opzetten van het project geen rekening mee hebben gehouden dat dingen niet vanzelf gaan en dat een wetenschappelijk onderzoek nog geen antwoord geeft op de vraag hoe gegevens moeten worden vertaald in richtlijnen voor praktijkvoering, dus in richtlijnen voor patiëntenzorg. Het Nijmeegs Interventie Project en de daaropvolgende Evaluatie Studie NIP heeft ons bewust gemaakt van het feit dat er meer nodig is om de huisarts continue medische zorg te laten verlenen<sup>3</sup>. Dit aspect van 'praktijkmanagement' zou zeker in het NIP-'design' zijn ingebouwd als wij er ons in 1976, toen dat 'design' werd gemaakt, bewust van waren geweest.

Het NIP is niet alleen succesvol, maar ook leerzaam geweest.

#### GEGEVENS ONVOLLEDIG GEBRUIKT

In de door Boot genoemde 'modelpraktijk' – geen modelpraktijk, maar wat later een goed georganiseerde praktijk bleek te zijn – daalde de medicamenteus behandelde groep van DB 96 naar DB 86 mmHg, gemiddeld; in de controlegroep van 101 naar 97 diastolisch. Natuurlijk is dit verschil 'slechts' 4 mmHg, maar klinisch (!) beoordeeld is hier een wereld van verschil. Daarom is in die praktijk het succespercentage op langere termijn bijna 90%, terwijl het in de controlegroep 30% is. Mijn studiegegevens onvolledig gebruiken geeft dan

ook een onvolledig beeld van wat er in werkelijkheid is gebeurd.

Weergeven in 'exacte' millimeters is nog niet de werkelijkheid weergegeven.

#### NADELIGE BIJWERKINGEN

Ook Boot kent mij goed genoeg om te weten dat ik niet van mening ben dat Nederlanders een ander soort mensen zijn dan anderen en geen last van ongewenste bijwerkingen zouden hebben. Wat Boot echter net als ik ook wel weet is dat de Nederlandse studies op dit gebied zijn gedaan bij 'personen uit de algemene populatie' en dat ze in de buitenlandse studies meestal zijn gedaan bij geselecteerde populaties. Sommige van de daar onderzochte personen hadden er bijvoorbeeld direct belang bij klachten te krijgen, omdat dit hun de mogelijkheid gaf onaangenaam werk eens een tijdje te ontvluchten<sup>4</sup>.

Er zijn weinig studies waarin, zoals in het Nijmeegs Interventie Project, vergelijking met een controlegroep mogelijk was. Helaas zijn alle onderzoeken op dit gebied niet al te hard of methodologisch erg sterk. En helaas zijn de meeste onderzoekers ook niet als Van Weel, die dit tenminste wil erkennen<sup>5</sup>.

#### SUBTIELE VERANDERINGEN

Het is belangwekkend te moeten vaststellen dat collega Boot het onderzoek van Croog e.a. à charge gebruikt<sup>6</sup>, terwijl nauwkeurige analyse leert dat dit onderzoek methodologisch zwak moet worden genoemd en de conclusies dubieus, in het bijzonder wegens het selectief gebruiken van de resultaten. Ook de daar ge-

bruikte medicamenten en bijvoorbeeld de wijze van het bereiken van een bloeddrukdaling is aan nogal wat kritiek onderhevig.

Alle studies 'naar klachten' zijn dus niet sterk. Het is dan ook vreemd van collega Boot te moeten lezen dat hij 'subtiele veranderingen' hierin wel 'reëel' noemt, terwijl hij de reële (beperkte) verbetering van morbiditeit en mortaliteit van tafel wil vegen met het argument dat de wetenschappelijke waarde van de desbetreffende studies niet groot is. Maar Boot geeft zelf ook herhaaldelijk aan dat er in zijn betogen sprake is van subjectieve interpretatie van onderzoeksgegevens, en discussie over de interpretaties is vaak moeilijk, van beide kanten!

#### MET DE NEUS OP DE FEITEN

Het leerzame van deze discussie is dat voor en tegenpleiters weer eens met de neus op de feiten worden gedrukt. Veel is nog niet bekend en heel veel wel. Nader onderzoek is nodig en de dan gevonden gegevens zullen tegen het licht moeten worden gehouden om ze op waarde te kunnen keuren.

Zelden is het laatste woord gesproken, maar het is ook vaak onjuist steeds maar op het laatste woord te wachten. Toen de gegevens uit de MRC-'trial' bekend werden, heb ik berekend wat dat voor de Nederlandse situatie zou betekenen. Ze zeer grof samenvattend geef ik de resultaten van deze berekening weer: Als we alle meetbare kosten en baten tegen elkaar wegstrepen, dan kunnen alle Nederlandse huisartsen per jaar circa 530 cerebrovasculaire accidenten voorkomen met een (matige) behandeling, van lichte tot matige

hypertensie, vergelijkbaar met die in de MRC-'trial'. Per saldo zal dat f 4.360.000 kosten.

Hebben wij er dat voor over? Een individuele huisarts zal hier niet veel van merken; op populatieniveau is de betekenis van deze realiteit echter enorm groot en voor de CVA-patiënt is ze van levensbelang! Voor mij als huisarts was het heel moeilijk mij dit te realiseren: de gerichtheid op individuele patiëntenzorg bevordert deze wijze van denken (op populatieniveau) niet. Huisartsen moeten dan ook inzien dat zij breder moeten kijken en eveneens op de populatie gerichte geneeskundige zorg moeten verlenen, door optimale geneeskundige zorg aan de individuele patiënt. Iedereen zal zich moeten realiseren dat door de zogeheten sterfteconcurrentie iedereen zal sterven, ondanks welke behandeling dan ook.

Ik besluit hiermee ook mijn bijdrage aan deze interessante en belangrijke discussie. □

#### Literatuur

1. Rubriek brieven Medisch Contact 1988; 6: 42-3.
2. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project. Proefschrift Nijmegen. 1981.
3. Ree JW van, Bosch W van den, Rutten G. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 133-6.
4. Haynes RB et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Engl J Med 1978; 299: 741-4.
5. Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Proefschrift Rotterdam. 1981.
6. Croog SH et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 1657-64.

## Voorkómen van hart- en vaatziekten

# De ongelijke verdeling van risico

Sinds oktober 1987 schrijft en discuteert de Wierdense huisarts Boot in Medisch Contact over de zin van interventie bij risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Zijn bijdragen laten zich lezen als een boeiend vervolg op zijn proefschrift uit 1979, dat handelt over hetzelfde onderwerp<sup>1</sup>. Was er toen nog ruimte voor twijfel, thans weet Boot het zeker: 'De huidige bloeddrukcultus is een iatrogeen gezondheidsprobleem, dat waarschijnlijk ernstiger is dan hoge bloeddruk zelf<sup>2</sup>. Deze en vele vergelijkbare stellingen nagelde hij aan de deur van de Domus Medica.

Collega Boot wilde graag discussie, en die heeft hij gekregen. Deels door de inhoud van zijn artikelen, deels door een weinig zakelijke betoogtrant, heeft hij de

### G. A. van Montfrans

*Over de zin van interventie bij risico op hart- of vaatziekte heeft Dr. C. P. M. Boot, huisarts te Wierden, het zijne in Medisch Contact gezegd. In de discussie die daarop is gevolgd heeft de rest van Nederland hem er niet van kunnen overtuigen dat een actief beleid beter is dan gecalculleerd niets doen. De internist Dr. G. A. van Montfrans, verbonden aan het Academisch Medisch Centrum Amsterdam, rondt die discussie hier af. Een nieuwe lente, dus een nieuw geluid.*

toorn van bloeddrukmetend Nederland over zich afgeroepen. De hypertensiecommissie van de Nederlandse Hartstichting floot hem ex cathedra terug, waarop dit college werd aangespoord het werk van Popper te lezen. Een meer inhoudelijke replek van de epidemioloog Grobbee namens de hypertensiecommissie beantwoordt Boot door Grobbee incorrect denken te verwijten; hij raadt hem aan, teneinde onjuistheden te voorkomen, zijn bronnen voortaan zelf te raadplegen en niet alleen in de literatuurlijst te vermelden<sup>3</sup> (!).

Dit soort opmerkingen versluiert het zicht op de kern van dit belangrijke probleem, dat Boot voor het overige kundig en integer behandelt. Aangezien de hypertensiecommissie (bij monde van

Grobbee) en collega Boot op grond van dezelfde gegevens tot zeer verschillende conclusies en adviezen komen, dreigt een discussie tussen profeten en sceptici. Voor de verdere gedachtenvorming wil ik kort ingaan op een aspect dat de resultaten van behandeling bij lichte hypertensie sterk beïnvloedt en dat naar mijn mening te weinig wordt uitgewerkt, namelijk de ongelijke verdeling van het individuele risico op hart- en vaatziekten.

## HETEROGENITEIT

Waar gaat het om? Behandeling van licht tot matig verhoogde bloeddruk – diastolisch 90 mmHg tot 110 mmHg – heeft voor het individu zeer weinig nut, maar is van groot belang voor de volksgezondheid, omdat er zoveel personen zijn met een licht tot matig verhoogde bloeddruk. Hierover is iedereen het eens. Over de implicaties echter niet. Het is het bekende *communicatieprobleem* tussen epidemioloog en huisarts: de epidemioloog heeft een daling van het relatieve risico voor hart- en vaatziekten in de bevolking als referentiekader (de laagste bloeddruk is immers de beste), de huisarts heeft een patiënt met een verhoogde bloeddruk in de spreekkamer die recht heeft op een gewogen advies en wenst een zo nauwkeurig mogelijke schatting van het absolute cardiovasculaire risico bij die patiënt, als basis van een behandelingscontract.

Een oordeel over de zin van medicamenteuze behandeling, zo voert Boot aan, kan pas volgen na weging van voor- en nadelen van voortgezette therapie. Tegen deze gedachtengang zal niemand bezwaar maken. Die individuele nadelen vindt Boot echter zo groot, en de voordelen zo gering, dat hij in een van zijn stellingen in alle ernst oproept het advies van de Gezondheidsraad aan de huisarts, bij alle volwassenen die het spreekuur bezoeken de bloeddruk te meten, *niet* op te volgen<sup>2</sup>. Als een der argumenten voor deze taakverlichting berekent hij op grond van de gebundelde gegevens van negen interventiestudies een kans op individueel profijt van 1%: bij 21.634 medicamenteus behandelde patiënten met licht tot matig verhoogde bloeddruk kwamen 197 cerebrovasculaire accidenten minder voor dan in de onbehandelde controlegroepen<sup>3</sup>.

Hier overspeelt Boot zijn hand. Zo had Rose, de Engelse epidemioloog, door Boot veelvuldig en met instemming geciteerd, het niet bedoeld! 'When a patient attends a general practitioner for any

cause, the record should show at once if the blood pressure has already been checked'<sup>4</sup>. Om te weten wie zonder meer behandeling behoeft – 2% tot 4% met ernstige hypertensie – zal toch minimaal de bloeddruk moeten worden gemeten. Een veel geciteerde weergave van het belangrijkste resultaat van het Engelse MRC-onderzoek is de volgende: per jaar zouden 170 personen met een diastolische bloeddruk tussen 90 mmHg en 110 mmHg met anti-hypertensieve medicatie moeten worden behandeld om één CVA te voorkomen<sup>5</sup>.

Dit is een teleurstellend resultaat. Maar deze weergave is eigenlijk onjuist: binnen het amorphe stratum 'lichte tot matige hypertensie' hebben sommige personen een excessief risico en anderen een extra risico van 0 op orgaanschade. Het enige dat personen met een verhoogde bloeddruk gemeen hebben is hun verhoogde bloeddruk! Net zo heterogeen als de bevolking zelf is de manifestatie en interactie van de andere erkende risicofactoren voor hart- en vaatschade. De kans op individuele winst van behandeling zal niet uniform zijn verdeeld; die kans zou daarom niet zonder meer als een enkel geval moeten worden weergegeven.

Boot realiseert zich dit probleem natuurlijk: in zijn laatste bijdrage citeert hij immers met instemming een opmerking over het belang van een betere identificatie van personen die het meeste nut van behandeling zullen hebben, teneinde onnodige behandeling bij velen te voorkomen<sup>5</sup>. Toch schrijft hij er niet voor terug in aanhef en conclusie de individuele winst als een enkel getal weer te geven. Onlangs verscheen een gedetailleerde analyse van het MRC-onderzoek<sup>6</sup>, waaraan ik ter illustratie van de ongelijke verdeling van risico een tabel ontleen. Deze tabel leert ons dat er alleen al op grond van leeftijd en intree-bloeddruk een duidelijke onderverdeling is te maken naar individueel risico. We zien dat er reële

Tabel. Aantal patiënten dat gedurende vijf jaar moet worden behandeld om één CVA te voorkomen, verdeeld naar leeftijd en diastolische bloeddruk bij intree. (MRC trial data<sup>6</sup>).

leeftijd	diastolische bloeddruk bij intree (mmHg)	
	<100 mmHg	100 mmHg – 109 mmHg
35-44 jaar		500
45-54 jaar	400	118
55-64 jaar	286	57
34-64 jaar	500	95

winst is te boeken juist bij ouderen met de hoogste bloeddruk. Een (Nijmeegse) standaard-huisarts ziet in zijn praktijk van 2.800 personen vier CVA's per jaar bij personen ouder dan 50 jaar<sup>7</sup>. Redelijkerwijs zou hij dus circa 60 jonge ouderen met een diastolische bloeddruk hoger dan 100 mmHg vijf jaar lang moeten behandelen om bij één van hen een CVA te voorkomen. Dit lijkt, mits behandeling geen klachten geeft, voorlopig een betere strategie dan verantwoord niets doen en wachten op het tot stand komen van de door Rose en Boot gewenste algemene preventie.

