

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 13 – 1 april – 43e jaargang

Hoewel alom wordt erkend dat de werkbelasting van de arts-assistent dient te worden verminderd, is een definitieve wettelijke werktijdregulering voor deze specifieke groep tot nu toe uitgebleven. P. H. M. van de Weijer, arts, en formatieadviseur B. Goes geven aan de hand van het concrete voorbeeld van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam aan hoe die werktijden kunnen worden geregeld.

Hoe krijgt men de huisartsen ertoe dat wat in de beroepsgroep als adequate patiëntenzorg wordt gezien ook daadwerkelijk in praktijk te brengen? R. Grol, als onderwijskundige werkzaam op het Nijmeegse Universitair Huisartseninstituut, geeft een aanzet.

Door zich intensief te bemoeien met de verlengingsverwijzingen lijken huisartsen het aandeel van dit type verwijzingen, en daarmee hun totale verwijscijfer, belangrijk omlaag te kunnen brengen. Aldus blijkt uit een evaluatieonderzoek in Almere door de socioloog Herman Sixma, waarbij hij ook heeft gekeken naar de cijfers met betrekking tot verwijzingen van de huisarts richting fysiotherapeut.

In veel verpleeghuizen beperkt de rol van de toezichthoudend apotheker zich tot controle op inkoop, opslag en distributie van geneesmiddelen. B. van Niekerk en B. Erckens, arts respectievelijk apotheker, pleiten voor een ruimere taakopvatting.

De 'smart card' is een medisch dossier in zakformaat in de vorm van een kaart met een chip plus geheugens erop. M. J. C. Stoffels maakte er bij de vakgroep Medische Informatica van de Vrije Universiteit te Amsterdam een studie over. Zijns inziens is het tijd voor een proef.

Bij hyperventilatiepatiënten met een specifiek atypisch verlopend aanvalspatroon moet worden gedacht aan ervaring met seksueel geweld. Dit bevond Drs. M. R. H. M. Roborgh, klinisch psycholoog en gedrags/psychotherapeut te Delft.

INHOUD

Werktijdregulering voor arts-assistenten in het ziekenhuis. Werk en tijd in een nieuw perspectief.

P. H. M. van de Weijer en B. Goes - 391

Deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Van standaard tot ander handelen in de praktijk

R. Grol - 395

Een experiment in Almere (9). Het verwijzen naar medisch specialist en fysiotherapeut

Herman Sixma - 400

Geneesmiddelengebruik in de psychogeriatric. 2: Samenwerking tussen verpleeghuis en apotheker

B. van Niekerk en B. Erckens - 403

De 'smart card' in de gezondheidszorg

M. J. C. Stoffels - 405

Hyperventilatie en seksuele geweldservaring

Drs. M. R. H. M. Roborgh - 407

Euthanasiediscussie. Commentaar Nederlands Artsenverbond op wetsvoorstel 20.383 - 409

Colofon 386 - Colofon officieel 386 - Hoofredactioneel commentaar 387 - Voorzitterskolom LAD 388 - Brieven 389 - Uit de Verenigingen 414

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 Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Wels
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. G. W. van Straten, 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:

Eerste wetenschappelijke urinetest.
Miniatuur van de hand van E. d'Épinoles (1482) bij 'De Proprietatibus' van B. Anglico (1250).

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 en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve; 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), adviserende 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 Mij en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 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

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

'Verandering verzekerd' (2)

Als de nota 'Verandering verzekerd', de derde reactie van het kabinet op het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker), ongewijzigd wordt gerealiseerd, zal ons gezondheidszorgsysteem ingrijpend worden gewijzigd. Meer marktwerking, meer concurrentie tussen verzekeraars, instellingen en hulpverleners onderling, zal de relatie tussen patiënt, arts en verzekeraar fundamenteel doen veranderen. Te voorzien is dat het klimaat harder gaat worden. De toekomstige sfeer is al te proeven in de in 'Verandering verzekerd' gehanteerde terminologie: het is niet zonder betekenis dat men daarin spreekt van 'aanbieders van zorg', 'patiënten/consumenten' en 'verzekeraars'.

In het huidige stelsel staat de relatie tussen patiënt en arts centraal. In principe kiezen mensen zelf hun huisarts. Als ze lid zijn van een ziekenfonds, melden ze hun keuze daar; als ze anderszins zijn verzekerd, dienen ze eventuele rekeningen in bij hun verzekeringsmaatschappij. Onderling bepalen patiënt en huisarts naar welke specialist of hulpverlener uit de eerste lijn wordt verwezen. De huisarts zal vaak een bepaalde voorkeur hebben, maar de definitieve keuze geschiedt door de patiënt. De rol van het ziekenfonds of de particuliere verzekeraar is thans marginaal. De ziekenfondsen hebben geen echt belang bij en zeker geen machtsmiddel voor het bevorderen van kostenbewust en doelmatig gedrag van instellingen en artsen. De particuliere verzekeraars hebben helemaal geen relatie met instellingen of artsen, waardoor hun rol beperkt blijft tot het controleren en uitbetalen van de aan hen aangeboden rekeningen.

Het kabinet stelt nu een financieringsstelsel voor waarin de verzekeraar er belang bij heeft kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. Men stelt zich voor dat patiënten straks uit het aanbod van de verschillende verzekeraars gaan kiezen en vervolgens, als ze tenminste aanspraak willen maken op een scherp geprijsd tarief, een keuze maken uit de artsen, hulpverleners en instellingen met wie en waarmee hun verzekeraar een contract heeft gesloten. Of een bepaalde verzekeraar met een instelling of hulpverlener een contract sluit, hangt af van de breedte van het hulpaanbod van deze hulpverlener, zijn kwaliteit en de prijs die hij ervoor vraagt. Doordat de contracteer-

plicht vervalt, behoeft de verzekeraar geen gebruik te maken van het aanwezige potentieel aan zorgverleners; desnoods mag hij de hulpverlening zelfs organiseren. De positie van de verzekeraar wordt nog meer versterkt door het machtsmiddel dat hem in handen wordt gegeven in de vorm van het recht contracten te beëindigen indien de overeengekomen kwaliteit niet wordt bereikt of anderen meer kunnen bieden.

Daar verzekeraars ten aanzien van kandidaat-verzekerden niet meer mogen selecteren en aan al hun verzekerden voor een gelijk pakket ook een gelijk tarief moeten vragen en daar verreweg het grootste deel van de bijdragen uit de Centrale Kas komt, resten hun nauwelijks nog mogelijkheden te concurreren door middel van een goedkopere premie. De verzekeraars zullen zich daarom vooral moeten onderscheiden door de kwaliteit en de uitgebreidheid van het

Dr. C. Spreeuwenberg

gebodene en door zaken als eigen risico. Daar het onwerkzaam is alle thans bestaande ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringmaatschappijen specifieke contracten te laten sluiten met instellingen en individuele hulpverleners, is het te voorzien dat ook in deze wereld zal moeten worden gesaneerd en gebundeld.

Terecht wil het kabinet de positie van de patiënt versterken door de fundamentele rechten van de patiënt, de bescherming van de persoonlijke levensfeer, de bescherming van proefpersonen bij experimenten en het behandelen van klachten in wetgeving vast te leggen. Voorts stelt men zich voor de patiëntenorganisaties te versterken, onder meer door het ter beschikking stellen van aparte fondsen, en de onafhankelijke voorlichting te stimuleren. Ten opzichte van de verzekeraar wordt de positie van de patiënt versterkt doordat deze een zogenoemde exit-optie heeft, waardoor hij het recht krijgt, ook als hij is aangewezen op dure voorzieningen, op ieder moment van verzekeraar te wisselen.

Het kabinet ziet ook zelf in dat zijn voorstellen niet zonder consequenties zullen blijven voor de positie van de 'aanbieders

van zorg'. Omdat men het gezondheidszorgstelsel flexibeler wil maken, worden bepaalde verstrekkingen in de toekomst niet meer per definitie gekoppeld aan een bepaalde instelling of beroepsbeoefenaar. Mits de kwaliteit ervan goed is, kunnen deze verstrekkingen straks op verschillende wijzen worden aangeboden. Verzekeraars worden gestimuleerd om straks pakketten met op elkaar afgestemde zorgfuncties aan te bieden.

Met deze keuze voor samenhang tussen uiteenlopende functies en het bevorderen van competitie zullen de lokale collegiale verhoudingen ongetwijfeld onder spanning komen te staan, vooral ook omdat de contracteerverplichting vervalt en erthans al een overschot is aan bepaalde instellingen en aan huisartsen, paramedici en specialisten. Een andere bron van spanning zou de kwaliteitscontrole door de certificatie-instituten kunnen gaan vormen. Men zal erop moeten toezien dat de normering en de vaststelling van kwaliteit wezenlijke zaken betreffen en dat niet – zoals soms het geval is bij vestigingscommissies voor huisartsen – modieuze criteria de doorslag geven.

Het is jammer dat in dit verband ook initiatieven worden genoemd die in Nederland zelfs nog niet door het zakenleven kunnen worden gerealiseerd, zoals het houden van spreekuren 's avonds. Als men onzorgvuldig omgaat met kwantitatieve vergelijkingen tussen instellingen en hulpverleners, schieten we niet veel op en krijgen we een defensieve geneeskunde waarin niet het belang van de patiënt maar het vermijden van financiële en immateriële risico's voor zichzelf het handelen gaat bepalen. De gang van zaken rond de paar experimenten met commerciële gezondheidszorg die Nederland de laatste tijd heeft gekend, doet vermoeden dat ook de patiënt annex 'consument' niet op deze door de 'snelle jongens' bedachte verzakelijking zit te wachten. □

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

Veertig jaar jong

Op 6 mei 1988 is het exact veertig jaar geleden dat de LAD werd opgericht. Dat was het moment dat de toenmalige Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een groepje artsen in dienstverband de opdracht gaf na te gaan of een aparte vereniging van artsen in dienstverband de belangen van die artsen beter zou kunnen behartigen dan binnen de Maatschappij kon gebeuren. Een jaar later was de LAD een feit, precies één jaar nadat de belangenbehartiging van huisartsen en specialisten ook al in aparte verenigingen was ondergebracht. Vanaf dat moment functioneerde eigenlijk een federatie (K)NMG, een overkoepelende vereniging, die de belangen op het gebied van de 'cultuur van het vak' behartigde: opleiding, wetgeving, medisch tuchtrecht, medische ethiek, onderwerpen waar de (K)NMG specifiek voor verantwoordelijk was. De materiële belangen: onderhandelingen over de tarieven, contracten met ziekenfondsen, etc. werden door de maatschappelijke verenigingen behartigd en dat gebeurt nog.

Ook de jonge LAD begon met het behartigen van die belangen. De Salaris- en Pensioencommissie ontwikkelde de zogenoemde salarisrichtlijnen, richtlijnen die nu nog door de LAD worden gehanteerd. Die richtlijnen waren nodig om de werkgever een houvast te bieden bij het bepalen van de hoogte van de honorering van artsen; die honorering moest vergelijkbaar zijn met het inkomensgehalte uit de vrije praktijk, want anders kreeg je geen arts in dienstverband.

Sinds haar oprichting is het goed gegaan met de LAD. De vereniging groeide en groeide, het bureau werd uitgebreid en tot eind van de jaren '70 kon de LAD ook alleen maar successen boeken. De bomen groeiden tot in de hemel en de salarissen groeiden mee.

Eind jaren '70 begon een kentering zich aan te kondigen. Er deden zich problemen voor rond de overwerkregeling die de LAD voor assistent-geneeskundigen

in opleiding (agio's) binnen de grote CAO voor het Ziekenhuiswezen voor elkaar had gekregen. De financiering van die regeling werd reeds na het eerste jaar ingetrokken en sindsdien werd het elk jaar een hard gevecht om het overwerk van de agio's achteraf nog uitbetaald te krijgen. Begin jaren '80 begonnen ook de eerste tekenen van een overschot aan artsen zich voor te doen, een probleem dat nu is uitgroeid tot een van de hoofdmoten van de problematiek waar de hedendaagse vakvereniging voor artsen die de LAD is geworden mee te kampen heeft.

Van 1948 tot begin jaren '80 heeft de LAD een constante groei van haar ledenbestand meegemaakt. Daarna stabili-

seerde het bestand zich. In 1987 nam het weer iets toe tot 7.650, een verheugende ontwikkeling, waarvan wij vanzelfsprekend hopen dat zij zich in 1988 zal voortzetten. Het bewijst in ieder geval dat de LAD met haar huidige politiek op de goede weg zit. Die politiek richt zich op twee belangrijke doelstellingen: behoud en zo mogelijk uitbreiding van werkgelegenheid voor jonge artsen enerzijds en het behoud van de binnen de diverse CAO's en bij de overheid verkregen en vastgelegde rechten anderzijds. Met het oog op de bedding- en funtiereductieplannen van de overheid zal dat in de toekomst ook een bewaking van de positie van onze artsen in dienst van de academische en de perifere ziekenhuizen inhouden.

Al met al wachten ons minder gemakke-

lijke tijden, waarbij het essentieel is dat de artsorganisatie KNMG zich zoveel mogelijk aaneensluit en zich als één organisatie naar buiten presenteert. In dit verband wijs ik graag nog op het belang van de komende algemene ledenvergadering van de KNMG, 24 april aanstaande, waarop een voorstel ter tafel komt betreffende de structuur van de KNMG. In dat plan wordt uitgegaan van een 'federatie KNMG', een voorstel dat ik van harte steun. Essentieel is dan ook dat zoveel mogelijk artsen zich aansluiten, zodat een krachtige organisatie ontstaat waar geen enkele instantie in Nederland meer omheen kan.

Op vrijdag 6 mei viert de LAD haar 40-jarig jubileum met een al eerder aangekondigd jubileumcongres in de Singer Concertzaal te Laren. Zoals inmiddels bekend, is het congres gewijd aan het thema: 'Arts en arbeidssatisfactie'. Een boeiend onderwerp, vooral gezien in het licht van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Wij zouden het dan ook op prijs stellen als vele KNMG-leden het congres zouden bijwonen.

Ondanks veertig jaren van vele activiteiten dient een actieve, jonge LAD niet om te zien, maar in te spelen op de toekomst en voorwaarden te blijven scheppen waaronder de kwaliteit van en het plezier in het werk voor elke arts optimaal kan zijn. Daarmee is niet alleen de arts, maar ook de gezondheidszorg als geheel gebaat.



J. C. F. M. Aghina,
voorzitter LAD

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.

OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK BIJ RUGKLACHTEN

Naar aanleiding van het artikel over oefentherapie-Mensendieck bij rugklachten van Mw. A. L. W. Samama-Polak (MC nr. 4/1988, blz. 115) willen wij graag het volgende opmerken: Bestudering van werk van Mw. Mensendieck heeft ons de indruk gegeven dat de mens (en vooral het kind) met een afwijkende houding of een afwijkend bewegingspatroon eerst van eigen houding en beweging bewust moet worden gemaakt. Vervolgens kan de oefentherapeut-Mensendieck proberen met behulp van oefenstof veranderingen aan te brengen. Dat met de methode volgens Mensendieck ook misvormingen als kyfose, kyfoscoliose en beenlengteverschil kunnen worden gecorrigeerd, willen we graag hopen; ons is echter geen onderzoek bekend waaruit dit is gebleken.

In onze praktijk hebben wij veel patiënten gezien met overstreekbare knieën, echter nog niet één patiënt die tijdens het lopen de knieën overstrekt*. Een te kort linkerbeen geeft bij staan met gestrekte benen een scheve stand van het bekken en compensatoir een lumbale bocht die naar links convex is. Deze bocht verdwijnt zodra het beenlengteverschil wordt gecompenseerd met behulp van een plankje onder de voet. De aanwezigheid van een lumbaal rechts convexe scoliose en een thoracaal links convexe scoliose bij het in casus 1 beschreven meisje doet vermoeden dat hier sprake is van een echte scoliose (=misvorming) en niet van een compensatoire bocht. Er zijn goede argumenten om kinderen met een slechte houding of een slecht bewegingspatroon onder het oog van hun moeder en van de oefentherapeut-Mensendieck voor de spiegel te zetten, opdat zij zich bewust worden van hun houding en beweging en hun vervolgens met behulp van een oefenprogramma de weg naar een betere houding en beweging te wijzen. Wederom willen we graag hopen dat daarmee op latere leeftijd klachten worden voorkomen, maar wederom ontbreekt ons enig bewijs.

De goede bedoelingen van mevrouw Samama zijn boven onze twijfel verheven. Haar intenties zijn echter niet voldoende om te overtuigen: daarvoor zou haar tekst moeten dienen; in deze tekst staat veel dat niet voldoende is gefundeerd.

Rotterdam, maart 1988
M. P. Heijboer en B. van Linge

* Een uitzondering geldt voor patiënten met een paralytische M. Quadriceps femoris die hun kniegewicht tijdens de standfase in overgestrekte stand stabiliseren.



Naschrift

De beide heren hebben zeker gelijk. Er is tot nu toe geen onderzoek gedaan waaruit blijkt dat wat ik opteken ook altijd wordt bereikt. Hun commentaar stel ik zeer op prijs. Het gaat hier echter om reversibele afwijkingen en niet om echte misvormingen.

De jarenlange ervaring (omstreeks veertig jaar) in mijn praktijk, geven mij wel het inzicht dat vele van deze klachten, in ieder geval binnen de termijn dat ik de patiënt heb gezien, waren verbeterd. Ik heb sommige patiënten (pubers) na tien tot vijftien jaar nog wel eens teruggezien en tot mijn genoegen opgemerkt dat het volwassenen met rechte ruggen en een goed gebruik van de rugspieren waren geworden. Of deze patiënten op langere termijn goed blijven kan ik niet zeggen, maar de verwachting op dit moment is van wel.

Sprekend over scoliose, kyfose, etc. moet men de gradatie van deze afwijking voor ogen houden. Echte misvormingen krijg je zeker niet meer helemaal goed: daar hebben orthopeden gelijk in, maar ook hier leert mij de jarenlange ervaring dat het op de juiste manier geven van oefentherapie veel extra leed kan voorkomen.

Laren, maart 1988
Ans Samama

VOORKOMEN VAN HART- EN VAATZIEKTEN

Helaas verzandt de discussie tussen Birkenhäger en De Leeuw enerzijds en Boot anderzijds (MC nr. 6/1988, blz. 165 en blz. 166) in een scheldpartij. Hier is niemand mee gebaat. Beiden hebben mijns inziens gelijk: het zijn de twee kanten van een medaille. Welke kant je ziet, hangt af van de positie van waaruit je ernaar kijkt; in mijn geval is dat de positie van een huisarts die op zoek is naar het gezonde deel van de mens.

Mijn conclusie is dat er, als je de stellingname van Birkenhäger en De Leeuw volgt, te veel gezonde mensen met een risicofactor patiënt zouden worden gemaakt. Dit houdt een groot verlies aan gezonde mensen in. De winst is maar klein. In het laatste voorbeeld van Birkenhäger en De Leeuw krijgt slechts 10,9% van de mensen met hypertensie een progressie

van de hypertensie; of ze ooit echt ziek worden, vermelden de cijfers niet.

Voor de bevolking als geheel lijkt het me zeker van belang risicofactoren te bestrijden als slechte huisvesting, saai en eentonig werk, weinig lichaamsbeweging, roken, hypercholesterolaemie, hypertensie, overmatig eten, etc. De kunst is, die bestrijding zo aan te pakken dat de mensen zich er wel bij voelen. Ik betwijfel echter of artsen hiervoor de meest geschikte deskundigen zijn.

Utrecht, maart 1988
P. A. J. S. Mensink

PRO-RATASYSTEEM

Ik meen dat Drs. Laffrée, directeur LHV, in zijn naschrift op mijn brief (MC nr. 5/1988, blz. 134) niet op de kern van die brief is ingegaan. Deze is: de huisarts met een normpraktijk kan het norminkomen waarschijnlijk *benaderen*, en mijns inziens niet eens halen, als hij én de tarievenposter 'optimaal' toepast én het verrichtingengetal van 2,9 wordt gehanteerd. Dit laatste is nu het geval, over het eerste het volgende:

Onder 'optimaal toepassen' versta ik, zoals geadviseerd door de LHV, dat elke consultatie, dus ook een telefonisch consult en een herhalingsrecept, een consult is; duurt het consult langer dan 10 minuten, dan gaat het tweede consult in. Ik heb de tarievenposter nu een half jaar 'optimaal' toegepast en ben er op grond van berekeningen heilig van overtuigd dat het norminkomen op deze manier niet te benaderen is en vrijwel zeker niet te halen, vanzelfsprekend uitgaande van het verrichtingengetal 2,9, laat staan als het telefonisch consult en herhalingsrecept weer 'een half consult' worden.

Nogmaals: dit kan en mag niet gebeuren! Het lijkt me zeer redelijk als we bijvoorbeeld eerst eens een jaar werken, de poster 'optimaal' toepassend, en dan de Economische Controledienst een onderzoek laten instellen. Mocht dan blijken - hetgeen ik vrijwel uitgesloten acht - dat we boven ons norminkomen uitkomen, dan moet een en ander vanzelfsprekend worden aangepast. Laten we ons in hemelsnaam niet weer op voorhand op achterstand laten zetten.

Tot slot: het moge duidelijk zijn dat de laatste zin van het naschrift: 'Indien iedere huisarts op grond van deze richtlijnen declareert, moet het particuliere inkomen vóór 1 juli en na 1 juli gelijk blijven', zeker niet opgaat voor degenen die de poster terecht optimaal toepassen. Bovendien is hij mijns inziens irrelevant, omdat het daar helemaal niet om gaat. Het gaat nog steeds om: norminkomen bij normpraktijk.

P.S. In Nieuw-Vennep, een dorp met ongeveer 15.000 inwoners, hebben alle zes huisartsen in het tweede halfjaar 1987 de tarievenposter 'optimaal' toegepast. We hadden daarover zeer duidelijke afspraken gemaakt, die goed zijn opgevolgd. Zo konden we nauwkeurig berekenen hoeveel we in dat tweede halve jaar per particuliere patiënt ontvingen bij een consulttarief van f 25,—. Dit omrekenend naar een jaar, en dan uitgaande van f 28,50 per consult, levert een bedrag op van gemiddeld f 94,—. Ik zie geen enkel argument waarom wij van het landelijk gemiddelde zouden afwijken. Een en ander geldt dus mijns inziens voor de Nederlandse huisarts in het algemeen. Naar ik begreep moet men ongeveer f 100,— per particuliere patiënt per jaar ontvangen om aan het norminkomen te komen. Het blijkt overduidelijk dat we dat, nu al, lang niet halen. Daar over genoemde periode ook, overigens niet door allen, het aantal herhalingsrecepten en telefonische consulten is geteld, is gemakkelijk uit te rekenen hoe groot de achteruitgang in het particuliere inkomen zou zijn als het herhalingsrecept en het telefonisch consult weer als een half consult zouden worden berekend, hetgeen naar ik begreep in de bedoeling ligt. Deze achteruitgang zou omstreeks 11% bedragen. Als een en ander zou doorgaan, zou het inkomen per particuliere patiënt per jaar ongeveer worden: f 94,— minus 11% van f 94,—, oftewel omstreeks f 84,—! Als dat zou gebeuren, laten we ons op een afschuwelijke manier pootje lichten.

Nieuw-Vennep, maart 1988
P. L. Verkuy

Naschrift

U rekent ons voor dat het onmogelijk lijkt voor een huisarts zijn norminkomen te halen. Praktisch gezien zal dat inderdaad in de meeste gevallen onmogelijk blijven. Immers, slechts als een huisarts (met een normpraktijk) een verrichtingengetal van 2,9 heeft kan het norminkomen worden behaald. Uit de ECD-enquête bleek echter een verrichtingengetal van 2,3 in 1985. De overheid interpreteerde de enquête anders en kwam uit op 2,9. De rechter bepaalde vervolgens dat in de tarieven een verrichtingengetal van 2,9 moet doorwerken. Ondanks het feit dat na het verschijnen van de tarievenposter huisartsen misschien wat zakelijker zijn gaan declareren, is er naar onze mening geen sprake van een daadwerkelijk gemiddeld verrichtingengetal van 2,9 en dus ook niet van het behalen van het norminkomen door huisartsen in het algemeen. Wel kan het natuurlijk zo zijn dat een individuele huisarts aan zijn norminkomen komt óf doordat wordt bespaard op de kosten óf doordat toevallig het verrichtingengetal van 2,9 klopt. Om te bevorderen dat het norminkomen kan worden bereikt, wil de LHV haast maken met het realiseren van een herstructurering van de honoreringssystematiek. Tot slot haalt u nog het vervallen van het pro rata-systeem per 1 juli a.s. aan. Voor alle

duidelijkheid: het COTG heeft hiertoe al jaren geleden besloten, ondanks de bezwaren van het LHV.

