

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 8 – 26 februari – 43e jaargang

De Hulpgroep Thuis Sterven uit Nijmegen heeft onderzocht hoe groot de behoefte aan aanvullende zorg bij stervenden en naaststaanden is. Het blijkt dat van de mensen die de keuze hebben en die bij voorkeur in hun eigen omgeving willen sterven, 40% behoefte heeft aan extra hulp. Het onderzoek is uitgevoerd door Drs. M. J. H. M. Spee, beleidsmedewerker volksgezondheid bij het Gewest Noord-Limburg te Venlo, Drs. T. Staps, die als psycholoog verbonden is aan het Radboudziekenhuis te Nijmegen, en de studente andragogie Y. J. Begeer.

Ontwikkelingsgeneeskunde omvat die medische technologieën welke zich bevinden in de overgangsfase van onderzoek naar praktijk. Per definitie wordt daarmee de vraag gesteld of er sprake kan zijn van opname in het verstrekkingenpakket. Informatie erover geven Dr. J. H. Mulder, internist van de Daniël den Hoedkliniek te Rotterdam en part-time medewerker van het stafbureau Beleidsontwikkeling op WVC, en Dr. C. A. Ladage, verbonden aan de directie Academische Ziekenhuizen bij O&W.

De nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' geeft een nieuwe koers aan. W. Joling, beleidsmedewerker van het stafbureau Beleidsontwikkeling op WVC en een van de opstellers van de nota, bespreekt die nieuwe koers.

Moet er een landelijk programma voor een bevolkingsonderzoek op borstkanker komen? Zo ja, hoe zou zo'n programma dan kunnen worden opgezet? Een hulpmiddel bij het beantwoorden van die vragen is de prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse. Dit betogen J. P. M. Weerts, directeur van de Stichting ICODO, en Mw. H. J. A. Collette, projectleider bij het DOM-project Preventicon.

Almere wil een behoorlijke verschuiving laten zien van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Wat betekent dat voor het nog te bouwen ziekenhuis? Drs. J. van Amstel, directeur algemene zaken van het Burgerziekenhuis te Amsterdam, en Drs. L. Dekker, medewerker van de afdeling Management en Organisatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut te Utrecht, trokken een tweede lijn naar Almere.

## INHOUD

Aanvullende terminale zorg. Een behoefteonderzoek

*Drs. M. H. J. M. Spee, Drs. T. Staps en Y. Begeer - 231*

Ontwikkelingsgeneeskunde. Wat beoogt de overheid met een stimuleringsbeleid?

*Dr. J. H. Mulder en Dr. C. A. Ladage - 233*

WVC pleit voor nieuwe koers gezondheidsonderzoek. Nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid'

*W. Joling - 235*

Bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse

*J. P. M. Weerts en Mw. H. J. A. Colette - 237*

Een experiment in Almere (4). Opties voor een ziekenhuis

*Drs. J. van Amstel en Drs. L. Dekker - 243*

Arts en recht. Werkafspraken röntgenoloog en laborant. Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 3 december 1987 - 245

Uitspraak Raad van Beroep. Klacht over leden-geneeskundigen van een medisch tuchtcollege - 246

---

Colofon 226 - Colofon officieel 226 - Hoofdre-dactioneel commentaar 227 - Voorzittersko-lom LHV 228 - Brieven 229 - Meester Dokter 242 - Uit de Verenigingen 255

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

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris  
Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-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 verantwoordelijk. Verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

#### Abonnementen

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

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

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

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'De anatomische les van Dr. Tulp (1632) van Rembrandt.  
Mauritshuis, Den Haag.

## 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. E. M. Dekker-Meelker, 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. Maursing, secretaris-penningmeester, Iri-laan 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.

# Onderzoekbeleid Volksgezondheid

Op 22 januari jl. is het kabinet akkoord gegaan met de nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' van de staatssecretaris van WVC. Hiermee is voor de eerste keer door het vakdepartement (WVC) een integrale beleidsvisie op zowel het universitaire als het niet-universitaire onderzoek op schrift gesteld en naar buiten gebracht.

Tot voor kort financierde WVC de onderzoekactiviteiten van het RIVM, het medisch-biologisch onderzoek van TNO, het Nederlands Kanker Instituut en de instituten gericht op bepaalde sectoren van de gezondheidszorg, zoals NIVEL, NcGv, NISSO en SWOAD. Daarnaast droeg dit departement de kosten van het Praeventiefonds en enkele bescheiden andere activiteiten. Van inhoudelijke bemoeienis van WVC met het onderzoek op het gebied van de volksgezondheid was nauwelijks sprake. Dat hierin verandering is opgetreden is een logisch gevolg van de aan het einde van de jaren zeventig ingezette beleidswijziging, waarbij het departement verantwoordelijkheid is gaan nemen voor het aangeven van probleemgebieden van onderzoek en het stellen van prioriteiten op grond van beleidsrelevantie. De instelling van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG), over wier activiteiten in Medisch Contact regelmatig is gerapporteerd, vormt hiervan een duidelijk voorbeeld.

Een integrale beleidsvisie is ook voor andere departementen van belang. Nog onlangs klaagde de minister van Onderwijs en Wetenschappen in zijn hoger onderwijs- en onderzoeksplan (HOOP) over het gebrek aan signalen omtrent binnen het gezondheidszorgsysteem levende wenselijkheden voor onderzoek. Nu de nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' is aanvaard, is hiermee ook het onderzoekbeleid formeel een onderdeel van het regeringsbeleid ten aanzien van de volksgezondheid geworden. De nota betreft niet de wetenschapsbeoefening 'pur sang', maar die aspecten waarvan men verwacht dat ze de gezondheidstoestand van de bevolking kunnen verbeteren.

In de 'Nota 2000' werden, in navolging van het model van de Canadese minister van Volksgezondheid Lalonde uit 1974, voor het gezondheid(zorg)beleid vijf clusters aangegeven: de biologische cluster, waaronder erfelijke factoren; de fysieke omgeving; de maatschappelijke omge-

ving; leefwijzen; en het gezondheidszorgsysteem zelf. Terecht stelde Van Es indertijd dat de concrete invulling van dat beleid in de 'Nota 2000' maar zwak aan de orde is gekomen<sup>1</sup>. Onderzoek waardoor het beleid ontwikkeld, onderbouwd en geëvalueerd wordt, is hoe dan ook een belangrijke voorwaarde om ooit tot verantwoord beleid te kunnen komen. De hoofdlijnen van het toekomstig gezondheidsonderzoek liggen volgens de nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' op het gebied van: gezondheidstoestand en ziekten; leefstijl en gezondheid; omgevingsfactoren en gezondheid; gezondheidzorg; en instrumenten voor gezondheids(zorg)beleid. Hiermee is naadloos aangesloten bij de 'Nota 2000'. Hoe stelt men zich voor het onderzoekbeleid te realiseren? In de eerste plaats door een duidelijk programma en onderlinge afstemming van het onderzoek door de door WVC gefinancierde onderzoek-

## Dr. C. Spreeuwenberg

instituten. De nota is op dit punt het meest concreet; logisch, omdat het ministerie als directe financier hier de grootste invloed heeft op de richting van het onderzoek. Vager is de nota over de stimulering van het strategisch onderzoek via programmafinanciering op specifieke aandachtsgebieden.

Erkend moet echter worden dat de laatste jaren op gang gekomen activiteiten op gebieden als de ontwikkeling van toekomstscenario's en 'technology assessment' vaardig worden uitgevoerd en dat de resultaten hoopgevend zijn. De organisatorische koppeling aan de Gezondheidsraad en het aantrekken van ter zake deskundigen heeft hier gunstig gewerkt. Het meest problematisch kan het worden het universitaire onderzoek in te passen in de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid. Het getuigt van een ernstige kortzichtigheid als men de waarde van een universitair onderzoekprogramma alleen afmeet aan zijn maatschappelijke relevantie. Ook moet men aan elk onderzoek de eis stellen dat de kwaliteit goed is en de conclusies wetenschappelijk verantwoord zijn.

Om de vele problemen inherent aan de complexiteit van ziek-zijn en ziek-worden

en de gezondheidszorg te kunnen oplossen is er een geweldige behoefte aan praktisch gericht onderzoek. Helaas wordt pragmatisch onderzoek op het gebied van de 'health services research' in ons land onvoldoende gewaardeerd. De status van iemand die zich hiermee bezighoudt is laag. Facultaire commissies voor de wetenschapsbeoefening buigen zich zelden of nooit over het volksgezondheidsbeleid om zich een beeld te vormen van de bijdrage die de vakgroepen van hun faculteit daaraan door onderzoek kunnen leveren.

Een belangrijk instrument om het universitaire onderzoek om te buigen, is het aangeven van een bestemming aan de fondsen voor wetenschappelijk onderzoek. De belangrijkste financiële bijdrage komt echter van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en deze laatste laat wat de bestemming en beoordeling betreft tegenwoordig weer veel aan de instellingen zelf over. Dit doet de vraag rijzen of het departement van WVC in staat is aan de heroriëntatie van het onderzoek leiding te geven. In het verleden ontbrak het minder aan beleidsvoorstellen dan aan een consequente uitvoering van beleid. Een ambitieus onderzoekbeleid van WVC vergt een bewindsman die tegenspel kan bieden aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de aanwezigheid van voldoende inhoudelijke en onderzoekvaardige deskundigen in de staf van het eigen departement. Helaas is de bewindsman van Volksgezondheid geen minister en werken op het ministerie nauwelijks nog medici. Men moet daarom altijd varen op medici die, hoe integer en goedbedoelend ook, hun eigen belangen hebben en meestal reeds in de vele andere adviescircuits op wetenschappelijk en inhoudelijk gebied zitten. Betwijfeld kan worden of de oplossing die in de nota voor dit gebrek aan expertise wordt aangedragen: het beoordelen en bewaken van de kwaliteit door de Raad voor Gezondheidsonderzoek, voldoende oplossing biedt voor dit kernprobleem.

Ondanks deze kanttekeningen verdient de bewindsman alle lof voor het uitbrengen van deze, ook internationaal gezien, unieke nota. □

1. Es JC van. Nota 2000. Medisch Contact 1986; 41: 559

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

## Huisarts contra apotheker?

De huisartsen schrijven geneesmiddelen voor en een deel van hen levert deze ook af.

Om met deze laatste – 900 van de circa 6.200 huisartsen in ons land te beginnen: zij, de apotheekhoudend huisartsen, hebben allen uitgekeken naar de plenaire behandeling deze week in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Tien jaar na het ontstaan van het conflict apotheekhoudend huisarts-apotheker en drie jaar nadat het wetsvoorstel bij het parlement is ingediend! Het wetsvoorstel kan het conflict eigenlijk niet oplossen, omdat het onvoldoende duidelijk vastlegt wie de geneesmiddelenvoorziening ten plattelande voor zijn rekening kan nemen. Het akkoord LHV-KNMP van mei 1985 zou – in de WOG opgenomen – het conflict hebben kunnen beëindigen. De regering acht echter de hoeksteen van het akkoord en het belangrijkste sturingsmiddel om het conflict op te lossen: een wettelijk vestigingsbeleid voor apothekers, ongewenst; het zou niet in het belang zijn van de volksgezondheid! De KNMP en de LHV zijn het daar niet mee eens. De LHV heeft het parlement schriftelijk en mondeling haar wensen en opvattingen over de WOG opnieuw uitvoerig onder de aandacht gebracht. Het parlement heeft het laatste woord.

Per 1 januari 1988 is een nieuwe tariefstructuur voor de aflevering van geneesmiddelen ingevoerd. De regering wil daarmee ongeveer 100 miljoen gulden bezuinigen. De invoeringsproblemen zijn talrijk. Zo is bij apothekers in de ziekenfondssfeer het abonnementshonorarium met daarnaast afleveringsvergoedingen afgeschaft en vervangen door een puur verrichtingsstelsel en een vast bedrag voor elke aflevering. Voor apotheekhoudend huisartsen verandert in de ziekenfondssfeer nagenoeg niets. In de particuliere sfeer is een uniform tarief ingevoerd van f 12,10 voor elke aflevering.

Met de verandering in de vergoedings-systeem zal ik u hier niet vermoeien:

een uitleg van de problemen daarbij zou pagina's tekst vergen. Voor twee zaken vraag ik echter wél uw aandacht. Eén daarvan is dat voor apothekers en voor apotheekhoudend artsen ook in de particuliere sfeer de honorering steeds hetzelfde bedrag omvat – ongeacht de kosten en de aard van het middel en vooral ongeacht de hoeveelheid (week, maand of zes maanden): dat maakt geen enkel verschil. De eigen bijdrage blijft bestaan. De patiënt krijgt dus financieel belang bij grotere hoeveelheden. De afleveraar daarentegen heeft financieel belang bij kleinere hoeveelheden. De voorschrijvend arts zit daartussen.



Een ander punt is dat de afleveraars: apothekers en apotheekhoudend huisartsen, een financiële stimulans krijgen als er een goedkoper middel wordt afgeleverd. Er ontstaat echter een groot probleem, indien de arts op het recept een duurder geneesmiddel voorschrijft en de patiënt een goedkoper middel wil of de afleveraar zo'n goedkoper middel aan de patiënt voorstelt; dan wordt immers van het recept afgeweken. Wij, behandelend artsen, menen dat dat alleen kan en mag indien de behandelend arts daarmee uitdrukkelijk akkoord gaat. De arts heeft immers voor een bepaalde patiënt, voor een bepaalde aandoening, een bepaalde hoeveelheid van een door hem of haar schriftelijk bepaald geneesmiddel aangewezen en voorgeschreven. Die keuze is na de anamnese het resultaat van een weging van medische en farmacotherapeutische aspecten – de basis voor de medicatiebewaking.