## VARIABILITEIT

Een tweede bron van ruis bij de interpretatie van de individuele winst van behandeling van hypertensie is de variabiliteit van de bloeddruk.

Naar bekend, was de gemiddelde bloeddrukdaling in de placebo-groepen van de Australische studie en de MRC-studie bijna de helft van de daling bij de actief behandelde patiënten<sup>5,8</sup>. Of deze daling nu wordt veroorzaakt door regressie naar het gemiddelde of door uitdoving van de alarmreactie tijdens de bloeddrukmeting, zeker is dat het echte medicamenteus gebonden interventie-effect pas kan worden beoordeeld na langdurige stabilisatie van de bloeddruk. Bij koppeling van de ernst van orgaanschade bij hypertensie is bekend dat die relatie beter is wanneer de bloeddruk *aanhoudend* hoog is, en niet slechts incidenteel bij bezoek aan het spreekuur<sup>9</sup>.

De MRC-gegevens nu leveren bij nadere uitwerking belangrijke steun aan dit concept<sup>10</sup>. In dit onderzoek ontvingen 8.654 personen met een diastolische bloeddruk tussen 90 mmHg en 110 mmHg placebo-behandeling. Na zes maanden was de bloeddruk gemiddeld 21/11 mmHg gedaald. Bij 14% was de systolische bloeddruk op dat tijdstip lager dan 135 mmHg. In deze analyse werd de relatie tussen systolische bloeddruk en het aantal CVA's tijdens de onderzoekduur (gemiddeld vijfenhalf jaar) bepaald, zowel met de intree-bloeddruk als met de na zes maanden gemeten bloeddruk. Het bleek dat de curve die het verband weergaf tussen het aantal CVA's en de systolische bloeddruk na zes maanden naar links was verschoven; het risico bij bijvoorbeeld een systolische bloeddruk tussen 155 mmHg en 165 mmHg was hoger als een dergelijke bloeddruk na zes maanden werd gemeten dan bij meting bij intree. Wanneer de systolische bloed-

druk spontaan tot onder de 140 mmHg daalde bleek er geen extra risico meer te bestaan.

Deze gegevens komen overeen met de conclusies van het Australische onderzoek: bij twijfel of behandeling van lichte tot matige hypertensie individueel nut heeft, zal een aantal maanden observatie zonder behandeling tot een betere voor-spelling van het nut van behandeling leiden<sup>11</sup>.

## BESLUIT

Na een bespreking van 180 bladzijden van het MRC-onderzoek concluderen Miall en Greenberg<sup>6</sup>: 'Although a mass approach to the problem of treating mild hypertension seems inappropriate, groups of patients can be identified who are sufficiently at risk to warrant treatment'.

Een stimulerende bespreking van het onderwerp geeft de Engelse huisarts Tudor

Hart in de recente tweede druk van zijn boek<sup>12</sup>. Wijzer geworden na vijftien jaar 'community control of high blood pressure', heeft hij ons veel te zeggen, al zal hij niet al zijn collega's kunnen overtuigen van het nut van bloeddruk meten. En wat zou Geoffrey Rose zelf doen<sup>4</sup>? 'If I had mild hypertension, I should be prepared to take tablets to reduce even a small risk of stroke, provided that side-effects did not interfere with my life; but not otherwise.'

## Literatuur

1. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartsenpraktijk. Proefschrift. Leiden, 1979.

2. Boot CPM. Voorkomen van hart- en vaatziekten; vraagstuk 2: Is opsporing van hoge bloeddruk zinvol? Medisch Contact 1987; 42: 1338-42.
3. Boot CPM. Behandeling van hoge bloeddruk: de betekenis voor het individu. Medisch Contact 1988; 43: 78-82.
4. Rose G. Hypertension: problems and policy. Hart Bull 1985 Suppl 2; 16: 23-33.
5. Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate Hypertension. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Br Med J 1985; 291: 97-104.
6. Miall WE, Greenberg G. Mild Hypertension, is there a pressure to treat? Cambridge 1987; Cambridge University Press.
7. Ree JW van, Arts H, Hoogen H van den. CVA en TIA in de huisartspraktijk; incidentiecijfers en lotgevallen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1987;18:55-60.
8. Australian Blood Pressure Study Management Committee. Untreated mild hypertension. Lancet 1982;i:185-91.
9. Perloff D, Sokolow M, Cowan R. The prognostic value of ambulatory blood pressures. JAMA 1983;249:2792-8.
10. Medical Research Council Working Party on Mild to Moderate Hypertension. Relation of risk and systolic blood pressure before and during treatment in mild hypertension: observations from the MRC trial. J Hypertension 1988 (ter perse).
11. The Management Committee of the Australian National Blood Pressure Group: Prognostic factors in the treatment of mild hypertension. Circulation 1984;69:668-76.
12. Tudor Hart J. Hypertension, community control of high blood pressure. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.

# Substitutie

## Slot: Obstakels voor de substitutie van kliniek door dagverpleging en polikliniek

Dit derde artikel over het door het instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit te Tilburg (IVA) uitgevoerde substitutie-onderzoek heeft betrekking op de knelpunten die een (verdergaande) verschuiving van de kliniek in de richting van dagverpleging en de polikliniek in de weg staan. De bevindingen zijn gebaseerd op gesprekken met 122 informanten (74 medisch specialisten, 15 directieleden en 33 afdelingshoofden), werkzaam in de 14 ziekenhuizen in de regio's Friesland, Tilburg en Twente.

Ten tijde van de interviews (eind 1985, begin 1986) beschikte geen enkel van de vijf ziekenhuizen in de regio Twente over een afdeling Dagbehandeling. In de regio Friesland was er in drie van de zes ziekenhuizen een afdeling voor dagbehandeling en in de regio Tilburg beschikt elk van de drie ziekenhuizen over een dagbehandelingsafdeling. Volgens verwachting zouden drie ziekenhuizen in

## Drs. M. H. L. van Tits

*Welke knelpunten staan een (verdere) verschuiving van kliniek naar dagverpleging en polikliniek in de weg? Om die vraag te beantwoorden en zijn in 1980 gestarte onderzoek naar substitutie af te ronden, trok Drs. M. H. L. van Tits te velde.*

Twente in de ( nabije) toekomst gaan beschikken over een afdeling Dagbehandeling met in totaal circa 35 dagbedden; in de regio's Friesland en Tilburg zou de capaciteit aan dagbedden op middellange termijn licht toenemen van 43 naar 50, respectievelijk van 43 naar 45 bedden. Bijna alle 122 geïnterviewden staan in principe positief tegenover een (verdergaande) verschuiving van de kliniek in de richting van dagverpleging en de polikli-

niek. Aan dit standpunt wordt meestal direct de voorwaarde gekoppeld dat het medisch gezien verantwoord moet zijn en dat het niet kan of mag worden afgedwongen door ziekenfondsbemoeienissen, inkrimping bedden capaciteit en/of terugschroeven ziekenhuisbudget.

De meeste geïnterviewden, werkzaam in de ziekenhuizen die in de toekomst over een afdeling dagbehandeling zullen gaan beschikken, zijn van mening dat de aanwezigheid c.q. het functioneren van deze afdeling een voorwaarde is voor een verdergaande substitutie. De helft van de geïnterviewde specialisten werkzaam in die twee ziekenhuizen in de regio Twente die op middellange termijn geen afdeling dagbehandeling zullen hebben, vindt uitbreiding met een dergelijke afdeling niet noodzakelijk.

Gesteld kan worden dat de informanten in de regio Twente een hoge verwachting hebben van een verschuiving van kliniek naar dagverpleging. Dit hangt nauw sa-

men met het in gebruik nemen (in de toekomst) van een afdeling voor dagbehandeling. In de regio Tilburg worden de ziekenfondsen diverse malen 'koploper van Nederland' genoemd op het stuk van het toepassen van de richtlijnen van de Ziekenfondsraad waarin wordt geadviseerd bepaalde verrichtingen in dagverpleging dan wel poliklinisch uit te voeren. De stafbesturen en directieleden van enkele ziekenhuizen in Friesland zijn van mening dat zij 'koplopers in Nederland' zijn wat betreft de dagbehandeling. Kijken we nog eens naar de grafiek die in het tweede artikel werd gepresenteerd, dan zien we dat met betrekking tot de geselecteerde verrichtingen Friesland aanzienlijk meer poliklinisch werkt dan de beide overige regio's en Nederland als totaal. Nogmaals dient te worden opgemerkt dat een gedeelte van de dagverpleging zich bevindt in de poliklinische cijfers, omdat het LISZ hierin geen onderscheid heeft gemaakt (wel in klinische behandeling korter dan 24 uur en poliklinische behandeling).

#### Budgettering

Bijna alle directieleden zijn van mening dat, ondanks de invoering van de Bredero-systematiek – waarbij de budgetbepaling wordt gerelateerd aan vijf parameters in plaats van aan één (het bezette klinische bed) – de richtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) een knelpunt vormen: een afbouw van klinische zorg brengt de continuïteit van de instelling op lange termijn in gevaar. Het M-10-dagtarief wordt (volstrekt) niet-dekkend genoemd. Enkele directies zijn voorstander van het invoeren van een functioneel budget dat voor een aantal jaren vastligt, gebaseerd op een vast bedrag per te bedienen persoon. In één van de Friese ziekenhuizen is zowel de directie als het stafbestuur van mening dat het ziekenhuis wordt gestraft voor de in het verleden op grote schaal (en derhalve goedkoop) uitgevoerde dagverpleging. In de regio Twente zijn problemen met de ziekenfondsen over de definitie en het hanteren van het begrip 'dagverpleging': wat valt er wel en niet onder het M-10-tarief, welke tijdgrens wordt gehanteerd bij (geplande) dagopname? Voorts stelt een aantal directieleden en specialisten dat de inkomenspolitiek voor de interne vakken, waar het inkomen afhankelijk is van de klinische produktie, met betrekking tot substitutie demotiverend werkt. Diverse keren wordt financiële compensatie in de verwijskaart als oplossing genoemd.

#### Personeel

In elk der drie regio's is regelmatig gehoord dat er zowel een kwantitatief als een kwalitatief tekort is aan verpleegkundig personeel op de polikliniek/dagafdeling. Omdat er steeds 'zwaardere' ingrepen plaatsvinden in dagverpleging en in de polikliniek dient het verpleegkundig personeel qua omvang en opleidingsniveau mee te groeien. Voorts verwachten veel geïnterviewden dat invoering van de arbeidstijdverkorting negatief gaat doorwerken op de beschikbaarheid aan verpleegkundig personeel, omdat uit financiële redenen geen herbezetting zal plaatsvinden. Door sommigen wordt bijscholing van het poli-personeel en het inzetten van klinisch personeel op de polikliniek als oplossing aangedragen. Anderen zijn van mening dat een verschuiving van klinisch personeel naar de polikliniek/dagafdeling niet mogelijk is, omdat de situatie op de kliniek al krap is, de vergoedingen voor poliklinisch verpleegkundig personeel lager zijn dan voor klinisch personeel en het klinisch personeel een andere werkwijze en belangstelling heeft dan het poliklinisch personeel.

In enkele ziekenhuizen is te weinig personeel aanwezig om het pre-operatief onderzoek bij de dagpatiënten uit te voeren. Ook worden een tekort aan bewakingspersoneel op de dagafdeling en een tekort aan röntgenpersoneel op de polikliniek genoemd.

#### Capaciteit

Vier Friese directies stellen dat in hun ziekenhuis de huidige poliklinische capaciteit te krap is om een verdergaande verschuiving van kliniek naar dagverpleging/polikliniek te kunnen realiseren. In de regio Tilburg zijn het stafbestuur van één ziekenhuis en de directies van twee ziekenhuizen van mening dat uitbreiding met een poliklinische OK met narcosefaciliteiten een voorwaarde is voor verdere substitutie. Circa 20% van de geïnterviewden in de regio Twente vindt dat de poliklinische operatiekamer(s) onvoldoende zijn geoutilleerd om op termijn meer aan dagverpleging te kunnen doen. In enkele ziekenhuizen (Twente en Tilburg) kunnen sommige specialisten niet veel aan dagbehandeling doen, omdat ze in de ochtenduren geen operatieprogramma hebben.

#### Anesthesie

Met betrekking tot de anesthesie is in de regio's Friesland en Twente een aantal informanten de mening toegedaan dat er

een tekort aan anesthesisten is. Om in de toekomst een verschuiving naar meer dagbehandeling en poliklinisch werken te kunnen realiseren dient dit tekort eerst te worden opgeheven. Verder is een groot aantal specialisten van mening in te hoge mate afhankelijk te zijn van 'het tijdstip dat het de anesthesist schikt'. Een aantal specialisten stelt dat de anesthesist moet worden verplicht alle dagoperatiepatiënten van tevoren te zien; er zouden protocollen moeten worden ontworpen voor zo'n pre-operatief-programma, gekoppeld aan één centrale gegevensopslag van alle onderzoeken, zodat alle gegevens van één patiënt direct beschikbaar zijn voor de behandelend specialist en de anesthesist.

Ook komt lokale anesthesie op de poli niet van de grond om financiële redenen (de anesthesist werkt op de kliniek aan twee à drie tafels en op de poli aan één). In enkele ziekenhuizen zijn er voortdurend discussies met de anesthesisten over het één- of tweetafelsysteem.