Overigens zijn wij van mening dat, als strikt op grond van de richtlijnen wordt gedeclareerd, het particuliere inkomen vóór en na 1 juli nagenoeg gelijk blijft voor de gemiddelde huisarts. In individuele situaties kan een licht positief of een licht negatief verschil ontstaan.

Utrecht, maart 1988
Drs. Chr. R. J. Laffr e, directeur LHV

HOMEOPATHIE EN KOFFIE

Al meer dan honderdvijftig jaar maken allopathisch denkende artsen, zoals collega Hoogendoorn (MC nr. 9/1988, blz. 261) steeds dezelfde, logisch aandoende denkfout door zich blind te staren op het verdunningsprincipe van homeopathische geneesmiddelen.

Bij het bereidingsproces van homeopathische middelen wordt inderdaad de uitgangsstof (meestal van plantaardige, minerale of dierlijke oorsprong) stapsgewijs verdund, doch tevens bij elke stap ritmisch geschud. Beide handelingen van dit empirisch gevonden farmacologische bereidingsproces zijn noodzakelijk om de sluimerende geneeskracht in de uitgangsstof vrij te maken; anders gezegd: de moleculen van de uitgangsstof zijn, net als bijvoorbeeld de ingeprente muziektrillingen bij een grammofoonplaat, slechts de drager van specifieke informatie van waarschijnlijk elektromagnetische aard, welke door het genoemde bereidingsproces wordt overgebracht op het oplosmiddel, meestal melksuiker of alcohol¹. Zo is bijvoorbeeld Silicea, het hoofdbestanddeel van zand, volledig inert, doch in een D6, 30 of C200 een groot geneesmiddel. De uitgangsstof en wat daar verder van overblijft bij het bereidingsproces is dus weliswaar een interessante grootheid, doch niet het meest essentiële. Het draait tenslotte om de daarin besloten 'muziek'.

Verder is het vermeldenswaard dat de homeopathische bereidingen niet voor niets 'potenties' heten (Lat.: kracht, macht, vermogen) en dat de benaming 'verduunningen' een foutieve is. Helaas moet worden gezegd dat ook nog diverse homeopathische collegae deze terminologie bezigen en dat zelfs de fabrikant van de gewraakte koffie-advertentie erover spreekt. Bij het homeopathische bereidingsproces, het potent eren, kunnen ook herhaaldelijk zogeheten omkeereffecten worden waargenomen. Zo is kopersulfaat een giftige stof die in homeopathische vorm (C 15) juist in staat bleek met kopersulfaat vergiftigde erwten vernield te doen ontgiften².

Legio verdere voorbeelden zijn mogelijk. Zo is ook te begrijpen waarom koffie als helder makend, oppeppend middel in de homeopathische potentie juist slaperigheid geeft. Overigens ligt de indicatie tot gebruik meestal bij de incidentele slapeloosheid met 'coffea-kenmerken' en moet de chronische slapeloosheid in

een veel breder (oorzakelijk) verband worden bekeken.

Hoe dan ook, de ervaringen van vele patiënten en homeopathische collegae wijzen erop dat homeopathische koffie bij slapeloosheid kan helpen. Wellicht doet collega Hoogendoorn er verstandig aan zijn wakkere logica eens opzij te zetten en neemt hij als ervaring aan den lijve bij een incidentele slapeloosheid na bijvoorbeeld een spannende film, na een enerverende discussie of na het schrijven van een inspannend MC-stukje, 1 tabletje of 10 korrels Coffea D 6 of D 12. Wie weet.

Warnsveld, maart 1988
M. N. Spaargaren, homeopatisch arts

Literatuur

- 1 Bayr Das Kybernetische Modell der Hom otherapie 1973
- 2 Netten. Annales hom opathiques Francaises 1965, 8: 248

Naschrift

Zodra natuurwetenschappelijk zal zijn geverifieerd dat het oplosmiddel tijdens het verdunnen van de als medicament bedoelde stof van aard verandert, zal het tijd worden serieus te onderzoeken of deze gewijzigde natuur van het oplosmiddel tijdens het verdunnen een geneeskrachtige werking zal hebben verkregen. Zolang niets is vastgesteld betreffende deze gewijzigde aard van het oplosmiddel, in casu melksuiker of alcohol, kan een mededeling als die van collega Spaargaren slechts worden geschreven in een sfeer van gissingen en mystiek. In het verleden hebben onze collegae een vergelijkbaar ongefundeerd vertrouwen gehad in aderlaten, purgeren en het plaatzen van bloedzuigers.

Wijhe, maart 1988
Dr. D. Hoogendoorn

OLMA-fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen  n 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 1e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,02.

Werktijdregulering voor arts-assistenten in het ziekenhuis

Werk en tijd in een nieuw perspectief

De noodzaak de werkbelasting van arts-assistenten, werkzaam in ziekenhuizen, te verminderen wordt zowel binnen als buiten het ziekenhuis reeds jarenlang onderkend. Desondanks is een definitieve wettelijke werktijdregulering voor deze specifieke groep werknemers in de gezondheidszorg uitgebleven.

De werktijden van arts-assistenten op ziekenhuisafdelingen met aanwezigheidsdiensten zijn buiten proportie: 'werkdagen' van 34 uur continu in 'werkweken' van 65-75 uur zijn eerder regel dan uitzondering. Nieuwe maatregelen, gericht op de arbeidsmarkt, zowel van de medische wereld als van de overheid, hebben de werkbelasting van de arts-assistenten onbedoeld verder vergroot; dit effect is onder meer opgetreden bij de vermindering van het aantal opleidingsplaatsen voor arts-assistenten en bij de invoering van de arbeidsduurverkorting zonder adequate herbezetting. Tegelijkertijd nam dikwijls zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de vereiste medisch-specialistische zorg toe.

Ook in het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (AZUA) bestond deze, voor alle betrokken partijen ongewenste, werksituatie. Door het cumulatieve effect van veelvuldig overleg, gesteund door een nauwgezette, continue registratie en analyse van de bestaande werktijden, werd in de loop der jaren het accent verschoven van beleidsformulering naar daadwerkelijke realisering. Toen de directie eenmaal het principebesluit tot regulering had genomen (november 1985), met als uitgangspunt een 55-urige werkweek voor arts-assistenten, zijn twee medewerkers van de afdeling Personeelszaken belast met de voorbereiding van maatregelen en coördinatie van effectuering op de medische afdelingen.

Dit artikel beoogt in concrete termen aan te geven welke aspecten van belang zijn voor het overleg en hoe een 55-urige werkweek verantwoord is gerealiseerd.

OVERLEG

Procedure

Werktijdregulering binnen de medische discipline is gecompliceerd en vereist al-

P. H. M. van de Weijer en
B. Goes

De werkbelasting van arts-assistenten in het ziekenhuis dient te worden verminderd; het wordt alom erkend. Toch is een definitieve wettelijke werktijdregulering voor deze specifieke groep tot nu toe uitgebleven. P. H. M. van de Weijer, als arts werkzaam op de afdeling Verloskunde/Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, en formatieadviseur B. Goes geven aan de hand van een concreet voorbeeld aan hoe de werktijden van de arts-assistenten kunnen worden gereguleerd.

lereerst nuancering per vakgebied. Het is dan ook essentieel het gehele overleg hierover van meet af aan te decentraliseren en te concentreren bij de drie direct belanghebbende partijen: directie, afdelingsleiding, arts-assistenten. De noodzakelijke voorbereiding voor adequaat overleg kan worden gedelegeerd aan een kleine groep, bestaande uit vertegenwoordigers van de drie partijen; zij analyseren de bestaande werktijden en de bestaande werkplanning, beschrijven knelpunten en geven mogelijke oplossingen aan. Deze werkwijze bevordert de slagvaardigheid aanzienlijk, zonder dat de invloed en betrokkenheid van de achterban er wezenlijk door verandert. De uitgewerkte voorstellen worden in het werktijdenoverleg besproken, eventueel bijgesteld en vervolgens in consensus vastgesteld.

Deze procedure vereist een actieve inzet en betrokkenheid van alle gesprekspartners, gedurende een lange termijn. Is de bereidheid daartoe niet of slechts marginaal aanwezig, dan is succesvolle en verantwoorde werktijdregulering uitgesloten.

Voorwaarden

Om te beginnen moeten de voorwaarden die de gesprekspartners, individueel of als

groep, van belang achten voor een adequate werktijdregulering worden geformuleerd. Iedere medische afdeling heeft haar eigen specifieke kenmerken, zodat per afdeling andere prioriteiten kunnen gelden. Toch zijn er enkele algemeen geldende basisvoorwaarden te formuleren:

- De arbeidstijd wordt teruggebracht, met maximering van het aantal aaneengesloten werkuren, vooruitlopend op een definitieve regeling via de arbeidswetgeving.

- De continuïteit en hoge kwaliteit van de bestaande patiëntenzorg moet gegarandeerd blijven.

- Behoud van een adequate opleiding voor assistent-geneeskundigen in opleiding (agio's), zoals wettelijk is geregeld.

- De directie moet aangeven welke financiële ruimte er binnen de begroting is en welke financiële ruimte in de toekomst kan worden gegarandeerd.

- De bestaande medische bedrijfsvoering van de afdeling moet worden geanalyseerd en besproken. Dit kan als bedreigend worden ervaren; 'ingesloten' routine wordt altijd in groot vertrouwen gekoesterd, maar daarmee is de doelmatigheid nog niet bewezen. Medisch-inhoudelijke zaken dienen ook op bedrijfsmatige aspecten te worden beoordeeld. Werktijdregulering zal tot bijstelling in de arbeidsorganisatie en bedrijfsvoering leiden.

- Een permanente registratie van de werktijd van arts-assistenten is vereist. Zo'n registratie concretiseert vooraf de problematiek waarover moet worden gesproken en maakt controle op het effect van de genomen maatregelen bij periodieke evaluatie naderhand mogelijk. In de praktijk bestaat het gevaar dat bij uitbreiding van de formatie ook de hoeveelheid werk toeneemt, waarmee het effect van werktijdregulering geheel of gedeeltelijk wordt teniet gedaan.

- In het *nieuwe werkrooster* moet met alle voorwaarden en prioriteiten rekening worden gehouden.

Alle maatregelen uit het totale pakket dat uit de bovenomschreven voorwaarden volgt, dienen bij voorkeur op één en hetzelfde moment te worden ingevoerd.

Mogelijkheden

Het primaire aangrijpingspunt ligt bij het bestaande werkrooster van de medische afdeling. Voor een structurele oplossing moeten zowel de werkzaamheden van de arts-assistent als het tijdsbestek waarin deze werkzaamheden worden verricht, kritisch worden bekeken. Het zonder meer toevoegen van een aantal extra formatieplaatsen is te beperkt.

Optimaliseren arbeidsorganisatie. De dagelijkse werkzaamheden van de arts-assistent zullen even kritisch moeten worden geanalyseerd op inhoud en continuïteit als de bestaande structuur (medisch en administratief) waarbinnen die werkzaamheden plaatsvinden. Gesignaleerde onvolkomenheden dienen te worden gecorrigeerd. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan:

- Het wegnemen van oneigenlijke, tijdrovende, patiëntgebonden, administratieve taken van arts-assistenten.
- Het tijdig beschikbaar zijn van laboratoriumuitslagen en röntgendiagnostiek; verbeteringen in de sfeer van de automatisering.
- Efficiëntere planning en afstemming van (inter)disciplinaire werkzaamheden, optimale individuele bereikbaarheid, etc.

Aangezien de excessieve werktijden juist ontstaan door werk buiten de reguliere dagdienst ('s nachts en in het weekend) zal het invullen van het dienstrooster bijzondere aandacht behoeven. Het aantal aanwezige dienstdoende assistenten moet per dag en per discipline kritisch worden bekeken; eveneens moet worden bezien of een dienst kan worden vervangen door een gecombineerde aanwezigheids/beschikbaarheidsdienst (de assistent blijft bijvoorbeeld tot 23.00 uur in het ziekenhuis en is daarna thuis te bereiken) en of diensten kunnen worden 'geclusterd' met andere afdelingen binnen of buiten het eigen ziekenhuis, waardoor slechts een gedeelte van de maand aanwezigheidsdienst noodzakelijk is. Optimalisering van de arbeidsorganisatie zal tot (enige) verkorting van de gemiddelde werkweek leiden. Deze verbetering komt overigens ten goede aan allen die bij het medisch werk zijn betrokken.

Formatieve uitbreiding. Voor afdelingen met aanwezigheidsdiensten blijft de werkweek, ook na de optimaliseringsoperatie, (ruim) boven de gestelde limiet. Zowel de lengte van de dagdienst als de frequentie van nacht- en weekend-

diensten dragen hieraan bij. Aanpassingen op het vlak van de formatie zijn nu noodzakelijk.

Als basis voor de berekening van de vereiste assistentenformatie op een medische afdeling geldt het totaal aantal door assistenten te 'bemannen' werkuren dat op jaarbasis noodzakelijk is voor een adequate medische bedrijfsvoering. Dit totaal wordt verkregen door het aantal werkuren op werkdagen en in aanwezigheidsdienst (avond-, nacht-, weekenddienst) bij elkaar op te tellen. Door dit getal vervolgens te delen door het aantal uren dat één assistent gemiddeld op jaarbasis werkzaam zal zijn, krijgt men de noodzakelijke assistentenformatie. Voor de exacte berekening van de vereiste formatie-uitbreiding wordt verwezen naar het bijgaande *model*.

Kwaliteit van de uitbreiding. De personele invulling van de nieuwe formatie wordt primair bepaald door de vereiste inzetbaarheid in de kliniek en in de diensten. Het belang van werkervaring, zelfstandigheid van functioneren en van benodigde supervisie moet worden vastgesteld. De arbeidsmarkt en het toekomstperspectief voor artsen in het algemeen (opleiding, vaste baan) vormt tevens een factor van betekenis. Voor veel specialisten geldt een beperking in de opleidingscapaciteit. Hierdoor zal uitbreiding moeten plaatsvinden door toevoeging van assistenten niet in opleiding (agnio's) of van recent geregistreerde medisch specialisten als specialist patiëntenzorg (SP; zie ook verderop).

De inzetbaarheid van de agnio in de huidige vorm is te beperkt; geringe ervaring en een korte aanstellingsperiode (één tot twee jaar) zijn hier debet aan. Het gebrek aan perspectief voor de agnio op verdere opleiding of een vaste baan is eveneens moeilijk aanvaardbaar. Het beleid van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam is erop gericht in de toekomst op deze plaatsen alleen nog artsen in vaste dienst te benoemen. Formatie-uitbreiding met specialisten patiëntenzorg zal de continuïteit en kwaliteit van het medisch werk het best waarborgen. Het gaat hier om een nieuwe functie die in het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam is gecreëerd, met een eigen taakstelling, salariering en (tijdelijk) dienstverband. De functieomschrijving van de specialist patiëntenzorg laat voldoende ruimte open voor invulling door iedere medische afdeling afzonderlijk.

Zowel specialisten patiëntenzorg als agnio's kunnen afhankelijk van de specifieke vereisten per medische afdeling aan de formatie worden toegevoegd.

Financiering

Aan werktijdregulering op de hierboven omschreven wijze zijn kosten verbonden. Direct meetbaar zijn: een verhoging van de uitgaven door extra salariskosten en de kosten van het optimaliseren van de arbeidsorganisatie en een verlaging van de uitgaven voor excessieve dienst. Besparingen door verbetering van de arbeidsefficiëntie zijn moeilijker in cijfers uit te drukken. Voor een deel kan de extra formatie worden betaald uit het budgettaire neutraal omzetten van de overwerkvergoeding in formatieplaatsen. Er dient dan nog dekking te worden gevonden voor additionele kosten in verband met ziekte, vakantie en arbeidstijdverkortings. Bovendien zijn er extra kosten doordat specialisten patiëntenzorg hoger worden gehonoreerd.

Binnen het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam zijn hiervoor voorlopig, met passen en meten, uit eigen budget financiële middelen vrijgemaakt. Dit gaat echter ten koste van andere activiteiten. Deze situatie is zeer ongewenst; immers, als de overheid werktijdregulering voor arts-assistenten noodzakelijk acht, wat gezien de al jaren op handen zijnde Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) inzake deze problematiek mag worden verwacht, dan dient diezelfde overheid daaruit ook de financiële consequenties te trekken. Dit impliceert dat de minister van WVC richtlijnen moet geven aan het Centraal Overleg Tarieven Gezondheidszorg om tot kostendekking te komen. Hiervan is echter vooralsnog geen sprake.

INVOERING

De werktijdregeling dient integraal te worden ingevoerd. Gefaseerde invoering is ongewenst, omdat als neveneffect een verschuiving van taken binnen het team van arts-assistenten en medisch specialisten kan optreden. Bij een grote formatie-uitbreiding is gefaseerde invoering soms onvermijdelijk, omdat er nogal wat tijd mee heengaat voor bepaalde vacatures zijn vervuld.

Nieuwe formatie

Bij het inpassen van de nieuwe krachten (agnio/zaalarts of specialist patiëntenzorg) in de bestaande formatie geldt als stelregel dat de oude overuren van de

arts-assistent moeten worden gecompenseerd. Er zijn drie niveaus waarop dit kan geschieden, naarmate het organisatievermogen, de flexibiliteit en inventiviteit van de medische discipline groter zijn, zal een hoger niveau kunnen worden bereikt.

Het eenvoudigste model van inroostering (*niveau 1*) is het daadwerkelijk, per dag, compenseren op de 'werkvloer' van de afwezige arts-assistent. De nieuwe kracht werkt dan vrijwel dagelijks op een andere afdeling, zowel poliklinisch als klinisch.

Een dergelijk zwervend bestaan is weinig motiverend en onbevredigend, zeker voor een medisch specialist. Het is onwaarschijnlijk dat het storm zal lopen voor een dergelijke vacature. Het lijkt zinniger een andere invalshoek te kiezen (*niveau 2*). Iedere medische discipline kent subafdelingen, hetzij medisch-organisatorisch (polikliniek, zaalafdeling), hetzij medisch-inhoudelijk (deelspecialismen), die met een grote mate van zelfstandigheid in het groter geheel opereren. Per subafdeling kan worden bepaald:

- hoeveel werkuren per week in het totaal moeten worden gecompenseerd bij invoering van een 55-urige werkweek (compensatie-uren);
- waar overdag de 'gaten' in het werkrooster zullen vallen;
- wie dagelijks redelijkerwijze deze 'gaten' kan vullen; en
- of een concentratie van taken mogelijk is (bijvoorbeeld zaalwerk, polikliniekwerk) en welke expertise/ervaring vereist is voor het vrijkomende werk (agnio- of specialisten-patiëntenzorgniveau).

Doorgaans is het met wat passen en meten zeer wel mogelijk een takenpakket samen te stellen op het niveau van de agnio/zaalarts of van de specialist patiëntenzorg al naar gelang de behoefte. Is het aantal compensatie-uren niet groot genoeg voor een volledige arbeidsplaats op de subafdeling, dan kan 'clustering' tussen subafdelingen de oplossing zijn.

Hoewel op niveau 2 een betere differentiatie in arbeidsplaatsen wordt verkregen binnen het vakgebied, beter aansluitend bij de voorkeur van de nieuwe kracht, is nog geen oplossing gevonden voor afdelingen die te weinig compensatie-uren hebben en/of waar clustering afbreuk doet aan het unieke karakter van de subafdeling. Ook is het totale takenpakket per sub-afdeling nog te weinig uit de di-

recte dagelijkse compensatiesfeer gehaald om echt aantrekkelijk te zijn. Op *niveau 3* wordt ook aan deze bezwaren tegemoet gekomen. Door de reorganisatie binnen de subafdeling nog verder door te voeren is het mogelijk een takenpakket samen te stellen dat zowel recht doet aan de continuïteit van de patiëntenzorg, de compensatie en het dienstrooster, als aan de vaardigheden en interesse van de nieuwe kracht. Op dit niveau wordt een bescheiden bijdrage van de staf gevraagd, maar dan kan het takenpakket ook echt 'postgraduate'-profilering krijgen en zeer aantrekkelijk worden. De bijdrage van de staf wordt dan weer ruimschoots gecompenseerd doordat een gemotiveerd specialistisch middenkader ontstaat, werkzaam in de eerste lijn van de kliniek, waarvoor veel minder supervisie en achterwachthulp nodig is. Ook is het nu door onderlinge solidariteit in de hele kliniek mogelijk daar te profileren waar een numeriek tekort aan compensatie-uren bestaat. Dit zal met name gelden voor zeer gespecialiseerde subafdelingen. Desgewenst kunnen deze 'postgraduate'-plaatsen ook alternerend worden bezet volgens een roulatieschema (1/2 jaar polikliniek; 1/2 jaar afdeling). Arts-assistenten kunnen aan het eind van hun opleiding zelf met vrucht gebruik maken van de mogelijkheden die deze invulling van hun werktijdregulering biedt. Inventiviteit, toekomstvisie en solidariteit in de kliniek bepalen in hoeverre de formatieve uitbreiding profiel krijgt. Door een hoger niveau van profilering te kiezen, bevordert men niet alleen de aantrekkingskracht van de nieuwe functie, maar schept men ook een nieuwe leersituatie en uitdaging.

Nieuwe organisatiestructuur

Door de introductie van nieuwe arbeidsplaatsen in de medische discipline moet de bestaande functiestructuur worden aangepast. Er zal plaats in de hiërarchie moeten worden gevonden waarbij op verantwoorde wijze recht wordt gedaan aan de status, aanstelling, kunde en vaardigheden van alle betrokkenen.

Wordt de nieuwe arbeidsplaats bezet door een agnio, dan kan ongestraft toevoeging volgen in de reeds bestaande groep ag(n)io's. De verantwoordelijkheden, het takenpakket, het dienstverband en de salariëring van deze groep zijn reeds duidelijk vastgelegd.

Wordt de nieuwe arbeidsplaats evenwel bezet door een specialist patiëntenzorg, dan moet een nieuw niveau in de hiër-

archie worden aangebracht. Het meest praktisch is een middenpositie tussen staf en ag(n)io's. De functie van de specialist patiëntenzorg heeft kenmerken van beide groepen; zo deelt de specialist patiëntenzorg het tijdelijk dienstverband en deelname in het dienstrooster met de arts-assistent, maar niet de opleiding; evenals de staf is de specialist patiëntenzorg een medisch specialist, maar zonder vaste aanstelling of universitaire status. In welke overlegorganen binnen de medische discipline de specialist patiëntenzorg moet zijn vertegenwoordigd, blijft in eerste instantie een interne aangelegenheid, waarbij moet worden aangetekend dat belangenbehartiging op landelijk niveau (LVAG, LAD) van groot belang blijft.

Nieuw werkrooster

Het nieuwe werkrooster vormt de afsluiting van de werktijdregulering. Hierin komen alle prioriteiten, organisatorische maatregelen en aanpassingen van de formatie tot uitdrukking. Inhoudelijk heeft het dan ook een uniek karakter.

In het werkrooster werden alle werkplaatsen binnen de medische afdeling en de bezetting daarvoor, zowel overdag als 's nachts, beschreven. Zo voorziet het in de vereiste continuïteit van het medisch bedrijf en de opleidingseisen.

Het *dienstrooster* voor avond-, nacht- en weekenddiensten is een belangrijk onderdeel van het werkrooster. Het ontwerpen van een goed dienstrooster voor een geregleerde werksituatie is moeilijk, ondanks het feit dat dienstschema's in talrijke variaties voorhanden zijn. Door het ontbreken van de noodzakelijke wetsregels in de Arbeidswet hebben dienstroosters en initiatieven voor werktijdregulering noodgedwongen een lokale invulling gekregen. Zolang geen uniform uitgangspunt is geschapen voor alle ziekenhuizen, zullen dienstschema's niet zonder meer universeel uitwisselbaar en toepasbaar zijn. Toch bestaat er een toenemende behoefte aan informatie over werk- en dienstroosters in een geregleerde werksituatie. In de context van dit artikel zou het te ver voeren een voorbeeld van een compleet dienstrooster te geven.