Die keuze, deze voorbehouden behandeling, mag alleen de behandelend arts maken. Daar kan en mag, in het belang van de volksgezondheid, geen enkele twijfel over bestaan. Alleen de arts kan beslissen of een therapeutisch of farmaceutisch wellicht identiek ander geneesmiddel aan de door hem of haar behandelde patiënt mag worden afgeleverd.

Nogmaals protesteer ik dan ook met klem tegen de tekst van de beruchte advertentie van het ministerie van WVC in de dagbladen van 7 en 9 januari jl., waarin wordt gesteld dat, indien de patiënt zelf de apotheker vraagt een duurder (merk)produkt te vervangen door een goedkoper geneesmiddel van dezelfde samenstelling, de wet wijziging van een doktersrecept niet vereist. De wet vereist dat wél. Het geneesmiddel moet, zo bepaalt de wet, nauwkeurig volgens het recept zijn bereid. Alleen indien de arts het recept wijzigt, mag een ander middel worden afgeleverd. Een recept is niet een vrijblijvend advies van een apotheker aan een patiënt, maar het resultaat van een bewuste keuze, die alleen de arts mag maken. Ware het anders, dan kon de arts maar beter ophouden met het schrijven van recepten. Moet de arts de diagnose bepalen en de apotheker de farmacotherapie? Wil WVC soms daarnaar toe? Daar lijkt het op. Want wat doet de regering? Zij ontwerpt een tariefstructuur die de samenwerking huisarts-apotheker, wellicht onbedoeld, bemoeilijkt. Vervolgens onderneemt zij geen stappen om daar iets aan te doen; neen, zij plaatst ook nog een advertentie en speelt daardoor en passant de voorschrijvend arts en de apotheker tegen elkaar uit.

Moet dat nu allemaal, staatssecretaris? En moet dat nu allemaal op deze manier?

A. M. C. van de Zandt,  
voorzitter LHV

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.

## MAZELEN

Ziekten als gevolg van niet of niet voldoende functionerende immuunsystemen dreigen de plaats in te nemen van de meer traditionele ziekten die vroeger de mensheid teisterden, maar die thans door immunisaties of als gevolg van medicamenteuze behandelingen – voor beide lijken nog grote mogelijkheden tot expansie weggelegd – geen rol van betekenis meer spelen. Misschien noopt dit tot bezinning? Misschien moet men zich afvragen of het één wellicht verband houdt met het ander? Misschien kent de medische mogelijkheid toch zelflimiterende grenzen?

Terzijde: mazelen was niet een ziekte die tijdens de opleiding nu zozeer de aandacht kreeg. Als co-assistent kindergeneeskunde werd je getraind in het onderscheiden van de meest zeldzame hartafwijkingen. Ik herinner mij echter dat alle co-assistenten op zekere dag op de polikliniek werden ontboden: er was een kind met mazelen en dat zouden de meeste co-assistenten gedurende hun hele opleiding nooit zien; wij boften dus. Mazelen was niet zo van belang.

Ziekten als mazelen, bof en TBC, die na contact een levenslange immuniteit nalaten, verlopen veel foudroyanter indien het eerste contact op volwassen leeftijd plaatsheeft. Door bovengenoemd geneeskundig handelen is de kans op contact op jeugdige leeftijd echter veel geringer. Dit contact is, indien ieder kind maar tijdig wordt geïmmuniseerd, ook niet meer nodig.

Maar er is meer dan de specifieke kenmerken van deze specifieke ziekten alleen. Indien het afweersysteem van een kind niet eens duchtig op de proef wordt gesteld, zal het kind, volwassen geworden, mogelijk aan een 'banale' infectie te gronde gaan. Topsporters weten maar al te goed dat ze hun conditie, hun gevoeligheid, moeten opvoeren: ongevoeligheid een forse inspanning ondergaan leidt nog al eens tot calamiteiten. Zou het met het immuunsysteem anders zijn?

Voorstanders van immunisatie tegen mazelen staan een publicitair essentiële slag vóór. De winst aan kinderlevens laat zich op grond van vroegere mortaliteit eenvoudig en overtuigend bepalen, al blijft daarbij versluierd welk deel van het slachtofferaantal voorheen reeds – al of niet bekend – om andere redenen een 'bad risk' was. Het is daarentegen dunkt mij ondoenlijk de slachtoffers van mazelen-immunisatie, zo die zouden bestaan, te traceren, daar het bewijs van de samenhang wel nooit overtuigend zal zijn te leveren, hetgeen niet wil zeggen dat die samenhang er niet is. Anderzijds blijft meestal ook het aantal CARA-patiënten of gehoorgestoorden dat uitsluitend aan het doormaken van mazelen moet worden



toegeschreven, versluierd. Naar mijn ervaring is mazelen een ernstig ziek-zijn. Het brengt het afweersysteem, wellicht voor de eerste keer, eens goed in paraatheid. Ik zag nooit ernstige, blijvende schade opleverende complicaties, en een ernstig ziek kind is een gezinsgebeuren dat niet louter nadelige effecten heeft, integendeel.

Om nu artsen die, op grond van bovenstaande overwegingen, mazelen-immunisatie niet voor zoete koek aannemen te verketteren – zoals ik onlangs op de televisie zag gebeuren – gaat mij te ver en is het officium nobile onwaardig. Bovendien vind ik het buitengewoon onkies de media te informeren over de 'zoveelste dode als gevolg van niet-inenten tijdens de huidige mazelen-epidemie'. Het is onwaarschijnlijk dat de mortaliteit aan mazelen onder de niet-geïmmuniseerde kinderen groter is dan die was vóórdat immunisatie mogelijk was. Werd dergelijke paniek, door het vermelden van het aantal doden, dan óók gezaaid toen immunisatie nog niet bestond? Zie mijn ervaring als co-assistent: je zou met mazelen wel leren omgaan in de praktijk. Telt huisartsenervaring dan nu plotseling niet meer?

Velp, februari 1988  
F. D. Gunning

## DE VAKBOND VAN MIJN MAN

*De vakbond van mijn man de LHV, wil bezuinigen: op mij. Ik kan er best nog wat bijdoen; ik zit toch maar op mijn luie krent de hele dag, in een praktijk-aan-huis. Geld hoeft het niet te kosten, want de tijd en de arbeid van zo'n vrouwtje zijn helemaal niets waard. Ze is immers sinds mensenheugenis in de aanbieding, gratis geleverd bij haar man de huisarts? Nou dan.*

Waarvan precies droomt de vakbond van mijn man? Van het ei van Columbus. Elke ziekenfondspatiënt, ingeschreven bij een apotheekhoudend huisarts, kost het fonds per jaar f 25,— minder dan een patiënt die zijn medicijnen van een apotheker krijgt. Wat ligt er nu méér voor de hand dan de gedachte: 'Maak alle huisartsen apotheekhoudend en je bespaart de ziekenfondsen miljarden'. Elke huisarts, zo is het voorstel, heeft thuis een kastje met kleinverpakkingen van de vijftig meest voorgeschreven medicijnen en levert die zelf af. 'Zelf' is uiteraard maar bij wijze van spre-

ken. Er mag niet echt meer werk komen voor de huisarts. Nee, hij blijft het recept schrijven, maar de rest wordt als vanouds gedaan door onzichtbare feeëvingers: etiket schrijven en noteren op de verplichte plaatsen, voorraad bijbestellen, controleren, en afleveren aan de deur – een te verwaarlozen kleinigheid, volgens de vakbond van mijn man.

'Geneesmiddelenvoorziening en de huisarts' is een interne discussienota, van januari '88. Waarschijnlijk hebben nog maar weinig artsen en nog minder vrouwen het boekje gelezen. Lees het in ieder geval. De enige voor wie er niets verandert is de apotheekhoudend huisarts, dus ik neem aan dat het idee van hem afkomstig is. De 5.100 niet-apotheekhoudende praktijken weten misschien helemaal niet wat apotheekhouden betekent. Voor stadspraktijken betekent het: zeg maar dag-met-het-handje tegen de dokterstelefoon! Want medicijnen moeten met de hand en soms met een mondelinge toelichting aan de deur worden afgeleverd. Wie wel apotheekhoudend is geweest, ziet ze met zinkend hart terugkomen: de uren dat je de bel moet laten aanstaan omdat er nog twee afhalers komen – de onderbroken maaltijden, de onderbroken gesprekken, de onderbroken babyvoedingen.

De vakbond van mijn man wil bezuinigen op mij. De vakbond wordt bedankt.

Mook, februari 1988  
M. J. Raymakers-van der Put

## Naschrift LHV

De vakbond van de man van Mw. Raymakers stelt vast dat zij met haar brief de vrouwen van de circa 900 apotheekhoudende huisartsen geen hart onder de riem steekt. De LHV wil overigens nog veel meer dan Mw. Raymakers schrijft: meer aandacht voor medicatiebewaking, meer overleg met apothekers, goedkoper voorschrijven, een betere prescriptie. Dit zou allemaal kunnen worden bevorderd in een structuur, waarin de huisarts een deel van de geneesmiddelen zelf aflevert tijdens het spreekuur, in aansluiting op het consult (dus geen herhalingsreceptuur, geen recepten van specialisten, geen afleveringen aan de deur door de achterwacht van de huisarts, dus niet de apotheekhoudend huisartsen).

Graag zouden wij de mening van de man van Mw. Raymakers vernemen over deze aspecten, met name de eerste, die nog niets met afleveren hebben te maken. Hopelijk gebeurt dat gedurende een LHV-ledenvergadering dit voorjaar of tijdens de rondgang van het LHV-bestuur in 1988 in de districten. Voor alle duidelijkheid: er komt bij het realiseren van de laatste fase voor de vrouw van de huisarts geen en voor de huisarts zelf weinig werk bij:

dat werk moet de huisarts zelf doen, in aansluiting op het consult en bijgestaan door de computer. Zonder dat zal het niet gaan. Mocht toch wat administratie moeten worden gedaan, dan is dat het werk van de doktersassistente. Wie die functie concreet vervult, is vers twee. In de honorering van de huisarts zit een vergoeding voor een doktersassistente verdisconteerd. De achterwacht van de huisarts zal er dus niets van merken! De LHV wil dus helemaal niet bezuinigen op de achterwacht. In tegendeel: leve de achterwacht!

Maar ook: leve de automatisering! Een volledige, aparte, uitvoerige administratie hoeft niet te worden gedaan. Er wordt niet afgerekend, er gaat geen geld over tafel. Het is de geautomatiseerde administratie van de apotheker die voor de afrekening zorgt. Die zorgt ook voor de medicatiegegevens, voor het verzamelen en doorbrieven van administratieve gegevens. Zo wordt het verbruik en dus ook de bevoorrading bijgehouden.

## HOE SLECHT IS HET ABONNEMENTSSYSTEEM?

Bij de discussies over honoreringsvormen worden het verrichtingssysteem (specialist) en het abonnementssysteem (huisarts) nogal eens tegenover elkaar gesteld en daarbij worden conclusies getrokken die op z'n minst aanvechtbaar, zo niet onjuist, zijn. Het recentste voorbeeld vind ik in het, overigens door mij zeer geapprecieerde, artikel van De Melker (MC nr. 3/1988, blz. 83): 'Nederland en het 'managed care'-concept', waar hij schrijft over de sterke en zwakke kanten van ons gezondheidszorgsysteem en dan zegt: 'Een tweede zwak punt is het ontbreken van voldoende prikkels om efficiënt en effectief te werken: omdat de huisarts een abonnements-honorarium heeft, is er geen stimulans voor hem om patiënten zelf te behandelen'.

Dit nu gaat van het zwart-witdenken uit dat de huisarts alleen maar ziekenfondsverzekerden heeft. Het Jaarboek LISZ/IBIS 1985 vertelt op pag. 20 dat van de 14.615.125 inwoners van ons land er op 31 december 1986 (dus na de opheffing van de vrijwillige en bejaardenverzekering) 8.958.101 (zijnde 61,3%) ziekenfondsverzekerden zijn. Waarom wordt in al deze discussies net gedaan of de anderen (bijna 40%) niet bestaan?

Nu niet aankomen met het verhaal dat deze 40% een lagere verwijzing naar de tweede lijn heeft en dat dus een honorering per verrichting efficiënt en effectief werken bevordert, want onderzoeken hebben ook uitgewezen dat hier andere factoren (zoals de samenstelling van de groep verzekerden) een grotere rol spelen, terwijl het soms voor de verzekerde ook financieel aantrekkelijk is zich in de tweede lijn te doen behandelen.

Kortom: het abonnementssysteem brandmerken als een slecht systeem wordt naar mijn idee niet onderbouwd. Het zou een ramp zijn voor de huisarts en patiënt als dit verdween, hoewel aanpassingen van het systeem zeker

denkbaar zijn, zoals De Melker ook aan het eind van zijn artikel beschrijft. Naar mijn mening wordt de wijze van werken door de huisarts vooral bepaald door taakopvatting en motivatie. Wellicht dat de huisartsenopleiding hieraan nog wat meer zou kunnen doen.

Driebergen, februari 1988  
W. Derksen

## Naschrift

In zijn reactie op mijn artikel gaat collega Derksen nader in op het honoreringssysteem van de huisarts. In mijn artikel ben ik slechts terloops op dit belangrijke onderwerp ingegaan; met name de particulier verzekerden zijn niet ter sprake gekomen.

In het kader van het onderwerp van het artikel ging het vooral om het feit dat het Nederlandse financieringssysteem en honoreringssysteem onvoldoende prikkels kent voor het bevorderen van doeltreffende en doelmatige zorg. Eerder werkt het abonnementssysteem juist omgekeerd, dat wil zeggen dat in zekere zin de 'luiheid wordt bevorderd'. Ook substitutie werkt eerder omgekeerd dan gewenst. Door een frequente verwijzing van bepaalde patiëntencategorie kunnen tijd en dus geld worden bespaard.