Diverse malen is gesteld dat de anesthesisten er goed aan zouden doen *spreekuur* te houden.

#### Infrastructuur

Met name in de regio Friesland werden diverse malen de te grote afstanden tussen de kliniek, de polikliniek, de plaats waar dagoperaties plaatsvinden en de verkoeverruimte/uitslaapruijme genoemd als een factor die een verdergaande verschuiving van kliniek naar dagverpleging/polikliniek (sterk) negatief beïnvloedt. Ook de onderling sterk verspreide ligging van de diverse poli's en onderzoekkamers in sommige ziekenhuizen werd in dit kader genoemd. Een gevolg hiervan is dat het patiëntentransport veel tijd kost, dat er een grote transportdienst noodzakelijk is en dat er veel kruisend verkeer is (opstoppen). Voorts worden anesthesisten vanwege de afstanden niet aangemoedigd op de poli en/of dagafdeling te werken.

#### Nazorg

Van alle geïnterviewden is circa 50% van mening dat er gestructureerde afspraken met de huisartsen in verband met het verlenen van nazorg aan dagpatiënten dienen te komen. Wat de wijkverpleging betreft ligt dit percentage op circa 25%; deze 25% is van mening dat dit een voorwaarde is om meer aan dagverpleging te gaan doen in de toekomst. De huisartsen zouden daartoe *bereid* dienen te zijn; ze zouden *beter bereikbaar* dienen te zijn (rond 17.00 uur is alleen de vervanger

van de huisarts bereikbaar en die kent de patiënt niet) en de huisartsen zouden dienen te worden bijgeschoold (post-narcoseverschijnselen, pijnbestrijding, afbakening van de taak van de huisarts bij onder andere bloedingen).

De wijkverpleging zou beter dienen te worden georganiseerd; ook hier behoeft de bereikbaarheid een verbetering (24-uurs-diensten). Bovendien zouden de wijkverpleegkundigen beter dienen te worden opgeleid voor nazorgactiviteiten ten behoeve van de dagpatiënten. Voorts zou het goed zijn als er (regionaal) een standaard-nazorgformulier wordt ontwikkeld ten behoeve van de huisartsen en wijkverpleging, dat direct met de patiënt wordt meegegeven. Tenslotte menen verschillende specialisten dat zou moeten worden onderzocht of de eerste lijn de nazorg aan dagpatiënten wel tot haar takenpakket rekent. Enkele specialisten zijn er voor als er een inventariserend onderzoek zou worden ingesteld naar het voorkomen van complicaties tijdens de nazorgperiode van dagpatiënten.

#### *Indicatielijsten*

Bijna alle geïnterviewde medisch specialisten (en ook enkele directieleden) hebben problemen met de 'Voorlopige indicatielijsten verrichtingen dagverpleging' van de Ziekenfondsraad, waarin wordt geadviseerd bepaalde verrichtingen klinisch, in dagverpleging of poliklinisch uit te voeren. Een groot aantal specialisten voelt zich niet gebonden aan deze adviezen, omdat ze niet zijn vastgesteld in overleg met de wetenschappelijke beroepsverenigingen.

#### *Voorlichting*

Circa 55% van alle ondervraagden is van mening dat er meer aan patiëntenvoorlichting dient te worden gedaan wat de dagverpleging betreft. Deze voorlichting wordt veelal tot de taak van de specialist en het ziekenhuis gerekend en in mindere mate tot die van de huisarts. Diverse malen is gezegd dat dit zeker geen taak is voor de ziekenfondsen of overheid, aangezien zij geen objectieve voorlichting zouden geven. In de voorlichting dienen niet al te grote verwachtingen te worden geschapen ten aanzien van dagverpleging en met nadruk moet ook worden gewezen op de opvang thuis en de nadelen (pijn, bloedingen, post-narcoseverschijnselen, etc.).

#### *Begeleiding*

De helft van de ziekenhuisdirecties is voorstander van het instellen van een

begeleidingsgroep die periodiek de gemaakte keuzes voor kliniek/polikliniek en dagbehandeling/dagverpleging evalueert tegen de achtergrond van de mogelijkheden in het ziekenhuis. Bijna alle specialisten zijn tegen een dergelijke begeleidingsgroep.

Zowel in Twente als Friesland zijn enkele specialisten van mening dat de directie dagverpleging niet voldoende stimuleert.

#### *Openingstijden*

Enkele directies en stafbesturen stellen dat een verlenging van de openingstijd van de afdeling dagbehandeling (sluiting  $\pm$  21.00 uur in plaats van 16.00 uur) met een doorlopend operatieprogramma dagverpleging stimuleert. Ook wordt erop gewezen dat er een betere spreiding van het patiëntenaanbod zou moeten komen over de weekeinden en de vakantiemaanden. Voorts zou er meer dienen te worden gedaan aan nachtopvang (acute astmapatiënten, zelfmoordgevallen, drank/drugspatiënten en gewonden in vechtpartijen). Om onrust op de verpleegafdeling te voorkomen zou de dagafdeling daarvoor kunnen worden gebruikt.

#### *Beddencapaciteit*

In sommige ziekenhuizen wordt de capaciteit aan bedden op de afdeling dagbehandeling te krap geacht. Eén directielid en vier specialisten in de regio Twente zijn van mening dat de (matige) beschikbaarheid van de poliklinische operatiekamer voor kleine ingrepen soms leidt tot klinisch handelen. Twee directieleden (Friesland) vinden dat de richtlijnen die het aantal arts-assistenten bepalen (afhankelijk van de erkende beddencapaciteit en de aanwezigheid van een afdeling EHBO) dienen te worden versoepeld. Voorts zijn er in drie ziekenhuizen (Friesland) problemen met de liften (te weinig/verouderd). In één ziekenhuis is de hygiënische conditie van de klinische OK en in twee ziekenhuizen die van de poliklinische OK onvoldoende. In drie Friese ziekenhuizen is de verkoeverruimte te klein en in een ziekenhuis is de outillage onvoldoende van deze ruimte.

#### CONCLUSIES

De algemene conclusie uit het kwalitatieve onderzoek is, dat er naar de mening van de betrokkenen nog ruimte is voor een verdere verschuiving weg van de kliniek. Het kwantitatieve onderzoek toont aan dat er in percentuele zin weliswaar een substitutie-effect aantoonbaar is, maar dat, met uitzondering van enkele

met name genoemde verrichtingen, dit effect wordt teniet gedaan door de geweldige groei van het aantal gedeclareerde medische verrichtingen in het laatste decennium. Het gevolg is dat men moet constateren dat de groei in de kliniek weliswaar achterblijft bij die van de polikliniek, maar niettemin toch nog veel groter is dan op grond van de veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking mocht worden verwacht. De dagbehandeling speelt nog een kleine rol, maar zal in de toekomst zeker belangrijker worden.

Overigens heeft het onderzoek rond de geselecteerde verrichtingen wel een belofte voor de toekomst opgeleverd. Zowel in de drie regio's als in Nederland als geheel ligt het klinisch percentage (veel) hoger dan dat welke onder ideale omstandigheden haalbaar wordt geacht; dit betekent dat het in ieder geval theoretisch mogelijk is de substitutie verder uit te breiden.

Interessante aanwijzingen werden voorts ontleend aan de interregionale vergelijking. Het feit dat de drie regio's in de loop van de jaren meer gelijkenis met elkaar zijn gaan vertonen zou kunnen worden verklaard uit een variant van de wet van de remmende voorsprong. Elke pionier wordt onvermijdelijk door epigonen ingelopen. Men is het er in theorie over eens dat meer en meer verrichtingen zonder klinische opname kunnen worden uitgevoerd. Tussen droom en daad staan echter praktische bezwaren. Maar wanneer 'ergens' goede ervaringen zijn opgedaan, worden de belemmeringen om klinische door poliklinische zorg te vervangen gemakkelijker overwonnen. Het is daarom nuttig dat de voorbeeldwerking door middel van studies en publicaties wordt versterkt.

#### AANBEVELINGEN

Het is ondoenlijk uit de vele genuanceerde en doordachte opmerkingen die gemaakt zijn een beeld te destilleren dat ieder volledig recht doet. Er zijn echter wel enige algemeen geldende bevindingen te geven die de aandacht van de beleidsmaker verdienen.

Bij de *obstakels* die substitutie hinderen kan men een onderscheid maken in fysieke, organisatorische en financiële obstakels.

Belemmeringen door een ongeschikte routing, een verkeerde plaats van de operatiekamers en recovery-ruimten komen, zeker in de oudere ziekenhuizen (maar daar niet alleen), dikwijls voor.

Ook de outillage en de hygiënische condities van ruimten laten soms te wensen over, waardoor de polikliniek niet ten volle kan worden benut.

Men prefereert doorgaans een duidelijk herkenbare en functionele afdeling voor dagbehandeling om te voorkomen dat activiteiten die daar plaatsvinden te zeer interfereren met de kliniek en de polikliniek.

Aangaande de organisatorische kant van de zaak werd opgemerkt dat de administratieve verwerking relatief veel rompslomp met zich meebrengt voor poliklinische en dagpatiënten. Ook de raadpleging van medische dossiers en het verzamelen van de noodzakelijke klinische gegevens moet in snel tempo geschieden. Een verder probleem vormt de slechte bereikbaarheid van huisartsen buiten de normale uren. Ook al is er vervanging geregeld, in verband met de nazorg acht men het gewenst dat de patiënt weet dat hij op de eigen huisarts kan terugvallen zodra de dagbehandeling is beëindigd.

Financieel gezien is, ondanks de budgettering, waardoor ziekenhuizen gemakkelijker hun activiteiten aan wisselende behoeften kunnen aanpassen, uitbreiding van de polikliniek en de dagbehandelingsafdeling op de langere termijn niet aantrekkelijk, omdat de klinische parameter in het variabele deel van het budget nog altijd zeer dominant is. Men koestert daarom de vrees dat aanhouden van de inkrimping van de kliniek het voortbestaan van het gehele ziekenhuis in gevaar brengt. De niet-klinische tarieven bieden bovendien te weinig speelruimte om 'extraatjes' (bijvoorbeeld pastorale zorg) te bekostigen. In het budgetstelsel werkt in een individueel ziekenhuis de financiële prikkel negatief uit voor substitutie, als de verwachte besparingen achterblijven bij de budgetkorting die een daling van opnamen en verpleegdagen met zich meebrengt. In de voorstellen tot invoering van de functionele budgettering door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg bedraagt de waarde van de produktieparameter 'opname' ongeveer f 800,— en die van de dagverplegingsdag circa f 140,—; dit betekent dat de negatieve financiële prikkels met betrekking tot substitutie voorlopig blijven bestaan. Ook doet zich bij met name de interne specialismen nog steeds het verschijnsel voor, dat klinische verpleegdagen bijdragen tot het inkomen van de arts. Het is van groot belang de financiële 'incentives' zodanig te construeren dat in ieder geval de belemmeringen voor substitutie worden weggenomen. Daarbij zal vooral

moeten worden gedacht aan vergoedingen die adherentie-gebonden substitutie belonen, bijvoorbeeld ondersteuning van thuiszorg van ziekenhuispatiënten. Een nog betere oplossing zou erin bestaan dat verschuivingen van functies binnen een regionaal vastgestelde begroting zouden passen, zodat uitgaven van individuele instellingen niet meer zo star als aanknopingspunt voor budgettering zouden hoeven te dienen. Nieuwe taakverdelingen bij handhaving van de totale middelen zouden zo gemakkelijker tot stand komen. Als verbijzondering van het organisatievraagstuk wordt nogal eens het functioneren van de anesthesist aan de orde gesteld. Het verdient aanbeveling diens rol aan een nader onderzoek te onderwerpen. Niet alleen zijn er vacatures die moeten worden opgevuld, maar ook worden er knelpunten rond de tijden waarop anesthesisten beschikbaar zijn gesignaleerd. Het inschakelen van de anesthesist bij dagbehandeling en poliklinische chirurgie vereist nieuwe regelingen.

Ook wordt naar voren gebracht dat de eisen die aan de kennis en vaardigheid van het verpleegkundig personeel worden gesteld aan verandering onderhevig zijn. Voor het werken in dagverpleging en polikliniek is volgens de meeste directies met wie is gesproken een hoog opleidingsniveau nodig. Bij de opleiding van verpleegkundigen zal hiermee terdege rekening moeten worden gehouden. Men moet zich realiseren dat het 'doen van een verrichting' weliswaar een duidelijk herkenbaar moment is, maar niet los kan worden gezien van het 'medisch/verpleegkundig traject' dat de patiënt doorloopt. Dit traject kent soms vele episodes: diagnostisch onderzoek, voorbereiding op de therapie, eigenlijke behandeling, bewaking en controle na riskante ingrepen, nazorg en indicatie. In het verpleeg- en behandelingsplan zal rekening moeten worden gehouden met de mogelijkheden en kosten van thuiszorg en de problemen van het regelmatig heen en weer reizen naar het ziekenhuis, de belasting van de omgeving van de patiënt en dergelijke zaken. Ook al is een ingreep best poliklinisch uit te voeren, dan hoeft dit, ook uit economisch oogpunt, niet altijd wenselijk te zijn. Het is inderdaad een kwestie van 'zorg op maat'. Het al dan niet poliklinisch uitvoeren van een verrichting, of deze nu diagnostisch of therapeutisch van aard is, moet daarom overeenstemmen met de organisatie van het gehele traject. Rol- en taakverdeling tussen de vele betrokkenen moet bijdragen tot een optimale afwerking.