BESLUIT

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat een allesomvattende, flexibele en praktische methode voor de realisering van de noodzakelijke werktijdverkortings voor arts-assistenten niet be-

staat: daarvoor is de medische bedrijfsvoering te specifiek.

Het is echter een misvatting te denken dat werktijdregulering dan ook bij voorbaat is uitgesloten. Door actieve inzet van alle belanghebbenden bij werktijdregulering, met adequate ondersteuning door de personeels- en organisatie-afdeling kan reeds veel worden bereikt, maar het welslagen wordt bepaald door het inzicht dat verandering noodzakelijk is en de intentie daaraan te werken. □

Model voor het berekenen van de formatie bij werktijdregulering

Als basis voor de berekening van de vereiste assistentenformatie op een medische afdeling geldt het totaal aantal door assistenten te 'bemannen' werkuren dat op jaarbasis noodzakelijk is voor een adequate medische bedrijfsvoering. Dit totaal wordt verkregen door het aantal werkuren op werkdagen en in aanwezigheidsdienst (avond-, nacht- en weekenddienst) bij elkaar op te tellen. Door dit getal vervolgens te delen door het aantal uren dat een assistent gemiddeld op jaarbasis werkzaam zal zijn, krijgt men de noodzakelijke assistentenformatie.

Het aantal werkuren op werkdagen wordt bepaald door het aantal werkplekken dat dagelijks door assistenten moet worden bezet te vermenigvuldigen met de bij die werkplek behorende dagelijkse werktijd. Indien een werkplek (bijvoorbeeld een polikliniek) slechts een gedeelte van de dag bezet is, dan wordt deze naar rato van de bezetting meegeteld. Door het aldus verkregen getal te vermenigvuldigen met het totaal aantal werkdagen (circa 252) wordt duidelijk hoeveel uren op werkdagen jaarlijks moeten worden 'bemand'.

Het aantal uren in aanwezigheidsdienst, waarbij de assistent op afroep in het ziekenhuis aanwezig is om spoedeisende arbeid te verrichten, wordt berekend door aanwezigheidsuren te tellen als volledig gewerkte tijd. Er wordt van uitgegaan dat waar een aanwezigheidsdienst noodzakelijk wordt geacht, de assistent dusdanig vaak zal worden opgeroepen dat het weinig zin heeft onderscheid te maken tussen arbeidsuren en 'rust'uren. In dit model is uitgegaan van een half uur overdrachtstijd, een aaneengesloten avond/nachtdienst en een afzonderlijke zaterdag- en zondagdienst.

Het aantal werkuren van de assistent op jaarbasis wordt bepaald door het aantal inzetbare weken te vermenigvuldigen met de gemiddelde werkweek. In dit model wordt uitgegaan van een gemiddeld 55-urige werkweek en 42 inzetbare weken; afwezigheid door vakantie, ATV, feestdagen, cursus, congresbezoek en ziekte is hierbij inbegrepen.

De tabel geeft de assistentenformatie weer, aan de hand van bovenstaande berekeningswijze, voor de twee overgebleven variabelen voor formatieberekening, namelijk het aantal werkplekken en de werktijd per dag. Als voorbeeld nemen wij een willekeurige afdeling die op werkdagen permanent 2 operatiekamerplaatsen, 3 zaalplaatsen en 2 polikliniekplaatsen met assistenten bezet moet hebben en een gemiddelde werkdag heeft van 9 uur (exclusief een half uur lunchpauze). Uit de tabel kan worden afgeleid dat de assistentenformatie 9,8 formatieplaatsen omvat.

De formatiegetallen dienen met de nodige

voorzichtigheid te worden gehanteerd, aangezien er slechts met twee variabelen wordt gerekend en de overige variabelen, zoals de lengte van de werkweek (55 uur), het aantal inzetbare werkweken (42), de overdrachtstijd en het dienstenpatroon, in dit model als vaststaand zijn beschouwd.

Nadere analyse van de tabel leert dat de formatiegetallen boven de trapvormige lijn niet leiden tot een praktisch uitvoerbaar rooster. De daar vermelde assistentenformatie heeft dagelijks, afhankelijk van de gekozen lengte van de werkdag, circa twee tot drie uur over om de diensten mee te 'vullen'. De totale formatie is hier echter dusdanig omvangrijk dat er veel meer uren 'over' zijn voor de diensten dan er in werkelijkheid aan diensturen zijn. Dit betekent dat alleen de formatiegetallen onder de trapvormige lijn praktische betekenis hebben. Uit de tabel valt verder af te leiden dat vooral op grote afdelingen, bij verkorting van de werktijd per dag, aanmerkelijke formatieve winst kan worden geboekt.

Overeenkomstig dit model kunnen ook andere situaties worden weergegeven, zoals bij dubbele aanwezigheidsdiensten, niet permanent bezette werkplekken en/of een lagere gemiddelde werkweek. Bij een dubbele aanwezigheidsdienst blijkt het niet praktisch in te roosteren gebied zich nog verder linksboven in de tabel te bevinden en vervolgens te verdwijnen; dit is eveneens het geval bij het verder afnemen van de gemiddelde werkweek.

Het verloop van de formatieve uitbreiding op een fictieve afdeling bij een van 73 naar 40 uur afnemende gemiddelde werkweek, is weergegeven in de grafiek. Op de horizontale as is de gemiddelde werkweek per assistent uitgezet, op de verticale as de assistentenformatie. De variabelen zijn als volgt ingevuld: 2 aanwezigheidsdiensten, 10 permanent bezette werkplekken en een 10-urige werkdag. Het verband tussen formatie en gemiddelde werkweek blijkt exponentieel te zijn. Dit is eenvoudig te verklaren: naarmate de constante totale hoeveelheid werk van een afdeling over steeds meer assistenten wordt verdeeld, wordt het effect op de werkweek van de individuele assistent steeds geringer.

**

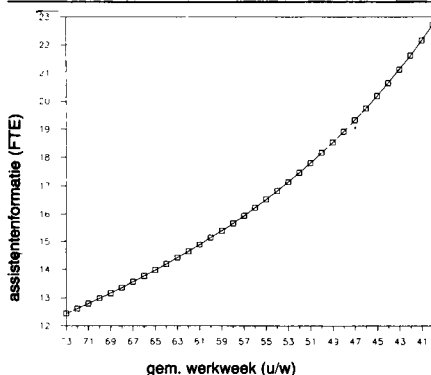
Samenvattend kan worden geconcludeerd dat bij werktijdregulering van arts-assistenten van een 73-urige naar een 55-urige werkweek de formatie met een factor 1,3 toeneemt, waarbij het weinig ter zake doet of het een grote of kleine ziekenhuisafdeling betreft. Dit geldt overigens alleen, indien in de sfeer van de medische arbeidsorganisatie geen enkele optimalisering mogelijk zou zijn.

Tabel. Assistentenformatie bij continu in dagdienst bezette werkplekken en 1 avond-, nacht-, weekendaanwezigheidsdienst, 55 urige werkweek.

werkplek	18,7	19,7	20,6	21,5	22,4
18....	18,7	19,7	20,6	21,5	22,4
17....	17,9	18,7	19,6	20,5	21,4
16....	17,0	17,8	18,6	19,4	20,3
15....	16,1	16,9	17,6	18,4	19,2
14....	15,2	16,0	16,7	17,4	18,1
13....	14,4	15,0	15,7	16,3	17,0
12 ..	13,5	14,1	14,7	15,3	15,9
11....	12,6	13,2	13,7	14,3	14,8
10. .	11,8	12,2	12,7	13,2	13,7
9....	10,9	11,3	11,8	12,2	12,6
8....	10,0	10,4	10,8	11,2	11,5
7....	9,1	9,5	9,8	10,1	10,4
6 ...	8,3	8,5	8,8	9,1	9,4
5. .	7,4	7,6	7,8	8,0	8,3
4....	6,5	6,7	6,8	7,0	7,2
3. .	5,6	5,8	5,9	6,0	6,1
	8,0	8,5	9,0	9,5	10,0
	werkdag (u)				

Grafiek. Weergave van de gemiddelde werkweek ten opzichte van totale formatie.

10 vol bezette werkplekken, 10-urige werkdag, 2 diensten



Deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde

Van standaard tot ander handelen in de praktijk

De belangstelling voor kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde groeit. De overheid heeft duidelijk gemaakt dat ze veel waarde hecht aan bewaking van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg en is ook bereid daarin te investeren. De beroepsgroep van huisartsen laat zien er serieus werk van te willen maken: de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) door een plan voor een steeds stringenter toetsing van het handelen, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) door het voornemen 'geautoriseerde' standaarden voor dat handelen te ontwikkelen^{1, 2}.

De vraag is of deze ontwikkeling ook aanleiding is tot een nieuwe benadering van deskundigheidsbevordering of dat men oude paden blijft bewandelen. Cruciaal hierbij is het antwoord op de vraag hoe men huisartsen ertoe kan aanzetten dat wat in de beroepsgroep als adequate patiëntenzorg wordt gezien ook daadwerkelijk in praktijk te brengen. Dat antwoord lijkt nog niet gevonden. Donabedian, de goeroe van de kwaliteitsbewaking in de Verenigde Staten, vat de stand van zaken op dit moment als volgt samen³: 'In my opinion, effectiveness in inducing behaviour change is the most important, yet least understood, problem in quality monitoring today . . . , and although further refinements in the methods of assessment are useful, even necessary, it is even more important to learn how to use what is known and understood in order to bring about the improvements, that are known to be needed.'

Tot op heden ontbreekt een bruikbaar en hanteerbaar model voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking. In dit artikel wordt een aanzet gegeven tot zo'n model, dat hulp kan bieden bij het opzetten en evalueren van dergelijke activiteiten. Tevoren wordt nog wat uitvoeriger stilgestaan bij de achtergronden van en de noodzaak tot het ontwikkelen van zo'n model.

Enkele aanwijsbare ontwikkelingen en knelpunten hebben de behoefte aan een model sterk vergroot.

R. Grol

Hoe krijgt men de huisartsen ertoe dat wat in de beroepsgroep als adequate patiëntenzorg wordt gezien ook daadwerkelijk in praktijk te brengen? Tot op heden ontbreekt een bruikbaar en hanteerbaar model voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking, stelt R. Grol, als onderwijskundige werkzaam op het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut. Een aanzet.

De Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH)

De overheid heeft een groot bedrag gereserveerd om een infrastructuur te creëren waarbinnen deskundigheidsbevordering kan worden opgezet⁴. In feite is er sprake van een aaneensmeden van de vroegere stichtingen Nascholing en Toetsing tot een nieuwe Stichting Deskundigheidsbevordering. Tot nu toe is er nog niet veel tijd geweest voor een inhoudelijke bezinning op de precieze aanpak van deskundigheidsbevordering. Voorkomen moet worden dat uit tijdgebrek of om andere redenen vrijblijvende activiteiten worden opgezet, waarin huisartsen datgene zoeken wat ze al weten, waarvan de consequenties gering en de resultaten dubieus zijn. De overheid investeert geld en zal resultaten willen zien. Speciaal huisartsen in de periferie die de verantwoordelijkheid hebben deskundigheidsbevordering op een goede wijze van de grond te helpen zullen behoefte hebben aan methoden waar ze houvast aan hebben.

Beleid LHV ten aanzien van de deskundigheidsbevordering

In haar discussienota over de positie van de huisarts in de toekomst spreekt de Landelijke Huisartsen Vereniging zich uit voor verplichte deskundigheidsbevordering en een op toetsing gebaseerde herregistratie¹. Tevens wordt gesteld dat het ontwikkelen van toetsingsmethoden

hoge prioriteit moet krijgen bij de deskundigheidsbevordering.

Standaardenbeleid NHG

In het nieuwe beleidsplan van de wetenschappelijke vereniging van huisartsen wordt voorgesteld de energie vooral te richten op het formuleren, 'autoriseren' en implementeren van 'standaarden voor adequaat huisartsgeneeskundig handelen'. Dit brengt de vraag met zich mee hoe er zorg voor moet worden gedragen dat een eenmaal geautoriseerde standaard kan worden geïmplementeerd en kan leiden tot gewenste gedragsveranderingen bij het handelen in de praktijk van de Nederlandse huisarts.

Relatie toetsing-nascholing

Nog steeds worden toetsing en nascholing te veel als aparte entiteiten gezien⁵. De gedachtengang dat toetsing leerpunten moet opsporen voor de erop volgende nascholing is in de praktijk een te beperkte constructie, zoals in de toetsingsprojecten van de Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerste lijnszorg (O&O) en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) is gebleken. Nascholing is vaak nodig voor er goed met toetsing kan worden gestart en toetsing, in het bijzonder onderlinge toetsing, is vaak de beste scholing die er is. Toetsing laat lacunes in het handelen zien, maar deze betreffen niet steeds zaken die men niet kent of beheerst. Veel vaker gaat het om zaken waar men zich niet van bewust is of waarbij praktische of andere barrières de uitvoering in de weg staan. Met andere woorden: toetsing en nascholing zouden zo goed mogelijk moeten worden geïntegreerd in een model voor deskundigheidsbevordering.

Relatie tussen onderzoek en deskundigheidsbevordering

De ervaring heeft geleerd dat het doorstromen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar het veld uiterst moeizaam verloopt. De huidige methode, om via artikelen in wetenschappelijke tijdschriften en via voordrachten nieuwe inzichten over te dra-

gen, bereikt maar een klein deel van de huisartsen. De informatie lijkt vooral terecht te komen bij andere onderzoekers. Dit klemmt te meer nu de activiteiten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde steeds omvangrijker beginnen te worden. Goede deskundigheidsbevordering dient derhalve ook het vertalen van onderzoekresultaten in methoden van kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering en het overdragen van die onderzoekresultaten aan het veld (de huisartsen) als onderdeel te hebben.

Dubieuze effecten

Overziet men de literatuur op het gebied van het onderzoek naar de effecten van deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking in de geneeskunde, dan blijken er soms wel, soms geen effecten op te treden. Als er al effecten optreden, dan zijn ze vaak klein en ebben ze snel weer weg. De effecten die worden gemeten betreffen vaak een toename van kennis, terwijl geen verandering in het praktijkgedrag wordt geconstateerd⁶⁻⁸. Tal van factoren bevorderen of belemmeren dat gewenste veranderingen in het handelen ook echt tot stand komen. Sanazaro vat deze factoren als volgt samen⁸: 'Before this change can occur in physician habitual practice, the other links must be present: regular, timely, salient, individualised feedback on performance, compared with explicit standards, a professional environment conducive to the maintenance of high standards of performance and adequate resources in facilities and personel.' De hier genoemde elementen zouden een plaats moeten krijgen in een model van deskundigheidsbevordering en gedragsbeïnvloeding.

Evaluatie

Sluys c.s. constateren dat de evaluatie van activiteiten met als doel verbetering van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen nog in de kinderschoenen staat⁹. De meeste Nederlandse studies meten geen praktijkgedrag, beperken zich tot wat satisfactiemetingen en uitspraken van deelnemers en berusten niet op een duidelijk theoretisch model. Hoewel daar recentelijk enige verandering in is gekomen, blijft de behoefte bestaan aan een model dat als leidraad kan dienen om na te gaan welke activiteiten effect hebben en welke factoren daar aan bijdragen¹⁰.

Er zijn tal van modellen en theorieën, in het bijzonder binnen de klinische en so-

ciale psychologie, die betrekking hebben op het beïnvloeden en veranderen van menselijk gedrag. Kok heeft getracht een aantal van die theorieën te integreren in een model voor gedragsbeïnvloeding door middel van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)¹¹. Hij onderscheidt zes stappen: aandacht, begrip, attitudeverandering, intentieverandering, gedragsverandering en gedragsbehoud. Er zijn belangrijke parallellen te trekken tussen GVO-activiteiten en deskundigheidsbevordering bij huisartsen. Vandaar dat in dat artikel een aangepaste versie van het model-Kok wordt gebruikt voor het opstellen van een model. Aanvulling wordt vooral geleverd uit een eigen model voor het verklaren van het leerproces tijdens onderlinge toetsing door huisartsen¹². Essentieel daarin is, dat *mensen leren door te vergelijken* tussen een bepaalde standaard voor adequaat handelen enerzijds en het feitelijk handelen in de praktijk anderzijds. Vooral kritiek van gerespecteerde collega's is hierbij erg belangrijk, maar dit kan spanningen en weerstanden oproepen, zodat de deelnemende huisartsen dienen te worden geholpen om de standaard te accepteren en hun handelen in de praktijk te veranderen.

Het model (zie *schema*) gaat uit van de situatie dat er een aantal nieuwe inzichten of standaarden op het gebied van de huisartsgeneeskunde beschikbaar is, gesteund door wetenschappelijk onderzoek of consensusstudies. Men wil een activiteit opzetten om deze nieuwe in-

Schema. Model voor deskundigheidsbevordering en beïnvloeding van huisartsgeneeskundig handelen.

interesse wekken 'Dit is interessant. Hier wil ik meer van weten'	opheffen selectieve aandacht
begrijpen 'Waar gaat het om?'	duidelijke en begrijpelijke informatie
inzicht in eigen handelen 'Hoe werk ik zelf?'	reflectie op feitelijk handelen, feedback
acceptatie 'Ik handel niet zoals het zou moeten'	afweging voor- en nadelen, acceptatie standaard, weerstanden wegnemen
veranderingsbereidheid 'Ik ga het anders doen'	formuleren, concrete doelen, barrières wegnemen
gedragsverandering 'Lukt het? Hoe kan ik voor verandering zorgen?'	(on)mogelijkheden om gewenst handelen te vertonen nagaan en vergroten
gedragsbehoud 'Is het de moeite waard om het te blijven doen?'	effecten vaststellen, feedback, continuïteit

zichten zo goed mogelijk aan een groep huisartsen over te dragen en ervoor te zorgen dat ze ook daadwerkelijk in de praktijk worden uitgevoerd. Een voorbeeld: op dit moment wordt binnen een werkgroep van het NHG gewerkt aan een standaard voor de controle van diabetes mellitus II; kern van die standaard is dat deze controle geheel voor rekening van de huisarts dient te komen, met alle consequenties voor de mogelijkheden van laboratoriumbepaling en het opzetten van een bewakingssysteem van dien; welke stappen zou men moeten plannen in een deskundigheidsbevorderende activiteit om deze nieuwe inzichten over te dragen?

De in het model beschreven stappen zullen niet steeds in de genoemde volgorde kunnen worden uitgevoerd. Soms zal men tussentijds teruggaan naar eerdere stappen. Een dergelijk model is dan ook geen absoluut gegeven, maar vooral een checklist om na te gaan of aan alle elementen voldoende aandacht is besteed. Tenslotte begint het model op het moment dat men huisartsen bij elkaar heeft.

HOE?

Hoe huisartsen zover te krijgen dat ze deelnemen aan dit soort activiteiten vraagt om een aparte beschouwing¹³.

Interesse wekken

In de eerste plaats moeten de deelnemende huisartsen zover worden gebracht dat ze openstaan voor de nieuwe inzichten of standaarden. Veel van die inzichten bereiken hen niet, omdat men vaak erg selectief is in wat men opneemt. Vooral dat wat past bij of een bevestiging inhoudt van eigen overtuigingen of gewoonten wordt goed opgenomen; de rest wordt er bij voorbaat uitgefilterd. Deskundigheidsbevordering zal derhalve in eerste instantie belangstelling voor een onderwerp moeten wekken en het gevoel moeten geven: 'Dit is interessant. Hier wil ik meer van weten!'

Er zijn allerlei methoden of manieren om aandacht en belangstelling voor nieuwe inzichten te wekken, bijvoorbeeld een voorlopige peiling van de routines of attitudes van de deelnemers ten aanzien van de nieuwe inzichten en feedback hierover. Belangrijk is dat men bij het ontwerpen van een methode voor deze stap aansluit bij de dagelijkse praktijk en bij de interesses en belangen van huisartsen. Waar ervaart men problemen, waar is men gevoelig voor of onzeker over,

welke vragen leven er, etcetera? Een voorbeeld: stel dat de nieuwe standaard voor diabetescontrole onderwerp van deskundigheidsbevordering is, dan zou men om te beginnen onder de deelnemers een inventarisatie kunnen maken van het aantal diabetespatiënten in de praktijk en van de manier waarop men aan die informatie komt; dit geeft een eerste inzicht in de eigen routines en levert het kader voor de rest van het programma.

Begrip wekken

Tijdens de deskundigheidsbevordering moet informatie over nieuwe inzichten of standaarden zo worden verstrekt dat de deelnemende huisartsen precies begrijpen wat er wordt bedoeld en wat de argumenten achter de standaarden of inzichten zijn. Veel van de informatie die tijdens nascholingscursussen wordt gegeven mist haar doel: de kern wordt niet voldoende duidelijk, de deelnemers worden overstroimd met minder relevante of reeds bekende informatie, de informatie sluit onvoldoende aan bij de vragen waar de deelnemers mee zitten of de informatie wordt niet voldoende inzichtelijk en overzichtelijk gepresenteerd. Om nieuwe standaarden of inzichten over te dragen kan men gebruik maken van principes van de voorlichtingskunde. Het verdient dan aanbeveling gebruik te maken van een combinatie van schriftelijk materiaal, mondelinge informatie en audiovisuele ondersteuning. De informatieverstrekking moet kort zijn (bijvoorbeeld niet langer dan tien tot vijftien minuten) en kan een aantal malen worden herhaald, waarbij steeds nieuwe elementen worden toegevoegd. Uit de literatuur wordt duidelijk dat informatie beter wordt begrepen en onthouden als^{14 15}:

- het verhaal aansluit bij de leefwereld en vragen van degenen voor wie het is bestemd;
- het verhaal in eenvoudige taal is gesteld;
- de kern van het verhaal eerst wordt gepresenteerd;
- er sprake is van een beperkt aantal boodschappen (gemiddeld worden niet meer dan zo'n vier boodschappen onthouden);
- de informatie goed wordt gedoseerd;
- de belangrijkste informatie wordt herhaald;
- er sprake is van specifieke instructies ten aanzien van het gewenste handelen;
- van tijd tot tijd wordt nagetrokken of het verhaal wordt begrepen;

– expliciet aan de deelnemers wordt gevraagd de gegeven informatie te reproduceren.

Ten behoeve van de standaard over diabetescontrole zou een kort referaat kunnen worden gehouden waarin de standaard overzichtelijk wordt gepresenteerd en de onderzoek- en consensusgegevens waarop deze is gebaseerd worden uitgelegd; er is tijd voor discussie en beantwoording van vragen, waarna het verhaal ook op papier wordt uitgedeeld.

Inzicht in eigen handelen bijbrengen

De volgende stap is een aspect van het 'begrijpen', dat wil zeggen, de informatie over de nieuwe inzichten of standaarden dient persoonlijk te worden gemaakt. Hoe ziet de kennis, vaardigheid of het handelen in de praktijk van elke deelnemer er feitelijk uit: zijn ze conform de nieuwe inzichten? Deskundigheidsbevordering dient de deelnemende huisartsen altijd de gelegenheid te geven een verbinding naar de eigen kennis en vaardigheden en het eigen praktijkhandelen te maken. Het is een natuurlijke neiging afstand te bewaren of zich defensief op te stellen ten aanzien van nieuwe informatie ('Dit is interessant, maar niet op mij van toepassing'). Mensen zijn ook geneigd het eigen handelen te onderschatten of te overschatten¹⁶, een vergelijking van het feitelijk handelen met de standaarden of nieuwe inzichten hoort derhalve onderdeel te zijn van elke vorm van deskundigheidsbevordering.

Methoden om inzicht in het eigen handelen te krijgen kunnen vooral worden ontleend aan de literatuur over toetsing en evaluatie, terwijl ook wetenschappelijk onderzoek hiervoor tal van bruikbare instrumenten heeft ontwikkeld. Belangrijk is dat met de methoden het handelen in de praktijk zo betrouwbaar en valide mogelijk kan worden vastgelegd. Per onderwerp zal naar een geschikte toetsingsmethode moeten worden gezocht; enkele suggesties:

- observatie in de praktijk;
- audio- of video-opnamen van consulten;
- specifieke registratieformulieren;
- notities op de kaart;
- kopieën van recepten of verwijzingsbrieven;
- ziekenfondsgegevens;
- geregistreerde morbiditeitsgegevens;
- papieren patiënten, casus;
- kennistoets.