In een subcommissie van de commissie -Mansvelt hebben onder anderen Bierens, Van der Zee, Van der Kooy en De Melker een voorstel gedaan om door middel van een bonus-malussysteem de huisarts te prikkelen tot het meer onder beheer houden van patiënten en daarmee substitutie in de gewenste richting te bevorderen. Onze voorkeur gaat uit naar het Deense gemengde systeem, zoals ook in Groot-Brittannië wordt toegepast: naast een vast abonnements-honorarium ontvangt de huisarts extra toeslagen voor het vervullen van bepaalde functies, zoals preventieve zorg, zorg voor chronische patiënten, samenwerking met de specialist, eerste hulp en dergelijke. Dit systeem is niet (geheel) door de LHV overgenomen. Weliswaar wordt ook voor een gemengd systeem gepleit, maar extra honorering heeft betrekking op verrichtingen en niet op functies. Het bezwaar is duidelijk, namelijk de kans dat deze financiële prikkel onnodige verrichtingen in de hand werkt.

Grondprincipe van een goed honoreringssysteem behoort kwaliteit en niet kwantiteit te zijn. Zowel het voorstel van genoemde commissie als het 'managed care'-concept gaan expliciet uit van het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid.

Natuurlijk is door mij niet gezegd dat het honoreringssysteem de enige factor is die de grote verschillen in verwijscijfers zou kunnen verklaren. Integendeel, ook uit eigen onderzoek is bekend dat naast structurele factoren vooral persoonsgebonden kenmerken van belang zijn. De taakopvatting, werkstijl van de huisarts is met name van groot belang gebleken. Deze werkstijl kan door 'incentives' wel worden bevorderd, maar niet worden afgedwongen. Daarom heb ik ook andere aspecten,

zoals een driejarige opleiding, kwaliteitsbewaking en intercollegiaal overleg, genoemd: deze aspecten kunnen niet genoeg worden benadrukt.

Wat de particulier verzekerden betreft heeft de huisarts in zekere zin belang bij het beperken van verwijzen. Terecht noemt Derksen de invloed van het verzekeringsstelsel. Voor zover een patiënt niet voor hulp door de huisarts is verzekerd, zal deze geneigd zijn eerder om een verwijzing te vragen of op eigen initiatief de specialist te raadplegen. Om dit probleem te ondervangen zouden afspraken met ziektekostenverzekeraars moeten worden gemaakt, in die zin dat een pakket altijd verzekering van hulp door de huisarts omvat en er een bonus bestaat voor het zoveel mogelijk behandelen door de huisarts.

Uit deze reactie blijkt dat mijn opvatting niet sterk van de mening van collega Derksen afwijkt.

Utrecht, februari 1988  
R. A. de Melker

## LEVENSVERZEKERAAR EN AIDS

Indien levensverzekeraars dood ten gevolge van AIDS uitsluiten van uitkering, dan kunnen tests hierop en het vragen hiernaar of naar seropositiviteit achterwege blijven. Tenslotte is AIDS een in aanzienlijke mate vermijdbaar risico. Op deze manier hoeft geen inbreuk gedaan te worden op iemands privacy en bovendien worden vele onnodige tests voorkomen. Misschien kan er op verzoek een AIDS-pluspolis worden afgesloten; ook dan kunnen vragen en tests achterwege blijven.

Amsterdam, februari 1988  
M. Huber, huisarts

## Naschrift

De voorgestelde regeling is niet uitvoerbaar, omdat met de levensverzekeringsmaatschappijen is overeengekomen\* dat de behandelend arts een verklaring omtrent de doodsoorzaak mag afgeven, mits het daartoe strekkende onderzoek:

- uitgaat van de medisch adviseur;
- vergezeld gaat van een retour-enveloppe, welke uitdrukkelijk voor de medisch adviseur is bestemd;
- vermeldt dat de gevraagde opgave van de doodsoorzaak uitsluitend zal worden gebruikt ten behoeve van de medische statistiek der maatschappij;
- bevestigt dat de uitkering reeds heeft plaatsgevonden, respectievelijk op een later (in de verzekeringsvoorwaarden vastgesteld) tijdstip zal plaatsvinden.

\* Zie: 'Besluit en Rapport inzake geneeskundige verklaringen intercollegiale informatie, medische informatie' ('groene boekje'), hoofdstuk 7, C 10. 7e herziene uitgave Utrecht: KNMG, 1982

# Aanvullende terminale zorg

## Een behoefteonderzoek

Terminale thuiszorg staat volop in de belangstelling. Over het hele land verspreid houden al jaren lang tientallen vrijwilligersorganisaties zich bezig met het verlenen van deze hulp. Ook uit de professionele hoek komt een groeiende interesse voor deze zorg.

Sinds januari 1986 biedt de Stichting Hulpgroep Thuis Sterven hulp aan mensen die thuis willen sterven. De hulp die door vrijwilligers wordt geboden bestaat uit lichte huishoudelijke werkzaamheden, beperkte verzorging van de stervende en opvang van de naaststaanden. Deze zorg is 7x24 uur beschikbaar gedurende drie maanden. Het is niet de bedoeling de bestaande mantelzorg of professionele zorg te vervangen, maar deze zorg aan te vullen. In het eerste jaar kreeg de stichting 57 hulpaanvragen, 45 keer werden vrijwilligers ingezet.

Om de werkzaamheden van de organisatie goed te kunnen plannen is inzicht nodig in de omvang van de behoefte aan aanvullende terminale thuiszorg. Daartoe is een onderzoek uitgevoerd in de periode februari-oktober 1987. Hoewel dit onderzoek in Nijmegen is uitgevoerd, lijken de resultaten naar elders te mogen worden vertaald. Eerst zal kort de opzet van het onderzoek worden beschreven, vervolgens de resultaten.

### OPZET

Teneinde inzicht te krijgen in de behoefte aan aanvullende terminale thuiszorg is via een telefonische enquête een vragenlijst voorgelegd aan 247 nabestaanden van overleden Nijmegenaren. De namen van deze nabestaanden zijn verkregen via een steekproef uit het bestand van in 1986 overleden Nijmegenaren. Van elke vijf overledenen werd er één in het onderzoek betrokken. Van de ruim 145.000 mensen die in 1986 in Nijmegen woonden, overleden er 1.309 (0,9%). Niet in de steekproef opgenomen zijn 74 mensen, omdat ze zijn overleden in het buitenland, bij verkeersongevallen, etc.: zij kwamen bij voorbaat niet in aanmerking voor aanvullende terminale thuiszorg. Bij 81% van de 247 nabestaanden in de steekproef konden de benodigde gegevens worden verzameld.

Drs. M. H. J. M. Spee,  
Drs. T. Staps en  
Y. J. Begeer

*Steeds meer mensen willen thuis sterven. Voor de mensen in hun omgeving is de zorg vaak zwaar. De Hulpgroep Thuis Sterven uit Nijmegen heeft onderzocht hoe groot de behoefte aan aanvullende zorg bij stervenden en naaststaanden feitelijk is. Het blijkt dat van de mensen die de keuze hebben en die bij voorkeur in hun eigen omgeving willen sterven, 40% behoefte heeft aan extra hulp. Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd door Drs. M. J. H. M. Spee, op dit moment beleidsmedewerker volksgezondheid bij het Gewest Noord-Limburg te Venlo, Drs. T. Staps, die als psycholoog is verbonden aan het Radboudziekenhuis te Nijmegen, en de studente andragogie Y. J. Begeer.*

### RESULTATEN

In tabel 1 zijn de overledenen ingedeeld naar de plaats van overlijden. Deze gegevens zijn verkregen uit de overlijdensregisters.

Mensen die overlijden in een psychogeriatrisch verpleeghuis komen op grond van hun geestelijke conditie niet voor thuiszorg in aanmerking. Daarover zo dadelijk meer. Mensen die wonen in een verzorgingshuis zijn voor terminale zorg aangewezen op de diensten van dat verzorgingshuis. Verder komen diegenen die zijn overleden buiten de stad of die behoren tot de categorie 'overigen', niet voor aanvullende thuiszorg in aanmerking; tot de categorie 'overigen' worden mensen gerekend die overlijden op straat, in een instituut voor religieuzen of in een instituut voor daklozen. Op grond van gegevens over de plaats van overlijden blijkt dat 40% (523) van alle terminale patiënten geen behoefte heeft aan aanvullende thuiszorg. Deze patiënten zijn

verder niet meer in het onderzoek betrokken.

Een overzicht van de resultaten van het onderzoek is weergegeven in tabel 2. Van de overledenen kwam 31% niet in aanmerking voor aanvullende terminale thuiszorg, vanwege de korte duur van de terminale fase (korter dan 24 uur). Bij veel mensen die thuis overlijden is er sprake van een plotselinge dood. Daarnaast komt het regelmatig voor dat iemand van wie bekend is dat hij of zij lijdt aan een ongeneeslijke ziekte, toch nog onverwacht sterft.

Vervolgens is bij de resterende groep van overledenen nagegaan of de lichamelijke en geestelijke conditie thuiszorg toeliet. Daartoe is eerst een vooronderzoek uitgevoerd. In dit vooronderzoek is aan hulpverleners uit de eerste- en de tweede lijn de vraag voorgelegd welke patiënten niet thuis kunnen sterven vanwege de lichamelijke en geestelijke toestand waarin zij verkeren. De meerderheid van de zorgverleners is van mening dat de zorg van bepaalde patiënten te belastend is voor de naaststaanden; bedoeld wordt hier op patiënten die in coma liggen, afhankelijk zijn van bepaalde apparatuur, ernstig benauwd zijn, veel last hebben van pijn, veel last hebben van incontinentie, ernstig verward zijn (onder andere psychogeriatrisch) en zeer zorg-intensief zijn. Bij 8% van alle overledenen is de lichamelijke en geestelijke conditie zodanig dat ze in de laatste fase van hun leven niet voor thuiszorg in aanmerking komen. Dat wil niet zeggen dat deze patiënten nooit thuis zullen worden verzorgd; het wil zeggen dat de verzorging van deze terminale patiënten de gemiddelde belastbaarheid van mantelzorgers te boven gaat. In feite behoren de 121 patiënten die op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis zijn gestorven ook tot deze categorie.

Van de overledenen is nu nog 21% (277) overgebleven. Zij hebben de mogelijkheid gehad te kiezen waar ze wilden sterven. Van deze groep geeft een minderheid (6%=83) van de overledenen en/of naaststaanden er de voorkeur aan in een ziekenhuis of verpleeghuis te sterven (zie tabel 3); redenen die worden genoemd zijn: gebrek aan voldoende mantelzorg-

Tabel 1. In 1986 overleden Nijmegenaren, ingedeeld naar plaats van overlijden.

thuis .....	26%	} 60%	(786)
ziekenhuis .....	26%		
verpleeghuis, somatisch .....	8%		
verpleeghuis, psychogeriatrisch .....	9%	} 40%	(523)
verzorgingshuis <sup>1</sup> .....	18%		
buiten stad <sup>2</sup> .....	6%		
overigen <sup>3</sup> .....	7%		
totaal .....	100%		(1.309)

1. Woonachtig in verzorgingshuis, ongeacht plaats van overlijden.
2. Overleden buiten Nijmegen, maar niet in een van de verpleeghuizen in de directe omgeving.
3. Overleden op straat, in een instituut voor daklozen of een ander instituut waar geen aanvullende terminale thuiszorg nodig is.

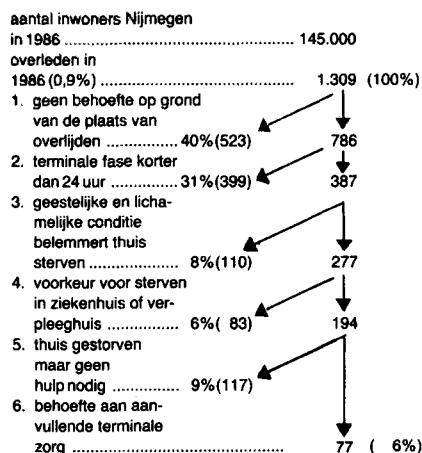
gers, te grote belasting voor mantelzorgers en in een aantal situaties wordt een positieve keuze gemaakt voor ziekenhuis of verpleeghuis als plaats van sterven. De meerderheid (194) van de groep van 277 heeft er de voorkeur aan gegeven thuis te sterven.

Bij de 15% (194) resterende personen die thuis wilden en konden sterven heeft 9% (117) geen behoefte gehad aan extra hulp. Vaak is de aanwezige mantelzorg en de hulpverlening in de eerste lijn voldoende. Soms wil men persé geen hulp van onbekenden. Bij 6% (77) van de overledenen bestond behoefte aan extra hulp, naast de reguliere eerstelijnszorg en mantelzorg.

## CONCLUSIE

Van de 1.309 Nijmegenaren die in 1986 zijn overleden heeft bijna 80% geen behoefte aan extra hulp gehad, omdat de terminale fase daarvoor te kort is ge-

Tabel 2. Aantal inwoners van Nijmegen en percentage overledenen in 1986, uitgesplitst naar wel of geen behoefte aan hulp bij het thuis sterven.



weest, omdat verzorging thuis te belastend was voor de naaste omgeving of omdat de overledene in een verzorgingshuis woonde. Ruim 20% (277) van alle overledenen heeft de keuze gehad thuis, in een ziekenhuis of verpleeghuis te sterven; 70% (194) van hen koos ervoor thuis te sterven; dit betreft 15% van alle overledenen. Van de overledenen is 9% thuis gestorven zonder extra hulp nodig te hebben, omdat zij over voldoende mantelzorgers beschikten of omdat zij persé geen onbekenden in huis wilden hebben. Van alle 1.309 uit Nijmegen afkomstige mensen die in het jaar 1986 zijn overleden, hebben er 77 (6%) behoefte gehad aan aanvullende terminale thuiszorg.

Andere opvallende bevindingen:

Tabel 3. In 1986 overleden Nijmegenaren die de mogelijkheid hebben gehad te kiezen waar ze wilden sterven, ingedeeld naar de wens van overledenen en nabestaanden met betrekking tot de plaats van overlijden.

niet thuis .....	6,3%	( 83)
thuis .....	14,8%	(194)
totaal .....	21,1%	(277)

De tussen haakjes geplaatste cijfers zijn populatiewaarden.