In dit licht moeten ook de opmerkingen worden gezien, dat verrichtingen waarbij de kans op complicaties (nabloedingen, hevige pijnen en dergelijke) reëel is, niet voor dagbehandeling in aanmerking komen. Ook is men soms bezorgd dat ouders en alleenstaanden worden verwaarloosd en aan hun lot worden overgelaten, hetgeen een reden kan zijn waarom men klinische behandeling prefereert. Daar staat tegenover, dat er ook patiënten zijn die heel nadrukkelijk om poliklinische of dagbehandeling vragen. Er is kennelijk geen consensus binnen de beroepsgroep over de vraag in welke gevallen klinische opname niet meer *per se* nodig is. Gezien de risico mijnde houding van de arts is een dergelijke consensus gewenst, omdat hij zich dan 'gedekt' voelt. Onderzoek ter ontwikkeling van protocollen, gebaseerd op afgewogen risico's, is daarom belangrijk. De meeste specialisten die zijn geïnterviewd willen de advisering over het al dan niet klinisch uitvoeren van verrichtingen niet aan begeleidingscommissies binnen het ziekenhuis overlaten, zij zien deze ontwikkeling primair als een nationale aangelegenheid, waarbij de wetenschappelijke verenigingen nauw betrokken moeten zijn. Dringende aanbeveling om, op basis van de medische beslissonderzoek, meer onderzoek te doen naar efficiëntere behandelingstrajecten, ligt dan ook in de lijn van de door ons genoteerde uitspraken.

Tenslotte kan het ziekenhuis ook intern het nodige doen om de substitutie te bevorderen. Voor de langere termijn is de capaciteitsbenutting wellicht te verbeteren door naast poliklinische en dagbehandeling ook avondbehandeling in te voeren. Wij zijn ons er uiteraard van bewust dat dit een ware omwenteling in de planning en organisatie kan inhouden en een doorbreking van gegroeide patronen en verkregen rechten betekent. Niettemin is een optimale aanwending van produktiemiddelen noodzakelijker dan ooit.

\*\*

De vervanging van klinische zorg door andere vormen lijkt zijn grenzen nog niet te hebben bereikt. Maar substitutie zal wel moeten samengaan met een algehele volumebeheersing van de gezondheidszorg, wil er uiteindelijk een kostenbesparend effect van uitgaan. De meeste fysieke en organisatorische belemmeringen lijken oplosbaar, mede gezien de in het algemeen positieve houding van directies en specialisten. De financiële belemmeringen zullen op landelijk niveau dienen te worden opgelost. □



# Een leerzame geschiedenis

## De 'derde Dekkerbrief' in historisch perspectief

Er zijn nog vele vragen te beantwoorden bij de uitwerking van het ontwerp voor de structuur van de gezondheidszorg dat de commissie-Dekker in juli 1986 heeft gelanceerd ('Dekker') en het standpunt dat hierover werd ingenomen door het kabinet in de zogenoemde derde Dekkerbrief van 7 maart 1988 (kabinetsstandpunt). Zijn de doelstellingen wel duidelijk en ondubbelzinnig genoeg en zitten er geen tegenstrijdigheden in? Passen de voorgestelde middelen bij de doeleinden? Zijn die middelen ook werkelijk beschikbaar? Zijn degenen die dit beleid moeten uitvoeren voldoende gemotiveerd en geëquipeerd? Allemaal vragen die horen bij een analyse van de zogeheten *doelrationaliteit* van het ontwerp. Op deze manier naar het structuurbeleid kijkend, kruipt bij wijze van spreken in de huid van de beleidsvoerder om te zien hoe je zo efficiënt mogelijk tot de uitvoering van de beleidsvoornemens kunt komen.

Daarnaast kan het zinvol zijn dit beleid ook nog op een andere, iets afstandelijke manier te bekijken, bijvoorbeeld als we ons inzicht willen verdiepen in de andere rationaliteiten dan enkel die van effectiviteit en efficiency, of als we meer te weten willen komen over de haalbaarheid van de plannen. Want 'Dekker' is nog niet gerealiseerd: het gaat nog steeds om een ontwerp, hoe veelbelovend ook. Hoe is het eerdere ordeningspogingen vergaan? Zijn er trends in het structuurbeleid te ontdekken? Welke wisselwerking bestaat er tussen de maatschappelijke omgeving en dit beleid? Dit zijn vragen die voortvloeien uit een zogenaamde *contextanalyse* van het beleid. Het is uit dit gezichtspunt dat hierna 'Dekker' en het kabinetsstandpunt worden besproken.

Een 'tour d'horizon' langs de probleemstelling, de uitwerking en de effectivering van het structuurbeleid dat in Nederland op het gebied van de gezondheidszorg is gevoerd, levert een aantal interessante karakteristieken op. Verder speurend in de ordeningsgeschiedenis, stuiten we op het belang van de maatschappelijke pluri-formiteit en de vertaling hiervan in de levensbeschouwelijke verzuiling van de Nederlandse samenleving in de jaren 1920-1965. Deze verzuiling heeft het

### T. van der Grinten

*Het is tot dusver nooit gelukt eenheid in de organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg te brengen. Waar ligt dat aan en wat zijn in zo'n sfeer de kansen voor 'Dekker'? De directeur van het Nationaal centrum Geestelijke volksgezondheid, Dr. T. van der Grinten, maakt een 'tour d'horizon' langs het structuurbeleid dat de laatste halve eeuw in ons land op het gebied van de gezondheidszorg is gevoerd.*

structuurbeleid ook beïnvloed via de beleidsstructuur en beleidscultuur van de gezondheidszorg. Dit zal nader worden toegelicht, waarna ik wil afsluiten met enige speculaties over de kansen van 'Dekker'.

### ORDENINGSONTWERPEN

Wat bovenal opvalt als we een blik slaan op de ordeningsgeschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg, is de traditie van hartstochtelijk debatteren, begeleid door een schier eindeloze reeks van ordeningsontwerpen. De vloedgolf van commentaren die op het advies van de commissie-Dekker is gevolgd mag dan misschien van een nog niet gekende intensiteit zijn, mede veroorzaakt door het feit dat steeds meer partijen zich voor de gezondheidszorg zijn gaan interesseren, het patroon is al aan te treffen sinds men in de jaren dertig begon met pogingen om de gezondheidszorg te structureren.

Wat vervolgens opvalt in al die ordeningsontwerpen is de constantheid van de globale probleemstelling. Men zoekt steeds naar:

- een doelmatige organisatie van de gezondheidszorg; en
- een financiering die de burgers een zo groot mogelijke en gelijke toegang tot gezondheidszorg verschaft.

Interessanter dan deze globale probleemstelling is de beperkte uitwerking die er door de jaren heen aan blijkt te zijn gegeven.

### Ontwerpen voor de organisatie

Allereerst blijken de ontwerpen voor de organisatie van de zorg al sinds de jaren dertig te worden gedomineerd door twee vraagstukken:

- Hoe los je het probleem van de onsaamenhangendheid van de zorg op?
- Hoe betrek je de verschillende partijen bij de gezondheidszorg: overheden, organisaties van het particulier initiatief, de beroepsgroepen, verzekeraars en, naderhand, de patiëntenorganisaties?

Voor de oplossing van het probleem van de onsaamenhangendheid komt één allesoverheersend concept naar voren: aanvankelijk de districtsgewijze, later de regionale organisatie van de gezondheidszorg. Dit regionalisatieconcept blijkt men ook te gebruiken om het tweede vraagstuk, dat van de betrokkenheid, op te lossen: men giet de concepten van regionalisatie vooral in *bestuurlijke* termen. Het gevolg hiervan is echter dat het doelmatigheidsvraagstuk van de gezondheidszorg wordt gereduceerd tot een voornamelijk bestuurlijke kwestie, waarin de verantwoordelijkheidstoedeling centraal staat. Een functionele, zo men wil: zorginhoudelijke, benadering van het organisatievraagstuk wordt wel beproefd – denk aan de echelonnering en functionele planning – maar die blijkt tot nu toe buitengewoon moeilijk in balans te brengen te zijn met de dominante bestuurlijke benadering.

### Ontwerpen voor de financiering

In de tweede plaats laten de ontwerpen voor de financiering van de gezondheidszorg een sterke voorkeur zien voor de sociale ziektekostenverzekering. Een nationale, door de overheid te betalen – en dus ook te bepalen – gezondheidszorg is in Nederland nooit een serieuze optie geweest, evenmin als een volledig op eigen verantwoordelijkheid en individuele betaling gebaseerd stelsel. Met de ziekenfondsverzekering als uitgangspunt en de particuliere verzekering als contrast, cirkelen de financieringsontwerpen al decennia lang rond een meer of minder omvattende volksverzekering tegen ziektekosten. Het voorstel van de commissie-Dekker voor een beperkte volksverzekering wijkt hier niet van af; het is een moderne variant.

### Ontwerpen voor geïntegreerde structuur

Met de hiervóór uiteengezette benadering van respectievelijk het organisatievraagstuk en het financieringsvraagstuk blijkt ook grotendeels het beleidsrepertoire voor de integratie van deze twee structuurcomponenten te zijn gegeven:

- Het centrale ordeningsprobleem wordt gevormd door de spanning tussen organisatie en financiering. Dat blijkt in de Nederlandse verhoudingen een constante worsteling te betekenen met de vraag: hoe verbind je regionalisatie met verzekeringsfinanciering?

- Het antwoord hierop wordt vervolgens gezocht in een 'mix' van organisatie en financiering, waarbij men met de ordeningsontwerpen heen en weer schuift over een denkbeeldige as, die loopt van een volledige overheersing van de bestuurlijke regionale organisatie over de verzekeringsfinanciering aan de ene kant en het omgekeerde aan de andere kant.

Een positie dicht bij het eerste uiterste wordt ingenomen door de voorstellen voor een districtsgewijze ordening van de gezondheidszorg uit de jaren dertig, veertig en vijftig, de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) en de op basis hiervan ontworpen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dertien jaar later en ettelijke illusies over de planbaarheid van de gezondheidszorg armer, komt de commissie-Dekker met een ontwerp dat aansluit bij de voorstellen voor een volksverzekering die sinds de tweede wereldoorlog zijn gelanceerd en die over het algemeen tenderen naar het andere uiterste. Voorgesteld wordt één verzekeringsstelsel, waarin verzekeraars worden verplicht een basispakket van een wettelijk omschreven kwaliteit te leveren aan een ieder die zich als verzekerde aanmeldt. Voor het organisatievraagstuk komt 'Dekker' met het voorstel 'onsamenhangendheid' simpelweg niet meer als een probleem voor overheidsbeleid te beschouwen. Het hele wettelijke bouwwerk voor de (regionale) organisatie van de gezondheidszorg kan daardoor naar de prullemand, om ruim baan te maken voor een gemoderniseerd particulier initiatief van verzekeraars en aanbieders van gezondheidszorg; niet belemmerd door allerlei bestuurlijke en institutionele barrières, moeten zij met elkaar en met de vragers naar gezondheidszorg kunnen onderhandelen over preferenties, hulpverleningsmogelijkheden en prijs. De *overeenkomst* tussen verzekeraar en aanbieder zal ook tot de gewenste omvang, spreiding en afstemming van de

zorg leiden, zo is de verwachting. Daarom mag de werking van de overeenkomst als ordeningsinstrument niet worden gefrustreerd door een opgelegde regionalisatie of door planningsvoorschriften van hoger hand. Een uitzondering wordt slechts gemaakt voor dat onderdeel waarvoor de planning in de gezondheidszorg ooit is geïntroduceerd: de omvangrijke bouw- en investeringsbeslissingen; daartoe acht de commissie een uitgekleeide Wet ziekenhuisvoorzieningen voldoende.

In allerlei commentaren op 'Dekker' is onmiddellijk weer de weg terug bepleit, in de richting van een vooraf te geven regionale organisatie van de gezondheidszorg, voorzien van meer of minder overtuigende redeneringen dat de eenheid van organisatie, die 'Dekker' heeft gelegd bij het instrument van de overeenkomst, daarmee niet verloren hoeft te gaan. Het kabinet houdt voorshands aan deze eenheid vast, zonder overigens een verdergaande regionale planning in de toekomst uit de sluiten. Dit is de situatie waar we nu in zitten, in gespannen afwachting van wat het Kamerdebat over het kabinetsstandpunt zal opleveren.

### RESULTAAT STRUCTUURBELEID

Confronteren we tenslotte de ordeningsontwerpen die in de loop der jaren zijn gelanceerd met de feitelijke vormgeving van de Nederlandse gezondheidszorg, dan treedt een wel heel markant aspect van het structuurbeleid aan het licht: geen van de ontwerpen heeft ooit een volledige toepassing gekregen, terwijl ze daarentegen allemaal wel een beetje zijn gebruikt. De Duitse bezetting bood de mogelijkheid om één structuurcomponent vast te leggen, de sociale ziektekostenverzekering, maar een algemene volksverzekering is er niet gekomen, wel een Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, als aanvulling op de ziekenfondsverzekering enerzijds en de particuliere verzekering anderzijds; de gezondheidszorg is allerminst geregionaliseerd, maar op onderdelen is dat wel gebeurd (basisgezondheidszorg, ambulancevervoer, ambulante geestelijke gezondheidszorg), terwijl regionalisatie als een van de uitgangspunten tot de Wet ziekenhuisvoorzieningen is doorgedrongen en verder inzet is van veel overleg (bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg); een samenhangende structuur van de organisatie en financiering ontbreekt, maar er zijn allerlei mengvormen aan te treffen, waar

onder vormen van functionele budgettering en van instellingsbudgettering.