Het is verder niet voldoende een methode te ontwikkelen om informatie over het feitelijk handelen te verzamelen. Men heeft daarnaast een methode nodig om dat handelen te vergelijken met de nieuwe inzichten en daarover feed-back te geven. Het krijgen van constructieve feed-back of kritiek van gerespecteerde collega's is hierbij erg belangrijk. McIntyre c.s. hierover¹⁷: 'The value of feedback in the modification of behaviour cannot be doubted. It is a fundamental biological process. It is the basis of all learning . . .' Dit dient derhalve een van de centrale activiteiten in deskundigheidsbevordering te zijn. De thans beschikbare literatuur op het gebied van onderling toetsen biedt hiervoor voldoende aanknopingspunten^{18 19}. In het bijzonder een kleine groep bij elkaars werk betrokken huisartsen lijkt voor dit doel geschikt. Het voorbeeld van de diabetescontrole vervolgend, zou men de deelnemers met behulp van een registratieformulier gedetailleerde informatie over het handelen bij de controle van diabetespatiënten in de dagelijkse praktijk kunnen laten verzamelen bij een reeks patiënten, waarna dat handelen in de groep collega's aan de standaard wordt getoetst.

Acceptatie bevorderen

Een volgende stap is de deelnemers te helpen bij het bepalen van hun houding ten opzichte van de nieuwe inzichten. Voor een verandering van het handelen in de praktijk is inzicht in het eigen functioneren onvoldoende; acceptatie is nodig, en wel:

- acceptatie van de standaard;
- acceptatie dat de standaard van toepassing is op de eigen situatie; en
- acceptatie dat het eigen handelen niet in overeenstemming is met de standaard.

Acceptatie is vaak het resultaat van een meestal niet zo bewust verloopend proces van afwegen van voordelen, nadelen en consequenties van het nieuwe handelen. Zo kan de nieuwe standaard voor diabetescontrole verschillende reacties oproepen, bijvoorbeeld:

- De standaard is niet realistisch voor de echte praktijk.
- Het is veel meer werk voor mij en voor de assistente.
- Als het mijn patiënten echt ten goede komt wil ik het wel doen.
- Dan moet ik mijn registratiesysteem grondig aanpassen.

– Bepaalde patiënten nemen het niet als ze niet meer worden doorgestuurd naar de specialist.

– Ik wil graag blijven werken volgens de huidige stand van kennis, dus pas ik mijn werkwijze aan.

Het is belangrijk in de deskundigheidsbevordering een moment in te bouwen waarop deze afweging expliciet wordt gemaakt. In de huidige nascholings- en toetsingsactiviteiten blijft zoiets vaak achterwege. De voor- en nadelen en de haalbaarheid van de standaarden of inzichten voor de dagelijkse praktijk dienen op tafel te komen, de weerstanden ertegen dienen open te worden besproken.

Volgens de literatuur kan een aantal factoren de acceptatie van de standaarden of nieuwe inzichten bevorderen of afremmen. In de eerste plaats is dat de *geloofwaardigheid* van de 'bron' van de nieuwe inzichten: waar komen ze vandaan, wie stelde ze op? In dit verband is het belangrijk dat er wordt gewerkt met standaarden die zorgvuldig zijn opgesteld op basis van onderzoek of een serieuze consensusactiviteit en dat daarbij ook naar de haalbaarheid in de dagelijkse praktijk wordt gekeken. Verder kan een '*autoriserend*' door de *beroepsgroep* van groot belang zijn. Een andere factor is hoe belangrijke figuren in de omgeving van de huisartsen erover denken (opinieeliders). Zo kan het voor huisartsen die zijn betrokken bij het onderwijs aan (huis)artsen van groot belang zijn dat het huisartseninstituut een duidelijke uitspraak over de standaard doet.

Verder kan groepsconsensus erg belangrijk zijn, soms nog belangrijker dan de opinie van mensen buiten een groep. Uit allerlei onderzoek komt keer op keer naar voren dat de neiging van mensen zich te conformeren aan een groepsstandpunt groot is, vooral wanneer men zich een deel voelt uitmaken van en zich betrokken voelt bij de groep. Tenslotte is de *mate van involvering*: de persoonlijke betrokkenheid van de huisarts bij het onderwerp, van belang. De gewenste verandering mag niet te zeer strijden met de eigen opinies en routines. Men kan zich voorstellen dat nieuwe inzichten ten aanzien van diabetescontrole gemakkelijk worden geaccepteerd wanneer men al bezig is met een bewakingssysteem van risicopatiënten in de praktijk dan wanneer men zoiets helemaal niet heeft, twijfels heeft over het nut van een dergelijke bewaking of de controle van diabe-

tespatiënten grotendeels overlaat aan de specialist.

In de deskundigheidsbevordering kan men nagaan of de standaard wordt geaccepteerd, bijvoorbeeld:

- door enkele stellingen te formuleren en de deelnemers daar schriftelijk op te laten reageren of dit met een groep te bespreken;
- door weerstanden en defensieve reacties serieus te nemen;
- door de voor- en nadelen in de praktijk expliciet te maken;
- door de voordelen te benadrukken; en
- door te streven naar groepsconsensus.

Veranderingsbereidheid bevorderen

Een volgende stap heeft betrekking op het bevorderen van de intentie van de deelnemers hun handelen in de praktijk ook werkelijk aan de nieuwe inzichten aan te passen. Het is duidelijk dat men lang niet altijd doet wat men zegt of van plan is te doen. Hier laat zich een duidelijke parallel trekken met het verschijnsel '*therapietrouw*'^{20 21}; de inzichten op het gebied van de therapietrouw kunnen een hulpmiddel zijn bij het formuleren van een model voor gedragsverandering van huisartsen.

Uit acceptatie van de standaarden en de afwijking daarvan moet de wil om het anders te gaan doen in de praktijk groeien. Verschillende factoren kunnen de wil of de intentie te veranderen beïnvloeden. In de eerste plaats moet de betrokken huisarts zich iets kunnen voorstellen bij die verandering. Hij moet weten wat deze precies inhoudt. Dit betekent dat tijdens de deskundigheidsbevordering aandacht moet worden besteed aan het concretiseren van de gewenste veranderingen: wat houden ze voor iedere deelnemer in? Verder moeten de veranderingen realiseerbaar en niet te hoog gegrepen zijn. Dit betekent dat men zich moet beperken tot één of enkele concrete, haalbare voornemens. Een andere factor die van invloed is op de wil te veranderen, is de reactie die de huisarts krijgt van mensen in zijn omgeving, als hij anders gaat werken. Welke 'sociale normen' zijn er in de omgeving van de arts die het tot stand komen van ander handelen belemmeren? Patiënten kunnen bijvoorbeeld negatief reageren op de nieuwe aanpak van de diabetescontrole omdat de gang van zaken anders is dan ze gewend zijn. Assistenten kunnen negatief reageren omdat het een doorbreking van de bestaande praktijkroutines of meer werk betekent. Collega's in de waar-

neemgroep kunnen de veranderingen blokkeren door ze af te wijzen of tijdens diensten te ondergraven. Tijdens de deskundigheidsbevorderende activiteit moet dit soort barrières expliciet ter sprake komen:

- Per deelnemer worden concrete doelen geformuleerd: wat wil men precies veranderen (niet meer dan drie zaken?)
- De doelen worden geformuleerd in termen van concrete gedragingen in de praktijk; ze worden nauwkeurig omschreven.
- Niet te veel ineens; haalbare doelen, stap voor stap.
- Bespreken hoe patiënten erop zullen reageren.
- Bespreken hoe assistenten, collega's, etc. erop zullen reageren.
- Bespreken wat het betekent voor de werkbelasting, de praktijkuitoefening, etc.
- Bespreken hoe de problemen die er mogelijk komen kunnen worden aangepakt.

Aandacht voor gedragsverandering

Een belangrijk aspect is vervolgens dat men aandacht heeft voor de wijze waarop iemand daadwerkelijk zijn gedrag verandert. Uit onderzoek wordt geleidelijk duidelijk dat veel voornemens niet worden uitgevoerd vanwege de onmogelijkheid het gewenste gedrag goed uit te voeren ('persoonlijke effectiviteit')²²:

- Men ziet niet hoe het precies anders kan worden gedaan; alternatieven ontbreken.
- De eerste pogingen om het anders te doen mislukken, zodat men er snel weer mee stopt.
- Men ontbeert de noodzakelijke kennis of vaardigheden om het anders te doen.
- De verandering stelt voorwaarden aan de praktijkorganisatie waaraan niet kan worden voldaan.
- Patiënten, assistenten en/of collega's blokkeren de verandering.
- De verandering kost geld of vraagt een extra werkbelasting die niet kan worden geïnvesteerd.

De wijze waarop in de deskundigheidsbevordering met dit soort problemen moet worden omgegaan kan zeer divers zijn. In ieder geval moeten de barrières duidelijk worden. Meestal zijn ze niet meteen duidelijk bij de introductie van de nieuwe inzichten en moeten de deelnemers eerst experimenteren om erachter te komen op welke problemen zij stuiten.

Een vervolgbijeenkomst na enige tijd om hierop in te gaan kan dan belangrijk zijn. Na een goede inventarisatie van problemen en behoeften kunnen er verschillende activiteiten worden ontplooid, zoals:

- Een strategie opstellen om de problemen te overwinnen.
- ‘Droog’ oefenen met het gewenste gedrag.
- Afspraken maken over het bestuderen en bespreken van literatuur.
- Experts uitnodigen.
- Deelnemers adviseren een bepaalde nascholingsactiviteit of training te gaan doen.
- Gericht cursussen opzetten.
- Vaardigheidstrainingen opzetten.

Nieuw gedrag behouden

Tenslotte moet worden voorkomen dat nieuw gedrag snel weer wegebt. Uit tal van onderzoeken komt naar voren dat nascholing maar kort bekijft en dat men vlug in oude routines terugvalt. Deskundigheidsbevordering moet derhalve methoden introduceren om veranderingen te behouden en te stabiliseren. Een aantal elementen lijkt in dit verband relevant:

- Frequentie positieve feed-back op de verandering is belangrijk.
- De verandering dient te worden bekrachtigd door middel van een beloning (bijvoorbeeld in de vorm van een extra honorering als men de controle van diabetes II volledig voor zijn rekening neemt en kan uitvoeren).
- Bestrafing werkt averechts en demotiverend;
- Er zijn realistische doelen nodig, die per arts moeten worden vastgesteld. Mensen reageren verschillend op succes en falen: dit leidt bij sommigen tot nieuwe motivatie, bij anderen tot afhaken.
- Veranderingen moeten stap voor stap worden doorgevoerd. Deze ‘groeibenadering’ zou in de toekomst met extra honorering gepaard kunnen gaan.

Het aandacht besteden aan gedragsbehoud vormt in feite ook een evaluatiemoment voor het gehele deskundigheidsbevorderingsproces. Men kan ermee nagaan of de activiteit goed is verlopen en is geslaagd dan wel of er op bepaalde onderdelen te weinig of verkeerde energie in is gestoken; dit kan betekenen dat bepaalde reeds ondernomen stappen opnieuw moeten worden gezet. Als blijkt dat sommige huisartsen hun routines niet

hebben veranderd, kunnen opnieuw de acceptatie van de standaard, de veranderingsbereidheid en de mogelijkheden de verandering door te voeren worden besproken in de groep huisartsen.

SLOT

In het voorgaande is een model gepresenteerd dat als hulpmiddel zou kunnen dienen bij het opzetten en evalueren van activiteiten op het gebied van de deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Uitgegaan is van de situatie – en dit lijkt gezien de huidige standpuntbepalingen van LHV, NHG, overheid en financiers een steeds reëlere optie – dat huisartsen met enige regelmaat deelnemen aan dit soort activiteiten en dat daarbij pogingen worden gedaan om de recente inzichten aan hen over te dragen in de vorm van ‘geautoriseerde standaarden’.

Het model is geen keurslijf, maar een hulpmiddel. Het dient om na te gaan of men bij het opzetten van veelal tijdsintensieve en kostbare activiteiten alle kanten voldoende aandacht heeft gegeven. Immers, waarom zou men zoveel energie steken in deskundigheidsbevordering als de kans op effect minimaal is? Het model sluit mijns inziens goed aan bij de nascholingsrichtlijnen die onlangs door het NHG zijn geïntroduceerd²³. Elders zijn al goede ervaringen opgedaan met een enigszins vergelijkbare aanpak²⁴. Het model moet echter nog verder worden uitgewerkt en verbeterd, en er moet mee worden geëxperimenteerd in de praktijk van de deskundigheidsbevordering om de waarde ervan na te gaan. □

Literatuur

- 1 LHV De positie van de huisarts in de toekomst Discussienota Utrecht Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987
- 2 NHG Naar criteria voor kwaliteit Standaardenbeleid NHG Utrecht Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987
- 3 Donabedian A Comments In Pendleton D et al (eds) In pursuit of quality Approaches to performance review in general practice London The Royal College of General Practitioners, 1986
- 4 Buys S Deskundigheidsbevordering en -ondersteuning voor huisartsen Medisch Contact 1986; 41 606-8
- 5 Crebolder H, Feen J van der Nascholing en toetsing van huisartsen Medisch Contact 1985, 40, 997-8
- 6 Haynes R, Davis D, McKibbon A, Tugwell P A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. JAMA 1984, 251 61-4
- 7 Berg A Does continuing medical education improve the quality of medical care? A look at the evidence J Fam Practice 1979, 8 1171-4
- 8 Sanazaro P Determining physicians performance. Continuing medical education and other interacting variables Evaluation and the Health Professions 1983, 2 197-210
- 9 Sluys E, Dopheide J, Zee J van der Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn Utrecht NIVEL, 1985

- 10 Grol R Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde Effecten van onderlinge toetsing Dissertatie Nijmegen, 1987
- 11 Kok G Theorieën over gedragsbeïnvloeding In Damoiseaux V et al (red) Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding Assen/Maastricht Van Gorcum, 1987
- 12 Grol R, Mesker P (red) Huisarts en onderlinge toetsing Utrecht Bunge, 1986
- 13 Grol R, Schellevis F. Onderlinge toetsing van huisartsen Over de werving en motivering van huisartsen voor toetsingsactiviteiten. Medisch Contact 1986; 41 1677-9
- 14 Steenkamer T, Venrooy M van Patientenvoorlichting door de huisarts Nijmegen Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985
- 15 Ley P, Whitworth M, Skilbeck C et al Improving doctor-patient communications in general practice J Royal Col Gen Pract 1976; 26: 720-4
- 16 Rethans J, Boven C van Simulated patients in general practice a different look at the consultation Br Med J 1987, 294 809-12
- 17 McIntyre N, Popper K The critical attitude in medicine the need for a new ethics Br Med J 1983, 287 1919-23
- 18 Grol R, Schellevis F Een programma voor onderlinge toetsing Handleiding voor begeleiders. Nijmegen Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1986
- 19 Rijdt A van der, Touw A, Groot J de Onderlinge toetsing voor huisartsen Werkboek deel A Utrecht Stichting O & O, 1985
- 20 Sackett D, Haynes R, Tugwell P Clinical epidemiology Boston/Toronto, Little, Brown & Co, 1986
- 21 Becker M. Patient adherence to prescribed therapies Medical care 1985, 23 539-55
- 22 Strecher V, McEvoy De Vellis B, Becker M, Rosenstock I The role of self-efficacy in achieving health behavior change Health Education Quarterly 1986, 13 73-91
- 23 Commissie Nascholing NHG Nascholing maken Criteria nascholing voor huisartsen Lelystad Meditext, 1987
- 24 Tielens L, Hoenen J Hoe kunnen huisartsen hun voorlichting verbeteren? In Eyk J van, Cuisinier M, Grol R, Jonkers R Patientenvoorlichting in de eerste lijn (verschijnt in 1988)

Een experiment in Almere (9)

Het verwijzen naar medisch specialist en fysiotherapeut

Een van de belangrijkste doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) is het tot stand brengen van een verschuiving van intra- naar extramurale zorg. Door versterking van de eerstelijnszorg, het creëren van tussenvoorzieningen en het stimuleren van poliklinische en dagbehandeling moet in Almere worden voorkomen dat bewoners onnodig een beroep doen op intramurale voorzieningen. Bij deze doelstelling zit de huisarts, zeker als het gaat om de relatie tussen eerste en tweede lijn, in een sleutelpositie. Immers, formeel gesproken bepaalt de huisarts niet alleen of er verwijzing plaatsvindt, maar in overleg met de patiënt ook naar wie. Hieraan moet worden toegevoegd dat in de praktijk ook andere hulpverleners dan huisartsen verwijskaarten uitschrijven en patiënten soms ook zonder verwijskaart in de tweede lijn worden behandeld.

Beperken we ons tot de relatief vaak voorkomende echte verwijzingen naar medisch specialisten en fysiotherapeuten, dan zal er op grond van de hierboven genoemde projectdoelstelling in Almere naar worden gestreefd het aantal verwijzingen naar medisch specialisten zo laag mogelijk te houden. Voor de fysiotherapie ligt de zaak ingewikkelder. Enerzijds kan de fysiotherapeut voor een aantal klachten een alternatief vormen voor verwijzing naar een medisch specialist, aan de andere kant moet uit een oogpunt van kostenbesparing worden voorkomen dat patiënten onnodig naar deze hulpverlener worden doorgestuurd. Zowel ten aanzien van de fysiotherapeuten als ten aanzien van medisch specialisten geldt dat het streven erop is gericht behandeling zoveel mogelijk te laten plaatsvinden in Almere. Niet alleen blijft de behandeling zo binnen de invloedssfeer van het Project Gezondheidszorg Almere, maar ook wordt aangesloten bij een andere doelstelling van het Project Gezondheidszorg Almere, te weten het aanbieden van zorg zo dicht mogelijk bij de mensen.

De centrale vraag in dit artikel is hoe het staat met het verwezenlijken van deze doelen. Bijzonderheden worden gegeven over de aantallen verwijzingen naar me-

Herman Sixma

Door zich intensief te bemoeien met de verlengingsverwijzingen lijken huisartsen het aandeel van dit type verwijzingen, en daarmee hun totale verwijscijfer, belangrijk omlaag te kunnen brengen. De socioloog Herman Sixma doet voor het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) evaluatieonderzoek in Almere. In dat kader kijkt hij ook naar de verwijscijfers met betrekking tot verwijzingen van de huisarts richting specialist c.q. fysiotherapeut.

disch specialisten en fysiotherapeuten en over de rol die arts en patiënt hierbij spelen. De gegevens zijn voor een groot deel afkomstig uit een in de eerste helft van 1985 gehouden onderzoek¹. In dit onderzoek, waaraan alle huisartsen in Almere hebben deelgenomen, is gedurende tien weken informatie verzameld over bijna 2.200 verwijzingen naar medisch specialisten en bijna 800 verwijzingen naar de fysiotherapeut.

VERWIJZING NAAR SPECIALIST

In het vorige artikel is op grond van de uitkomsten van de contacten met de huisarts voorzichtig geconcludeerd dat het verwijscijfer van de Almeerse huisartsen ongeveer gelijk is aan dat van de collegae elders in Nederland². Het onderzoek waarover we nu rapporteren en ook de thans beschikbare cijfers uit het Landelijke Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) bevestigen dit beeld. Voor ziekenfondsverzekerden geldt dat in 1984 een aantal van 414 verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden is uitgeschreven door de Almeerse huisartsen³. Dit cijfer is vertekend doordat de Almeerse bevolking qua leeftijd afwijkend is samengesteld. Corrigeren we voor dit effect, dan komt het LISZ-cijfer voor 1984 uit op ongeveer 440 verwijs-

kaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden. Dit is iets onder het gemiddelde verwijscijfer voor alle Nederlandse huisartsen (in 1984: 450 verwijskaarten) en ligt iets boven het gemiddeld aantal verwijskaarten dat werd uitgeschreven door in gezondheidscentra werkende huisartsen (in 1984: 418 verwijskaarten). Bij deze laatste vergelijking moet men wel bedenken dat de patiëntenpopulatie van huisartsen in gezondheidscentra enigszins afwijkt van de rest van Nederland⁴. Een voor leeftijd gecorrigeerd landelijk verwijscijfer voor deze categorie huisartsen zal op rond de 425-430 verwijskaarten uitkomen.

Vergelijken we het gevonden Almeerse verwijscijfer met de aantallen kaarten voor verwijzing naar specialisten uit Amsterdam – met in het achterhoofd de gedachte dat een groot deel van de Almeerse bevolking afkomstig is uit Amsterdam – dan komen de huisartsen uit Almere belangrijk lager uit. Echter, ook voor het aantal verwijskaarten uit Amsterdam van circa 650 per 1.000 ziekenfondsverzekerden geldt een vertekening door de bijzondere bevolkingssamenstelling en het gegeven dat ook door niet-huisartsen uitgeschreven verwijskaarten in het totaal zijn opgenomen. Correctie van het aantal van 650 is niet goed mogelijk.

Inmiddels zijn ook voor 1985 de LISZ-cijfers bekend. Echter, het in het Jaarboek 1985 vermelde aantal verwijskaarten voor verwijzing naar medisch specialisten is bij Almere niet correct⁵. Het vermelde aantal (187,1 verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden) is slechts een deel van het totale aantal kaarten voor verwijzing naar een medisch specialist dat in 1985 door de Almeerse huisartsen is uitgeschreven. Het werkelijke aantal zal ongecorrigeerd op circa 390 per 1.000 verzekerden uitkomen. Door het foutieve aantal Almeerse verwijskaarten is ook het landelijk verwijscijfer voor alle huisartsen die in een gezondheidscentrum werken (393,3 verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden) waarschijnlijk iets te laag. Houden we voor Almere 390 verwijskaarten aan, dan komt het landelijk verwijscijfer met betrekking tot de verwijzing naar

medisch specialisten voor huisartsen werkend in gezondheidscentra uit op circa 403.

Voorlopige cijfers voor 1986 en de eerste helft van 1987 wijzen erop dat ook in deze jaren het Almeerse verwijscijfer rond de 390 zal liggen. Passen we een leeftijds-correctie toe waardoor deze cijfers kunnen worden vergeleken met de landelijke totalen, dan komt Almere uit op circa 415 verwijskaarten per 1.000 ziekenfonds-verzekerden. Dit aantal ligt circa 6% onder het landelijk cijfer voor alle huisartsen en is nagenoeg gelijk aan het (gecorrigeerde) cijfer voor in gezondheidscentra werkende huisartsen over het jaar 1985. Ons eigen onderzoek naar de aantallen door Almeerse huisartsen uitgeschreven verwijskaarten met betrekking tot verwijzing naar medisch specialisten heeft niet alleen gegevens over ziekenfonds-verzekerden opgeleverd, maar biedt ook de mogelijkheid na te gaan hoe vaak particuliere patiënten worden verwezen. Wel moet ervoor worden gewaarschuwd dat door de gevolgde methode van onderzoek (zelfrapportage gedurende tien weken) een zekere onderrapportage is opgetreden. Deze onderrapportage kan op 15% à 20% worden geschat. Voor particulier verzekerden komt het hiervoor gecorrigeerde verwijscijfer uit op circa 115 verwijskaarten per 1.000 patiënten per jaar.

Bij dit getal passen twee opmerkingen. In het algemeen zal de particulier verzekerde na een (eerste) bezoek aan de medisch specialist een verwijsbrief overleggen om de hulp die hij heeft ontvangen vergoed te krijgen. Het is echter zeer de vraag of de verzekeringsmaatschappijen deze brieven ook echt gebruiken. Daarbij komt dat een eenmaal in gang gezette behandeling zal worden afgemaakt, vaak zonder dat voor deze patiënten een verlengingsverwijzing wordt uitgeschreven, een categorie verwijskaarten die bij ziekenfondspatiënten omvangrijk is.