– De meeste terminale patiënten kunnen medisch en verpleegkundig gezien thuis worden verzorgd. Eerste- en tweede-lijnhulpverleners noemen als belangrijkste voorwaarde om thuis te kunnen sterven dat de naaste omgeving het aankan.

– De eerste lijn is met aanvullende terminale thuiszorg redelijk in staat de gewenste zorg te bieden aan de mensen die thuis willen sterven.

Naast de 6% van alle overledenen die behoefte had gehad aan extra hulp, is er een groep van nog eens ruim 6% die wel de mogelijkheid heeft gehad thuis te sterven, maar daar niet voor heeft gekozen. Bij het maken van de keuze niet thuis te sterven kan onbekendheid met de mogelijkheden voor extra hulp een rol spelen: niet uit het oog mag worden verloren dat het onderzoek betrekking had op het eerste jaar waarin aanvullende terminale thuiszorg in Nijmegen werd geboden. □

# PRAKTIJKPERIKELLEN

## Aangeslagen

Een 80-jarige vrouw die nu schone granulatieve ulcra crura heeft dankzij een door mij uitgevoerde intensieve behandeling met behulp van niet-elastische zwachtelverbanden 3 x p.w. bds., deelt mij haar bezwaar mee om naar de chirurg te gaan teneinde de ulcra met huid te laten bedekken. Aangezien dit zich afspeelt in de setting van een bejaardenhuis met enige verpleegkundige faciliteiten, besluit ik het zelf te doen: een half uur werk. Na tien dagen blijkt 90% van mijn transplantaatjes te zijn aangeslagen. Reactie van het hoofd van de verzorging: 'Dat was eens, maar nooit weer!' Naar de reden gevraagd: 'Hiervoor kan ik mijn personeel niet vrijmaken' . . . Hoezo, versterking eerste lijn?!

(Aanbevolen literatuur: Ledenbrief LHV nr. 9, 1987.)

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

# Ontwikkelingsgeneeskunde

## Wat beoogt de overheid met een stimuleringsbeleid?

Ontwikkelingsgeneeskunde is wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe vormen van patiëntenzorg. Het bevindt zich met name in het overlappende gebied tussen experimenteel onderzoek en standaardgeneeskunde (figuur). Een gedetailleerde omschrijving van ontwikkelingsgeneeskunde hangt dus af van de wijze waarop de andere begrippen worden gedefinieerd en hoe grenzen worden afgebakend<sup>1</sup>. Een standaardtherapie is een onder beroepsgenoten gangbare therapie voor een omschreven indicatie. Bijvoorbeeld: de standaardbehandeling van een jonge patiënte met een klein gelokaliseerd mammacarcinoom bestaat anno 1988 uit borstsparende chirurgie met aanvullende radiotherapie. De standaard was mastectomie. Dankzij klinisch spoorwerk weten we tegenwoordig dat een zo milderende ingreep als mastectomie bij deze categorie vrouwen niet meer nodig is, obsoleet is geworden. Al naar gelang de stand der medische wetenschap komen en gaan vele standaardtherapieën.

In de stapsgewijze en in fasen verlopende ontwikkeling en introductie van medische technologieën komt een cruciaal moment waarop de vraag moet worden beantwoord: wat is precies de meerwaarde van een bepaalde nieuwe technologie in vergelijking met de tot op dat moment gebruikelijke standaardtechnologie? Gezien de beperkt gestelde financiële middelen in de gezondheidszorg zal deze vraag naar de meerwaarde steeds vaker worden gekoppeld aan de vraag naar de meerkosten van een nieuwe technologie. De concrete vraag luidt dan bijvoorbeeld: is de nieuwe behandeling kosteneffectiever dan de standaardbehandeling? Zo ja, moet die recent ontwikkelde aanwinst dan worden opgenomen in het verstrekkingenpakket?

Ook kan worden beslist of bestaande behandelingen hiermee obsoleet zijn geworden en uit het pakket dienen te verdwijnen. Ontwikkelingsgeneeskundige handelingen zou men, indien men dat wil, kunnen gelijkstellen aan aspirant-verstrekkingen. 'Ontwikkelingsgeneeskunde' is een nieuw woord voor patiëntgebonden toegepast wetenschappelijk onderzoek, waarbij het onderzoek tevens betrekking heeft op de evaluatie van andere dan strikt medisch-biologi-

Dr. J. H. Mulder en  
Dr. C. A. Ladage

*Ontwikkelingsgeneeskunde omvat die medische technologieën welke zich bevinden in de overgangsfase van onderzoek naar praktijk. Per definitie wordt daarmee de vraag gesteld of er sprake kan zijn van opname in het verstrekkingenpakket. Informatie erover geven Dr. J. H. Mulder, internist van de Daniël den Hoedkliniek te Rotterdam en part-time medewerker van het stafbureau Beleidsontwikkeling (Stabo) bij WVC, en Dr. C. A. Ladage, verbonden aan de directie Academische Ziekenhuizen bij Onderwijs en Wetenschappen.*

sche parameters als bijvoorbeeld overleving<sup>2</sup>.

### VERSLUIERDE FINANCIERING

Bij ontwikkelingsgeneeskunde hebben we te maken met een combinatie en integratie van medisch-wetenschappelijk onderzoek en klinische zorg met het doel kritische vragen te beantwoorden over het nut van de geboden zorg. Waar het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek veelal een doelgericht financieringssysteem kent (voorwaardelijke financiering, Medigon-geldstroom, etc.) is dit niet altijd het geval met het patiëntgebonden onderzoek. Voor een deel zal deze financiering plaatsvinden via de Rijksbijdrage aan de academische

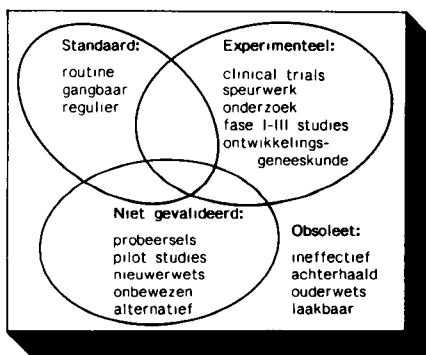
ziekenhuizen dan wel via de geldmiddelen van charitatieve instellingen, bedrijfsleven en dergelijke. Ook is niet uitgesloten dat een deel van dit onderzoek stilzwijgend wordt gefinancierd uit de gewone geldmiddelen (het patiëntenzorgbudget). Op de keper beschouwd vindt in veel gevallen een onduidelijke of zelfs versluierde financiering plaats van in ontwikkeling zijnde medische technologieën. Dit geldt in het bijzonder voor in ontwikkeling zijnde behandelwijzen<sup>3</sup>.

Uit het voorafgaande blijkt dat ontwikkelingsgeneeskunde uit verschillende bronnen wordt gefinancierd. De overheid wil topklinische ontwikkelingen dan wel ontwikkelingen met grote ethische, maatschappelijke en economische consequenties gericht stimuleren.

De financiering van nog niet in het verstrekkingenpakket opgenomen (aspirant-) verstrekkingen en (aspirant-)voorzieningen kan in de academische ziekenhuizen en andere ziekenhuizen met grote onderzoeksactiviteiten tot problemen leiden, indien niet bijtijds in een reguliere financiering uit de tarieven is voorzien. De subsidiëring van ontwikkelingsgeneeskunde moet mede worden gezien in het licht van deze problematiek. De overheid en de Ziekenfondsraad beogen in die situatie verbetering te brengen door de evaluatie en besluitvorming over aspirant-verstrekkingen/voorzieningen inzichtelijk te maken en te versnellen door middel van stimulering, ook in financiële zin, van veelbelovende ontwikkelingsgeneeskundige projecten.

### ASPIRANT-VERSTREKKINGEN

De Ziekenfondsraad heeft indertijd een advies uitgebracht onder de enigszins zorgwekkende titel 'Grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket'. Tot voor kort gingen vele nieuwe ontwikkelingen, al of niet gereguleerd via artikel 18 WZV, met een zeker automatisme het pakket in. In de toekomst zal dit anders zijn: de overheid en de Ziekenfondsraad willen een selectiever toelatingsbeleid tot het verstrekkingenpakket ontwikkelen; uitsluitend aangetoond kosten-effectieve aspirant-verrichtingen/voorzieningen komen er nog in. Daarnaast bestaan plannen het pakket op te schonen, dat wil zeggen marginaal werkzame en ondoel-



matige zaken uit het pakket te verwij-  
deren<sup>4</sup>.

## ‘TECHNOLOGY ASSESSMENT’

Onder ‘technology assessment’ in de gezondheidszorg worden diverse activiteiten gerekend: kosten-effectiviteitsstudies, meta-analyses, consensusbijeenkomsten en dergelijke. Ontwikkelingsgeneeskunde zoals hierboven beschreven betreft wetenschappelijk onderzoek waarbij verschillende aspecten van een nieuwe medische technologie worden bestudeerd. Was het tot nu toe gebruikelijk dat medisch-biologische parameters de meeste aandacht kregen, bij de evaluatie van de effecten van ontwikkelingsgeneeskunde zal het om veel meer aspecten gaan. Al naar gelang het onderwerp, zal behalve de lengte van het leven van de onderzocht patiënten ook de kwaliteit van het leven mede in beschouwing worden genomen. Aan psychosociale, juridische, ethische, maatschappelijke en vanzelfsprekend economische aspecten dient consequent aandacht te worden gegeven. Deze wijze van evalueren vraagt van de meeste klinisch-wetenschappelijk onderzoekers een verbreding van hun aandacht, waartoe de meesten niet zijn opgeleid<sup>5</sup>.

De consequentie van de gestelde eis van brede evaluatie van ontwikkelingsgeneeskundige handelingen is dat, al naar gelang de plaatselijke mogelijkheden van onderzoek, óf interdisciplinaire onderzoekteams worden samengesteld óf inter-universitaire en extra-universitaire samenwerkingsverbanden worden gecreëerd. Wij verwachten van deze poging tot verbreding van de inhoud van onderzoek een verhoging van de kwaliteit van het patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek<sup>6</sup>.

## SUBSIDIERING OVERHEID

In de periode 1985 tot en met 1988 heeft de overheid ten behoeve van ontwikkelingsgeneeskunde in de academische ziekenhuizen middelen ter beschikking gesteld. Ook voor 1989 zal naar verwachting op dit programma kunnen worden ingetekend; het gaat daarbij om een bedrag van ongeveer twaalf miljoen.

In het overleg van WVC en O&W met de leden van de Tweede Kamer op 29 februari a.s. over de verantwoordelijkheden voor academische ziekenhuizen zal onder meer worden stilgestaan bij de vraag of ook niet-academische ziekenhuizen ontwikkelingsgeneeskundige pro-

jecten kunnen indienen. Na dit overleg zullen de instellingen zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd over de uiteindelijk te volgen procedure (zie voor praktische informatie voetnoot 7). Het ligt in het voornemen de Ziekenfondsraad een belangrijke rol in dezen toe te kennen.

Vorig jaar heeft een commissie van de Gezondheidsraad de subsidieaanvragen voor 1988 beoordeeld. Dit jaar zal een onafhankelijke adviescommissie alle ingediende aanvragen beoordelen en proberen tot een prioriteitenstelling te komen. Vervolgens zal deze commissie advies uitbrengen aan de staatssecretaris van WVC, de minister van O&W en de Ziekenfondsraad. Nadat omtrent het advies door beide ministeries een standpunt is ingenomen, zal tot subsidiëring voor in principe drie jaar worden besloten. Het ligt in de bedoeling de eindrapporten van belangrijke gesubsidieerde projecten ter beoordeling voor te leggen aan de Gezondheidsraad, met het verzoek een advies uit te brengen over de vraag of het betrokken project rijp is voor opname in het verstrekkingenpakket.

## CONCLUSIE

Patiëntgebonden toegepast wetenschappelijk onderzoek zal krachtig door de overheid worden gestimuleerd. Ten aanzien van de inhoud van het onderzoek zullen verschillende aspecten moeten worden onderzocht; behalve de hanteling van de bekende medisch-biologische parameters, als bijvoorbeeld overleving, zal ook studie moeten worden verricht naar de psychosociale aspecten, zoals kwaliteit van leven, naar juridisch-ethische aspecten en, last but not least, naar economische aspecten van in ontwikkeling zijnde medische technologieën. Het doel van de wetenschappelijke evaluatie is het leveren van gegevens ten behoeve van de besluitvorming over het al of niet opnemen van projecten in het verstrekkingenpakket. □

## Noten

1. De definiering van bijvoorbeeld medische experimenten en fasestudies valt buiten het kader van dit artikel. Ten aanzien van het begrip ‘ontwikkelingsgeneeskunde’ is er sprake van een zich ontwikkelende consensus over wat er *niet* onder valt: het opzetten van nieuwe lijnen van patiëntgebonden onderzoek, zogenaamde fase-I-studies en intensivering van gangbare patiëntenzorg geïntegreerd onder het mom van ontwikkelingsgeneeskunde.

De figuur is uit: De toepassing van niet-gevalideerde kankerbehandelingen.

CBO-nieuwsbrief 1984, 4 1.

2. Ontwikkelingsgeneeskunde zal dikwijls klinisch-vergelijkend onderzoek inhouden (‘randomised clinical trial’ of fase-III-studie). Randomisatie of loting speelt daarbij een belangrijke rol. De wijze waarop zal worden voldaan aan de informatieplicht en het toestemmingsvereiste vraagt uitwerking. Zie onder andere I. de Beaufort e.a., ‘Zelen revisited’, informed consent en prerandomisatie, *Metamedica* 1987, 66, 454-60.