Of men dit nu positief of negatief beoordeelt, het feit dat het nooit is gelukt eenheid in de organisatie en financiering van de gezondheidszorg te brengen, betekent dat het structuurbeleid, althans zoals het zich in de ordeningsontwerpen manifesteert, op zijn best nogal inefficiënt en op zijn slechtst een doorlopende mislukking kan worden genoemd.

### MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Natuurlijk gaan met bovenstaande benadering alle nuances verloren. Daar staat tegenover dat er enkele opvallende kenmerken van het structuurbeleid op het terrein van de gezondheidszorg door aan de oppervlakte zijn gekomen. Zijn deze kenmerken te verklaren?

Er zijn voldoende aanwijzingen om hierbij vooral te denken aan de wisselwerking tussen het structuurbeleid enerzijds en de maatschappelijke context anderzijds en de onvermijdelijke 'stollingsverschijnselen' die horen bij een eenmaal ingeslagen weg. Het is aannemelijk dat de langdurige politieke overheersing van de confessionele groeperingen, zeker voor dit deel van het maatschappelijke leven, van grote invloed is geweest, evenals de vertaling van deze overheersing in de verzuiling (1920-1965) en de sindsdien nauwelijks afgenomen hang naar pluriformiteit en de daarmee samenhangende behoefte de inrichting van de gezondheidszorg waar mogelijk buiten de politieke, maar binnen de maatschappelijke en professionele invloed te houden. Deze invloed wordt zichtbaar in de vier eerder genoemde kenmerken:

- Het probleem van de onsamenvatbaarheid is niet typisch Nederlands, maar dit lijkt wel het geval met de intensiteit en de vorm ervan. De bekende 'lappendeken' en 'versnippering' - door buitenlanders wel eens veelbetekenend de 'Dutch disease' genoemd - is grotendeels het produkt van de verzuiling.

- Hetzelfde geldt voor de preoccupatie met de participatie van de verschillende betrokkenen bij de gezondheidszorg en de hieruit voortvloeiende bestuurlijke benadering van het doelmatigheidsvraagstuk. Een dergelijke bestuurlijke benadering is niets anders dan het standaardrecept van het verzuilde bestel om controversiële kwesties en inhoudelijke tegenstellingen weg te werken.

- Ook de voorkeur voor de sociale ziektekostenverzekering kan worden ge-

zien als het confessioneel geïnspireerde compromis van enerzijds een op socialistische leest geschoeide en anderzijds een liberale gezondheidszorg.

– Tenslotte wordt de onoplosbaarheid van het ordeningsvraagstuk in deze maatschappelijke context begrijpelijker. Ook hier geldt natuurlijk dat respectering van de pluriformiteit niet typisch Nederlands is (het is een fundamenteel beginsel van elke democratie), terwijl de complexiteit van de gezondheidszorg en de kracht van de professionele autonomie hun invloed doen gelden.

## STRUCTUUR EN CULTUUR

Toch zit er structuur in het geworstel met het ordeningsvraagstuk. Wat ik hiermee bedoel is het volgende:

De opbouwperiode van de beleidsstructuur van de gezondheidszorg en de daarbij behorende beleidscultuur valt in Nederland samen met de hoogtijdagen van de verzuiling. Uit die tijd stamt het samenstel en samenspel van de overkoepelende, adviserende, coördinerende, regulerende, uitvoerende, financierende en controlerende instanties. Dat bestel is sindsdien constant aangepast, maar in essentie niet veranderd.

De verzameling van wat tegenwoordig deftig de 'parastatale' organisaties worden genoemd, speelt hierin een belangrijke rol. Die rol kan, anders dan bijvoorbeeld in de welzijnszorg en het onderwijs, ook zo belangrijk zijn omdat de overheid uiteindelijk slechts een beperkte financiële greep op de gezondheidszorg heeft. De (sociale) ziektekostenverzekering vormt een met zorg gekoesterde buffer tegen een al te opdringerige overheid. Het gevolg hiervan is, dat in de gezondheidszorg een gelegitimeerd en ook materieel voldoende geëquipeerd machtscentrum ontbreekt om ordeningsontwerpen in te voeren én te onderhouden. Ook de bewindslieden belast met de zorg voor de volksgezondheid (niet voor niets meestal een staatssecretaris en geen minister) bezitten deze mogelijkheid niet, al wordt als het zo uitkomt wel gedaan alsof.

In deze beleidsstructuur liggen de voorwaarden besloten voor een essentiële functie: het onschadelijk maken van ontwerpen die niet door alle partners worden gedragen, en dat is in de gezondheidszorg al gauw het geval. Ook nadat de oorspronkelijke reden – het kanaliseren van de levensbeschouwelijke tegenstellingen – zijn geldigheid begon te verliezen, is deze functie niet verdwenen;

het aangrijpingspunt is alleen verbreed naar alle ideologisch en logisch gefundeerde ontwerpen.

De gezondheidszorg beschermt zichzelf als het ware tegen een exclusieve toepassing van één ordeningsontwerp, welk dan ook. Deze beleidsstructuur en -cultuur garandeert dus tot op grote hoogte de evolutionaire ontwikkeling van de gezondheidszorg, inclusief de vormaspecten. Maar de irrationaliteiten die onvermijdelijk uit deze evolutionaire ontwikkeling voortvloeien betekenen voor de betrokkenen in de gezondheidszorg even zovele prikkels om steeds weer te proberen tot een samenhangende structuur te komen. Dit verklaart mijns inziens de constante spanning tussen de behoefte aan een structuurbeleid enerzijds en de onmogelijkheid hier op afdoende wijze vorm aan te (mogen) geven anderzijds.

Deze spanning loopt regelmatig op, maar kan tot nu toe kennelijk niet anders worden opgelost dan door regelmatige ontlasting in een 'pseudo-beleid': er wordt dan vooral *gedebatteerd* over ontwerpen voor de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg, met een inzet en harts-tocht die omgekeerd evenredig is aan het directe effect. Natuurlijk verandert de structuur, maar dit is het gevolg van veel impliciet werkende en daardoor ook moeilijker te achterhalen processen van *articulatie* van nieuwe ideeën (onder andere neergelegd in ordeningsontwerpen), *anticipatie* hierop in allerlei deelbeslissingen en *absorptie* van deze ideeën en beslissingen in het grotere geheel van krachten dat op de vormgeving van de gezondheidszorg van invloed is. Hoe overtuigend de doeltreffendheid van een ordeningsontwerp ook mag zijn, de beleidscondities maken een algehele en consequente invoering daarvan de facto onmogelijk.

## KANSEN VOOR 'DEKKER'

De meest recente poging onze gezondheidszorg te ordenen is tot op zekere hoogte vergelijkbaar met het doordrukken van het ziekenfondsbestel zo'n 45 jaar geleden. Het samenvallen van een sterk groeiende vraag naar gezondheidszorg (vergrijzing), een explosieve ontwikkeling van de medische technologie en de meest dwingende reden voor de Rijksoverheid om in te grijpen in de gezondheidszorg: de (veronderstelde) sociaal-economische onhoudbaarheid van het huidige stelsel, hebben een crisissfeer doen ontstaan, waarin het kabinet en zelfs de minister-president persoon-

lijk zich met de gezondheidszorg zijn gaan bemoeien. Het gevolg is, dat men vooralsnog uit de beklemming van de heersende beleidsstructuur en beleidscultuur is ontsnapt. Door, voorzien van het advies van een externe commissie, positie te kiezen als 'boven de gezondheidszorg staande partij', heeft het kabinet een machtscentrum gecreëerd buiten de traditionele kaders van de gezondheidszorg.

Of 'Dekker' een kans maakt hangt ervan af hoe lang het kabinet het 'externe toezicht' op de invoering van het ordeningsontwerp kan volhouden. Zoals het zich nu laat aanzien waarschijnlijk lang genoeg om de beslissing over de basisverzekering af te ronden, maar dan? Blijft het kabinet in de gezondheidszorg geïnteresseerd als de belangrijkste sociaal-economische doelstellingen zijn gerealiseerd? Lukt het de druk te blijven weerstaan in de richting van regionalisatie en planning, voordat de 'invisible hand' van de overeenkomst zijn waarde heeft bewezen? De hiervoor beschreven ordeningsgeschiedenis leert dat het in ieder geval verstandig is ermee rekening te houden dat de eenheid van organisatie en financiering van 'Dekker' gaandeweg weer moet worden prijsgegeven. Het lijkt daarom zaak om, veel systematischer dan tot nu toe gebeurt, de samenwerking tussen structuurbeleid en maatschappelijke context bij de beleidsvorming te betrekken, al was het maar om alle goeds dat het kabinetsstandpunt voor de gezondheidszorg te bieden heeft, ook ten volle te benutten. □

*Het artikel hierboven behelst de tekst van een voordracht, gehouden tijdens de KLOZ/VNZ-cursus Gezondheidszorg: 'De ziektekostenverzekering tussen markt en planning', Veldhoven 22 april jl.*

### Literatuur

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. Den Haag, maart 1987.

Minister en staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Verandering verzekerd. Brief aan de Tweede Kamer 7 maart 1988, stuk 19 945, nrs. 27-28.

Grinten TED van der. Ordening van gezondheidszorg. Een beschouwing naar aanleiding van het advies van de Commissie Dekker. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 678-81, 694.

## KNMG

## Commentaar op 'Verandering verzekerd'

*Commentaar van KNMG en haar Maatschappelijke Verenigingen op de regeringsnota 'Verandering verzekerd'*

*Herplaatsing wegens misstelling*

## VOORAF

Het standpunt van de regering met betrekking tot de ideeën van de commissie-Dekker is thans afgerond in de zogeheten derde Dekker-brief aan de Tweede Kamer. De nota bij deze brief, waarin het standpunt is uiteengezet, draagt de titel 'Verandering verzekerd'. Reeds in een eerder stadium gaven de besturen van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen\* bij brief van 9 juli 1987 een visie op het eerste regeringsstandpunt over het rapport van de commissie-Dekker, alsmede daarvoor, bij brief van 29 april 1987, hun mening over het rapport zelf. Op een aantal punten waartegen dezerzijds bezwaar is aangetekend heeft het kabinet de KNMG-visie niet gevolgd. Derhalve zullen veel van die kanttekeningen ook in het onderstaande terug te vinden zijn, waar mogelijk uitgebreider gemotiveerd. Niettemin bevat de nota in grote lijnen zeer constructieve gedachten.

Als *positief* wordt dezerzijds beoordeeld:

1. de grote verantwoordelijkheid en ruimte die het veld wordt toegedacht;
2. het feit dat in de toetsingscriteria kwaliteit en toegankelijkheid zijn opgenomen.

Als *negatief* wordt ervaren:

1. het invoeren van een smal maar diep basispakket waaraan zeer wezenlijke bestanddelen ontbreken. Voor grote groepen mensen is het een achteruitgang in de mate waarin zij zijn verzekerd. Dat doet afbreuk aan de toegankelijkheid, de substitutie en de kwaliteit van de zorg;
2. de deregulering gaat lang niet ver genoeg. De nota ademt te veel de sfeer van een beheersmodel;
3. de termijn waarbinnen de uitvoering moet plaatsvinden van dit zeer ambitieuze project is veel te kort. Zowel de omvang als de tijd van de hele operatie is niet realistisch getaxeerd;
4. de bezuinigingen – het doel waarom alles was begonnen – worden niet gerealiseerd. Wel worden de lasten toegeschoven naar diegenen die dat het minst kunnen opbrengen. Dit kan eveneens de toegankelijkheid, de substitutie en de kwaliteit van de zorg in negatieve zin beïnvloeden;
5. de hierboven als positief genoemde punten komen onvoldoende uit de verf.

In het onderstaande zal – per hoofdstuk van de regeringsnota – meer gedetailleerd commentaar worden gegeven. Voorafgaand aan het commentaar op elk hoofdstuk wordt een korte samenvatting gegeven van het kabinetsstandpunt, met name van die onderdelen welke vanuit onze optiek relevant zijn. In sommige hoofdstukken worden veranderingen van bestaande wetten besproken. Daarop zal in dit commentaar niet per hoofdstuk worden ingegaan, maar gezamenlijk onder hoofdstuk VI worden gereageerd.

\* Waar in dit commentaar wordt gesproken van de KNMG is er sprake van de besturen van KNMG en maatschappelijke verenigingen.

## HOOFDSTUK I

## Samenvatting beleidskader kabinet

Op basis van het advies van de commissie-Dekker heeft het kabinet nadere concrete voorstellen geformuleerd. Het kabinet formuleert drie uitgangspunten: samenhang, ook met de maatschappelijke dienstverlening, doelmatigheid en zelfregulering. Er zijn tien *toetsingscriteria*:

1. bevordering van de subs
2. tenminste handhaving va
3. bewaking van de toeganl
4. voldoende solidariteit;
5. bevordering van de doeln
6. beperking van de regelge
7. beheersing van de kosten
8. mitigering van inkomense
9. beperking van de margina
10. budgettaire aspecten, fin

Voorts besteedt het kabinet in t aandacht aan de marktwerking ringsoptiek. Erkend wordt dat ( niet altijd het beste stuurmecha sector acht het kabinet in beper wordt daarbij de relatie gelegd tu tie waar het vraag en aanbod beperkte mogelijkheden van het concurrentie tussen verzekeraa en weer, alsmede onderling).

Uiteindelijk blijven er drie relatief de marktverwerking ruimte wil ge

1. relatie verzekerden-verzekera gunst van de verzekerde concu 'keuzevrijheid' ten aanzien van de het aanvullend pakket;
2. relatie verzekeraars-aanbieders (van zorg): meer onderlinge speelruimte voor onderhandelingen over aanbod, prijs en deels kwaliteit;
3. relatie aanbieders-vragers (van zorg): regulering door de overheid, een certificatiesysteem (door het veld op te zetten) en sturing vanuit overeenkomsten (plus voorlichting en wetgeving) (ad 2) moeten de kwaliteit waarborgen.