Vergelijking van de Almeerse verwijscijfers met de cijfers voor alle Nederlandse huisartsen per specialisme leert, rekening houdend met de bijzondere leeftijds-samenstelling van de Almeerse populatie, dat in Almere relatief weinig wordt verwezen naar specialisten voor chirurgie, interne geneeskunde of dermatologie. Relatief veel verwijzingen betreffen de specialismen verloskunde/gynaecologie, zenuw- en zielsziekten en cardiologie. Vanaf ongeveer het 20e jaar vindt een regelmatige stijging plaats in het aantal verwijzingen naarmate de leeftijd toe-

Tabel 1. Typen verwijzingen, in procenten.

type verwijzing*	% (N=2 198)
actief	
{ initiatief patient	17
{ initiatief huisarts	28
administratief	
{ oogheekunde	13
{ verlengingsverwijzing	30
{ overig	15

* Een aantal verwijzingen scoort in twee categorieën: Hierdoor komt het cumulatieve percentage uit op 103%

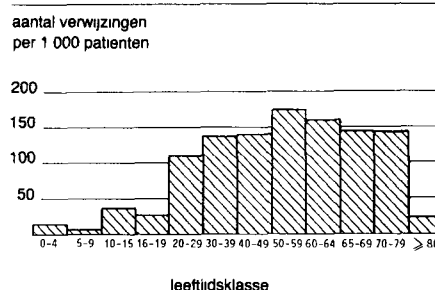
Tabel 2. Vestigingsplaats medisch specialist; aantallen verwijzingen in percentages.

vestigingsplaats specialist	alle verwijzingen	verwijzingen naar in Almere vertegenwoordigde specialisten
	totaal	actief
Almere	37	46 56
Naarden/Bussum	23	21 18
Amsterdam, AMC	13	10 11
A'dam, overig + onbekend	18	15 10
overig	4	3 2
onbekend	5	5 3
N	2.198	1 758 838

neemt; deze trend zet voor de vrouwen wat eerder in dan voor de mannen. Niet op elke verwijzing kan de huisarts evenveel invloed uitoefenen. Tegenover de actieve verwijzingen, ofwel de *nieuwe verwijzingen* waartoe tijdens een contact tussen huisarts en patiënt wordt besloten, staan de zogeheten *administratieve verwijzingen*, waarbij het werk van de huisarts zich veelal beperkt tot het zetten van een handtekening; voorbeelden hiervan zijn (in veel gevallen) de verwijzingen naar oogheekunde en verlengingsverwijzingen om de behandeling bij de medisch specialist na één jaar te continueren.

Tabel 1 geeft de verdeling van beide typen verwijzingen. Bij minder dan 50%

Figuur. Aantal verwijzingen door Almeerse huisartsen naar fysiotherapie per 1.000 patiënten per jaar, naar leeftijdsklasse.



van alle verwijzingen naar medisch specialisten gaat het om een 'actieve verwijzing'. Van alle actieve verwijzingen geschiedt ruim 60% op initiatief van de huisarts. Voor de verlengingsverwijzingen geldt dat naarmate meer verwijskaarten worden uitgeschreven na persoonlijk contact van patiënt en huisarts, het aandeel van deze verwijzingen op het totaal aan uitgeschreven verwijskaarten afneemt ($r = 0,60$, $p = <0,01$). Door zich intensief met verlengingsverwijzingen te bemoeien, lijkt de huisarts het aandeel van dit type verwijzingen en daarmee zijn totale verwijscijfers belangrijk om laag te kunnen brengen.

WERKPLEK SPECIALISTEN

Behalve naar een laag verwijscijfer, wordt er in Almere naar gestreefd de behandeling zoveel mogelijk in de eigen gemeente te laten plaatsvinden. Bekijken we de tweedelijsvoorzieningen, dan ontbreekt op dit moment een eigen Almeers ziekenhuis. De dichtstbijzijnde ziekenhuizen bevinden zich in Amsterdam en Naarden/Bussum. Wel beschikt Almere sinds 1983 over een buitenpolikliniek van het in Amsterdam gevestigde Burgerziekenhuis: het Medisch Centrum Almere (MCA), en werkt een aantal specialisten van de ziekenhuizen in Gooi-Noord in een van de gezondheidscentra in Almere-Haven. Via deze spreekuren waren ten tijde van het onderzoek alle specialismen vertegenwoordigd, met uitzondering van orthopedie, urologie, cardiologie, allergologie en enkele kleinere specialismen.

De bijna 2.200 uitgeschreven verwijskaarten naar medisch specialisten betreffen ruim 60 verschillende ziekenhuizen of poliklinieken. Tabel 2 geeft de verdeling van de verwijzingen naar vestigingsplaats van de specialist, voor zowel het totale aantal verwijskaarten als voor de specialismen die in Almere zijn vertegenwoordigd. Bovendien wordt voor deze laatste categorie de verdeling gegeven bij de actieve verwijzingen.

Van alle verwijzingen naar specialisten waarvan de vestigingsplaats bekend is, blijft bijna 40% binnen Almere. De specialisten die spreekuur houden in Naarden/Bussum en Hilversum krijgen samen ruim 20% van alle patiënten die door huisartsen in Almere zijn verwezen te zien, terwijl ruim 30% van de patiënten die worden verwezen een specialist in Amsterdam bezoekt.

Bekijken we de actieve verwijzingen

naar specialismen die in Almere via spreekuren zijn vertegenwoordigd, dan blijkt tussen de 55% en 60% van deze categorie verwijzingen in Almere te blijven. Hoewel dit laatste percentage nog een behoorlijk eind van de 100% die maximaal haalbaar zou zijn is verwijderd, mag toch worden geconcludeerd dat in relatief korte tijd een belangrijk deel van de patiëntenstroom naar de tweedelijnsvoorzieningen naar de in Almere spreekuur houdende specialisten wordt verwezen.

FYSIOTHERAPIE

In de periode van tien weken dat er gegevens werden verzameld over alle door de Almeerse huisartsen uitgeschreven verwijzingen voor fysiotherapie, zijn 687 personen verwezen. Houden we rekening met een onderrapportage van opnieuw circa 15% en een correctie voor de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking, dan komt het aantal verwijzingen voor fysiotherapie uit op ongeveer 100 per 1.000 patiënten op jaarbasis. Dit aantal ligt wat boven de verwijscijfers van huisartsen met betrekking tot verwijzingen naar fysiotherapeuten die in ander onderzoek zijn gevonden en die uitkomen op 50 à 60 verwijzingen per 1.000 patiënten^{6,7}.

Vooralsnog lijkt het erop dat de intensieve samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut, zoals die in Almere gestalte krijgt via het opnemen van beide categorieën hulpverleners in gezondheidscentra, resulteert in een wat hoger gebruik van de diensten van fysiotherapeuten. Of de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten in Almere samengaat met een geringer aantal verwijzingen naar vertegenwoordigers van de medisch-specialistische disciplines die het dichtst bij de fysiotherapie liggen (neurologie, orthopedie, chirurgie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde) kon op basis van het ter beschikking staande materiaal niet worden vastgesteld. De gecorrigeerde aantallen verwijzingen van huisarts naar fysiotherapeut zijn, uitgesplitst naar leeftijdscategorieën, weergegeven in de *figuur*.

Het ombuigen van patiëntenstromen naar Almere is wat de fysiotherapie betreft bijna volledig verwerkelijk. Van alle verwijzingen voor fysiotherapie voor de in gezondheidscentra werkzame huisartsen geschiedt 95% naar een in hetzelfde centrum praktiserende fysiotherapeut; de resterende 5% wordt verdeeld over de fysiotherapeuten in andere cen-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

tra, de vrijgevestigde oefentherapeuten en fysiotherapeuten buiten Almere.

Bij de verwijzingen voor fysiotherapie is het percentage administratieve verwijzingen relatief klein. Van alle actieve verwijzingen naar een fysiotherapeut ligt in 70% van de gevallen het initiatief aan de kant van de huisarts.

NABESCHOUWING

Als eerste meting in een longitudinaal onderzoek naar aantallen verwijzingen en verwijspatronen met betrekking tot verwijzing door huisartsen uit Almere naar medisch specialisten en fysiotherapeuten is begin 1985 onderzoek gedaan bij alle Almeerse huisartsen.

De resultaten van dit onderzoek, gecombineerd met landelijke gegevens, laten zien dat het aantal verwijskaarten voor verwijzing naar een medisch specialist in 1985, en naar verwachting ook in de daaropvolgende jaren, ongeveer gelijk is aan het landelijk gemiddelde voor huisartsen die werken in een gezondheidscentrum. In vergelijking tot alle Nederlandse huisartsen ligt het Almeerse cijfer wat lager. Het aantal uitgeschreven verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden is belangrijk lager dan dat in Amsterdam, uit welke gemeente een groot deel van de Almeerse bevolking afkomstig is. Hoewel in 1985 nog een flink deel van alle verwijskaarten voor medisch specialisten bestemd was voor spreekuren buiten Almere, is het bemoedigend dat de actieve verwijzingen meer op Almere zijn gericht dan de totaalcijfers doen vermoeden.

Ten aanzien van de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten kan

worden vastgesteld dat het samenwerken van beide categorieën hulpverleners in Almere resulteert in een aantal verwijzingen dat iets hoger ligt dan de landelijke cijfers. Door bij alle gezondheidscentra fysiotherapeuten in dienst te nemen is wel bereikt dat nagenoeg elke patiënt zo dicht mogelijk bij huis kan worden behandeld; patiënten worden in Almere door de huisarts vrijwel altijd verwezen naar de eigen 'huis-fysiotherapeut'. □

Literatuur

1. Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 4).
2. Sixma H. Huisarts, spreekuur en huisbezoek. Een experiment in Almere (8). Medisch Contact 1988; 43: 378.
3. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Jaarboek LISZ 1984. Zeist. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1985.
4. Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Proefschrift Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 1986.
5. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Jaarboek LISZ 1985. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1987.
6. Kerkhoff AHM. Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art. 47-3 Ziekenfondswet. Medisch Contact 1982; 38: 991-7.
7. Kerkhoff AHM, Groenewegen PP. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: WGW Boerma en L. Hingstman (red.) De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.

Geneesmiddelengebruik in de psychogeriatric

2: Samenwerking tussen verpleeghuis en apotheker

De geneesmiddelenvoorziening in de meeste verpleeghuizen vindt volgens de wettelijke regels plaats onder toezicht van een apotheker. De term 'onder toezicht' suggereert een voornamelijk controlerende functie, hetgeen een te beperkte taakopvatting is. De inbreng van de apotheker in het verpleeghuis hoeft zich niet te beperken tot toezicht op inkoop, opslag en distributie van de geneesmiddelen. Samenwerking tussen verpleeghuis en apotheker biedt naast mogelijkheden tot verbetering van de geneesmiddelenvoorziening ook gelegenheid tot toetsing van de prescriptie en beheersing van het geneesmiddelengebruik. De verschillende terreinen van samenwerking zullen in het kort worden besproken.

GENEESMIDDELEN

In het psychogeriatrisch verpleeghuis Elderhoeve te Arnhem vindt de inkoop van de meeste geneesmiddelen rechtstreeks bij de groothandel plaats. De magistraal te bereiden geneesmiddelen en de opiaten worden betrokken uit de apotheek van de toezichthoudend apotheker.

Als opslagruimte is gekozen voor een centrale medicijnkamer. Op de afdeling bevindt zich een zeer beperkt assortiment geneesmiddelen, waaronder een aantal huidpreparaten en enkele geneesmiddelen voor algemeen gebruik en 'zo nodig' gebruik. In de centrale medicijnkamer vullen twee part-time apothekers-assistenten volgens een medicatieopdracht de medicijnen uit, per dag en per doseringstijd, in cassettes. Deze cassettes staan op naam van de bewoner. De verpleging zorgt voor de uiteindelijke afgifte aan de bewoner.

Op elke afdeling bevindt zich een klapper met voor elke bewoner een mediatiekaart. Op deze kaart noteert de arts de medicatieopdracht, waarbij de indicatie in begrijpelijke termen wordt aangegeven. Ook medicatie die 'zo nodig' mag worden gegeven wordt op de kaart vermeld.

De voorraad geneesmiddelen in de medicijnkamer en op de afdelingen wordt regelmatig, onder andere op vervaldata, gecontroleerd door de apothekers-assis-

B. van Niekerk en B. Erckens

In veel verpleeghuizen beperkt de rol van de toezichthoudend apotheker zich tot controle op inkoop, opslag en distributie van geneesmiddelen. B. van Niekerk en B. Erckens, arts respectievelijk apotheker in het psychogeriatrisch verpleeghuis Elderhoeve te Arnhem, pleiten in dit tweede en laatste artikel over geneesmiddelengebruik in de psychogeriatric voor een ruimere taakopvatting.

tente en tweemaal per jaar door de apotheker.

In de distributie zijn enkele controles ingebouwd:

- Door identificatie van het geneesmiddel kan de verpleging nagaan of het juiste geneesmiddel in de cassette is uitgevuld. Op elke afdeling bevindt zich namelijk een overzicht in natura van de in het verpleeghuis gangbare geneesmiddelen, met behulp waarvan de identificatie kan plaatsvinden.
- Van de verpleging wordt verwacht dat men erop let dat de indicatie van het toe te dienen geneesmiddel niet strijdig is met de toestand van de bewoner (bijvoorbeeld laxantia bij diarree, diuretica bij uitdroging).
- De apothekersassistente gaat na waarom bepaalde geneesmiddelen die na het medicijnen delen in de cassette worden aangetroffen, niet zijn gegeven. Dit dient namelijk door degene die verantwoordelijk is voor het verstrekken van de medicijnen aan de bewoners op de mediatiekaart te worden aangetekend.
- Aan de hand van een parafeerlijst kan worden nagegaan wie op een bepaald tijdstip verantwoordelijk was voor het medicijnen delen.
- De apothekersassistente kan via de medicijnkaarten nagaan welke medicijnen 'zo nodig' zijn toegediend en om welke reden. Bij aanvulling van de 'zo nodig'-geneesmiddelen op een afdeling vergelijkt zij of de gebruikte aantallen overeenkomen met de op de mediatiekaarten vermelde hoeveelheden.

De ervaring met de distributie door de apothekersassistenten is zeer positief. Zij hebben door hun opleiding de juiste toerusting voor een zo nauwkeurig mogelijke distributie. Het is, in tegenstelling tot bij de verplegenden, hun voornaamste taak.

Bij controle van de afdelingsvoorraad blijken in het bijzonder de huidpreparaten nogal eens op de diverse plaatsen tegelijk op de afdeling aanwezig te zijn. Bovendien worden huidpreparaten niet altijd consequent toegepast.

De parafering van de lijst voor het medicijnen delen vindt niet altijd plaats en is nog steeds, ondanks een aantal doorgevoerde vereenvoudigingen, het knelpunt in het distributiesysteem. Soortgelijke ervaringen worden ook door anderen gemeld¹. Mogelijk wijzen deze ervaringen op een algemene problematiek bij de distributie van geneesmiddelen in verpleeghuizen.

KEUZE GENEESMIDDEL

Maandelijks vindt er een bespreking plaats tussen de twee artsen, de apothekersassistente en de apotheker. Voorlichting en advisering zijn vaste agendapunten van deze besprekingen. Recente literatuur op het gebied van de farmacotherapie passeert er de revue. Artsenbezoekers worden door de artsen in het verpleeghuis niet ontvangen, maar doorverwezen naar de apotheker, die de eventuele relevante informatie doorgeeft. Advisering omtrent praktische zaken vindt ook plaats; zo werd de eerder gesignaleerde, weinig optimale, opslag van huidpreparaten op de afdelingen verbeterd door de invoering van een verbandwagen per afdeling, waarbij tevens van parafeerlijsten gebruik wordt gemaakt.

De voorkeurslijst van geneesmiddelen (formularium) is een ander terugkerend item. Deze lijst waarop eerste- en tweede-keuspreparaten vermeld zijn, wordt opgesteld aan de hand van farmacotherapeutische en economische criteria. Hoewel bij de keuze effectiviteit, bijwerkingen en interacties op de voorgrond staan, wordt veel aandacht besteed aan de toedieningsvorm en de doseringsfrequentie. Deze beide laatste factoren zijn in het bijzonder in een psychogeriatrisch ver-

pleeghuis van groot belang, in verband met de therapietrouw. De lijst omvat op dit moment 140 geneesmiddelen. De ervaring met de lijst is in het algemeen positief. Slechts incidenteel wordt ervan afgeweken. Regelmatig moet de voorkeurslijst, die in beginsel is gebaseerd op theoretische gronden, worden bijgesteld naar aanleiding van ervaringen uit de praktijk. Hier volgen enkele voorbeelden:

Niet altijd wint de ratio. Antalby-zetpillen, een preparaat met sterk wisselende resorptie en bepaald geen eerste-keusgeneesmiddel, staat toch op de lijst. Bij de verpleging bleek namelijk een duidelijke behoefte aan deze zetpillen bij toestanden die gepaard gaan met matige dyspnoe. In hoeverre hier sprake is van een placebo-effect of een geruststelling van de verpleging, wordt in het midden gelaten.

Verkeerde toedieningsvorm. Temazepam-capsules (Normison), aanvankelijk als eerste-keushypnoticum op de lijst, bleek in de praktijk moeilijk hanteerbaar. De kogeltjesvorm gaf nogal eens aanleiding tot het uit de vingers of de mond glippen. Op grond van dit praktische bezwaar is toen gekozen voor lormetazepam-tabletten (Noctamid).

Meer bijwerkingen dan verwacht. Het anti-epilepticum natriumvalproaat (Depakine) bleek in de praktijk veel meer sufheid te veroorzaken dan op grond van de literatuur werd verwacht. Nu staat als eerste-keus-anti-epilepticum fenytoïne-natrium (Diphantoïne) op de lijst.

Beschikbare eerste-keusmiddelen niet toereikend. Zemelen, lactulose-siroop en bisacodyl worden beschouwd als eerste-keusmiddelen bij obstipatie. Toch bleek het obstipatieprobleem met deze middelen niet afdoende oplosbaar, speciaal niet voor bewoners met harde faeces. Gezocht is naar een oppervlaktespanning-verlagend middel. Een dergelijk middel, zonder bijwerkingen, is gevonden in de vorm van Diotylsulfosuccinaat-capsules 50 mg FNA; het blijkt in de praktijk goed te voldoen.

TOETSING VOORSCHRIJFBELEID

Wordt bij de prescriptie afgeweken van de voorkeurslijst, dan dient de voorschrijvend arts dit achteraf te motiveren. Met behulp van kwartaaloverzichten van de inkoop van geneesmiddelen bij de groothandel wordt bekeken welke geneesmiddelen buiten de voorkeurslijst om zijn besteld.

Door middel van de medicatiekaarten

Tabel 1. Gemiddeld aantal geneesmiddelen per bewoner per afdeling, op peildatum.

afdeling	1986	1987	daling %
1 (N=36)	2,4	1,7	29
2 (N=36)	2,5	1,8	28
3 (N=36)	1,8	2,1	17
4 (N=20)	2,7	2,4	11
5 (N=36)	2,2	1,7	23
6 (N=36)	3,2	2,2	31
totaal (N=200)	2,5	2,0	20

Tabel 2. Percentage bewoners, naar arts, dat psychofarmaca, laxantia en diuretica gebruikt.

	arts A		arts B	
	1986 N=91	1987 N=95	1986 N=109	1987 N=105
psychofarmaca	39,5	34,7	42	30,5
laxantia	48	31,6	43	33
diuretica	16,5	15,8	28	14

licht de apotheker tweemaal per jaar de medicatie van de bewoners door. In het bijzonder wordt daarbij aandacht geschonken aan dosering, mogelijke interacties en duplomedicaties. Eenmaal per jaar wordt het geneesmiddelengebruik van de afdelingen vergeleken (tabel 1).

Vijf afdelingen zijn onderling vergelijkbaar qua bewonersbestand. In dit opzicht wijkt afdeling 4 af van de overige; op deze afdeling verblijven voornamelijk verpleegbehoefte patiënten. Zoals uit tabel 1 blijkt onderscheidt afdeling 6 zich duidelijk van de overige afdelingen door een geneesmiddelengebruik dat ongeveer 30% boven het gemiddelde lag. Deze bevinding leidde zowel bij de afdeling als bij de voorschrijvende artsen tot een meer terughoudende opstelling, waardoor het geneesmiddelengebruik ruim 30% kon dalen.

Ook het voorschrijven van de twee artsen wordt jaarlijks vergeleken. In 1986 bleek daarbij (tabel 2) dat arts B meer diuretica voorschreef dan arts A. Een jaar later was dit verschil geheel verdwenen. Aandacht voor de prescriptie heeft geleid tot een grotere consensus en een daling van het totale geneesmiddelengebruik binnen het verpleeghuis.

KOSTENBEHEERSING

Er wordt naar gestreefd met een beperkt assortiment een optimale therapie te bedienen. Niet alleen prijstechnisch verdient een klein assortiment de voorkeur, een groot voordeel is ook dat met een

klein assortiment een betere ervaring wordt opgebouwd. Wanneer kan worden gekozen uit twee farmacotherapeutisch gelijkwaardige middelen, wordt in principe gekozen voor het goedkopere preparaat.

Door de ontwikkelingen op de generieke markt vinden regelmatig aanpassingen van de voorkeurslijst plaats, waarbij wordt overgestapt van spécialité naar generiek preparaat. Besloten is op de voorkeurslijst zoveel mogelijk de generieke naam te gebruiken, zodat bij overstap van spécialité op generiek preparaat geen naamswijziging hoeft plaats te vinden. Het gevolgde beleid heeft behalve tot een beperking van het volume geleid tot beheersing van de kosten: ondanks aanmerkelijke prijsstijgingen in 1986 circa 12%, bleken de uitgaven in 1986 iets lager uit te vallen dan in 1984².

BESLUIT

De taak van de toezichhoudend apotheker in een verpleeghuis dient zich niet te beperken tot het wettelijk vastgestelde toezicht. Actieve samenwerking heeft in ons verpleeghuis bijgedragen aan een overzichtelijke beperkte geneesmiddelenstroom. Door deze samenwerking worden de voorschrijvende artsen daadwerkelijk betrokken bij de geneesmiddelenvoorziening. Dit heeft ertoe geleid dat men uitkomt met een betrekkelijk klein assortiment geneesmiddelen. De middelen die op de voorkeurslijst voorkomen zijn afgestemd op de specifieke vragen van het huis. Consequente toepassing van de voorkeurslijst en toetsing van het voorschrijfbeleid heeft geresulteerd in een grotere consensus bij de voorschrijvende artsen en tot een, in vergelijking met de literatuur³, laag geneesmiddelengebruik en beperking van de kosten. □

Literatuur

1. Dam CE van, Dings LME, Asten T van, Brink G van den, Stoop JA. Het geneesmiddelen distributiesysteem in een verpleeghuis. Medisch Contact 1986; 41: 1629-30
2. Post D. Vijf jaar prescriptie in een ziekenfondsregio. Medisch Contact 1986; 41: 1103-4
3. Merkus JW. Het geneesmiddelengebruik in drie verpleeghuizen voor lichamelijke zieken. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1985. 87-95

De 'smart card' in de gezondheidszorg

Een belangrijk onderdeel van de geneeskunde is het verzamelen van informatie, het sorteren en verwerken daarvan en het nemen van beslissingen aan de hand van de verzamelde gegevens. De bronnen van deze informatie zijn de anamnese, de medische voorgeschiedenis, het lichamelijk onderzoek en de technische onderzoeken (laboratorium, röntgen, etc.). De geneeskunde is dus sterk afhankelijk van informatie.

Naast het verzamelen van informatie is ook het opslaan ervan een probleem. Soms zijn medische gegevens er niet op het juiste moment, soms zijn het er te veel, onoverzichtelijk opgeslagen in een te dikke status zonder goede samenvatting.

Informatica, de wetenschap van het hanteren van informatie, begint dan ook voor de geneeskunde een belangrijk gereedschap te worden. De invloed hiervan op de dagelijkse praktijkvoering van artsen zal, zo voorspelt men, zeer groot worden. Als voordelen van het gebruik van informatica in de gezondheidszorg noemt de Wereldgezondheidsorganisatie:

- efficiencyverhoging in alle fasen van de hulpverlening;
- betere verslaglegging en communicatie tussen artsen (volledig, valide, accuraat, leesbaar en gestandaardiseerd);
- betere toegang tot informatie over patiënten; en
- kwaliteitsverhoging van de geboden gezondheidszorgdiensten.

TECHNISCHE MOGELIJKHEDEN

Een bijzondere vorm van informatisering is de 'smart card'. Dit is een kaartje met de afmetingen van de inmiddels alom bekende bankpasjes en 'credit cards'. Op de kaart is een flinterdunne chip bevestigd, afgedekt met een plastic laagje. De chip bevat vier onderdelen: een microprocessor en drie soorten geheugen (voorkeuren: RAM, ROM en EPROM). De geheugencapaciteit van de 'smart card' is nu nog beperkt tot 8-16 kbit, maar het zal niet lang meer duren eer die sterk zal worden uitgebreid. Er wordt dan ook al gespeeld met het beeld van de 'smart card' als complete, in de zak mee te dragen computer: men stopt de kaart in een toetsenbord, gekoppeld aan een beeldscherm en men kan aan het werk! Ontwikkelingen die parallel lopen aan de

M. J. C. Stoffels

De informatica staat voor de deur, ook voor die van de dokterspraktijk. Het hoofd medische dienst in het Hofpoort Ziekenhuis te Woerden, M. J. C. Stoffels, heeft voor zijn opleiding tot sociaal-geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg, een studie gemaakt van de 'smart card': een medisch dossier in zakformaat in de vorm van een kaart met een chip plus geheugens erop. Hij verrichtte die studie bij de vakgroep Medische Informatica van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zijns inziens is het tijd voor een proef.