3. De vergoeding van kosten verbonden aan ‘clinical trials’ wordt steeds nijpender.

Zie onder andere T.E. Chalmers e.a., Summary of a Workshop on the role of third-party payors in clinical trials of new agents, *New Eng J Med* 1983; 309: 1334-6, en R.E. Wittes, Paying for patient care in treatment research; who is responsible?, *Cancer Treatm Rep* 1987, 71, 107-14.

4. De scheiding van kaf en koren in de gezondheidszorg en het tegengaan van de uitoefening van marginale geneeskunde verdienen een hoge prioriteit. Zie respectievelijk: Alternatief en regulier, protocol voor een onderzoek, *Medisch Contact* 1984, 34, 1075-7, en: Zinloos medisch handelen, *Medisch Contact* 1987, 42, 208.

5. Voor de evaluatie van kosten zie: M. Drummond e.a., Health economics, an introduction for clinicians, *Ann Int Med* 1987; 107: 88-92.

Voor TA: Technology Assessment; wat moet een arts ermee?, *Medisch Contact* 1987; 42: 457-8.

6. Klinisch onderzoekers zullen onderling moeten overleggen over taakverdeling tussen de academische en/of categoriale en/of grote ziekenhuizen enerzijds en de identieke behoefte aan dezelfde nieuwe voorzieningen anderzijds. Landelijke afstemming en taakverdeling in onderzoek en patiëntenzorg is dringend gewenst. Voor de Raad voor Gezondheidsonderzoek, de Koninklijke Academie van Wetenschappen en de Gezondheidsraad is hier een bemiddelende en adviserende rol weggelegd.

7. Het projectaanvraagformulier zal min of meer gebaseerd zijn op de inhoud van de formulieren van het Koninklijk Wilhelmina Fonds, Medigon, etc. De nadruk zal echter óók worden gelegd op de economische en/of maatschappelijke evaluatie. Het gaat om projecten met een looptijd van drie jaar en er moet minstens f 250.000,— mee zijn gemoeid. Bij de projectaanvraag kan als bijlage een onderzoeksprotocol worden meegestuurd, ten behoeve waarvan globale richtlijnen zijn geformuleerd. Naar verwachting is de sluitingsdatum voor indiening 1 juni a.s.

Met dank aan M. A. Bos (WVC), H. Riger (Gezondheidsraad) en S. van der Kooij (Ziekenfondsraad) voor hun bijdrage.

## Nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid'

# WVC pleit voor nieuwe koers gezondheidsonderzoek

Als we de beleidsstukken die in de afgelopen jaren door de bewindslieden van Volksgezondheid zijn uitgebracht overzien, valt vooral recentelijk een ontwikkeling naar meer aandacht voor inhoudelijke aspecten op. Genoemd kunnen worden de nota's 'Voedingsbeleid' (1983) en 'Geestelijke volksgezondheid' (1984), de 'Nota 2000' (1986) en de nota 'Preventie hart- en vaatziekten' (1987). Ook de eind januari door staatssecretaris Dees aan de Tweede Kamer gezonden nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' is zo'n inhoudelijk beleidsstuk.

In de nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' wordt in ruim vijftig pagina's het onderzoekbeleid van het vakdepartement voor de sector volksgezondheid voor de komende jaren uiteengezet. Er worden uitspraken gedaan over de richting van het gezondheidsonderzoek, in het bijzonder het toepassingsgerichte onderzoek. Daarmee heeft de nota betekenis voor beleidsmakers en onderzoekers én voor medici en anderen in de gezondheidszorg. Het gaat er uiteindelijk immers om dat onderzoek betekenis heeft voor de *praktijk* van de zorg. Gezien de veranderde opvattingen over de rol van de overheid, dringt zich daarbij de vraag op wat de positie van een overheid-opafstand is ten aanzien van het onderzoek.

### BELEIDSKADER

De 'Nota 2000' zette een heroriëntatie in het volksgezondheidsbeleid in. Daarvan is ook sprake naar aanleiding van de adviezen van de commissie-Dekker met betrekking tot de structuur en de financiering van de gezondheidszorg. Verder vraagt het probleem van de grenzen van de zorg meer en meer aandacht van de beleidsmakers.

Al deze ontwikkelingen hebben consequenties voor het toekomstige gezondheidsonderzoek. Daar komt nog bij dat de lidstaten van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie hebben afgesproken dat zij vóór 1990 een nationaal onderzoekbeleid zullen hebben geformuleerd.

De nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' ademt de geest van de 'Nota 2000', waarin ze ook was aangekondigd. In het licht van de nagestreefde verschuiving

### W. Joling

*De nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' geeft een nieuwe koers aan. W. Joling, beleidsmedewerker van het stafbureau Beleidsontwikkeling (Stabo) op WVC en een van de opstellers van de nota, bespreekt die nieuwe koers.*

van voorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid wordt daarom intensivering bepleit van onderzoek gericht op preventie en gezondheidsbevordering en -bescherming. Vraagstukken met betrekking tot de toekomstige structuur en financiering van de zorg (het beleid na Dekker) brengen even zoveel onderwerpen voor wetenschappelijk onderzoek mee: onderzoek naar zorgvernieuwing, substitutie, thuiszorg, kwaliteit van de zorg, etc. Zoals reeds eerder gezegd vraagt de problematiek van de grenzen van de zorg specifieke aandacht in het beleid; mede als gevolg van de medisch-technologische ontwikkelingen en veranderende zorgopvattingen vormen ethische, juridische en economische vragen in dat verband belangrijke onderwerpen voor toekomstig onderzoek.

### STRATEGISCH ONDERZOEK

In de nota formuleert de staatssecretaris vier doelstellingen van zijn toekomstige onderzoekbeleid. De eerste doelstelling betreft de versterking van wat het strategisch onderzoek in de sector volksgezondheid wordt genoemd; de andere doelstellingen hebben betrekking op de relatie onderzoek-beleid, de kwaliteit van het onderzoek en de internationale samenwerking. In het kader van dit artikel richt ik mij op de *inhoud* van de voorgestelde onderzoeklijnen.

Wat precies onder het strategisch onderzoek voor de volksgezondheidssector moet worden verstaan zal, afhankelijk van de visie die men heeft op het gezondheidsonderzoek, niet steeds op dezelfde wijze worden omschreven. Het omvat al het onderzoek dat een duidelijke bijdrage levert aan na te streven doelstellingen op

het gebied van de gezondheidszorg. Het gaat om onderzoek dat bijdraagt aan oplossingen van gezondheidsproblemen, nu en in de toekomst. Het strategische omvat dus zowel een *doelgerichte* als een *toekomstgerichte* benadering.

Door de staatssecretaris worden *hoofddlijnen* aangegeven die richting geven aan de in zijn visie wenselijke verschuivingen in het onderzoek. Het gaat nadrukkelijk om hoofddlijnen, die nog nadere uitwerking vergen in vraagstellingen van onderzoek en ook – gezien de toch nog in globale termen aangegeven aandachtsgebieden – nadere prioriteitenstelling. Wil de staatssecretaris richting geven op hoofddlijnen, tegelijk neemt hij als uitgangspunt dat het wetenschappelijk onderzoek niet eenzijdig door de overheid kan worden bepaald: steeds moet er sprake zijn van een samenspraak tussen overheid, betrokken maatschappelijke organisaties en onderzoekveld. Daarbij komen ook patiënten/consumentengroeperingen in aanmerking. Hiermee verkrijgt het onderzoekbeleid een breed maatschappelijk draagvlak en een brede basis voor doorwerking van de resultaten.

Welke keuzes ten aanzien van de koers van het gezondheidsonderzoek in de komende jaren worden nu in de nota gemaakt?

Een *eerste* hoofddlijn betreft onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking, naar gezondheidsverschillen tussen groepen, naar het verloop van ziekten in de tijd en naar de belangrijkste risicofactoren. Epidemiologisch onderzoek wordt hier van groot belang geacht. Bijzondere aandacht wil de staatssecretaris geven aan gezondheidsverschillen die verband houden met de sociaal-economische positie van mensen; in vervolg op een in maart 1987 door WVC en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) georganiseerde conferentie zal een concreet onderzoekprogramma op dit gebied worden gestart. Ook is onderzoek over het verloop en de uitkomst van specifieke ziekten (bij voorkeur over grotere tijdsperioden) van belang. Er zijn of worden scenariostudies uitgevoerd met betrekking tot vergrijzing, hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen, chronische ziekten, zoals

CARA, reuma en diabetes, psychische ziekten en AIDS.

Een belangrijke plaats wordt toegekend aan het gerontologisch onderzoek in verband met de nog sterk toenemende vergrijzing. Nadat het gerontologisch onderzoek in de afgelopen jaren door de regering al extra is gestimuleerd, zal in vervolg hierop door WVC en O&W nog eens vijf jaar lang extra geld voor het ouderenonderzoek worden uitgetrokken; thema's voor zwaartepunten van onderzoek waaraan wordt gedacht zijn onder andere: normaal versus pathologisch ouder worden, de rol van de voeding, psychogeriatric en klinische geriatrie. Hoge prioriteit wordt aan het onderzoek naar AIDS gegeven, in het bijzonder aan onderzoek naar de maatschappelijke en psychosociale aspecten. In vervolg op een eind 1987 door de Raad voor Gezondheidsonderzoek uitgebracht advies over het AIDS-onderzoek zal uitwerking worden gegeven aan een concreet programma op dit gebied.

Een tweede hoofdlijn betreft onderzoek naar de achterliggende factoren van ziekte en gezondheid, wat inmiddels in jargon 'determinantenonderzoek' wordt genoemd. Het gaat daarbij om de leefstijl van mensen, maatschappelijke omstandigheden, fysische en chemische factoren in het milieu en de werk- en woonomgeving die een ziekmakende of juist gezondheidsbevorderende rol spelen. Juist deze factoren lijken van groot belang voor preventie. Er is echter een relatief grote achterstand in de ontwikkeling van het onderzoek op deze gebieden.

De staatssecretaris kiest voor stimulerend van onderzoekprogramma's en hoopt daarmee een beter preventiebeleid te kunnen voeren, zoals dat ook door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt bepleit. Hierbij moet worden gedacht aan onderzoek naar problematisch gebruik van alcohol, tabak, drugs en slaap- en kalmerende middelen en naar determinanten van geestelijke volksgezondheid. Ook moet worden gedacht aan onderzoek in verband met preventie van hart- en vaatziekten (waarover kort geleden een WVC-nota uitkwam).

Een derde hoofdlijn is het omvangrijke terrein van het gezondheidszorgonderzoek ('health services research'). Dit terrein omvat een veelheid van onderzoeksthema's, waarover in de nota wordt opgemerkt dat het nodig zal zijn nadere prioriteiten te stellen. Gedacht kan worden aan prioriteitenstelling op grond van de ernst van aandoeningen, op grond van de frequentie van voorkomen of op grond

van de mate waarin ten aanzien van de behandeling taakverschuivingen van tweede naar eerste lijn mogelijk zijn. De zorgvernieuwing, kwaliteitsverhoging en doelmatigheidsverbetering in de zorg zullen ruime aandacht in het onderzoek-beleid opeisen. Prioriteit moet worden gegeven aan onderzoek naar de substitueerbaarheid van voorzieningen, de mogelijkheden van eerstelijns- en thuiszorg, preventieve gezondheidszorg, evaluatie van medische technologie ('technology assessment'), ontwikkelingsgeneeskunde en onderzoek naar de kwaliteit van de zorg.

En vierde hoofdlijn heeft betrekking op onderzoek naar de voorwaarden en instrumenten van het gezondheids(zorg)-beleid. Genoemd kunnen worden: onderzoek dat nagaat of en hoe wetten en regelgeving in de praktijk werken en onderzoek betreffende de bestuurlijke organisatie van de gezondheidszorg. Tenslotte wordt onder deze hoofdlijnen ook genoemd het onderzoek naar ethische en juridische vraagstukken, speciaal in verband met technologie en met de verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg; hoge prioriteit kent de staatssecretaris in dit verband toe aan onderzoek naar de bruikbaarheid van metingen van de 'kwaliteit van leven'.

## AANPAK LANGS TWEE WEGEN

Hoe denkt men deze nieuwe koers in het gezondheidsonderzoek te realiseren? Gekozen wordt voor een aanpak langs twee wegen.

In de eerste plaats zal door WVC *financiële stimulering* van een aantal hiervoor genoemde specifieke onderzoekprogramma's plaatsvinden.

In de tweede plaats wil de nota het *onderzoekveld aanspreken*, in eerste instantie de door WVC gefinancierde onderzoeksinstituten: instituten als het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, het Nederlands Kanker Instituut en de TNO-instituten voor gezondheidsonderzoek; daarmee zal over afstemming van de meerjaren onderzoekprogramma's op de in de nota aangegeven hoofdlijnen worden overlegd. Maar ook wil WVC met de nota een perspectief bieden voor het universitaire onderzoek, dat in het brede en gevarieerde terrein van het gezondheidsonderzoek veruit het grootste aandeel heeft. Eerder startten O&W en WVC al gezamenlijk een Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek, waarmee een versterking van het patiëntgebonden onderzoek wordt nage-

streefd. Er ligt een uitdaging voor onderdelen van het universitaire gezondheids-onderzoek, ook zonder dat daar directe extra financiering vanuit WVC tegenover wordt gesteld, hun onderzoek af te stemmen op de in de nota geformuleerde prioriteiten. Universitaire onderzoeksgroepen zouden hun onderzoeksprogramma's mede moeten afwegen aan de maatschappelijke relevantie en het belang voor de volksgezondheid. Het gaat daarbij om gezondheidszorg- en epidemiologisch onderzoek, onderzoek in de huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde, medische beslistkunde, gezondheids-ethiek en -recht, gezondheidseconomie en dergelijke. Ook voor het medisch-biologisch en klinisch-wetenschappelijk onderzoek zouden de aangegeven prioriteiten een belangrijk uitgangspunt voor onderzoek moeten zijn. Hier ligt tevens een stimulerende taak voor de Raad voor Gezondheidsonderzoek en voor het ministerie van O&W. In het Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP) heeft de minister van O&W reeds toegezegd dat nadere afstemming met het onderzoek-beleid van het vakdepartement zal plaatsvinden.