Het geheel zal stapsgewijs worden ingevoerd. Vandaar de subtitel: 'Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg'.

## Commentaar

De volgorde van de toetsingscriteria is erg willekeurig. Naar de mening van de KNMG zijn de handhaving van de kwaliteit en het garanderen van de toegankelijkheid de twee basiscriteria. Veel andere criteria zijn daaraan ondergeschikt of ervan afgeleid, weer andere staan er min of meer los van, maar zijn minder belangrijk. In het navolgende zullen – in de volgorde van de regeringsnota – enkele criteria nader worden bekeken.

– *Bevorderen van substitutie*

Dit uitgangspunt wordt dezerzijds gesteund. Echter zij hier nogmaals benadrukt dat eerst voorzieningen en mogelijkheden moe-

ten worden gecreëerd waarnaar wordt gesubstitueerd om daarna pas andere voorzieningen te laten verdwijnen. Voorzieningen voor thuiszorg en ambulante zorg moeten niet alleen in voldoende capaciteit aanwezig zijn, maar ook in voldoende kwaliteit. Voorts zal de huisartsenopleiding tot 3 jaar moeten zijn uitgebreid alvorens de relatie huisarts-patiënt met betrekking tot substitutie kan worden gewijzigd. De vraag welke taken voor substitutie in aanmerking komen moet door de beroepsgroep op medisch inhoudelijke gronden worden bepaald. Het standpunt van de regering met betrekking tot het basispakket bevordert de substitutie zeker niet. In het commentaar onder hoofdstuk II wordt daar nader op ingegaan.

#### – Handhaving kwaliteit

Zoals gezegd is dit een basiscriterium. De visie van de KNMG daarop zal in het commentaar onder hoofdstuk IV uitgebreid aan de orde komen.

#### – Bewaking toegankelijkheid

Ook hier is sprake van een basiscriterium. Bij het commentaar op hoofdstuk II zal er dieper op worden ingegaan, met name op de financiële en organisatorische aspecten van toegankelijkheid. Op deze plaats zij voorlopig volstaan met de opmerking, dat de verantwoordelijkheid van de overheid met name van belang is bij het stellen van randvoorwaarden in de overgangperiode, alvorens deze taak in de definitieve situatie door veld en verzekeraars wordt overgenomen.

Op deze plaats zij nog gewezen op een ander aspect van (geografische en fysieke) toegankelijkheid: niet alleen een goede spreiding van voorzieningen is van belang, ook een goede bereikbaarheid met (openbaar) vervoer, (centrale) ligging ten opzichte van de te verzorgen bevolking en goede situering ten opzichte van andere voorzieningen. Dit legt een eigen en aparte verantwoordelijkheid op aan de lagere overheden, die immers degenen zijn die de zeggenschap hebben over bestemmingsplannen, wegenstructuur, parkeervoorzieningen, openbaar vervoer en dergelijke. Daarom zou hun rol, hetzij via wetgeving, hetzij door hen als onderhandelingspartner te erkennen, moeten worden bevestigd. Ook de hogere overheid draagt hiervoor verantwoordelijkheid, met name wat de financiële aspecten betreft.

#### – Doelmatigheid

Doelmatigheid als criterium wordt al lang door de KNMG erkend. In het rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' uit 1985 wordt er uitvoerig aandacht aan besteed, alsmede in de recent uitgekomen nota's van de LHV en de LSV, respectievelijk: 'De positie van de huisarts in de toekomst' en 'De specialist van morgen'.

#### – Beperking regelgeving

Beperking van de regelgeving wordt door de KNMG toegejuicht. Niettemin geeft de regering niet duidelijk genoeg aan hoever die deregulering gaat. Uiteraard blijft de overheid belangrijke taken houden op het terrein van de gezondheidszorg en is wetgeving noodzakelijk. Er is behoefte aan duidelijke afgrenzing van de verantwoordelijkheid van overheid en veld, waarbij het veld de gelegenheid en het vertrouwen moet krijgen die verantwoordelijkheid waar te maken. Nu wordt op essentiële punten in de nota een slag om de arm gehouden om wetgeving alsnog van stal te halen als het veld het in de ogen van de overheid niet goed doet. Met name gebeurt dat in het hoofdstuk over de kwaliteit: dan is er geen sprake van deregulering, maar van re-regulering; dat is een miskenning van de verantwoordelijkheid die het veld sinds jaar en dag op zich heeft genomen. Intensieve bemoeienis van de overheid met gezondheidszorg is pas van de laatste decennia. Veel maatregelen zijn daarvoor en los daarvan al door het veld genomen. Het opleidings- en registratiesysteem voor medische beroepsbeoef-

naren is daar een voorbeeld van; een ander is het feit dat verschuiving van klinische naar ambulante zorg, onder andere door verkorting van de ligduur van patiënten, tot stand is gekomen door medisch-technische, wetenschappelijke en maatschappelijke inzichten binnen de medische professie en niet door overheidsmaatregelen.

#### – Financieel-economische criteria

De financieel-economische criteria die het kabinet noemt zijn uit het gezichtspunt van de KNMG in zoverre van belang dat kwaliteit en toegankelijkheid moeten zijn gegarandeerd. Daar staat uiteraard tegenover dat er doelmatig moet worden gewerkt. Dit is niet alleen een verantwoordelijkheid van de aanbieders van zorg, maar ook van de vraagzijde en de verzekeraars. Het kabinet erkent dit ook blijkens zijn toelichting bij het criterium 'doelmatigheid'. Dezerzijds is aan dat aspect in bovengenoemde nota's uitvoerig aandacht besteed. Velen zullen in de toekomst slechter zijn verzekerd dan nu, hetgeen mede door de inkomenseffecten en de samenstelling van het pakket de kwaliteit en de toegankelijkheid niet ten goede komt.

Het hoofdstuk schenkt tenslotte uitvoerig aandacht aan de marktwerking in de zorgsector. Ook daarover is reeds een KNMG-visie geformuleerd in het interimadvies van de werkgroep 'Commercialisering in de gezondheidszorg', dat in maart 1987 verscheen. In dit verband zij nog opgemerkt dat de KNMG harde ongereguleerde concurrentie afwijst, doch beperkte – op kwaliteit gerichte – en gezonde competitie toejuicht.

## HOOFDSTUK II

### Samenvatting relatie verzekeraars-verzekerde

Het kabinet wil belangrijke veranderingen aanbrengen in de relatie verzekeraars-verzekerden. Uiteindelijk verdwijnt het verschil tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars; beide partijen zullen dan in onderlinge concurrentie opereren. Voorts komt er een basispakket, dat het kabinet op basis van de volgende criteria heeft vastgesteld:

1. voorzieningen die naar hun aard onverzekerbaar zijn c.q. financieel een te zwaar risico zijn;
  2. voorzieningen die zich in hoge mate lenen voor substitutie.
- Het kabinet opteert voor een smal, maar diep basispakket. Het aanvullende pakket dient 'betekenisvolle' onderdelen te bevatten die een groot deel van de bevolking aansporen om zo'n zinvolle aanvullende verzekering af te sluiten. Het basispakket omvat circa 85% van de kosten voor de huidige voorzieningen van gezondheidszorg en aanverwante maatschappelijke dienstverlening. Het basispakket omvat:
- preventieve zorg;
  - verloskundige zorg en kraamzorg;
  - verpleging, behandeling en verzorging van langdurig zieken en zorg- en hulpbehoevenden (intramuraal, semimuraal en thuiszorg);
  - revalidatie van zieken/gehandicapten (intramuraal, dagbehandeling en behandeling in de thuissituatie);
  - reactivering (intramuraal en dagbehandeling);
  - genees- en heilkundige behandeling en, indien noodzakelijk, daarmee verband houdende kortdurende verpleging en verzorging;
  - psychosociale hulpverlening;
  - verpleging, behandeling en verzorging van psychiatrische patiënten (intramuraal, semimuraal, ambulant, beschermd wonen);
  - verpleging, behandeling en verzorging van lichamelijk gehandicapten (intramuraal, semimuraal, dagbehandeling, thuiszorg);

- verpleging, behandeling en verzorging van geestelijk gehandicapten (intramuraal, semimuraal, dagverpleging/dagopvang, thuiszorg);
- hulp aan zintuiglijk gehandicapten;
- tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 18 jaar; en
- kunst- en hulpmiddelen.

Het aanvullende pakket zou in hoofdzaak bestaan uit:

- geneesmiddelen (extramuraal);
- extramurale paramedische hulp (fysiotherapie, logopedie, oefentherapie); en
- tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar.

De verzekering wordt in beginsel ingevoerd op basis van het restitutiestelsel. Tevens is een acceptatieplicht voorzien als randvoorwaarde om als verzekeraar te worden toegelaten.

### Commentaar

Voor de gevolgen van een te beperkt basispakket is door de KNMG destijds gewaarschuwd. De KNMG wijst de gedachte om geneesmiddelen buiten het basispakket te houden met kracht van de hand. Gezien het grote belang van deze kwestie zal hierop in het onderstaande nog eens uitgebreid worden ingegaan.

Wanneer men het voornemen van het kabinet voor een beperkt basispakket exclusief geneesmiddelen en paramedische hulp toetst aan de criteria die het kabinet zelf heeft geformuleerd, blijkt dat het die toets met betrekking tot de basiscriteria 'kwaliteit' en 'doelmatigheid' en het belangrijkste afgeleide criterium, te weten substitutie, niet kan doorstaan.

Verantwoord gebruik van geneesmiddelen in de eerste lijn bevordert de substitutie. De komst van de antibiotica en de tuberculostatica hebben ambulante behandeling van patiënten die vroeger langdurig intramuraal moesten worden behandeld mogelijk gemaakt. Van zeer veel medicamenten die extramuraal worden gebruikt kan hetzelfde worden gezegd. Een recent voorbeeld is de behandeling van patiënten met zweren aan maag en twaalfvingerige darm. Het aantal operaties daarvan is drastisch gedaald sinds de komst van extramuraal goed te gebruiken geneesmiddelen, die weliswaar kostbaar zijn, maar in geen verhouding staan tot de kosten van de vroeger noodzakelijke intramurale behandeling. Het is voorts niet logisch dat de pil (een preventieve maatregel) niet in het basispakket zit en zwangerschapsonderbreking wel! Wanneer mensen een onvoldoende aanvullende verzekering hebben, is de kans niet denkbeeldig dat om andere dan medische redenen naar de tweede lijn wordt verwezen, hetgeen ondoelmatig is. Een ander gevaar is dat mensen onverantwoord zuinig met medicijnen omgaan, hetgeen de kwaliteit van de zorg aantast en ook kan leiden tot specialistische en klinische zorg die te vermijden was geweest.

Hetzelfde kan worden gezegd van paramedische hulp. Verantwoord gebruikte fysiotherapie extramuraal houdt mensen op de been, die zonder die hulp eerder aangewezen zullen zijn op klinische hulp. Wederom: ondoelmatig, kwalitatief slecht en substitutie belemmerend.

Het argument dat het kabinet gebruikt, dat te verwachten valt dat iedereen zich waarschijnlijk aanvullend zal verzekeren, doet de vraag rijzen waarom dan voor de 85%-15%-constructie wordt gekozen en niet voor een volledig verplicht pakket. Dit volledige pakket hoeft niet zo alomvattend te zijn dat daarmee de doelmatigheid in gevaar komt. Denkbaar en beter is het, een breed maar ondiep pakket te maken, waarbij op medisch-inhoudelijke gronden zodanig wordt geschoond dat beperkingen in geneesmiddelengebruik en fysiotherapie mogelijk zijn zonder aantasting van de

genoemde toetsingscriteria. Daarbij valt te overwegen een model te kiezen zoals dat onder andere in België wordt gebruikt en waarbij geneesmiddelen in groepen zijn ingedeeld. De noodzakelijke en substitutie bevorderende geneesmiddelen zouden dan in het basispakket moeten; andere middelen, bijvoorbeeld slaapmiddelen en middelen die vrij verkrijgbaar zijn, ook bij de drogist, zouden er - afhankelijk van indicatie en nog te formuleren criteria - buiten kunnen vallen. Een zelfde opzet zou voor paramedische middelen (met name fysiotherapie) kunnen worden gebruikt. Het opstellen van zo'n geschoond basispakket zal in nauw overleg met ter zake deskundige beroepsbeoefenaren moeten geschieden; de KNMG wil daar gaarne zijn inbreng bij leveren.

Een dergelijke aanpak past ook beter binnen de visie van het kabinet waar het kiest voor een meer functiegerichte pakketomschrijving. Dan kan het pakket thuiszorg (geschoond als boven omschreven) volledig (en niet alleen voor langdurig en chronisch zieken) in het basispakket. Wanneer deze zorg in het aanvullende pakket zou komen, zal dat de substitutie bepaalt niet bevorderen. Aan nog een belangrijk toetsingscriterium wordt in de door het kabinet gekozen opzet niet voldaan: waar het bij gebruikers van veel medicijnen en paramedische hulp vooral gaat om ouderen en chronische zieken, wordt de toets op het criterium 'solidariteit' niet doorstaan. Immers, jongeren en gezonden zullen zich eerder niet aanvullend verzekeren of zullen een hoog eigen risico met premievoordeel riskeren. Dit betekent dat chronische zieken en bejaarden, die ook al tot de sociaal-economisch zwakkere behoren, relatief het meest aan premie, met name voor het aanvullende pakket, moeten opbrengen. Grote groepen mensen die nu volledig zijn verzekerd zullen het in de toekomst met aanmerkelijk minder moeten doen.