'smart card' betreffen de laserkaart en de kaart met een compact-discachtig geheugen. De laserkaart heeft als voordeel dat de geheugencapaciteit veel groter is dan dat van de 'smart card'. Er zijn nu al kaarten met 2 tot zelfs 200 megabyte geheugen; ter vergelijking: het geheugen van het ziekenhuisinformatiesysteem van het Hofpoort Ziekenhuis bevat ongeveer 240 megabyte. Het nadeel van de laserkaart is, dat de inhoud niet te beveiligen is.

De grote toekomst van dit soort systemen ligt in een kaart met een compact-discachtig geheugen. In ontwikkeling is een kaart met een klein schijfje, gekoppeld aan een chip en gemonteerd op een 'credit card'. Een goed beveiligbaar geheugen van zo'n 20 megabyte komt zo naar verwachting rond 1990 ter beschikking.

DOEL 'SMART CARD'

Het belangrijkste doel van het gebruik van een 'smart card' is het overdragen van gegevens over de patiënt tussen hulpverleners. In het onderzoek waar dit artikel een verslag van is blijft dit beperkt tot huisarts, specialist en apotheker. De 'smart card' kan van belang zijn in normale, geplande situaties, maar ook bij vervanging van de arts in weekenddienst, vakantie en dergelijke. Een situatie waarin het van groot belang is te beschikken over medische gegevens doet zich voor bij acute ernstige ziekte of bij een ongeval: als de behandelend arts op

dat moment de voorgeschiedenis van zijn patiënt kent, ook als deze bewusteloos is, zal hij in veel gevallen sneller en doeltreffender te werk kunnen gaan. De 'smart card' kan dan van groot nut zijn en in deze toepassing systemen als SOS-kettingen vervangen.

In deze opzet kan de 'smart card' niet het dossier van elke arts en apotheker afzonderlijk vervangen, maar zal hij slechts een samenvatting daarvan bevatten. Men moet zich dan voorstellen dat de patiënt de spreekkamer binnenkomt, zijn 'smart card' in een kaartlezer, gekoppeld aan een computer, stopt (die vermoedelijk binnen een beperkt aantal jaren aanwezig zal zijn, zijn PIN-code (persoonlijk identificatie nummer) intoetst en dat men dan beschikt over al zijn belangrijke medische gegevens, zoals diagnoses, behandelingen en voorgeschreven geneesmiddelen.

INHOUD

Welke gegevens over de gezondheids-toestand van een mens zijn nu zo belangrijk dat ze op een 'smart card' zouden moeten worden opgenomen, in aanmerking nemende dat de geheugencapaciteit beperkt is? Ik meen dat het mogelijk is hiervoor een aantal criteria te ontwikkelen.

Men kan om te beginnen een 'drempel' inbouwen waarboven gegevens moeten uitstijgen voordat ze belangrijk genoeg worden gevonden:

- a. Het gegeven moet van belang zijn voor meer dan één gebruiker. Dit is bij de gegeven doelstelling: 'communicatie', geen onlogische voorwaarde.
- b. Het gegeven moet langer dan een zekere tijd, bijvoorbeeld drie maanden, van belang blijven.

In de tweede plaats moeten gegevens aan zekere kwaliteits-eisen voldoen:

- c. Men moet kunnen verwachten dat de 'smart card' beter in staat is de gegevens over te dragen dan de patiënt zelf. Hieronder moet worden verstaan dat van de meeste Nederlanders niet mag worden verwacht dat zij de vaktaal van medici beheersen. Daarentegen vallen sociale gegevens als echtscheiding en dood van een partner buiten dit criterium.
- d. Het moet feitelijke informatie zijn. Het woord 'feitelijk' dekt in dit kader een relatief begrip. Is een diagnose een feit? Ik wil daarom spreken van het in de dagelijkse medische praktijk gebruikelijk-

ke niveau van feitelijkheid. Dus wel diagnoses, maar geen zuiver subjectieve mening over bijvoorbeeld het karakter van een patiënt. Dit blijft uiteraard een relatief criterium, maar mijns inziens wel één dat bruikbaar is in de dagelijkse praktijk.

Tenslotte moet de *privacy van de patiënt* niet worden geschaad door het opnemen van gegevens op de 'smart card':

e. De patiënt moet kunnen weigeren dat een gegeven op de kaart wordt opgenomen.

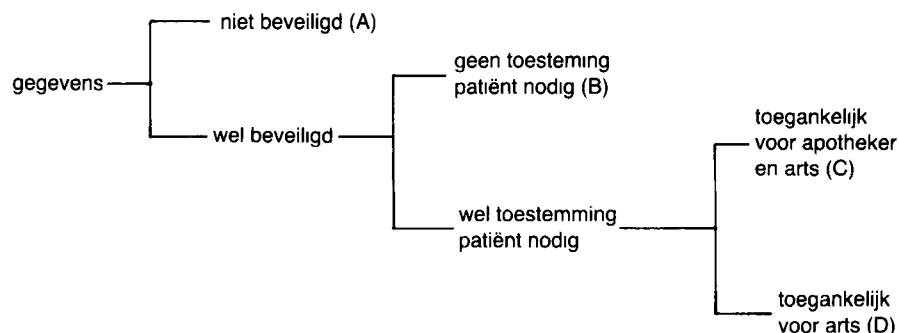
f. Het moet ethisch verantwoord zijn om het gegeven op de 'smart card' op te nemen. Dit hangt nauw samen met het voorgaande criterium, maar gaat toch wat verder. Waar criterium e doelt op consent, doelt criterium f op het 'informed consent'. Niet elke patiënt zal even goed de consequenties kunnen overzien van het opnemen van bepaalde medische gegevens. Voorbeeld hiervan is de diagnose 'hepatitis B', die impliceert dat de patiënt een grote kans maakt tot de risicogroep voor AIDS te behoren.

Hantering van deze criteria kan leiden tot het formuleren van een mogelijke inhoud, zoals in de *tabel* staat aangegeven. Het zal nodig zijn een grote mate van *standaardisering* te bereiken. Het is duidelijk dat het in ieders belang is als men onder één diagnose hetzelfde ziektebeeld verstaat. Bestaande coderingssystemen vormen goed hanteerbare afspraken op dit gebied. Bij een beperkt geheugen is het gebruik van codes in plaats van tekst bovendien zeer nuttig. De 'smart card' in de gezondheidszorg zal dan ook een aantal coderingssystemen moeten bevatten, het liefst systemen die door zoveel mogelijk artsen in de wereld zijn geaccepteerd. De 'smart card' moet niet de keuze voor een bepaald systeem bepalen, maar kan aansluiten bij keuzen die om andere redenen worden gemaakt. Helaas zijn er vele systemen in gebruik. Systemen die naast elkaar zouden kunnen worden gebruikt zijn ICD-9-CM, DSM III, ICPC, de classificatie van operaties, de Europese pacemakerregistratie, de codering van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek, de KNMP-databank, de codering van specialismen van de LMR en de postcodes.

BEVEILIGING

Het grote voordeel van de 'smart card' is de mogelijkheid de inhoud ervan afdoende te beveiligen. De simpelste manier daarvoor is de gebruiker een PIN-code te

Schema



De letters A, B, C en D verwijzen naar de rubrieken van de inhoud van de 'smart card' in de tabel

geven die alleen hijzelf kent. Er zijn inmiddels meer geavanceerde methoden ontwikkeld. Zo kan men een vingerafdruk in numerieke vorm op de chip opnemen; als men de 'smart card' wil gebruiken legt men een vinger op een leesapparaat, zodat de afdruk wordt vergeleken met de opgeslagen afdruk. Nog een stap verder gaat het gebruik van het netvlies. Ook het netvlies is bij elke individu uniek, zodat een gelijksoortige handeling

als met de vingerafdruk kan worden verricht.

De gegevens zijn tot op verschillende niveaus beveiligbaar, zodat iedere gebruiker alleen toegang heeft tot het voor hem belangrijke deel van de kaart. Het *schema* geeft een indruk van deze beveiliging.

VOORDELEN 'SMART CARD'

Voordelen van het gebruik van de 'smart card' in de gezondheidszorg zijn er voor de patiënt, huisartsen en specialisten, apothekers, en financiers.

Allereerst is de *patiënt* ermee gebaat: hij wordt in staat gesteld de meest essentiële gegevens over zijn gezondheid zelf mee te dragen en te beheren. Dit is volledig in overeenstemming met toekomstige wetgeving, die de patiënt veel meer dan nu laat meebeslissen over wat er over hem wordt opgeschreven. Voorwaarde daarvoor is dat de patiënt de 'smart card' volledig moet kunnen lezen en niet alleen als drager fungeert; hij kan dan zelf met een leesapparaat de inhoud zichtbaar maken. Bovendien zal de patiënt minder hoeven te worden belast door het voorkomen van dubbelvragen, dubbele onderzoeken en behandelingen. Ook is een betere behandeling mogelijk bij ongevallen en bewusteloosheid.

Verder hebben *huisartsen en specialisten* voordeel van de 'smart card'. Genoemd werd al de mogelijkheid altijd op het juiste moment te beschikken over de medische gegevens van de patiënt: hij heeft ze zelf bij zich! Uiterst nuttig lijkt het exact te weten welke medicijnen door diverse artsen aan de patiënt zijn voorgeschreven. Als de apotheker elke aflevering op de kaart zet is een zeer nauwkeurige medicijnbewaking mogelijk.

Als men met de 'smart card' dubbel on-

Tabel

A NIET-BEVEILIGDE GEGEVENS	
<i>toegankelijk zonder toestemming van de patiënt</i>	
Personalita en verzekeringsgegevens	
B. BEVEILIGDE GEGEVENS	
<i>toegankelijk voor een arts door middel van een autorisatiekaart, maar zonder toestemming van de patiënt</i>	
B.1.	bloedgroep en rhesus
B.2.	irregulaire antistoffen
B.3	codicil
B.4	overgevoeligheden en contra-indicaties voor geneesmiddelen en contrastmiddelen
B.5.	ontbrekend orgaan
B.6.	chronische organische ziekten
B.7	chronische behandelingen
B.8.	medische hulpmiddelen
B.9	tetanusvaccinatie
C. BEVEILIGDE GEGEVENS	
<i>patiënt moet toestemming geven, daarna toegankelijk voor apotheker en arts</i>	
C.1.	geneesmiddelengebruik
C.2.	overgevoeligheden en andere contra-indicaties voor geneesmiddelen en contrastmiddelen
C.3	behandelend artsen
D. BEVEILIGDE GEGEVENS	
<i>patiënt moet toestemming geven, daarna toegankelijk voor arts</i>	
D.1	ziekenhuisopnamen
D.2.	diagnosen
D.3	behandelingen
D.4.	partus
D.5.	vaccinaties
D.6.	HLA-typering
D.7	testes ingedaald?
D.8	erfelijke ziekten in de familie
D.9.	bloeddruk
D.10.	lengte en gewicht bij kinderen
D.11.	cervix-uitstrijk
D.12.	Mantoux-test
D.13.	radiologisch onderzoek
D.14.	laboratoriumonderzoek
D.15.	functieonderzoek (ECG, longfunctie, scapieën, etc.)

derzoek wil voorkomen, dan is het wel nodig dat artsen de resultaten van elkaars onderzoek leren vertrouwen. De kwaliteit van de opgenomen gegevens moet dan ook optimaal zijn. Een van de maatregelen die dit kan bevorderen is dat men bij elk gegeven de naam vermeldt van degene die het heeft ingevoerd.

Ook voor *apothekers* kan de 'smart card' zeer nuttig zijn. Waarschijnlijk zal het Nederlandse abonnementsstelsel bij ziekenfondsverzekerden voor apothekers verdwijnen. Daarnaast wil de overheid ook de zelfmedicatie gaan bevorderen, met andere woorden meer geneesmiddelen laten verstrekken zonder recept, ook door de drogist. Dit betekent dat de band tussen patiënt en apotheker wel losser zal worden. Medicatiebewaking wordt daardoor minder goed mogelijk. De 'smart card' zou een middel zijn om in elk geval de door een apotheker verstrekte geneesmiddelen zodanig te registreren dat bewaking weer mogelijk

wordt. De maatschappij zal moeten beslissen of medicatiebewaking belangrijk is of niet. Als men het belangrijk vindt, moet men daar ook de consequentie aan verbinden de patiënt ofwel altijd zijn medicijnen bij dezelfde apotheek (en niet bij de drogist) te laten halen ofwel een medium als de 'smart card' in te voeren.

Tenslotte wil ik de *financiers* noemen als belanghebbende partij: dubbel onderzoek voorkomen betekent minder kosten maken, evenals sneller tot een diagnose komen doordat complete informatie voorhanden is.

PROEFPROJECTEN

De 'smart card' kan een grote hulp worden bij het optimaliseren van de band tussen eerste en tweede lijn. De tijd lijkt gekomen om in de praktijk proeven te gaan nemen. Men kan zich een paar proefregio's voorstellen waarbinnen door geselecteerde huisartsen, apothe-

kers en specialisten een geselecteerde patiëntengroep (diabetici?, mensen met hypertensie?) van een 'smart card' wordt voorzien. Een groot aantal onderzoeksvragen kan dan aan de orde komen, niet alleen op het gebied van de inhoud van de kaart en de consequenties die het gebruik ervan zal hebben op de praktijkvoering en de kwaliteit van zorg, maar ook op organisatorisch gebied. □

Literatuur

Stoffels MJC. De inhoud van een smart card voor arts en apotheker. Vrije Universiteit Amsterdam. Scriptie in het kader van de opleiding Algemene Gezondheidszorg aan de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht 1987.

World Health Organisation, Division of Information Systems Support. Present & potential uses of informatics & telematics in Health. Genève, 1986.

Ijpelaar HTM. Het CP-8 medium in de gezondheidszorg. Doctoraalscriptie voor de studie tot bedrijfskundig ingenieur aan de TH te Eindhoven. Amsterdam, 1985.

Hyperventilatie en seksuele geweldservaring

Mensen die hyperventileren en mensen die het slachtoffer zijn (geweest) van seksueel geweld, staan de laatste jaren in de belangstelling. De aandacht richt zich bij beide groepen op de therapeutische interventie. Terwijl evenwel het hyperventilatiesyndroom heden ten dage een diagnostisch valide entiteit blijkt te zijn¹⁻³, laat een adequate diagnostiek van seksuele geweldservaring te wensen over, mede door toedoen van een nog niet geslecht maatschappelijk taboe.

Dit artikel wil een bijdrage leveren aan de diagnostiek van het hebben ondergaan van seksueel geweld. Een specifiek atypisch verloopend aanvalspatroon in geval van het hyperventilatiesyndroom zou op zo'n geweldservaring kunnen wijzen. Deze bijdrage is gebaseerd op diagnostisch onderzoek bij meer dan duizend hyperventilatiepatiënten, met name in het kader van de ontwikkeling van de Nederlandse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV)².

HYPERVENTILATIESYNDROOM

Onder hyperventilatie verstaat men een toename in de ademhaling meer dan no-

Drs. M. R. H. M. Roborgh

Bij hyperventilatiepatiënten met een specifiek atypisch verloopend aanvalspatroon moet worden gedacht aan ervaring met seksueel geweld. Dit bevond Drs. M. R. H. M. Roborgh, klinisch psycholoog en gedrags/psychotherapeut te Delft.

dig is voor het handhaven van een normale zuurstof- en koolzuurspanning in het bloed. Het hyperventilatiesyndroom is een complex van gelijktijdig aanwezige symptomen, veroorzaakt door hyperventileren, waarbij een (mogelijke) verlaging van de koolzuurgasdruk in het bloed een noodzakelijke voorwaarde wordt geacht.

Naast een *chronische* vorm, waarbij lange perioden van overbeademing overdag en soms ook 's nachts chronische lichte klachten geven, kent het hyperventilatiesyndroom een *acute* vorm, waarbij heftige klachten aanvalsgewijze optreden. Deze laatste vorm wordt veelal ge-

zien bij agorafobie (in 70%-80% van de gevallen) en bij paniekstoornissen (in meer dan 90% van de gevallen). Een algemeen aanvaarde analyse van agorafobie luidt dan ook dat een ernstige paniekaanval of een aantal van die aanvallen leidt tot vermijdingsgedrag, uit angst een aanval te krijgen zonder dat er iemand is die helpt.

Traditionele beschrijvingen van de paniekaanval wijzen erop dat het een angst-aanjagende ervaring is, waarbij extreme angst van onbekende afkomst aanleiding geeft tot aanzienlijke veranderingen in het sympathische zenuwstelsel, in het bijzonder ademhalingsmoeilijkheden, hartkloppingen, pijn op of in de borststreek, beven en rillen, duizeligheid en het gevoel flauw te vallen⁴.

Vandaag de dag wordt veeleer het standpunt van Ley gehuldigd⁵: de gewaarwording van plotselinge fysiologische veranderingen is het *gevolg* van hyperventileren – snelle ademhaling die hypocapnie (een plotselinge verhoging van de zuurgraad waardoor bloedalkalose ontstaat) geeft – en dat op zijn beurt geeft aanleiding tot abnormale veranderingen in de arteriële bloeddruk, en de cardiale out-

put, alsmede een verzwakte neuromusculaire activiteit. Het onmiddellijke gevolg van deze respiratoire alkalose zijn gevoelens van vrees, angst, prikkelbaarheid, duizeligheid, etc. – kortom: het hyperventilatiesyndroom. Daar de betrokken persoon niet weet dat hij hyperventileert en de gevolgen ervan niet verwacht, zal hij hier vrijwel zeker een foutieve verklaring voor geven en bang worden. Is iemand eenmaal angstig, dan zal de verhoogde activiteit van het sympatische zenuwstelsel bijdragen tot een toename van zijn ademhalingsnelheid en daardoor de intensiteit van het hyperventilatiesyndroom vergroten, waardoor vervolgens de angst weer toeneemt, die de ademhalingsnelheid weer vergroot, etc. Op deze wijze zal een paniekaanval in intensiteit toenemen, totdat de betrokken persoon bewusteloos raakt en daardoor stopt met hyperventileren of totdat hij zich dusdanig gaat gedragen dat de hoeveelheid koolzuurgas die wordt uitgeademd vermindert.

Resultaten van verscheidene studies ondersteunen deze theorie^{5,6}. Er wordt een cognitief-psychofysiologische benadering voorgesteld⁷.

DIAGNOSE

Het diagnostiseren van het hyperventilatiesyndroom wordt bemoeilijkt door de grote variëteit aan mogelijk lichamelijke klachten: er zijn geen duidelijke symptomencusters. Wel zijn er gestandaardiseerde klachtenlijsten ontwikkeld^{1,2}, die de diagnose vereenvoudigen. Een definitieve bevestiging van de diagnose wordt daarnaast gevonden in een positieve hyperventilatieprovocatie (symptomen ontstaan door de patiënt één tot maximaal drie minuten snel en diep te laten in- en uitademen) en eventueel een longfunctieonderzoek dat een verlaging van de koolzuurgasdruk en een vertraagd, niet volledig herstel van de koolzuurgaswaarden na hyperventilatie aantoon⁸.

Ruime ervaring met klinische diagnostiek van paniekstoornissen en het hyperventilatiesyndroom heeft een atypisch verlopende hyperventilatieaanval aan het licht gebracht, waarbij er veelal sprake was van seksuele geweldservaring in de anamnese. Bij provocatie zagen we nogal eens dat op het moment van toename van de ademhalingsnelheid en ongecontroleerd thoraxaal ademen (wat leidt tot toename van de symptomen van respiratoire alkalose) de ademhaling stopt, de gesloten ogen wegdraaien, de patiënt over het gehele lichaam gaat trillen en

met armen en benen gaat slaan. Het idee van een epileptisch insult komt op, maar er is geen sprake van echte trekkingen, tongbeet of incontinentie.

Overigens ging het altijd om patiënten die somatisch-neurologisch waren gescreend, dat wil zeggen die een schoon ECG en EEG en een niet-afwijkende longfunctie hadden. Dit atypische patroon eindigde doorgaans na enkele minuten, waarna hetzij de hyperventilatieaanval eindigde, hetzij nog een korte periode van overbeademen of typisch hyperventileren volgde.

Hoewel bij hyperventilatieaanvallen verscheidene atypische patronen voorkomen, werd dit patroon nogal eens gevonden. Bij 14 van 18 vrouwelijke hyperventilatiepatiënten met deze atypische aanvallen, in leeftijd variërend van 15 tot en met 42 jaar, was er in de anamnese sprake van het hebben ervaren van seksueel geweld. Bij 6 van deze 14 patiënten werd naar aanleiding van dit atypische aanvalspatroon door middel van doorvragen seksuele geweldservaring gedetecteerd. De variatie was groot: seksueel geweld, zich afspelend in het verleden en/of heden, van ongewenste seksuele toenadering (dreiging) tot verkrachtingen, met en zonder lichamelijk geweld of mishandeling. In alle gevallen was er sprake van het duurzaam ervaren van seksueel geweld, doorgaans in een vaste relatie. Hieronder een casus.

CASUS

Patiënte is een 26-jarige vrouw met aanvallen van bewusteloosheid. Gemiddeld vijfmaal per week raakt ze onverwachts bewusteloos, met alle risico's van dien. Eenmaal viel ze daardoor van de fiets met dochttertje (3 jaar oud) achterop en werd ze aangereden door een auto. Een andere maal viel ze bewusteloos van de trap. Vele malen bezeerde ze haar hoofd door het vallen. Ten gevolge van deze incidenten belandde ze al enige malen in het ziekenhuis. Ze voelt de aanvallen nauwelijks aankomen; hooguit wat zweten en nek- en hoofdpijn. Achteraf is er amnesie ten gevolge van de bewusteloosheid. Er is geen angst voor de aanvallen zelf, wel voor de mogelijke fatale gevolgen van het vallen. Bij onderzoek blijkt er sprake van het hyperventilatiesyndroom; de NHV-score ligt ruim boven het criterium van 70, namelijk 123. Een of andere vorm van psychopathologie werd niet gevonden. Tijdens de provocatietest leidt korte overbeademing (slechts vijfmaal zeer snel en diep ongecontroleerd thoraxaal in- en uitademen) tot een toestand van bewusteloosheid, waarna sterke trillingen over het gehele lichaam en slagbewegingen met de armen plaatsvinden. Haar ogen zijn weggerold en de tong hangt slap.

Er is geen tongbeet en geen incontinentie. Vrij snel is patiënte uit deze toestand terug te roepen, waarna ze amnestisch is over het gebeuren. Ze voelt pijn in de wat blauwe armen van het slaan op de uit voorzorg uitgekozen zachte leuningen van de stoel. Hoewel recent hart-, long- en neurologisch onderzoek geen afwijkingen aan het licht hadden gebracht, werd een uitgebreid EEG-onderzoek herhaald, waaruit nogmaals bleek dat er geen sprake was van epilepsie of een andere hersenorganische stoornis.

Een eerste aanval had ze op 15-jarige leeftijd tijdens een ruzie met een vriendin op straat. Haar tweede en volgende aanvallen kreeg ze pas op 20-jarige leeftijd, toen ze met haar echtgenoot geëmigreerd was naar Australië. Daar aangekomen, werkte ze hard mee voor de kost en kreeg ze al snel een kind. Haar man, die agressief werd omdat de door hem verwachte rijkdom uitbleef, begon haar en de baby te slaan; dit nam steeds ernstiger vormen aan. Regelmatig sloot hij haar lange tijden op. Ook ging hij haar seksueel ernstig misbruiken; zo bond hij haar bij tijd en wijlen vast aan het bed en mishandelde en verkrachtte haar. Zo ver verwijderd van haar familie in Nederland en uit schaamte, maar ook uit angst dat hij haar dochttertje dood zou slaan, durfde ze er met niemand over te praten. Deze situatie duurde vier lange, benarde jaren, tot zich een gelegenheid voordeed dat ze met haar dochttertje terug naar Nederland kon vluchten om daar een echtscheiding te regelen.