## BESCHOUWING

De conclusie kan zijn dat WVC een specifieke verantwoordelijkheid voor het gehele gezondheidsonderzoek wil nemen. Het onderzoekbeleid strekt zich zo uit over een aanzienlijk breder gebied dan voorheen. Richting geven gebeurt echter meer op hoofdlijnen, hetgeen spoort met de afstandelijke rol van de overheid. Opvallend is verder het voor-nemen van de bewindsman het eigen onderzoekbeleid te evalueren.

Bij het realiseren van het voorgestane onderzoekbeleid van WVC zal het in belangrijke mate op overleg en overtuigingskracht aankomen. Geen directieven, maar samenspraak tussen overheid, veld en wetenschappelijke wereld. Met het uitbrengen van deze beleidsnota aan de Tweede Kamer is de discussie over het gezondheidsonderzoek ook op politiek niveau gekomen. Het zou goed zijn de discussie (of zo men wil de samenspraak) over de inhoud van het onderzoekbeleid nog vóór de politieke behandeling te starten. Inbreng in de discussie door de lezers van Medisch Contact is dus welkom. □

## Prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse

# Bevolkingsonderzoek naar borstkanker

Naar schatting zijn in 1983 in Nederland bijna 3.000 vrouwen overleden aan de gevolgen van borstkanker. Het aantal vrouwen bij wie borstkanker is vastgesteld, is geschat in 1983 op 6.700. Vooral ten gevolge van het toenemende aantal ouderen in onze samenleving zal dit aantal volgens de verwachtingen in de komende decennia aanzienlijk toenemen (tot ongeveer 9.000 in het jaar 2000)<sup>1</sup>.

In 1974 en 1975 zijn in Utrecht en Nijmegen proefprojecten gestart die ten doel hebben door middel van bevolkingsonderzoek borstkanker in een vroeg stadium op te sporen. Uitgangspunt hierbij was de gedachte dat door vroege opsporing de kans op een gunstige prognose toeneemt. De mogelijkheden voor behandeling waarbij gebruik kan worden gemaakt van mamma-sparende therapie nemen in dit geval eveneens toe. Daar komt bij dat primaire preventie bij het mammacarcinoom niet mogelijk is, omdat over de etiologie nog te weinig bekend is.

De eerste resultaten van de beide Nederlandse projecten wijzen erop dat het mogelijk is bij de deelnemende vrouwen een aanzienlijke daling in de mortaliteit ten gevolge van het mammacarcinoom te bewerkstelligen. Resultaten van vergelijkbaar onderzoek in het buitenland leiden tot een zelfde conclusie<sup>2-5</sup>.

Deze aanwijzingen roepen de vraag op of thans op grotere schaal, eventueel landelijk, een dergelijk bevolkingsonderzoek moet worden georganiseerd. Onderdeel van de beantwoording van die vraag is een afweging van de voor- en nadelen van screeningsprogramma's en de verschillende mogelijkheden of vormen waarin deze kunnen worden uitgevoerd. Een manier om systematisch tot zo'n afweging te komen, is de kosten-effectiviteitsanalyse (KEA). Kosten-effectiviteitsonderzoek is veeleer een aanduiding van een aantal min of meer vergelijkbare benaderingswijzen dan een welomschreven, eenduidige methode. Deze kunnen er echter, mits zorgvuldig uitgevoerd, toe bijdragen dat de problematiek inzichtelijk wordt gemaakt, juist met het oog op de ontwikkeling van beleid.

Wij beschrijven in de hier volgende uiteenzetting enkele algemene kenmerken van kosten-effectiviteitsanalyse. Een be-

J. P. M. Weerts en  
Mw. H. J. A. Collette

*Moet er een landelijk programma voor een bevolkingsonderzoek op borstkanker komen? Zo ja, hoe zou zo'n programma dan kunnen worden opgezet? Een hulpmiddel bij het beantwoorden van die vragen is de prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse. Dit betogen J. P. M. Weerts, directeur van de Stichting ICODO, voorheen projectmedewerker van het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland te Utrecht, en Mw. H. J. A. Collette, projectleider bij het DOM-project Preventicon, afdeling Epidemiologie van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht.*

perking hierbij is het feit dat gegevens die in het verleden in experimenten zijn verkregen, worden gebruikt als uitgangspunt voor een schatting ten aanzien van de toekomstige kosten en effecten. Die experimenten hadden evenwel een eigen, wetenschappelijke doelstelling en deze gegevens zijn dan ook slechts in beperkte mate geschikt voor kosten-effectiviteitsonderzoek. Op grond van deze en andere beperkingen hebben wij een voorstel geformuleerd voor een prospectieve werkwijze; dit is een opzet waarbij thans ontbrekende gegevens op korte termijn kunnen worden verzameld. Deze gegevens vormen een noodzakelijke aanvulling op de schattingen die kunnen worden gemaakt met behulp van een simulatiemodel, dat is gebaseerd op het gebruik van historische gegevens. Met het simulatiemodel en de aldus verkregen aanvulling kan gezocht worden naar de meest aangewezen vorm van bevolkingsonderzoek.

Na een beschrijving van algemene kenmerken, kosten en effecten, berekeningen en het begrip 'optimalisering' besteden wij aandacht aan enkele beperkingen en problemen van kosten-effectiviteitsonderzoek. Vervolgens zullen wij onze

ideeën met betrekking tot een prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse uiteenzetten.

### ALGEMENE KENMERKEN

In de gangbare omschrijvingen van de term 'kosten-effectiviteitsanalyse' kunnen vier elementen worden onderscheiden:

1. Er wordt een overzicht gemaakt van de keuzemogelijkheden of alternatieve programma's.
2. Er wordt een overzicht gegeven van alle relevante kosten en effecten: de zogenaamde componentenlijst.
3. Kosten en effecten, voortvloeiend uit een bepaald programma of scenario, worden gewaardeerd.
4. Verschillende programma's en scenario's worden met elkaar vergeleken, ten einde de optimale verhouding tussen kosten en effecten vast te stellen.

Doel van een kosten-effectiviteitsanalyse is het verschaffen van informatie over kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van een programma of scenario. Een centrale vraag bij kosten-effectiviteitsonderzoek is de vraag naar de huidige stand of het routineprogramma. Het verschil tussen een nieuw programma en de bestaande situatie is een eerste criterium bij dergelijk onderzoek. De optimale verhouding tussen kosten en effecten vormt een tweede criterium<sup>6-8</sup>.

Toegespit op het bevolkingsonderzoek naar borstkanker verstaan we in dit verband onder een programma: het geheel van activiteiten dat wordt ondernomen om sterfte en lijden ten gevolge van borstkanker te verminderen. De term 'scenario' verwijst naar mogelijke varianten in de procedure.

In Nederland is, zoals reeds is gezegd, de vraag ontstaan naar onderzoek over de wenselijkheid van de ontwikkeling van een nationaal bevolkingsonderzoek. Gezien de relevantie voor de gezondheidszorg en de kosten die hieraan kunnen zijn verbonden, zal op politiek niveau een besluit moeten worden genomen. Kosten-effectiviteitsanalyse is een van de belangrijkste instrumenten voor de beleidsontwikkeling in dezen.

## KOSTEN EN EFFECTEN

Een eerste stap in een kosten-effectiviteitsanalyse is het vaststellen van de alternatieven, die in het onderzoek worden betrokken. Daarbij kan het gaan om de vergelijking van twee alternatieven of om een vergelijking van een nieuwe situatie met de bestaande situatie. Een volgende stap is het opstellen van een componentenlijst. Deze lijst geeft een overzicht van relevant geachte kosten en effecten. Deze kosten en effecten zijn niet alle van financiële aard en kunnen dus ook niet alle in dezelfde (financiële) dimensie worden uitgedrukt. Bij een kosten-effectiviteitsanalyse is dat ook niet de bedoeling. Indien alle kosten en effecten in dezelfde, financiële dimensie worden uitgedrukt spreekt men van een 'kosten-batenanalyse'. Verder wordt bij kosten-effectiviteitsonderzoek een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte kosten en effecten. Onder 'effecten' verstaan we in dit verband: het geheel van gevolgen van een operationeel programma.

Het belangrijkste, directe effect is van niet-financiële aard: het terugdringen van de sterfte ten gevolge van borstkanker. Dit effect kan worden uitgedrukt in het aantal *gewonnen levensjaren*. Een direct effect van financiële aard is de mogelijke verandering in de kosten, verbonden aan de behandeling en de nazorg.

Het valt te verwachten dat door een nationaal screeningsprogramma het aantal vrouwen dat een klinische behandeling nodig heeft in verband met een gevorderd stadium van een mammacarcinoom relatief zal afnemen. (Vanwege de vergrijzing is het de vraag of dit ook in absolute zin het geval zal zijn.) Dit effect zal bij een succesvolle screening aanzienlijk zijn. De Waard c.s. komen in een eerste raming<sup>9</sup>, onder een aantal veronderstellingen die zijn ontleend aan het Utrechts proefproject, tot een besparing van tenminste 9 miljoen gulden per jaar. Hiertegenover staan de toegenomen kosten in verband met de te verwachten toename van het aantal vrouwen dat voor klinisch onderzoek bij een in eerste instantie verdacht mammogram naar een ziekenhuis wordt verwezen. Overigens dient bij dit soort berekeningen rekening te worden gehouden met een complex van factoren. Zo is in het algemeen mamma-sparende therapie duurder dan de conventionele behandeling. Een aantal mammografische afwijkingen zal bij nader onderzoek benigne blijken: men

dient rekening te houden met fout-positieve test-uitslagen<sup>10</sup>.

Een belangrijk indirect effect is de te verwachten verandering in de *kwaliteit van leven*. Een vroege ontdekking heeft in dit verband twee voordelen. Ten eerste kan (radicale) mastectomie veelal voorkomen worden; een mamma-sparende therapie is minder of in het geheel niet verminkend. Ten tweede is de kans op een afdoende behandeling, die in opzet curatief is, groter. Er kunnen echter ook angst en onrust optreden ten gevolge van een in eerste instantie verdachte uitslag en door de gevolgen van 'foutieve' uitslagen. In dit verband zijn de aspecten 'sensitiviteit', 'specificiteit' en 'voorspellende waarde' van belang<sup>11</sup>. Bij een aantal vrouwen is het noodzakelijk door middel van nader onderzoek in een ziekenhuis definitief uitsluitel te krijgen. Ook indien de afwijking goedaardig blijkt te zijn kan dit uitermate belastend zijn. Met deze negatieve effecten dient rekening te worden gehouden<sup>12</sup>.

Onder 'kosten' wordt verstaan: het geheel van noodzakelijke investeringen en inspanningen om een programma in gang te zetten, te onderhouden en te evalueren\*. Directe kosten vloeien rechtstreeks voort uit het operationele karakter van een programma. Indirecte kosten zijn kosten waarvan de omvang afhankelijk is van omstandigheden die niet rechtstreeks met het eigenlijke programma samenhangen; voorbeelden van deze laatste kosten zijn reiskosten en kosten in verband met de opleiding van het personeel.

## BEREKENINGSMETHODEN

Gravelle c.s. hebben een matrix ontworpen voor een vergelijking van de kosten van een screeningsprogramma met de kosten van een scenario zonder screening<sup>13</sup>. Zij onderscheiden zeven groepen: vier bij een programma met screening en drie in een situatie, waarin geen bevolkingsonderzoek plaatsvindt. De indeling in de vier groepen bij een bevolkingsonderzoek is gebaseerd op de uitslag van de test en eventueel daaruit voortvloeiend diagnostisch onderzoek. Deze uitslag kan terecht-positief of terecht-negatief zijn, of fout-positief dan wel fout-negatief. In een situatie waarin niet wordt gescreend maken zij onderscheid in vrouwen zonder klachten en zonder pa-

thologische bevindingen ('unworried well'), vrouwen die wel klachten hebben maar bij wie geen pathologische afwijkingen worden geconstateerd ('worried well') en vrouwen bij wie borstkanker wordt ontdekt bij klinisch onderzoek. Deze zeven groepen brengen ieder verschillende kosten met zich mee.

Eddy en Schwarz hebben een model ontwikkeld waarmee zij de kosten en de effecten van verschillende scenario's kunnen berekenen<sup>14</sup>. In dit model worden alle achtereenvolgende stappen van screening en een eventueel vervolgonderzoek in beschouwing genomen.

Door middel van een sensitiviteitsanalyse tonen zij aan dat het maken van het mammogram de belangrijkste determinant van de variabele kosten is. Zij wijzen erop dat bij een grootschalig bevolkingsonderzoek de relatieve kosten per mammogram zullen dalen. Bij het proefproject te Utrecht is gebleken dat indien het aantal vrouwen dat jaarlijks wordt onderzocht toeneemt van 10.000 naar 15.000, er naar verwachting een relatieve daling optreedt van de kosten per onderzoek van 17%<sup>9</sup>.

Met behulp van deze en andere rekenmodellen kan een maat worden gevonden voor de kosten in verhouding tot het aantal gewonnen levensjaren, gecorrigeerd voor de veranderingen in de kwaliteit van leven<sup>15</sup>.

## 'OPTIMALISERING'

Een volgende stap in de analyse is het zoeken van de meest acceptabele verhouding tussen kosten en effecten. In dit verband wordt het begrip 'optimalisering' gebruikt. Dit begrip veronderstelt dat men kennis heeft van alle relevant geachte factoren en dat men die kan beïnvloeden. Hierdoor zou een rationele keuze mogelijk worden. Bij het vaststellen van de beste verhouding tussen kosten en effecten zal er evenwel altijd van beperkte rationaliteit sprake zijn; er is onder meer altijd een subjectief element aanwezig. Kosten-effectiviteitsanalyse is dan ook een benadering waarbij men zoekenderwijs te werk gaat. Daarom is het van belang te vermelden *hoe* men hierbij te werk is gegaan, met welke veronderstellingen en met welke uitgangspunten. Men kan daarom beter spreken van het vaststellen van de meest wenselijke of gunstig geachte keuze.