Concluderend willen het hoofdbestuur der KNMG en de centrale besturen der maatschappelijke verenigingen het kabinet met klem vragen zijn standpunt in dezen te herzien. Zo niet, dan valt te voorzien dat, ongeacht de andere structuur die de gezondheidszorg zal krijgen, alle feilen van het oude systeem zullen blijven bestaan en verandering derhalve niet verzekerd is.

Verder nog een opmerking over de positie van de verzekeraars. Gewaakt moet worden voor een zodanige inbreng van hun kant dat vermenging van verantwoordelijkheden en belangen mogelijk zijn. De scheiding tussen verantwoordelijkheid voor de kosten en voor de kwaliteit moet duidelijk worden gelegd. Het kwaliteitsaspect regardeert in eerste instantie de aanbieders en de vragers van de zorg.

De minimum-eisen waaraan verzekeraars moeten voldoen om tot de 'markt' te worden toegelaten, worden door de KNMG te mager geacht. Op dit aspect wordt in het commentaar bij hoofdstuk V nog teruggekomen. Met name in de overgangperiode is het toezicht op de particuliere verzekeraars onvoldoende geregeld. Het is de vraag of de Verzekeringskamer daartoe geschikt, bereid en bevoegd is.

Overigens is het gevaar van risicoselectie door verzekeraars, die in het rapport-Dekker daartoe te veel ruimte kregen, in het standpunt van het kabinet beter afgedekt. Om te kunnen beoordelen of dit werkelijk voldoende is, ware het te overwegen met name op dit punt te zijner tijd te evalueren en bij te stellen.

Tenslotte zij opgemerkt dat de ideeën over premiestelling en financiering in grote lijnen kunnen worden onderschreven, zij het dat het onjuist en te simpel is een normuitkering uit de centrale kas uitsluitend te baseren op de samenstelling van het verzekerdenbestand. Ook de verschillen in voorzieningenniveau moeten erbij worden betrokken, in die zin dat bijvoorbeeld een regio met veel oude voorzieningen andere exploitatiecijfers te zien zal geven dan een regio waar net nieuw is gebouwd. Hetzelfde kan gelden voor andere variabelen, zoals de leeftijdsopbouw van het personeelsbestand.



## HOOFDSTUK III

**Samenvatting relatie verzekeraars-aanbieders**

De relatie instelling-beroepsbeoefenaren en het type zorgverlening zal veel minder strikt worden. Het kabinet voorziet een meer functiegerichte pakketomschrijving. Dat impliceert een veel grotere variëteit in plaats en wijze waarop zorgfuncties worden aangeboden, meer concurrentie en 'markttuitbreiding' (leveren van andere dan traditionele diensten).

De aard en de prijs van de zorgverlening zullen – binnen de overheidskaders – onderwerp van onderhandeling zijn tussen aanbieders en verzekeraars. Daarbij is het mogelijk dat de onderhandelingen stuk lopen en er géén overeenkomst wordt afgesloten met een aanbieder van zorg! De contracteerplicht vervalt.

De verzekeraars worden gezien als intermediair tussen aanbieders en vragers van zorg.

In de nieuwe situatie vervalt de noodzaak een bovengrens te stellen aan het zorgaanbod. Dit met uitzondering van grootschalige intramurale voorzieningen. Via de Wet op de zorgverzekering wordt wel een ondergrens aangegeven.

Wat de spreiding van de zorg betreft opteert het kabinet voor functionele regionalisatie. Het is aan dienstverleners en verzekeraars te komen tot een doelmatig samenhangend geheel van voorzieningen, afgestemd op de behoefte van de bevolking per regio. Daarmee komt volgens het kabinet een eind aan de regionalisatie in de territoriaal-bestuurlijke lijn, c.q. gedecentraliseerde, gedetailleerde overheidsplanning van het zorgaanbod. Marktpartijen krijgen dus zelf deze verantwoordelijkheid, althans tot op zekere hoogte; mede op basis van experimentele ervaringen zullen wellicht toch modellen worden ontwikkeld. Vereenvoudiging van de regelgeving voor tarieven is voorzien. Prijsregulering blijft evenwel mogelijk.

De overheid blijft verantwoordelijk voor de opleidings- en toetsingscapaciteit van de initiële dagopleidingen. De feitelijke vraag naar behoefte aan beroepsbeoefenaren vormt daarbij een belangrijke factor. De professie, financiers en instellingen krijgen indirecte invloed op deze capaciteit, aldus het kabinet.

**Commentaar**

Het kabinet stelt dat het niveau van gezondheid, van ziekte en sterfte belangrijke criteria zijn om de kwaliteit van de gezondheidszorg te meten. Dit is een onjuiste visie. Hier worden de begrippen 'volksgezondheid' en 'gezondheidszorg' door elkaar gehaald. De volksgezondheid wordt door vele factoren, sociale, economische en andere, waaronder gezondheidszorg, beïnvloed.

Reeds in het KNMG-rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' wordt gepleit voor een regionale overleg- en organisatiestructuur van de gezondheidszorg, waarbinnen naar doelmatigheid moet worden gestreefd. Dat past goed in de visie van het kabinet, dat, afwijkend van de commissie-Dekker, het regionalisatiebeginsel gelukkig weer introduceert.

Op één punt met betrekking tot het wederom opnemen van de regionalisatiegedachte lijkt het regeringsbeleid niet consistent. Het kabinet zegt in de nota uitdrukkelijk voor een functionele regionalisatie te kiezen. Er komt volgens het kabinet 'een einde aan de regionalisatie via de territoriaal-bestuurlijke lijn'. Dat is in forse tegenspraak met het onlangs genomen besluit over de regio-indeling ex art. 3 van de WZV, waarin juist wél voor die lijn is gekozen. De gedachte van onderhandelingen op regionaal niveau tussen aanbieders van zorg en verzekeraars is al eerder door de KNMG onderschreven. Ook over een marktgerichte en beperkte concurrentie heeft de KNMG zich reeds uitgesproken. In het belang van een goede kwaliteit moeten hier wel beperkingen aan worden

gesteld. Behalve wat daarover is weergegeven in de interimrapportage van de KNMG-werkgroep 'Commercialisering in de gezondheidszorg' zij nog het volgende opgemerkt:

Op landelijk niveau zullen randvoorwaarden moeten worden gecreëerd waaraan verzekeraars moeten voldoen om te worden toegelaten tot de markt. Ook kwaliteitseisen zullen door de aanbieders landelijk moeten worden vastgesteld. Eveneens zal landelijk over de tarieven moeten worden onderhandeld. Dat zal dan de bindende basis moeten zijn voor de onderhandelingen. Dat betekent dus dat de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen uitsluitend onderhandelen voor al degenen die aan de kwaliteitseisen voldoen en uitsluitend met de verzekeraars welke die kwaliteitseisen onderschrijven en zelf aan de minimum-eisen voldoen. Verzekeraars en beroepsbeoefenaren die daarbuiten onderhandelen, mogelijk zelfs in kartels van zorgaanbieders en bepaalde financiers, waardoor de keuzevrijheid van de patiënt met betrekking tot zijn arts en zijn verzekeraar wordt aangetast, moeten naar de mening van de KNMG door de 'erkende' beroepsbeoefenaren en verzekeraars, alsmede door de patiëntenorganisaties, niet worden toegelaten tot het officiële circuit. Op die manier kunnen de nadelen van het wegvallen van de contracteerplicht en het vestigingsbeleid voor een groot deel worden opgevangen. Door landelijke tariefafspraken kan worden voorkómen dat door te scherpe prijzen omzetverhoging plaatsvindt met kwaliteitsverlies tot gevolg. De KNMG wijst de rol van de verzekeraars als intermediair tussen vragers van aanbieders van zorg af. Het kabinet opteert terecht voor een versteviging van de patiëntenorganisaties. De KNMG wil die gedachte van harte ondersteunen en de patiëntenorganisaties vanuit die optiek een eigen positie geven aan de onderhandelings-tafel.

Tot slot een kanttekening bij de voornemens van het kabinet met betrekking tot de beroepskrachtenplanning. Door het kabinet wordt een instroombeleid in (vervolg)opleidingen bepleit teneinde het volume aan beroepsbeoefenaren te reguleren. Het kabinet wil de verzekeraars met dat doel meer invloed geven op de medische vervolgoopleidingen. Dit wordt dezerzijds een onjuiste gang van zaken geacht. De aan op te leiden beroepsbeoefenaren te stellen kwaliteitseisen moeten niet worden gekoppeld aan kwantitatieve eisen, welke noodzakelijk zijn voor een goede beroepskrachtenplanning, ongeacht het feit dat een goed gereguleerde instroom van beroepsbeoefenaren noodzakelijk is. Er is een duidelijke samenhang tussen de bereidheid van beroepsbeoefenaren om nieuwe beroepskrachten op te leiden, waarbij kwaliteit voorop staat, en een in goed overleg geregeld instroombeleid.

## HOOFDSTUK IV

**Samenvatting relatie aanbieders-vragers**

Met de commissie-Dekker verstaat het kabinet onder kwaliteit: het door aanbieders (instellingen, zorgverleners) op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen. Het kabinet gaat ervan uit dat de voorgestelde veranderingen binnen de financiële begrenzings leiden tot een verhoging van de kwaliteit.

In meer engere zin c.q. wat de kwaliteit van de feitelijke zorgverlening betreft, onderscheidt het kabinet de volgende deelaspecten:

- a. kwaliteitsnormering (certificatie à la KEMA-keur, intercollegiale toetsing, protocollering);
- b. bevorderen van de kwaliteit van de uitvoerende zorg (epidemiologie, beslissonderzoek); en
- c. kwaliteitsbewaking (Staatstoezicht, 'zelfreinigend vermogen', professie).



Het kabinet wil de kwaliteit (groten)deels overlaten aan het veld. Het wettelijk kader voor de professie ligt verankerd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Voor de instellingen is een aparte wet voorzien. De erkenning van instellingen vervalt immers als instrument voor de financiering nu de verzekeraars bepalen of een overeenkomst wordt aangegaan. De rol van de overheid verschuift aldus van preventief (erkenningen) naar repressief.

#### Commentaar

De plannen, te komen tot een certificatie-instituut, worden dezerzijds onderschreven. Nogmaals zij hier benadrukt, dat de verantwoordelijkheid van de aanbieders en de vragers van de zorg in dezen een andere is dan die van de verzekeraars. De kwaliteitseisen voor de zorg dienen door de aanbieders en voor een aantal aspecten eveneens door de vragers te worden geformuleerd, de prijs van de zorg door de verzekeraars. Het instituut dient, gezien het belang dat alle partijen hebben bij een kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs, wel gezamenlijk in stand te worden gehouden.

Goede afstemming van de kwaliteitseisen tussen de verschillende aanbieders van zorg is noodzakelijk. Het kabinet wil naast de Wet BIG een wet voor instellingen apart. In de praktijk zou de afstemming waar bij het ontwerpen van een wet voor de instellingen rekening mee gehouden kan worden als volgt kunnen geschieden: Het systeem van colleges, registratiecommissies en visitatiecommissies zou door middel van herregistratie kunnen worden uitgebreid, van uitsluitend de opleiding regelen en controleren tot de beroepsuitoefening in haar geheel en tot andere beroepsbeoefenaren dan artsen; ook nu worden behalve aan de opleiders aan de instellingen waar de opleiders werken, eisen gesteld.

Dit alles zou vanuit het certificatie-instituut moeten worden opgezet en begeleid. Nadere uitwerking van dit idee zal in de nabije toekomst door de KNMG in nauw overleg met de maatschappelijke verenigingen ter hand worden genomen, in overleg met onder andere de patiëntenorganisaties.

De rol van het Staatstoezicht met betrekking tot de kwaliteit kan niet worden gemist. Niettemin bestaat er door de komst van het certificatie-instituut dringend behoefte aan een goede taakafbakening, met name waar het directe toezicht op het functioneren van beroepsbeoefenaren betreft, tussen dit instituut en het Staatstoezicht. Uiteraard moet er op het instituut zelf ook toezicht zijn. Het instituut zal naast toezichthoudende taken ook begeleidende taken hebben. Wanneer duidelijk is hoe de takenpakketten er uitzien, zal moeten worden bekeken wat de consequenties zijn voor het Staatstoezicht, met name wat betreft de personeelssterkte. Verdere inkrimping van de inspectie is, voordat die duidelijkheid bestaat, niet verantwoord.

Voorts zij erop gewezen dat het in het kader van komende wetgeving, onder andere de Patiëntenwet, de Wet BIG en de Wet BOPZ, niet ondenkbaar is dat de taken van de inspecties zullen toenemen.

#### HOOFDSTUK V

##### Samenvatting bestuurlijke en adviesstructuur

Het kabinet wil de adviesstructuur sterk vereenvoudigen. De rol van de overheid zal minder op de voorgrond treden. Er wordt een scheiding aangebracht tussen advies en overleg. De besluitvorming wordt in hoge mate gesluist via de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De Gezondheidsraad wordt gehandhaafd.

Ook in het nieuwe stelsel blijft er plaats voor een Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGM):

1. als basis voor de inkomensafhankelijke premie voor de basis-

verzekering en voor het stellen van prioriteiten van rechtstreeks uit een centrale kas te financieren voorzieningen; en

2. als graadmeter voor de kostenontwikkeling ('monitoring'), zodat de overheid op ongewenste ontwikkelingen kan inspelen.