Behalve dat ze bang is dat zijzelf of haar dochttertje eens zal verongelukken door toedoen van de aanvallen, raakt patiënte snel geïrriteerd telkens als haar dochttertje vraagt naar papa; ze maakt zich er dan vanaf door te zeggen: 'Die zit in een ver land' en neigt ertoe het kind te slaan.

Er is spraken van een hyperventilatiesyndroom, ontstaan naar aanleiding van voortdurende ernstige reële seksuele en lichamelijke mishandeling. De patiënte heeft zich tot op de bodem vernederd gevoeld. In het atypische verloop van haar hyperventilatieaanvallen is symbolisch de ervaring met geweld terug te vinden: na even met angst van dreigend onheil in de ogen te hebben overbeademd, gaat ze 'machteloos' onderuit, blijft 'ademloos', verkrampt vervolgens over het gehele lichaam en slaat met de armen, terwijl de handen verkrampt gefixeerd blijven (alsof ze zijn vastgebonden). De armen vertonen nadien blauwe plekken, waarop ze tijdens het volgende gesprek vraagt of de therapeut haar heeft 'geknepen'. De amnesie omtrent haar doen en laten tijdens zo'n aanval wijst op verdringing enerzijds en bewustzijnsverlaging (mogelijk ook bewusteloosheid) ten tijde van de mishandeling anderzijds.

DISCUSSIE

Binnen de categorie atypisch verlopende hyperventilatieaanvallen bij vrouwen is een specifiek patroon te herkennen dat kan wijzen op seksuele geweldservaring.

Dit patroon bestaat uit kortdurende, snelle overbeademing, waarna geheel of gedeeltelijk verlies van bewustzijn met trillingen over het lichaam, samen met het slaan van de armen en/of benen (geen echte trekkingen, tongbeet of incontinentie). Afwezigheid van somatische afwijkingen of ziekten, schone ECG's en EEG's en een goede longfunctie zijn voorwaarden vooraf. Van 18 vrouwelijke hyperventilatiepatiënten met bovenstaand specifiek patroon bleken er 14 in meer of mindere sterke mate meermalen het slachtoffer (geweest) te zijn van seksueel geweld. In 6 van deze 14 gevallen werd de seksuele geweldervaring gededecteerd naar aanleiding van atypische

hyperventilatieaanvallen met bovenstaand specifiek verloop.

Verder onderzoek zal zich richten op een eventueel definitievere vaststelling van dit specifiek atypische aanvalspatroon. Behandelaars van vrouwelijke hyperventilatiepatiënten met dit aanvalspatroon wordt aangeraden bedacht te zijn op mogelijke seksuele geweldservaring in de anamnese. □

Literatuur

1. Doorn P, Colla P, Folgering H. Een vragenlijst voor hyperventilatieklachten. *De Psycholoog* 1983; 18: 573-7
2. Roborgh MRHM. De Nederlandse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV), handleiding. Lisse. Swets & Zeitlinger, 1987.
3. Vlaender-van der Giessen CJM. Hyperventilatie. een on-

derzoek rondom diagnostiek en behandeling van het hyperventilatiesyndroom. Lisse. Swets & Zeitlinger, 1986

4. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). American Psychiatric Association, 1980

5. Ley R. Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behav Res Ther* 1985; 23: 79-81.

6. Garssen B, Veenendaal W van, Bloemink R. Agoraphobia and the Hyperventilation Syndrome. *Behav Res Ther* 1983; 21: 643-9

7. Molen GM van der, Hout MA van den. Interoceptieve angst bij neurotische paniek: een drielatige gecontroleerde studie. *Gedragstherapie* 1987; 20: 177-90

8. Lum LC. Physiological considerations in the treatment of hyperventilation syndromes. *J Drug Res* 1983; 8: 1867-72

Euthanasiediscussie

Commentaar Nederlands Artsenverbond op wetsvoorstel 20.383

Commentaar op het wetsvoorstel 20.383, houdende regelen met betrekking tot de hulpverlening door een geneeskundige die zich beroept op overmacht bij levensbeëindiging op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van een patiënt

1. De titel van de wet. Het bezigen van het woord 'hulpverlening' in het kader van levensbeëindiging van een patiënt door een geneeskundige, wordt nergens in het wetsvoorstel noch in de Memorie van Toelichting verantwoord. Toch lijkt een zodanige verantwoording, aangezien het hier een novum betreft, van belang. Hulpverlening in medische zin heeft immers tot voor kort altijd betekend, en betekent wat ons betreft nog steeds: bestrijding van lijden en niet van leven.

2. In artikel 6a wordt onder levensberoving, onderscheidenlijk levensbeëindiging door een geneeskundige niet verstaan, in het derde lid, 'het verrichten van een medische handeling of het toedienen van een geneesmiddel (...), ook al is een bijkomend gevolg van zodanige verrichting of zodanige toediening een verhaasting van het overlijden'. Deze formulering wekt de suggestie dat er middelen bestaan die, ook indien juist gedoseerd, voorspelbaar het overlijden verhaasten. Zodanige middelen bestaan echter niet. Wat wel kan voorkomen is overlijden door overdosering – dus een kunstfout- of, in zeldzame gevallen, door een bijwerking respectievelijk complicatie. Als men deze tekst in overeenstemming met de werkelijkheid zou willen brengen, zou men dus moeten spreken van verrichtingen of toedieningen die in zeldzame gevallen het overlijden kunnen verhaasten. Daar vallen dan alle operaties onder en de meeste medicijnen. Waar pijnbestrij-

ding in het geding is zal deze, indien lege arts uitgevoerd, eerder het leven opnieuw mogelijk maken dan verkorten.

Wat in het algemeen de formulering van negatieve definities, drie in getal, in artikel 6a betreft zijn wij, met de Staatscommissie (MvT pag. 10 laatste al.) van oordeel dat hiertoe strikt genomen geen noodzaak bestaat en zeker niet teneinde bij de geneeskundige onzekerheid weg te nemen (MvT pag. 11 tweede al.). Iedere dokter heeft immers de eeuwen door geweten dat abstinieren (art. 6a, a en 6a, b) een belangrijk onderdeel vormt van zijn kunst, en dienovereenkomstig heeft hij ook altijd gehandeld c.q. behoorde hij te handelen. Evenzo zal iedere dokter bij het voorstellen van een therapie eerst de voordelen afwegen tegen de kleinere of grotere risico's. Daarentegen is het de meerderheid van de niet-medici, die altijd maar weer, ook na vijftien jaar euthanasiediscussie, blijkt te denken dat afwijzen van euthanasie betekent: doorbehandelen, ook met grote of hinderlijke middelen, tot het laatste toe en zonder aanzien des persoons, alsook geen adequate pijnbestrijdingsmiddelen hanteren uit angst voor bijwerkingen of complicaties. Welnu, voor deze mensen, dus de niet-medici, kan artikel 6a wellicht onzekerheid wegnemen omtrent hun eventuele toekomstige lot en om die reden lijkt ons het formuleren van een negatieve definitiebepaling toch van voordeel.

3. Ten aanzien van artikel 6b hebben wij ernstige kritiek. Bij herhaling wordt hierin gesproken over 'vereisten voor zorgvuldig medisch handelen' in relatie tot levensbeëindiging. De zaak is echter dat men opzettelijke levensbeëindiging per definitie geen medische, laat staan een *zorgvuldig* medische handeling kan noemen, ook niet indien die hande-

ling wordt uitgevoerd door een medicus. Levensbeëindiging is altijd en overal, behalve de laatste twintig jaar in sommige sectoren in Nederland, uitdrukkelijk uitgesloten geweest van geneeskunst en werd dan ook door medici nooit of zeer zelden gepraktiseerd (de episode Duitsland 1939-1945 nu even buiten beschouwing gelaten). Men kan het ook zo zeggen: de medicus die zijn patiënt opzettelijk doodt handelt eo ipso medisch onzorgvuldig.

Het artikel zal derhalve – gesteld dat men het toch wil behouden – aan helderheid winnen en minder gevaar lopen corrumperend te werken op de medische stand, indien men consequent de term 'zorgvuldig medisch handelen' vervangt door de term 'zorgvuldig euthanatisch handelen'. Dan komt ook duidelijker aan het licht hoe onlogisch het in feite is, uitgerekend artsen de bevoegdheid tot doden te verlenen. Iedere andere burger komt ons inziens eerder in aanmerking voor verlening van zodanige bevoegdheid dan een arts.

Het wetsvoorstel verleent de bevoegdheid tot doden overigens niet expliciet, maar wel impliciet, zij het dat niet alle rechtsonzekerheid bij de arts die levensbeëindiging toepast, wordt opgeheven. Dit laatste valt op zichzelf toe te juichen, maar de vraag is of dit in de praktijk veel zal uitmaken.

Wat de *zorgvuldigheidsvereisten* betreft merken wij op dat:

- a. de arts die in een bepaald geval een indicatie ziet tot euthanasie, uiteraard een somberder beeld zal schetsen van de situatie waarin de zieke zich bevindt, alsmede van het te verwachten beloop en de eventuele mogelijkheden tot beïnvloeding daarvan, dan de arts die zich in alle gevallen wil beperken tot de geneeskunst;
- c. (met voorbijgaan van het niet om commen-

taar vragende punt b) het begrip 'vrijwilligheid' binnen de arts-patiëntrelatie iets zeer betrekkelijks is. Waar bijvoorbeeld een arts aan een patiënt euthanasie in overweging geeft, zoals veelvuldig gebeurt – een handelwijze die ook openlijk door vooraanstaande euthanasiserende artsen wordt verdedigd – daar zal de patiënt dit terecht als een advies opvatten dat hij maar het best kan opvolgen. Anderzijds is het bijna ondenkbaar dat een sterk verzwakte en afhankelijk geworden patiënt in een euthanasievriendelijke omgeving niet om levensbeëindiging zal gaan verzoeken. Zulk een verzoek dan nog 'vrijwillig' te noemen is niet helemaal eerlijk;

d. het aanwezig zijn van een levenstestament voor de medicus naar onze mening hoogstens een rol mag spelen bij het besluit tot al dan niet absterineren;

e. het raadplegen van een andere geneeskundige weinig zin heeft, tenzij men de eis stelt dat die andere geneeskundige deskundiger dient te zijn inzake pijnbestrijding of stervensbegeleiding dan de behandelend geneeskundige.

Tot zover ons commentaar op de tekst van het wetsvoorstel. Daaraan willen wij gaarne nog

opmerkingen toevoegen naar aanleiding van een paar punten uit de *Memorie van Toelichting*.

1. *Normen van medische ethiek*. Op pagina twee van de MvT worden uitspraken van de Hoge Raad aangehaald waarin sprake is van 'normen van medische ethiek', 'naar objectief medisch inzicht' en 'naar in de medische ethiek geldende normen'. In dit verband willen wij erop wijzen dat sinds de jaren '60 helaas niet meer kan worden gesproken van geldende normen van medische ethiek, met name niet waar het de grondnorm 'eerbiediging menselijk leven' betreft. Wie zich echter wil refereren aan 'de' medische ethiek, dient te beseffen dat die ethiek, ook wel de Hippocratische ethiek genoemd, doden-op-verzoek zonder meer afwijst.

2. *Grensverlegging*. In MvT pag. 5, eerste alinea, wordt gewezen op het feit 'dat scheppen van ruimte in de wet ertoe kan leiden dat daarna wederom grensverlegging optreedt'. Men kan zich afvragen waarom uit dit belangwekkende inzicht niet de consequentie wordt getrokken om de deur naar euthanasie dicht te houden.

3. *Zorgvuldig medisch handelen*. Op pag. 8

MvT, tweede helft, staat: 'Zorgvuldig medisch handelen kan per definitie slechts geschieden door degenen die bevoegd zijn verklaard de geneeskunst uit te oefenen'. Hierin kunnen wij ons volledig vinden, maar daarnaast zouden wij willen stellen: 'Zorgvuldig euthanatisch handelen kan per definitie niet geschieden door degenen die bevoegd zijn verklaard de geneeskunst uit te oefenen'.

4. *'De' medische wereld*. MvT pag. 5, derde alinea, zegt: 'De medische wereld vraagt om concrete maatstaven die meer rechtszekerheid bieden'. Onze vraag luidt wie met 'de' medische wereld wordt bedoeld. Onlangs heeft eerst de World Medical Association zonder één stem tegen (Nederland is geen lid) en vervolgens de Permanente Commissie van artsen van de Europese Gemeenschap, deze laatste met alleen Nederland tegen, zich duidelijk en onvoorwaardelijk uitgesproken tegen euthanasie, als zijnde, in de woorden van de verklaring van de Permanente Commissie, 'in strijd met de medische ethiek', maar ook binnen Nederland genieten momenteel vele artsen, door zich gewoon te houden aan 'de' medische ethiek, ruim voldoende rechtszekerheid. □

Y. van der Graaf, *Screening for cervical cancer; The Nijmegen Project*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. 1987. ISBN 90 5073 002 7. 140 blz.

(Herplaatsing wegens misstelling)

Deze dissertatie bestaat, uiteraard met uitzondering van de inleiding en beschouwing, uit in buitenlandse tijdschriften gepubliceerde artikelen. Dit heeft zowel voor- als nadelen. Een voordeel is dat ieder hoofdstuk begint met een samenvatting, een nadeel dat men herhalingen niet heeft kunnen vermijden.

De inhoud van dit overzichtelijke en goed verzorgde proefschrift is gebaseerd op het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker gedurende de jaren 1976-1984 in de regio Nijmegen, een van de drie proefregio's die voor een grootscheeps proefproject waren aange-
wezen.

In het eerste hoofdstuk wordt de sterfte aan baarmoederhalskanker, de mortaliteit, in de periode 1936-1983 beschreven en geanalyseerd. Er blijkt sinds 1960 voor alle leeftijdsgroepen een daling te zijn ingetreden. Het eerste effect van het systematisch toepassen van de methode van vroege diagnostiek kan evenwel pas na 1980 worden verwacht; er moeten dus nog andere factoren een rol spelen. In de discussie wordt de conclusie getrokken dat het niet mogelijk is na te gaan welk effect elk van de genoemde factoren heeft teweeggebracht.

Het tweede hoofdstuk beschrijft de overlevingskansen bij cervixcarcinoom. Zoals ver-



wacht is het stadium bij diagnose een belangrijk gegeven.

De gang van zaken en de (vroege) resultaten van het bevolkingsonderzoek in de proefregio Nijmegen worden in het derde hoofdstuk beschreven. Deze resultaten zijn in de Nederlandse literatuur samen met de gegevens van de proefregio's Rotterdam en Utrecht terug te vinden in de rapportages van de EVAC¹.

In het vierde hoofdstuk wordt het effect van screening op een sinds kort erkende wijze, 'het patiënt-controleonderzoek', aangetoond. Hiervoor werd gekozen omdat de analyse van de mortaliteit problemen gaf (zie eerste hoofdstuk). Vrouwen met een invasief cervixcarcinoom bleken minder vaak op preventieve indicatie te zijn uitgestreken dan de 'controle'-vrouwen. Dit verschil kon niet worden verklaard door storende variabelen. De conclusie leidt dat screenen de kans op het krijgen van een invasieve vorm van cervixcarcinoom in gunstige zin beïnvloedt. De tweede helft van dit hoofdstuk laat zien dat de incidentie van invasief cervixcarcinoom enige jaren na invoering van het bevolkingsonderzoek afneemt. (Deze resultaten zijn ook beschreven voor de twee andere proefregio's.) Voor de proefregio Nijmegen lijkt het besluit de onderste leeftijdsgrens voor het bevolkingsonderzoek op 35 jaar te stellen een goede beslissing te zijn geweest.

Voor een bevolkingsonderzoek is een goede

procesbewaking een eerste vereiste. De kwaliteit van het uitstrijken zelf én van het laboratoriumonderzoek dienen veel aandacht te krijgen, teneinde het aantal fout-negatieve uitslagen zo klein mogelijk te houden. In hoofdstuk 5 wordt hierop uitgebreid ingegaan.

Het laatste hoofdstuk geeft een algehele beschouwing. Men, dat wil zeggen de promovenda samen met de promotor en de co-referent, komt tot de conclusie dat bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom effect kan hebben, mits wordt voldaan aan een aantal (fundamentele) eisen, te weten:

- een hoog deelnamepercentage;
- goede kwaliteit van de uitvoering;
- sluitende follow-up; en
- een adequate behandeling.

Dit proefschrift biedt een welkome aanvulling op de tot nu toe verschenen literatuur over het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Samen met het reeds eerder verschenen 'Screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker'², waarvan de promovenda eerste auteur was, krijgt men een compleet beeld van het voorkomen en voorkomen van cervixcarcinoom in de proefregio Nijmegen. Beleidmakers, gynaecologen, patholoog-anatomen en anderen die zich met deze problematiek bezighouden dienen zich op de hoogte te stellen van de inhoud.

Mw. Dr. H. J. A. Collette

1. (Interim)rapportages van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom (EVAC) Leiden: NIPG

2. MC nr 6/1986, blz 173.

Concurrentie in de gezondheidszorg

De vele publikaties die de laatste tijd zijn verschenen over wat wordt genoemd concurrentie en commercie in de gezondheidszorg zijn voor het hoofdbestuur aanleiding geweest om een werkgroep in het leven te roepen die dit vraagstuk nader moest bestuderen.

De werkgroep heeft na een eerste verkenning vorig jaar een interimadvies uitgebracht. Daarin zijn de randvoorwaarden aangegeven waarbinnen naar haar oordeel concurrentie en commercie in de gezondheidszorg zich in elk geval dienen te bewegen, willen zij als aanvaardbare activiteiten kunnen worden aangemerkt. Voorshands

meende de werkgroep dat introductie van marktelementen in de gezondheidszorg positief ware te waarderen, in zoverre daarmee wordt beoogd doelmatigheid en kwaliteit te bevorderen. Er zijn echter nog andere waarden en belangen aan de orde, die eveneens aandacht verdienen. Door het formuleren van randvoorwaarden hoopt de werkgroep zowel de positieve als negatieve aspecten in hun onderlinge verband te belichten.

Het hoofdbestuur heeft zich met de inhoud van het interimadvies kunnen verenigen en heeft besloten tot publikatie van de essentie daarvan. Deze volgt hieronder.

CONCURRENTIE OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

Voor de Nederlandse situatie wordt het gebruik van de volgende omschrijvingen bepleit:

Commercie: het streven naar winst, welke kan worden uitgekeerd aan derden-investeerdere. Als winst in deze zin wordt dus niet beschouwd een normaal ondernemersinkomen voor vrijgevestigde artsen en andere beroepsbeoefenaren.

Concurrentie: het streven naar verbetering van de eigen financiële positie op de markt.

Competitie: het streven naar verbetering van het aanzien, het beeld dat de consumenten/patiënten van de beroepsbeoefenaar of instelling hebben. Hierbij gaat het vooral om vakgerichte activiteiten.

De aandacht behoeft niet primair uit te gaan naar activiteiten die onder de definitie van commercie kunnen worden gebracht, mede omdat daarvoor nog te veel wettelijke drempels bestaan, zoals hierna zal blijken. Het verschijnsel 'competitie', al lang bekend in de gezondheidszorg, verdient in beginsel een positieve waardering en behoeft op dit moment geen verdere verdieping. De aandacht gaat dus voorshands vooral uit naar het verschijnsel 'concurrentie'. Het is dit verschijnsel dat in de publiciteit en in recentelijk verschenen rapporten van politieke groeperingen en van organisaties in het veld van de gezondheidszorg het meest wordt belicht.

Het is gebruikelijk bij het verschijnsel 'concurrentie' een onderscheid te maken al naar gelang er sprake is van het niveau van de ziektekostenverzekeraars, het niveau van de instellingen of het niveau van de beroepsbeoefenaren.

a. Ziektekostenverzekeraars

In ons land is concurrentie tussen particuliere verzekeringsmaatschappijen een gebruikelijk beeld. Met verschillen in

premies en pakketten, met aantrekkelijke aanbiedingen voor jongeren, met kortingspercentages of met aanbod voor dekking van alternatieve behandelwijzen, trachten de maatschappijen hun marktaandeel te vergroten.

In de Verenigde Staten van Amerika is de figuur van de 'health maintenance organization' (HMO) bekend geworden. Deze krijgt ook in de Nederlandse publikaties veel aandacht. Hierbij gaat het om instellingen die eensdeels zijn opgericht door verzekeringsmaatschappijen die ziekenhuizen in eigen beheer en beroepsbeoefenaren in eigen dienst kunnen hebben, anderdeels door artsen zelf. Zij vergoeden alleen de diensten van eigen instellingen en beroepsbeoefenaren, die in het algemeen worden geselecteerd op hun bereidheid volgens aangegeven kosten- en kwaliteitsnormen te werken. De instelling van een soortgelijke figuur wordt ook in ons land overwogen.

In de ziekenfondswereld leven ideeën omtrent opheffing van de contracteerplicht, premievrijheid, eigen instellingen en het loslaten van regionale monopolies. In het rapport van de Telderstichting, het wetenschappelijk instituut van de VVD, getiteld: 'Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg', is aan deze ideeën adhesie betuigd. Dit is eveneens geschied in het rapport van het wetenschappelijk instituut van het CDA, getiteld: 'Zorgvernieuwing door structuurverandering'. En het is tenslotte ook geschied in het rapport van de commissie-Dekker. Als deze ideeën zullen worden gerealiseerd, dan zal de concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars toenemen; dit zal ongetwijfeld grote repercussies hebben voor de medische beroepsuitoefening.

b. Instellingen

Op dit moment bestaan voor instellingen enkele belemmerende wettelijke bepalingen om commercieel, met winst oogmerk, werkzaam te zijn. Artikel 62 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) vereist voor de bouw van een ziekenhuisvoorziening een voorafgaande vergunning van de minister. Blijkens artikel 65, lid 4, waarbij artikel

OFFICIEEL

43, lid 2, van overeenkomstige toepassing is verklaard, komen voor een vergunning uitsluitend in aanmerking rechtspersonen wier werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst. Artikel 43 zelf bepaalt dat instellingen om in aanmerking te komen voor vergoedingen van overheidswege dan wel krachtens Ziekenfondswet of AWBZ, een erkenning nodig hebben die uitsluitend kan worden verleend aan rechtspersonen wier werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst.

Welke ruimte er nog is om voor uitsluitend particuliere patiënten een instelling te exploiteren, is nog steeds onderwerp van discussie. Overigens bestaat tussen instellingen in het algemeen weinig concurrentie. Het huidige systeem van budgettering werkt dat ook niet in de hand. Uit kosten- en kwaliteitsoverwegingen zou het echter aanbeveling kunnen verdienen dat in dit opzicht goed werkende ziekenhuizen door ziektekostenverzekeraars kunnen worden beloond met het kunnen verrichten van bijzondere activiteiten.

c. Beroepsbeoefenaren

Op dit moment is in Nederland concurrentie binnen de medische sector beperkt:

- De vrije vestiging is beperkt door regelingen van de overheid (geldt sinds kort voor huisartsen) of door regelingen van ziekenfondsen (geldt voor tandartsen en fysiotherapeuten) of door regelingen van de eigen beroepsorganisatie (geldt onder anderen voor apothekers).
- Voor medisch specialisten is nagenoeg een toelating tot een ziekenhuis vereist, hoewel dan werkend voor eigen rekening en risico.
- Vele andere beroepsbeoefenaren zijn in dienstverband werkzaam.
- De tarieven voor ziekenfondsverzekerden zijn uniform vastgesteld, terwijl in de particuliere sector eveneens vastgestelde tarieven gelden, al zijn daarbij differentiaties mogelijk.
- In de planningswetgeving is de mogelijkheid geopend en benut (onder andere voor neurochirurgie en hartchirurgie) de werkzaamheid van bepaalde specialismen te beperken, bijvoorbeeld alleen in aangewezen ziekenhuizen.
- De gedragsregels van de eigen beroepsbeoefenaren van verschillende onderdelen der geneeskunde, verbieden patiënten te selecteren op de (geringe) mate van zorg die zij behoeven, verbieden vestiging in bepaalde gevallen (bijvoorbeeld na waarneming) en verbieden in het algemeen ook reclame voor zichzelf.