Dit vaststellen van de meest wenselijke of gunstig geachte keuze gebeurt door middel van een simulatiemodel waarmee de kosten en de effecten van de verschil-

\* 'Opportunity-kosten' worden hier buiten beschouwing gelaten.

lende programma's worden berekend c.q. voorspeld. Zo wordt het mogelijk de gevolgen te vergelijken van een programma met een jaarlijkse screening en een programma waarbij eenmaal per twee jaar wordt gescreend, of van een programma waarbij een aanvullend lichame-lijk onderzoek plaatsvindt en een pro-gramma waarbij dit niet gebeurt. Op deze manier wordt gezocht naar de optimale verhouding tussen kosten en effecten<sup>16</sup>. Men kan zodoende een rangorde van ver-schillende varianten vaststellen.

## BEPERKINGEN EN PROBLEMEN

Bij een aldus uitgevoerde kosten-effecti-viteitsanalyse doen zich beperkingen en problemen voor, die wij hieronder zullen bespreken. Als hulpmiddel voor de be-leidsontwikkeling en de besluitvorming is een dergelijke kosten-effectiviteitsana-lyse hierdoor van beperkte waarde<sup>7 12 17</sup>. In de eerste plaats gelden bij 'optimalise-ring' altijd randvoorwaarden. Een opti-male verhouding tussen kosten en effec-ten wordt bepaald door een al dan niet arbitrair niveau van maximale kosten (meer kosten zijn niet mogelijk of verant-woord) en een minimaal gegarandeerd effect (minder effect is niet meer de moei-te waard). Zo komen Roberts c.s. tot de conclusie dat op grond van het huidige patroon van premies en verstrekkingen in Groot-Brittannië een programma per gered mensenleven niet meer mag kosten dan 19.000 pond sterling<sup>18</sup>. In de economie wordt dit probleem opge-heven door te kiezen tussen twee alterna-tieve benaderingen. Volgens het eerste alternatief wordt vooraf bepaald hoeveel een bepaald programma mag kosten ('fixed budget approach'). Bij deze gege-ven middelen wordt vervolgens gezocht hoe een maximaal effect kan worden be-reikt. De andere benadering (de 'fixed effectiveness approach') stelt vast welke effecten ten minste moeten worden be-reikt, om vervolgens te zoeken naar de goedkoopste manier waarop dit mogelijk is<sup>8</sup>.

Het is duidelijk dat hiermee voor de ge-zondheidszorg een dilemma ontstaat, waarin beleidsontwikkeling en politieke besluitvorming een richting moeten aan-wijzen. Levinsky stelt dat artsen ver-plicht zijn al het mogelijke te doen voor hun patiënten, zonder te letten op de maatschappelijke kosten<sup>19</sup>. In hetzelfde artikel citeert hij de arts-politicus David Owen; deze wijst op het recht dat artsen hebben om van overheid en politici te eisen dat zij de beperkingen erkennen

waarbinnen de gezondheidszorg te werk moet gaan. Het is duidelijk dat in dit dilemma een actieve wisselwerking tus-sen artsen-deskundigen en de overheid noodzakelijk is om tot een verantwoorde besluitvorming te komen.

Een tweede beperking komt voort uit de verwachting dat alle kosten kwantifi-ceerbaar moeten zijn en in dezelfde di-mensie moeten kunnen worden uitge-drukt. Ditzelfde geldt voor de effecten. We hebben boven gezien dat dit niet het geval is. Wanneer men dit toch doet, dan betekent dat onvermijdelijk een reductie van de werkelijkheid, waarvan men zich kan afvragen of dat nog wel verantwoord is. Levin wijst erop dat op deze manier persoonlijke of politieke waardeoordelen kunnen insluipen die schuilgaan onder het mom van objectieve besluitvorming en zo een vertekening kunnen opleve-ren<sup>6</sup>. Het is de vraag in hoeverre de infor-matie die nodig is om dit effect te kunnen beoordelen en waarderen beschikbaar is. Op een laatste beperking willen wij hier-onder in het bijzonder ingaan. Aan een kosten-effectiviteitsanalyse ligt impliciet een bepaalde opvatting ten grondslag ten aanzien van de waardering van een men-senleven in economisch opzicht.

Recent heeft Robinson twee benaderin-gen hierin beschreven<sup>20</sup>. Volgens de ene benadering vertegenwoordigt een men-senleven een bepaalde economische waarde, die kan worden afgemeten aan de bijdrage die wordt of zal worden gele-verd aan het maatschappelijk functione-ren. Dientengevolge heeft de *overheid* tot taak de gezondheid en het welzijn van de individuele burger(es) *actief* te bevor-deren. De hiervoor vereiste financiële inspanning van zijde van de overheid zou in verhouding moeten staan tot de te verwachten produktiviteit. Volgens de andere opvatting is de waarde van ge-zondheid en welzijn afhankelijk van het-geen de individuele burger, en daarmee de samenleving, bereid is ervoor te beta-len. Volgens deze opvatting hoort de *overheid* een *passieve rol* te spelen en dient zij ervoor te waken dat zij zich mengt in de individuele gedragingen door zelf een norm te stellen.

Beide opvattingen komen in de beleids-ontwikkeling en de daaraan ten grond-slag liggende economische en filosofie-sche theorieën voor. In de gezondheids-zorg stuit men hier op een *dilemma*; dit kan als volgt worden samengevat: de waarde van een mensenleven is niet in geld uit te drukken en evenmin kan deze waarde zomaar in een andere grootheid worden uitgedrukt. In de economie en in

de KEA-methodieken wordt een derge-lijke keuze, meestal impliciet, wel ge-maakt. Het verdient dan ook aanbeveling zoveel mogelijk relevante aspecten, al dan niet uitgedrukt in een maat of groot-heid, in de overwegingen te betrekken. Robinson vat dit in zijn conclusie als-volgt samen<sup>20</sup>: '... both ... ap-proaches can be valuable aids to public policy formulation, but neither should be allowed to substitute for it'.

Deze beperkingen en problemen zullen bij elke kosten-effectiviteitsanalyse een rol spelen. Voor de beleidsontwikkeling is het daarom belangrijk dat dit, én de beperkte plaats die een kosten-effectivi-teitsanalyse hierdoor inneemt, wordt erkend. Met andere woorden: een kosten-effectiviteitsanalyse is een hulpmiddel voor de beleidsontwikkeling, geen ver-vanging daarvan.

Bij de opzet van de huidige projecten, in 1974, speelde het economische aspect geen of hoogstens een ondergeschikte rol. De projecten waren primair bedoeld om wetenschappelijke gegevens te ver-zamelen, onder andere over de groeisnel-heid, de incidentie en de prevalentie van het mammacarcinoom en de trefzeker-heid van de gebruikte test. Deze gege-vens zijn, voor zover nodig om tot een verantwoorde opzet van bevolkingson-derzoek te komen, bekend geworden. De beide proefprojecten in Nederland heb-ben hiervoor de basis gelegd; resultaten van onderzoek in het buitenland vullen de in eigen land verkregen gegevens aan. Het is thans mogelijk voorlopige uitspra-ken te doen over:

- leeftijdsgrenzen;
- lengte-interval (frequentie van screenen); en
- screeningsmodaliteiten.

Het probleem thans is veeleer dat een aantal andere gegevens, die destijds geen onderwerp van onderzoek waren, ont-breekt: 'What was unknown before the review, remains unknown afterwards'<sup>21</sup>. Onzekerheden doen zich vooral voor bij programma's op basis van deelextperi-menten die nog niet als totale program-ma's zijn gestart<sup>6</sup>. Vooral met betrekking tot de praktische gang van zaken zijn nu aanvullende gegevens nodig.

## PROSPECTIEVE ANALYSE

Mede op grond van de in het voorafgaan-de weergegeven overwegingen heeft de mening postgevat, dat een prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse gewenst is,

naast de reeds lopende kosten-effectiviteitsanalyse. Analooq aan prospectief (epidemiologisch) onderzoek gaat het daarbij om het verzamelen van gegevens bij vooraf gedefinieerde programma's of scenario's. Doel is een analyse, gebaseerd op in de nabije toekomst te verzamelen gegevens over van tevoren omschreven verschijnselen en activiteiten, onder meer:

- voorlichting;
- uitnodigen;
- onderzoek:
  - o screenings-modaliteiten;
  - o besluitvorming;
  - o berichtgeving;
  - o psycho-sociale opvang;
- verdere diagnostiek;
- pathologische anatomie;
- behandeling en therapie;
- 'follow-up':
  - o korte termijn;
  - o lange termijn;
- kankerregistratie;
- evaluatie;
- overige aspecten, zoals de opleiding van personeel en de organisatie en coördinatie van de werkzaamheden.

Deze gegevens zijn slechts ten dele uit de thans lopende programma's verkrijgbaar. Bovendien betreffen deze programma's slechts enkele van de mogelijke varianten. Andere varianten dienen te worden ontwikkeld en onderzocht om een antwoord te krijgen op vragen als:

- Op welke manier kan een hoog deelnemerspercentage worden bereikt?
- Hoeveel vrouwen kunnen per dag worden onderzocht?
- Welke variant geeft de grootste tevredenheid bij de bevolking?
- Welke variant sluit het best aan bij de curatieve sector?

Deze informatie kan op verscheidene plaatsen worden verzameld. In een aantal varianten kunnen verschillende benaderingen van de doelgroep en verschillende organisatievormen in de praktijk worden ingevoerd (zie *schema 1*).

In deze werkwijze kan een plaats worden ingeruimd voor initiatieven op lokaal of regionaal niveau; deze kunnen een kans krijgen als nieuwe variant. Een belangrijk voordeel is de mogelijkheid alert in te spelen op maatschappelijke ontwikkelingen, die onder meer ontstaan door initiatieven van medici en de individuele vraag van vrouwen.

Dergelijke initiatieven moeten voldoen aan een aantal voorwaarden: 1. De kwaliteit van de diagnostiek dient gestan-

*Schema 1. Organisatie en uitvoering van een screeningsprogramma; enige varianten.*

	organisatievorm					
	geen coördinatie			regionale coördinatie		
	plaats van onderzoek			plaats van onderzoek		
	apart centrum	ziekenhuizen	mobiele screenings-eenheid	apart centrum	ziekenhuizen	mobiele screenings-eenheid
<i>Benadering populatie</i> <sup>1</sup>						
persoonlijke uitnodiging met afspraak				valid-experiment Arnhem <sup>2</sup>		IKMN-regio <sup>3</sup>
memo op naam, zelf afspraak maken						
'strooipamflet' verspreiden						
advertentie plaatsen						
eigen initiatief, afspraksysteem						
eigen initiatief, vrij entree						
huisarts als initiatiefnemer <sup>4</sup>			??			

<sup>1</sup> Al of niet gecombineerd met (publieks)voorlichting.

<sup>2</sup> In voorbereiding in samenwerking tussen het Integraal Kankercentrum Oost-Nederland en de Basisgezondheidsdienst regio Arnhem.

<sup>3</sup> Een 'feasability'-onderzoek in de vorm van een samenwerkingsproject tussen het Centraal Bureau voor Keuringen (Den Haag) en het Preventicon (Utrecht) is gestart. Door koppeling aan het DOM-project kan men spreken van een eerste stap tot regionale coördinatie.

<sup>4</sup> De huisarts kan bij iedere wijze van benaderen van de populatie meer of minder actief zijn bij het motiveren en/of selecteren van de populatie.

*Schema 2. Fasering bevolkingsonderzoek en kosten-effectiviteitsanalyse.*

BEVOLKINGSONDERZOEK	KOSTEN-EFFECTIVITEITSANALYSE
<b>1975-1984</b> experimentele fase in Utrecht en Nijmegen	<b>1975-1984</b> retrospectieve benadering, veel veronderstellingen
<b>1985-1987</b> routineonderzoek in Utrecht en Nijmegen	<b>1985-1987</b> verzameling gegevens, plan uitwerken voor prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse
<b>1988-1989</b> toevoeging van diverse varianten	<b>1988-1989</b> prospectieve benadering, uitlopend in keuze van één of meer programma's
<b>1990-...</b> doorgaan met één of meer gekozen scenario's in heel Nederland	<b>1990-...</b> vinger aan de pols: bijsturen? stoppen?

daardiseerd en gegarandeerd te zijn.

2. Er dient een registratie plaats te vinden van effecten en kosten. 3. Er dient te worden gewerkt op basis van geaccepteerde richtlijnen met betrekking tot leef-tijd, screeningsinterval en screeningsmodaliteit.

Ook dient duidelijk te zijn dat dergelijke activiteiten een tijdelijk karakter dragen, in afwachting van de resultaten van de doorgaande evaluatie.

Bij iedere kosten-effectiviteitsanalyse geldt dat er een vergelijking wordt gemaakt tussen het nieuwe programma en de bestaande situatie, waarbij het nieuwe programma niet of slechts in beperkte mate is ingevoerd. De ratio achter dit voorstel is gelegen in de gedachte dat een kosten-effectiviteitsanalyse allereerst is

bedoeld om toekomstige strategieën te ontwikkelen en om zoveel mogelijk rekening te houden, niet alleen met gegevens uit het verleden (de evaluaties van de projecten in Nijmegen en Utrecht en in het buitenland) maar ook met de huidige ontwikkelingen in de samenleving en met de eisen en verwachtingen ten aanzien van de toekomst. Kenmerkend voor een prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse is dan ook dat in de huidige en in toekomstige situaties gegevens worden verzameld, afgestemd op de behoeften die voortvloeien uit de verschillende beleidsopties. In het bevolkingsonderzoek en binnen de daaraan gerelateerde kosten-effectiviteitsanalyse dient dan ook een fasering te worden aangebracht (*schema 2*).