Het FOGM functioneert uiteindelijk tevens als waarborg voor de zorginhoudelijke ontwikkelingen.

Er komt een Raad voor de Zorgverzekering. De Ziekenfondsraad zal verdwijnen en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg zal óf verdwijnen óf een veel beperkter taak krijgen. Aan de nieuwe raad worden behalve taken met betrekking tot advies en overleg ook taken met betrekking tot beheer en toezicht toegedacht.

#### Commentaar

De vereenvoudiging van de adviesstructuur wordt dezerzijds toegejuicht en met de voorstellen ter zake kan in grote mate worden ingestemd. De KNMG meent dat de Gezondheidsraad moet blijven functioneren als thans. De scheiding die in het algemeen wordt gemaakt tussen overleg en advies komt wat gekunsteld voor. Immers: goed overleg kan tot advies leiden en een goed advies kan niet zonder overleg tot stand komen. Ongeacht het belang van goed overleg tussen partners in de gezondheidszorg, moet de mogelijkheid zelfstandig met visies naar voren te komen of belangen te bepleiten, voor de afzonderlijke partners niet worden geblokkeerd.

De nota rept slechts met een enkel woord over niet-landelijke advies- en overlegstructuren. Gezien de opvattingen van het kabinet met betrekking tot regionale onderhandelingen, ware het te overwegen bestaande overlegstructuren als provinciale en regionale raden zowel in taakstelling als financiering een andere basis te geven.

Het FOGM krijgt meer en meer het karakter van een taakstellende begroting op lange termijn. Hoezeer het dezerzijds ook van belang wordt geacht – ook financieel – lange-termijnplanning te maken, toch wordt dit voornemen door de KNMG afgewezen. Immers, hierdoor wordt het FOGM een star beleidsinstrument op lange termijn, buiten de formele politieke besluitvorming om en buiten de vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders van zorg om, hetgeen in feite een zeer strakke centrale regulering betekent; dit is in strijd met de deregulerings- en vrije marktgedachte.

Er moet voor worden gewaakt dat het takenpakket van de Raad voor de Zorgverzekering te omvangrijk wordt. Hier dreigt een topstructuur te ontstaan met onduidelijke afbakening van taken en vermenging van niet combineerbare taken en bevoegdheden. Aan de Kroonleden moet de eis worden gesteld dat zij het vertrouwen van de beroepsgroep hebben.

#### HOOFDSTUK VI

##### Samenvatting invoeringstraject

Het kabinet meldt dat de eindsituatie in 1992 zal zijn bereikt. Dat vergt stapsgewijze een groot aantal ingrijpende maatregelen op het terrein van – onder meer – de wetgeving.

#### Commentaar

Naar het oordeel van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen wordt – met name waar het gaat om de termijn – de wetgevingsoperatie die nodig is, onderschat. Daarbij zij nogmaals opgemerkt, dat de deregulering als geheel niet ver genoeg gaat. Het lijkt onhaalbaar dat alles voor 1992 rond te hebben: voorzichtig geschat, zal dat enkele jaren meer kosten. De jarenlange invoering van aanmerkelijk eenvoudiger en eveneens erg ambitieuze projec-

ten, zoals de WVG en de WVZ, heeft dat duidelijk aangetoond. Het is erg belangrijk op dit punt een realistische tijdplanning te maken, want de uitvoerbaarheid van de plannen wordt daardoor in sterke mate, zo niet beslissend, bepaald.

Wat de meer concrete voornemens betreft nog de volgende kanttekeningen:

Ongeacht het hierboven opgemerkte met betrekking tot het niet ver genoeg gaan van de deregulering als geheel, is aan snelle totstandkoming van een aantal wetten wél grote behoefte. Dat geldt onder andere voor de zogeheten Patiëntenwet. Dat past ook in het door de KNMG ondersteunde kabinetsvoornemen de patiëntenorganisaties te versterken.

Dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg verdwijnt wordt dezerzijds zeer toegejuicht, echter met twee belangrijke bedenkingen:

1. Het vestigingsbeleid mag pas verdwijnen als in de onderhandelingspositie tussen aanbieders van zorg en verzekeraars het in het commentaar bij hoofdstuk III voorgestelde is gerealiseerd, met name ter compensatie van de nadelen die ontstaan ten gevolge van het wegvallen van de contracteerplicht en het vestigingsbeleid;
2. de basisgezondheidsdiensten zullen apart wettelijk moeten zijn geregeld. De financiering daarvan is thans goed geregeld, doch

wordt in de toekomst zeer onzeker. Dat laatste is, gezien de kabinetsvoornemens collectieve preventieve zorg, waaronder de preventieve jeugdgezondheidszorg, te bevorderen, onbegrijpelijk. Overigens zij hier opgemerkt, dat de nota op het punt van de preventie erg vaag is: enerzijds wordt gewezen op het belang ervan, anderzijds worden nergens concrete voornemens genoemd ter versterking van de preventieve zorg; integendeel: veel aangekondigde maatregelen hebben een anti-preventief effect. De KNMG meent dat veel meer en duidelijker de nadruk op een preventiebeleid moet liggen.

#### TOT SLOT

„De nota 'Verandering verzekerd' bevat een aantal positieve elementen. Echter: grote vraagtekens blijven bestaan met name bij de uitvoerbaarheid en bij de vraag of er werkelijk een beter en goedkoper alternatief is geboden voor het huidige systeem. Daarom is prudentie en goed overleg met alle betrokkenen geboden, waarbij met name de goede kanten van het huidige systeem bewaard moeten blijven en eerder moet worden gezocht naar kleine veranderingen met grote effecten dan naar grote verandering met twijfelachtige effecten.”

KNMG

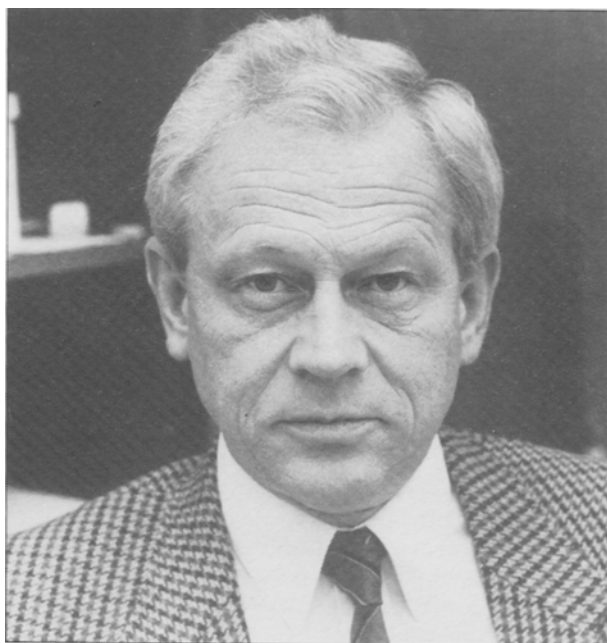
## W. van Hof per 1 oktober 1988 secretaris-generaal

Per 1 oktober zal collega W. van Hof de huidige secretaris-generaal van de KNMG, collega J. Diepersloot, in diens functie opvolgen.

Collega W. van Hof heeft zijn werkzaamheden bij de KNMG reeds gedeeltelijk opgenomen per 16 mei jl., zodat hij tot 1 oktober aanstaande kan profiteren van de grote ervaring in Maatschappijzaken die collega Diepersloot gedurende twintig jaar heeft kunnen opbouwen.

Collega Van Hof werd in 1942 geboren en heeft na zijn middelbare schoolopleiding in 1971 zijn studie medicijnen afgerond aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Aansluitend volgde een assistentschap Psychiatrie in het militair hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht gedurende zijn militaire dienstplicht. In Leiden heeft collega Van Hof van 1972-1974 de cursus Sociale Geneeskunde, tak bedrijfsgezondheidszorg gevolgd. Na als bedrijfsarts in Friesland en het Euro-poort-Botlekgebied te hebben gewerkt, heeft hij de afgelopen tien jaar als medisch adviseur en directeur gestalte mogen geven aan de Bedrijfsgezondheidsdienst voor de Bouwnijverheid.

*Een uitgebreidere kennismaking volgt binnenkort in Medisch Contact.*



KNMG

## Giften voor Ondersteuningsfonds

Van de volgende binnengekomen giften kan worden melding gemaakt:

Onder letter P: f 47,-;

Onder letter Q: f 128,25;

Onder letter R: f 250,-.

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester

Stichting Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.

## LSV

## Convocatie ledenvergadering 23 juni 1988

*Convocatie voor de ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op donderdag 23 juni 1988 om 19.15 uur in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht.*

## AGENDA

1. Opening.
2. Goedkeuring van de notulen van de ledenvergadering d.d. 24 maart 1988.
3. Inleiding van de voorzitter.
4. Verkiezingen.  
Ter voorziening\* in de binnen het Centraal Bestuur bestaande vacature wordt door het Centraal Bestuur kandidaat gesteld:  
G. T. Zitman, KNO-arts, verbonden aan het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.
5. Goedkeuring van het jaarverslag van de secretaris over het jaar 1987.
- 6a. Bespreking van het jaarverslag van de penningmeester over het jaar 1987.
- b. Accountantsverklaring en verslag van de geldmiddelencommissie over het door het Centraal Bestuur gevoerde financiële beleid.
- c. Goedkeuring van het door het Centraal Bestuur gevoerde financiële beleid annex decharge van de penningmeester.

7. Stand van zaken met betrekking tot:
  - de norminkomensproblematiek; en
  - het vaststellingsverzoek van de VNZ aan het COTG inzake de normatieve praktijkkostenvergoeding.
8. Stand van zaken met betrekking tot de bedden- annex functiereductie.
9. Bespreking van de door de Centrale Besturen der LHV en LSV opgestelde gemeenschappelijke intentieverklaring inzake de samenwerking huisarts-specialist.
10. Wat verder ter tafel komt.
11. Rondvraag.
12. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der LSV,  
A. ten Hove Jansen, secretaris.

\* Er zij op gewezen dat, ingevolge artikel 7 lid 2 van de Statuten der LSV, leden van het Centraal Bestuur door de Ledenvergadering uit de gewone leden worden gekozen op voordracht van: een district; tenminste 25 gewone leden der LSV; het Centraal Bestuur. Voordrachten voor eventuele kandidaten dienen ingevolge artikel 20 van het Huishoudelijk Reglement der LSV vóór 9 juni 1988 schriftelijk bij het Bureau der LSV te zijn ingediend, vergezeld van een schriftelijke bereidverklaring van de desbetreffende kandidaten.

## HRC

## Toelating interimopleiding tot huisarts

## Toelating tot de interimopleiding tot huisarts in Nederland in 1989

Correctie HRC op publikatie in MC nr. 14/1988, blz. 448

Krachtens het besluit van het College Huisarts Geneeskunde nr. 2-1987 dient voor toelating tot de twee jaren durende opleiding tot huisarts voor afgestudeerde artsen een drielat fasen te worden doorlopen.

De eerste fase omvat de *administratieve aanmelding*:

– Hiertoe is een standaardaanmeldingsformulier verkrijgbaar bij het universitair Huisartseninstituut van de universiteit waar het artsdiploma is behaald, tussen 15 april 1988 en 31 mei 1988.

– Het aanmeldingsformulier dient bij bovengenoemd universitair huisartseninstituut te worden ingeleverd vóór 1 juni 1988; de administratiekosten ad f 50,— dienen ook vóór 1 juni 1988 te worden voldaan. Op het aanmeldingsformulier kan onder andere worden aangegeven welk UHI de voorkeur geniet voor het ontvangen van de opleiding.

De tweede fase omvat de *loting*:

– Hierbij wordt uit het totaal van aanmeldingen at random een bepaald aantal aangewezen\*.

– Deze groep artsen wordt, zoveel mogelijk op grond van eigen voorkeur, verdeeld over de acht Nederlandse universitaire huisartseninstituten, voor zover de capaciteit dat toelaat.

– Omstreeks 8 juli 1988 ontvangen betrokkenen bericht over het al dan niet zijn ingeloot. (N.B. Ingeloot zijn is geen garantie voor toelating tot de opleiding; zie derde fase.)

\* Door WVC vastgestelde capaciteit + 25%.

De derde fase omvat de *sollicitatie*:

– Hierbij wordt per UHI een selectie uitgevoerd door middel van een sollicitatiegesprek tussen 5 september 1988 en 24 september 1988.

– De sollicitatie heeft ten doel uit de ingelote artsen die artsen aan te wijzen van wie het meest mag worden verwacht dat zij de opleiding tot huisarts optimaal en doelgericht kunnen volgen.

– Voor de aanvang van het sollicitatiegesprek dienen de kosten ad f 300,— te zijn voldaan en dient het artsdiploma te worden getoond; artsen met een buitenlands diploma dienen tevens het bewijs van beperkte toelating of van de bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst in Nederland te overleggen.

De adressen van de Nederlandse universitaire huisartseninstituten zijn:

UHI Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, Amsterdam-ZO/Bijlmer;

UHI Vrije Universiteit te Amsterdam, v.d. Boechorststraat 7, Amsterdam, Buitenveldert;

UHI Rijksuniversiteit Groningen, Ant. Deusinglaan 4, Groningen;

UHI Rijksuniversiteit Leiden, Wassenaarseweg 62, Leiden;

UHI Rijksuniversiteit Limburg, P. de Byeplein 1, Maastricht;

UHI Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, Nijmegen;

UHI Erasmus Universiteit Rotterdam, Mathenesserlaan 264a, Rotterdam;

UHI Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, Utrecht.