Niettemin zijn nog wel concurrerende activiteiten mogelijk. Te denken valt aan – buiten de vestigingsregeling vallende – consultatieve praktijken voor groepen van patiënten met bepaalde verschijnselen of problemen, of aan praktijken waarbij behandelwijzen worden toegepast die niet tot het gebruikelijke pakket behoren (veelal alternatieve behandelwijzen). Te denken valt ook aan bijzondere klinieken en poliklinieken waarin slechts een beperkt pakket van behandelingen of onderzoeken wordt aangeboden of welke zich

slechts richten op patiënten met bepaalde symptomen. Deze activiteiten, waarbij men niet is gebonden of zich niet gebonden acht aan een vergunning dan wel aan vastgestelde tarieven noch aan gedragsregels van beroepsorganisaties (waarvan men geen lid behoeft te zijn), kunnen uiteraard concurrerend werken. Ook binnen het kader van wettelijke regelingen en in mindere mate of wellicht zelfs in afwijking van gedragsregels, die immers alleen voor leden gelden, zou concurrentie kunnen worden nagestreefd; dat zou dan dienen te geschieden door verschillen in inhoud, aard en omvang van de dienstverlening, door verschillen in tarieven en door verschillen in reclame voeren.

Vooralsnog lijkt echter de mogelijkheid van concurrentie binnen de medische beroepsuitoefening gering, doordat wetten en gedragsregels grote verschillen in dienstverlening, tarieven en reclame niet toestaan. De kaarten kunnen anders komen te liggen indien door wijziging van wetgeving en gedragsregels nieuwe constructies mogelijk worden.

RANDVOORWAARDEN

Er is uiteraard een relatie tussen het overheidsbeleid en de ontwikkeling van concurrentie in de gezondheidszorg. In een sterk door de overheid gereguleerde gezondheidszorg zal van concurrentie weinig sprake kunnen zijn, in een zuiver marktgerichte gezondheidszorg daarentegen is concurrentie een basisprincipe.

Een volledige werking van het marktmechanisme in de volksgezondheidssector zou echter niet mogelijk en/of zelfs niet wenselijk zijn, zo is ook in het rapport van de commissie-Dekker verklaard.

De patiënt heeft, juist omdat hij in een afhankelijkheidspositie verkeert en de deskundigheid van de hulpverlener in de regel niet kan beoordelen, bescherming van overheidswege nodig teneinde een functioneel bereikbare, financieel betaalbare en adequaat kwalitatieve zorg te verkrijgen. Artikel 22 van de Grondwet verplicht de overheid tot deze bescherming. Echter, niet alleen de overheid heeft de plicht te zorgen voor een bereikbare, betaalbare en goede gezondheidszorg, ook de hulpverleners zelf zijn daartoe gehouden. De KNMG heeft van haar kant steeds getracht deze doeleinden in haar beleid voor ogen te houden. De gezondheidszorg dient zich daarom ook bij een toenemende concurrentie te bewegen binnen de volgende randvoorwaarden:

a. *toegankelijkheid voor alle burgers.* Op dit moment is er op het punt van de toegankelijkheid tot en de beschikbaarheid van de gezondheidszorgvoorzieningen geen wezenlijk probleem, aangezien vrijwel iedereen verzekerd is of althans kan zijn. Er is in ons land geen concurrentie op basis van goede risico's. Het zou echter uit concurrentieoogpunt aantrekkelijk kunnen zijn de zogenaamde slechte risico's af te houden. Toch kan dit uit gezondheidszorgoogpunt niet worden aanvaard, ook niet indien de zekerheid bestaat dat deze risico's door andere instellingen en beroepsbeoefenaren worden opgevangen. Het is ook om die reden geweest

OFFICIEEL

dat instellingen een toetsbaar opnamebeleid en een toetsbaar doorverwijzingsbeleid hebben;

b. kwaliteitsbehoud. Het begrip 'kwaliteit' kent vele aspecten, zoals doelmatigheid doeltreffendheid, deskundigheid, zorgvuldigheid, continuïteit, goede bejegening, bereidheid adequate informatie te geven en verantwoording af te leggen, enz. Al deze aspecten zullen thans, maar ook bij een meer concurrerende gezondheidszorg, in acht moeten worden genomen.

Te verwachten is dat sommige aspecten bij een meer concurrerende aanpak zelfs beter tot hun recht zullen kunnen komen; te denken valt in het bijzonder aan doelmatigheid. Met kwaliteit zal men bovendien willen concurreren, waarbij de aandacht vooral zou kunnen uitgaan naar een patiënt-vriendelijke bejegening. Hoe nuttig deze ook is, vakdeskundigheid en doeltreffendheid van de zorg blijft vanuit de medische professie gezien een primaire eis. Ook de reclame die wordt gemaakt moet in overeenstemming zijn met de kwaliteitscriteria. Een regelmatige toetsing op dit punt lijkt een wenselijke zaak;

c. betaalbaarheid. Evenzeer als in de bestaande situatie zou ook bij een meer concurrerende gezondheidszorg de eis moeten worden gesteld dat zij betaalbaar is voor degenen die er gebruik van willen maken. Niettemin zal blijven bestaan dat binnen de gezondheidszorg werkzaamheden worden verricht die niet door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars worden vergoed en dus uitsluitend door eigen bijdragen van patiënten dienen te worden bekostigd;

d. rechten van de patiënt. De rechten van de patiënt op informatie, inzage, toestemming geven of weigeren en op vertrouwelijkheid, dienen ook binnen een concurrerende gezondheidszorg te zijn gewaarborgd. De komende patiëntenwet en de reeds op dit punt bestaande jurisprudentie laten geen twijfel omtrent de ter zake bestaande verplichtingen van de hulpverleners;

e. vrije artsenkeuze. Binnen de beperkingen, welke feitelijk ook thans aan de vrije keuze van de patiënt ten aanzien van de hem behandelende artsen worden gesteld – bijvoorbeeld een gering aantal huisartsen in de omgeving, een beperkt aantal bepaalde specialisten in het naburige ziekenhuis – zal ook bij concurrerende instellingen de vrije artsenkeuze zoveel mogelijk moeten worden gehandhaafd. Tussen patiënt en arts zal immers een vertrouwensrelatie moeten bestaan en bij het ontbreken van vertrouwen moet de mogelijkheid van overname van de behandeling door een andere arts kunnen worden gerealiseerd;

f. behoud professionele autonomie. Onder 'professionele autonomie' is onder meer te verstaan: de vrijheid van de hulpverlener zelf de keuze van diagnostische en therapeutische middelen te bepalen. Deze autonomie is primair in het belang van de patiënt, opdat deze die hulp kan krijgen waaraan hij in zijn specifieke situatie behoefte heeft. Onbeperkt is de professionele autonomie niet. De arts heeft lang niet altijd alle middelen ter beschikking, heeft ook

rekening te houden met de belangen van andere patiënten en met de algemene volksgezondheidsbelangen en hij zal zich bovendien wel moeten voegen binnen het budgetteringsbeleid dat instellingen heden ten dage genoopt zijn te voeren. Nochtans moeten aan artsen geen verdere beperkingen worden opgelegd dan door zwaarder wegende belangen worden gerechtvaardigd. Professionele autonomie bestaat immers uitsluitend in het belang van de patiënt. Het zou principieel onjuist zijn, indien artsen louter uit overwegingen van concurrentie zouden worden verplicht andere middelen te gebruiken dan zij in het belang van de patiënt aangewezen achten. Wel aanvaardbaar lijkt voorschijns dat van artsen wordt verlangd bij gelijk geacht rendement het goedkopere te nemen c.q. van bepaalde dure voorzieningen slechts gebruik te maken na het volgen van een bepaalde besluitvormingsprocedure; een aantal van dergelijke regelingen geldt nu al in de ziekenfondsverzekering;

g. geen oneigenlijke concurrentie tussen categorieën hulpverleners. In feite bestaat op dit moment een zekere mate van concurrentie tussen categorieën van hulpverleners, onder anderen tussen huisartsen en specialisten. Zolang zij niet buiten hun eigen takenpakket treden, behoeft daartegen geen bezwaar te bestaan. Ook indien huisartsen apparatuur gaan gebruiken die tot dusver uitsluitend door specialisten wordt gebruikt behoeft daartegen nog geen bezwaar te worden gemaakt, als zij maar deskundigheid te dien aanzien hebben verworven. Anders ligt het indien men gaat treden buiten het eigen takenpakket en deskundigheidsgebied en derhalve door oneigenlijke concurrentie wil trachten de eigen marktpositie te versterken ten opzichte van andere categorieën hulpverleners.

TOETSING

Het hoofdbestuur heeft de werkgroep verzocht concrete projecten, waaromtrent kennis wordt verkregen, te toetsen aan bovengenoemde randvoorwaarden. Tevens heeft het hoofdbestuur de werkgroep verzocht individuele leden van de KNMG die bij dergelijke projecten zijn betrokken of betrokken willen zijn, van advies te dienen. Deze leden kunnen zich daartoe wenden tot het secretariaat van de werkgroep, gevestigd in de Domus Medica.

De werkgroep Commercialisering is als volgt samengesteld:

W. H. Cense, voorzitter (HB),
Dr. Ch. A. M. Hendriks (HB),
A. ten Hove Jansen (LSV),
G. W. Salemink (LHV),
Prof. Dr. A. F. Casparie (EUR) en
Prof. Mr. W. B. van der Mij, secretaris (HB).

KNMG

Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders

In het kader van de zorgverlening aan buitenlandse patiënten is het van belang nog eens te wijzen op het bestaan van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. De communicatie tussen de buitenlandse patiënt en de arts verloopt nogal eens stroef. Vooral als het migranten betreft uit bijvoorbeeld Turkije of Marokko die alleen hun landstaal spreken. Dit probleem heeft zich ook gemanifesteerd tijdens de invoering van de eigen bijdrage voor specialistische zorg. Het toch al ingewikkelde betalingsstelsel van de gezondheidszorg is met deze nieuwe bezuinigingsmaatregel nog onduidelijker geworden. Zelfs zodanig, dat diverse collegae naar aanleiding hiervan hun ongerustheid over de voorlichting aan de buitenlandse patiënt hebben uitgesproken in enkele kranten.

Het bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders brengt uitkomst. Sinds de oprichting in 1976 zet deze organisatie zich in voor verhoging van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding voor migranten. De activiteiten van het bureau zijn hoofdzakelijk gericht op het verbeteren van communicatie en voorlichting op dit gebied. Om te voorkomen dat een slechte communicatie de toegang tot de gezondheidszorg beperkt, vervaardigt dit bureau, veelal in samenwerking met andere instellingen, voorlichtingsmateriaal over gezondheid en gezondheidszorg voor zowel migranten als hulpverleners.

Voor de hulpverleners zijn er diverse informatieve brochures (bijvoorbeeld 'Turken en Marokkanen in de Nederlandse gezondheidszorg') en themadagen (vooralsnog met

name voor toekomstige hulpverleners) over cultuurverschillen, communicatie en over houding en gedrag. Ten behoeve van het verbeteren van de communicatie bij de individuele hulpverlening heeft het bureau voor de verschillende specialismen woordenlijsten en cassettes samengesteld.

Voor buitenlandse patiënten die geen Nederlands kunnen lezen en schrijven is tweetalig voorlichtingsmateriaal beschikbaar. Deze zgn. communicatiethema's zijn voornamelijk opgesteld ten behoeve van de individuele contacten tussen de arts en de patiënt. De informatie, veelal geïllustreerd met tekeningen, kan dan thuis nogmaals doorgenomen worden. De brochures zijn er in het Turks en Marokkaans en voor bepaalde specialismen ook in het Spaans. Communicatiethema's en woordenlijsten zijn nuttige hulpmiddelen, maar ze lossen niet elk communicatieprobleem op. Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders adviseert dan ook tolkencentra in te schakelen als arts en patiënt elkaar echt niet begrijpen. De diensten van deze centra zijn gratis voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Korte, eenvoudige vertaalwerkzaamheden, die rechtstreeks voortvloeien uit de individuele hulpverlening, kunnen eveneens door het tolkencentrum worden uitgevoerd. Aangezien schriftelijk vertalen aanzienlijk verschilt van het tolken, wordt in alle andere gevallen verwezen naar het gewone vertaalcircuit.

Voor advies en informatie over het bovenstaande onderwerp kunt u terecht bij: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, J. F. Kennedylaan 101, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, telefoon 03405-96433.

KNMG

Lid Europees Parlement in Nijmegen

Op zaterdag 16 april aanstaande vindt het symposium 'Man en/of vrouw in de gezondheidszorg' plaats. Op de toch al indrukwekkende lijst met sprekers/inleiders ontbrak nog één naam, namelijk die van mevrouw N. van Dijk, lid van het Europees Parlement. Zij spreekt over toekomst en beleidsvisie onder het motto 'Man en/of vrouw op weg'.

Het symposium is een gezamenlijk initiatief van de KNMG-afdeling Nijmegen en omstreken en de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), regio Nijmegen. Om 10.30 uur begint de inschrijving en de ontvangst in het aulagebouw van de Katholieke

Universiteit aan de Wilhelminasingel 13 te Nijmegen. Er is parkeerplaats op de 'Wedren'. Het symposium begint om 11.00 uur en eindigt om 17.00 uur met een borrel.

Ter gelegenheid van het 102-jarig bestaan van de Afdeling Nijmegen en omstreken van de KNMG wordt in Slot 'Doddendaal' te Ewijk een feestavond gehouden. Ook de partners van alle deelnemers aan het symposium zijn van harte welkom. Hetzelfde geldt voor niet-leden van de KNMG en/of VNVA. Voor meer informatie kunt u terecht bij collega W. M. van Gaasbeek, telefoon 080-553715.

KNMG

Seminar praktijkautomatisering

Op zaterdag 9 april 1988 organiseert de KNMG in haar bestuursgebouw - De Domus Medica - een seminar over praktijkautomatisering voor huisartsen en specialisten. Beide categorieën leden hebben inmiddels separaat een convocatie toegezonden gekregen. In een sessie van 1 uur wordt u geïnformeerd over de mogelijkheden van voor u geselecteerde software. Voor de huisart-

sen zijn dit de pakketten Micro-His en Declamed en voor de specialist Promed en Specifac. Naast informatie wordt met behulp van grootbeeldprojectie tevens een demonstratie verzorgd. Na de informatieverstrekking bent u in de gelegenheid zelf met de pakketten te werken. Voor meer informatie kunt u terecht via telefoonnummer 030-823202.

KNMG

Aids en verzekeringen

In de pers zijn berichten verschenen als zou de KNMG haar standpunt ten aanzien van het doen van testen op HIV-virus in het kader van keuringen gewijzigd hebben. Dat is onjuist. De KNMG handhaaft haar standpunt dat testen op HIV-virus alleen en onder

zeer strenge condities geoorloofd is bij levensverzekeringen boven de f 200.000. Bij aanstellingskeuringen mag niet worden getest. Een mogelijk verhoogd risico voor een pensioenfonds mag geen rol spelen bij een aanstellingskeuring.

KNMG

Stichting Activiteiten Medische Studenten

Eerste lustrumsymposium

De symposiumraad van de Stichting Activiteiten Medische Studenten (SAMS) heeft 14 zeer verschillende sprekers uitgenodigd om een antwoord te geven op de vraag of man en vrouw verschillen. Onder anderen zullen aanwezig zijn Mw. Drs. Vos-van Gortel, Burgemeester van Utrecht, Prof.Dr. Swaab, neurobioloog uit Amsterdam, Drs. Cerfontaine, directeur patiëntenzorg AZU en

Guus van Mourik, meervoudig wereldkampioene karate. Vele invalshoeken komen aan bod: sport, cultuur, opvoeding, hersenen, carrièremogelijkheden en transseksualiteit. Inlichtingen: Nicolien de Bie 513673 (030) en Robertjan van Son 311746 (030). Kaartverkoop op de MSFU, Hamburgerstraat 27 te Utrecht of via bovenstaande telefoonnummers of het telefoonnummer 030-328298 en dan vragen naar de lustrumcommissie of het bestuur van SAMS. We zien u graag terug op vrijdag 8 april!

KNMG

Aanspreekpunt automatisering KNMG/LSV

Binnen de Domus Medica, het gebouw van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen, is ook het KNMG/LSV-aanspreekpunt voor automatisering gevestigd. De informatieverstrekking van dit aanspreekpunt betreft de volgende onderwerpen: algemene informatie over de op de markt aanwezige software; idem informatie over de hard-

ware; leden helpen met het formuleren van hun eisen en wensen ten aanzien van de praktijkautomatisering; informatie over communicatiemogelijkheden met medische databanken.

Het aanspreekpunt is telefonisch bereikbaar op 030-823370.

LSV

Commissie OZOM

Naar aanleiding van de discussie over de managementverantwoordelijkheid van de specialist heeft het Centraal Bestuur de Commissie Ontwikkeling Ziekenhuis Organisatie Modellen (OZOM) in het leven geroepen. Deze commissie, onder voorzitterschap van Dr. A. W. Mulder, ondervoorzitter van de LSV, heeft de volgende taakopdrachten:

- zorgdragen voor de ontwikkeling van ziekenhuisorgani-

satiemodellen, waarin de specialist naast zijn professionele verantwoordelijkheid tevens met betrekking tot de werkzaamheden van zijn afdeling budgettaire- en organisatorische verantwoordelijkheid voor zijn rekening neemt;

- bezien in welke situatie en onder welke voorwaarden, zowel in organisatorisch als financieel opzicht, dergelijke modellen in de praktijk kunnen worden gerealiseerd.

LSV

Functiegerichte budgettering

Zoals bekend zijn de algemene ziekenhuizen in 1983 overgegaan van het richtlijnenstelsel naar een budgetterings-systeem. De uitgaven over 1982 waren maatgevend voor het budget van 1983. Op die wijze kregen ziekenhuizen met hoge uitgaven over 1982 een ruimer budget toegewezen dan ziekenhuizen met lagere uitgaven over dat jaar. Daarom heeft men in de tussentijd getracht objectieve normen te ontwikkelen ter bepaling van de noodzakelijke uitgaven.

Bij de ontwikkeling van deze parameters is als uitgangspunt genomen dat enerzijds de totale uitgaven voor algemene

ziekenhuizen niet mogen stijgen en dat anderzijds het verschil tussen het oude en het nieuwe budget niet te groot mag worden. Met de ontwikkeling van een negental parameters is het systeem van Functiegerichte Budgettering tot stand gekomen. Functiegerichte Budgettering wil zeggen, dat de hoogte van het toegekende budget wordt bepaald door de door het ziekenhuis uitgeoefende functies en de daarmee samenhangende productie.

De functies die door het ziekenhuis worden uitgeoefend, worden gemeten aan de hand van de zogenaamde capaciteitgebonden parameters. Deze zijn:

UIT DE VERENIGINGEN

– De erkende specialistenplaats. Op basis van de erkenningsbeschikking 1987 is per erkende poortspecialist een bedrag in het ziekenhuisbudget verwerkt. Doordat het ene specialisme voor het ziekenhuis meer kosten met zich meebrengt dan het andere, is per specialisme een wegingsfactor aangebracht. Bij de berekening worden agio's van de poortspecialismen voor 50% meegenomen. Tot de poortspecialismen horen niet de anesthesiologie, medische microbiologie, pathologische anatomie, klinische chemie, radiologie en radiodiagnostiek.

– Het erkende bed. Op basis van de erkenningsbeschikking 1987 wordt een bedrag in het ziekenhuisbudget verwerkt.

– De adherente inwoner. Hiermee wordt de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis voor haar verzorgingsgebied tot uitdrukking gebracht.

De omvang van de uit de functies voortvloeiende productie wordt bepaald met behulp van zogenaamde productiegebonden parameters. Deze omvatten: opname, verpleegdag, eerste polibezoek, dagbehandeling, revalidatie dagbehandeling, psychiatrische deeltijdbehandeling.

Daarnaast krijgt het ziekenhuis een aparte vergoeding voor kostbare vormen van zorgverlening zoals thoraxchirurgie en haemodialyse.

De kosten voor rente, aflossing, belasting, verzekering e.d. vallen buiten het budget en worden op basis van nacalculatie vergoed.

Het systeem van Functiegerichte Budgettering geldt vanaf 1 januari 1988 voor de algemene ziekenhuizen. Omdat veel nieuwe functiegerichte budgetten afwijken van de oude is gekozen voor een gefaseerde aanpassing. Door deze wijze van invoeren zullen de oude budgetten van een groot aantal

ziekenhuizen tot 1990 niet worden aangepast. Tot 1990 komen alleen ziekenhuizen voor budgetaanpassing in aanmerking waarbij de afwijking groter is dan 8%. De budgetten van de laatstgenoemde ziekenhuizen worden in 1988 met 1% en in 1989 met 3% aangepast. Vanaf 1990 worden alle budgetten met maximaal 2% per jaar aangepast.

Tenslotte wordt op basis van de productiegegevens over 1988 de onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en uitbesteding aan produktiesamenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld CT-scans en laboratoriumonderzoek) vanaf 1989 in de budgetten verwerkt. Het aanvragende ziekenhuis moet dan voor de diensten van het leverende ziekenhuis c.q. produktiesamenwerkingsverband gaan betalen.

In de Erkeningsbeschikking per ziekenhuis zijn de aantallen specialisten opgenomen die werkzaam zijn of zouden moeten zijn in het betreffende ziekenhuis. Per 1 januari 1988 is de inhoud van de Erkeningsbeschikking van het ziekenhuis in belangrijke mate bepalend voor de hoogte van het aan dat ziekenhuis ter beschikking komende ziekenhuisbudget. Een van de relevante parameters ter bepaling van de hoogte van het ziekenhuisbudget zal het aantal specialistische functie-eenheden zijn (vermeld in kolom 2).

Het WVC, de NZR en de VNZ hebben afgesproken de inhoud van de Erkeningsbeschikking te toetsen aan de werkelijkheid en zijn daar inmiddels ook daadwerkelijk mee bezig. Het is derhalve van essentieel belang dat het stafbestuur en de ziekenhuisdirectie in overleg met de specialisten zo zorgvuldig mogelijk de feitelijk in het ziekenhuis bestaande situatie tot uitdrukking brengen in de Erkeningsbeschikking van het ziekenhuis.

LVSG

Postacademisch onderwijs

Inventarisatie van ideeën

Nascholing in de geneeskunde moet zijn afgestemd op de behoeften van de gezondheidszorg en de werkers daarin, zowel wat betreft de vorm als wat betreft de inhoud. Met deze gedachte in het achterhoofd heeft het Orgaan PAO-Geneskunde aan de vertegenwoordigers van de LVSG in het Orgaanbestuur gevraagd te inventariseren welke behoeften aan PAO-cursussen er bestaan binnen de verschillende beroepsgroepen van sociaal-geneeskundigen. De LVSG heeft deze vraag voorgelegd aan de (onderwijscommissies van de) verschillende wetenschappelijke verenigingen. Ook de individuele leden kunnen hun ideeën op dit punt via de LVSG aan het Orgaan PAOG voorleggen. Graag roept de LVSG hen dan ook op deze ideeën kenbaar te maken, liefst aan de hand van antwoorden op de volgende vragen: Met betrekking tot welke onderwerpen zou u PAOG-cursussen georganiseerd willen zien? Hebt u voorstellen met betrekking tot de duur van zo'n cursus? Op welke doelgroep zou die cursus zich volgens u moeten richten? Hebt u suggesties voor wie zo'n cursus het best zou kunnen geven/organiseren?

Volgens het periodiek overzicht van het Orgaan PAOG zijn vanaf 1 januari 1988 de volgende cursussen voor o.a. sociaal-geneeskundigen in de planning opgenomen:

- basiscursus sportgeneeskunde (duur 2 maal 5 dagen) georganiseerd door het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg;
- het gebruik van het diagnostisch interviewschema (duur 1 maal 2 dagen plus 1 maal 1 dag) georganiseerd door de vakgroep Psychiatrie van de UvA;
- methodiek en statistiek van sociaal-medisch onderzoek (duur nog niet bekend) georganiseerd door de vakgroepen Sociale geneeskunde en Medische Statistiek van de VU;
- beenamputaties (duur 1 dag) georganiseerd door de vakgroep Chirurgie van de VU
- het gebruik van DIS (duur nog onbekend) georganiseerd door de vakgroep Psychiatrie van de UvA.

Uw suggesties voor aanvulling van bovenstaande lijst kunt u sturen naar: bureau LVSG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. Telefoon LVSG-bureau 030-823203; Mw. Mr. M. de Bruijn-van Beek.