Het is niet noodzakelijk dat alle centra afzonderlijk zoveel mogelijk gegevens verzamelen. Afhankelijk van deelvraagstellingen kan per centrum worden volstaan met het verzamelen van informatie op onderdelen. Wel moeten alle centra als routine gegevens verzamelen voor de kwaliteitsbewaking en de kostenbeheersing. Afzonderlijke centra kunnen (facultatief) informatie verzamelen met het oog op de toepassing van nieuwe technieken, uitbreiding van de kennis en de epidemiologische research. Bovendien kan aansluiting en samenwerking worden gezocht bij, respectievelijk met, instanties die nu al registreren. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan de bevolkingsregisters van gemeenten, aan het CBS en de SIG, Palga, ziekenfondsen, ziekenhuizen en de kankerregistratie bij de integrale kanker centra. Dit alles kan nu al worden voorbereid, waardoor straks kostenbesparend kan worden gewerkt.

## BESLUIT

Kosten-effectiviteitsonderzoek is niet zozeer een specifieke, welomschreven methode, maar meer een benaming voor een aantal min of meer vergelijkbare benaderingswijzen. Deze benaderingswijzen kunnen, mits zij zorgvuldig worden gehanteerd, voldoende houvast bieden voor de beleidsontwikkeling. Wij zijn van mening dat een kortdurend, prospectief opgezet onderzoek, gecombineerd met berekeningen en schattingen die met behulp van een eerder opgezet simulatiemodel kunnen worden gemaakt, aan enkele van de hier genoemde bezwaren in de gangbare methoden van kosten-effectiviteitsanalyse tegemoet kan komen.

Samengevat zien wij als belangrijkste voordelen van een screeningsprogramma dat op deze wijze wordt ingevoerd:

1. Politici en vrouwen zien dat in de praktijk wordt gezocht naar de meest effectieve en de meeste efficiënte manier om het borstkankerprobleem tegemoet te treden.
2. Veldwerkers zullen gemotiveerd zijn om aan een dergelijke opzet mee te werken.
3. De ingebouwde, vooraf opgezette registratie schept garanties dat de relevante informatie inderdaad wordt verkregen en maakt het minder noodzakelijk van veronderstellingen uit te gaan.
4. Een evaluatie van de verschillende scenario's wordt mogelijk op basis van empirische gegevens.

Het belangrijkste verschil met de gedachtenontwikkeling zoals die tot nu toe is verlopen, is de *gedifferentieerde invoering* van het bevolkingsonderzoek. Tot nu toe werden initiatieven ontraden. Binnen bestaande of in ontwikkeling zijnde programma's konden kleine aanpassingen worden aangebracht. De besluitvorming inzake een bevolkingsonderzoek lijkt te zijn gericht op een ceusur: na een positief besluit zou slechts een variant van bevolkingsonderzoek in aanmerking komen. Het is echter de vraag of dit mogelijk dan wel wenselijk is.

Met een vooruitziende blik kunnen op dit moment plannen worden gemaakt en initiatieven worden ontwikkeld waarmee een voor de gezondheidszorg zwaarwegend probleem wordt aangepakt.

## SAMENVATTING

Proefprojecten hebben aangetoond dat het mogelijk is de sterfte ten gevolge van het mammacarcinoom door middel van bevolkingsonderzoek terug te dringen. Kosten-effectiviteitsanalyse is een hulpmiddel bij de beantwoording van de vraag of en, zo ja, hoe een landelijk programma voor een dergelijk bevolkingsonderzoek dient te worden opgezet. Deze analyse kent evenwel een aantal bezwaren en tekortkomingen, die voor een deel voortvloeien uit het feit dat onder meer gebruik wordt gemaakt van historische gegevens die voor een ander doel zijn verzameld.

Door middel van een prospectieve kosten-effectiviteitsanalyse kunnen in de huidige en in toekomstige situaties gegevens worden verzameld, afgestemd op de behoeften die voortvloeien uit de verschillende beleidsopties. Op deze manier kan een gefundeerd beleid worden ontwikkeld, waarbij bovendien de mogelijkheid bestaat de daaruit voortvloeiende praktijk nauwgezet te evalueren en eventueel gewenste correcties en nuanceringen in te voeren. Indien deze werkwijze wordt toegepast, is het voor alle betrokkenen (vrouwen, werkers en politici) duidelijk dat niet alleen wordt voortgegaan met hetgeen thans is bereikt, maar dat bovendien in de praktijk wordt gezocht naar de meest effectieve en meest efficiënte manier om het borstkankerprobleem tegemoet te treden. □

## Literatuur

1. Wever-Hess J, Ribot JC, Verbeek ALM et al. Prognose van de kankerincidentie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 961-4
2. Shapiro S, Venet W, Strax P et al. Ten to fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. J Natl Cancer Inst 1982; 69: 349-55.
3. Collette HJA, Rombach JJ, Waard F de et al. Evaluation of screening for breast cancer in an non-randomized study (the DOM-project) by means of a case-control study. Lancet 1984; i. 1224-6.
4. Verbeek ALM, Hendriks JHCL, Holland R. Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mammography. First results of the Nijmegen-project, 1975-81. Lancet 1984; i. 1222-4
5. Tabar L, Fagerberg CJG, Gad A et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Lancet 1985; i. 829-32
6. Levin HM. Cost-effectiveness analysis in evaluation research. In: Guttentag M, en Struening EL (eds) Handbook of evaluation research, vol. 2. Sage, London: Beverly Hills: 1975.
7. Hatry HP. Measuring the effectiveness of non-defense public programs. In: Livingston JL, Gunn SC (eds) Accounting for social goals. Budgeting and analysis of non-market projects. Harper and Row London: New York 1974.
8. Fisher GH. Cost considerations in systems analysis. New York: Elsevier 1971
9. Waard F de, Collette HJA, Rombach JJ et al. Het DOM-project voor de vroege opsporing van borstkanker te Utrecht, deel 3. 1983-1984. Utrecht: Preventicon, 1986
10. Rombach JJ. Breast Cancer Screening. Results and implications for diagnostic decision-making. Alphen a/d Rijn. Stafleu, 1980.
11. Sturmans F. Epidemiologie. Theorie, methoden en toepassing. Nijmegen. Dekker & van de Vegt, 1984.
12. Weinstein MC, Stasson WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. N Engl J Med 1977; 296: 716-21
13. Gravelle HSE, Simpson PR, Chamberlain J. Breast cancer screening and health service costs. Journal of Health Economics 1983; 1: 185-207.
14. Eddy DM, Schwartz M. Mathematical models in screening. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF (eds). Cancer epidemiology and prevention. Philadelphia: Saunders, 1982.
15. Weerts JMP (ed). Verslag van een studiebijeenkomst over kosten-effectiviteitsanalyse met betrekking tot systematische vroege opsporing van mammacarcinoom. Bilthoven: RIVM, 1986
16. Eddy DM. Screening for cancer. Theory, analysis and design. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice Hall, 1980.
17. Doublinet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term 'cost-effective' in medicine. N Engl J Med 1986; 314:253-6.
18. Roberts CJ, Farrow SC, Charney MC. How much can the NHS afford to spend to save a life or avoid a severe disability. Lancet 1985; i: 89-91
19. Levinsky NG. The doctor's master. N Engl J Med 1984; 311:1573-5.
20. Robinson JC. Philosophical origins of the economic valuation of life. Milbank Quarterly 1986; 64:133-55
21. Relman AS. Assessment of medical practices; the case for technology assessment. N Engl J Med 1980; 303:153-4

Met dank aan S. Terpstra, econoom, Stafbureau Lange Termijn Planning, Academisch Ziekenhuis te Groningen, en aan B. M. van Ineveld, econoom, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, voor de gesprekken en adviezen.

# Meester Dokter

## Beetje nonchi

Wat is de betrouwbaarheid van een 'clinical trial', als de dokter zou weten welk geneesmiddel het beter zou moeten doen dan dat van een concurrerende firma? Wat is de betrouwbaarheid van een mondeling examen, als de dokter-examinator een hekel heeft aan de lange haren van de kandidaat? Wat is de betrouwbaarheid van een schriftelijke toets, als je het blaadje waarop de vragen staan niet kan lezen? Wat is de betrouwbaarheid van een palpatie, als drie artsen drie verschillende beweringen doen over hun bevinding? Wat is de betrouwbaarheid van het onderzoek van mijn plasje, als ik dat naar het laboratorium breng? Dat vraag je je natuurlijk niet allemaal af, als je na je bezoek aan een dokter in een ziekenhuis met een grote stapel bonnen je weg gaat zoeken voor het onvermijdelijke laboratorium-onderzoek. De uitslag komt wel een keer. Maar hoe vanzelfsprekend gaat dat allemaal goed? Wat verwacht je eigenlijk als je jezelf aanbiedt voor een test? Met uitzondering misschien van de situatie dat je aan een leugendetector wordt geplugd, verwacht je dat – om het in dit computertijdperk maar eens met een ouderwetse metafoor uit te drukken – de geleerden in staat zijn de goede signalen te onderscheiden van de ruis. Je staat toch gewoon voor paal met je goede voorbereiding als, zoals mij recent is overkomen, toen ik zelf eens moest tonen wat mijn vermogens waren, de prachtige spotverlichting in een duur hotel vooral de kaalheid van het hoofd illumineert in plaats van het blaadje waarop de moeilijke opgaven staan. De mooie werking van een farmacotherapeutisch middel, mijn kennis of eerlijkheid mag toch niet ten onder gaan, bij wijze van spreken, in het gekraak van stoorzenders of ondeugdelijke buizen; zonde van alle goede bedoelingen.

Het aangemaakte ponsplaatje gaf vele geduldige en vooral betrouwbare afdrucken op allerlei velletjes onderzoekaansvraagpapier van verschillend formaat, die ik van tevoren maar even heb geteld om na afloop met enige zekerheid te mogen constateren of ik er onderweg niet een had verloren. Eerst maar bloed laten prikken. Mijn omzwerving bracht mij in een afgeladen wachtkamertje, waar iedereen geduldig op z'n beurt zat te wachten om zich door een naald te laten enteren. Het in staande houding afwachten trok me niet zo bijster aan, dus bromde ik hardop dat een aantal van ons – als dat bij anderen ook nog moest gebeuren – maar eerst wat foto's zou moeten gaan laten maken. Dit werd mij sterk ontraden: 'U weet maar nooit of dat wel kan', zei een mevrouw die bijna aan de beurt was stellig. 'De

foto is beslist anders als u niet eerst bloed heeft gegeven.' Deze besliste opmerking bleef niet zonder gevolgen. Ik begaf mij alleen naar de röntgenafdeling om, eigenwijs als ik was, foto's te laten maken met een paar flaconnetjes te veel bloed in mijn bast. De wachtkamer zat opnieuw barstensvol. Teruggaan kon natuurlijk niet meer, want mijn hernieuwde binnentreden bij het bloed zou stellig zo worden uitgelegd dat een verstandige dokter mij vanzelfsprekend had teruggestuurd om eerst mijn ader te laten doen. Een gesprekje met de dame aan de balie moest mijn probleem helpen oplossen: 'Kunt u mij misschien zeggen hoe lang het kan duren?' 'Geen idee!' 'Geen idee?' 'Nee, geen idee! Het kan zijn dat het zo is gebeurd, maar het kan ook nog wel een tijdje duren', luidde haar antwoord vol perspectief. Het 'zo gebeurd zijn' leek mij onwaarschijnlijk, gezien het grote aantal kommervolle gezichten, dus koos ik voor een derde mogelijkheid, en wel het ECG. Raak! Er was gewoon niemand. Ik kon mij terstond ontkleden om mij vervolgens door een aardige broeder te laten voorzien van een rijtje zuignapjes op mijn borst en benen om via deze onstoppertjes mijn levenssignalen te laten digitaliseren. Wat jammer nu dat het ziekenhuis niet over een intercom beschikte, anders zou ik meteen laten omroepen dat een van de 'vele wachtenden vóór u' terstond naar deze afdeling moest komen om vlot aan de beurt te zijn. Puur eigenbelang natuurlijk, want dan was er elders een minder lange rij en zou ik daar weer eerder aan de beurt zijn. 'U moet gewoon maar afwachten', zei de aardige broeder. 'Wij sturen de uitslag zo snel mogelijk naar de dokter.' Ik geloofde hem op zijn woord. Waarschijnlijk werd de snelheid waarmee deze toezegging gestand werd gedaan nog overtroffen door de vrees waarmee 's anderendaags de rekening in mijn bezit kwam. Opnieuw bij het bloed aangekomen bleek het leed gauw geleden. Ik kon al snel plaatsnemen om mij te laten prikken. Wel baarde het aantal flaconnetjes dat in stelling werd gebracht mij zorgen over een behouden thuiskomst. Een wat benepen vraag hiernaar scheelde mij gelukkig enkele buisjes, want fluisterend beraad tussen twee prikzusters resulteerde in de terugname van twee uit de rij, terwijl de naald gedurende het overleg een korte wijle brodeloos uit mijn ledemaat stak. Mijn plas moest ik thuis in een potje doen; helemaal nog niet zo'n eenvoudig karwei, want voor de splitsing van de grote en de kleine bah moet je goed nadenken in het prievaat werd mijn medegedeeld.

Aangezien in de mij resterende voorraad bon-

nen twee urine-items voorkwamen, besloot ik twee potjes te vullen, die ik enkele dagen later in een speciale schoudertas stopte met enkele kranten ertussen om onnodig luidruchtig geklots te vermijden. Op naar het laboratorium om de inhoud aan de juiste laborante te overhandigen. Ik hoefde mij gelukkig niet af te vragen waar dat precies was, want ik kon het spoor volgen van een dame die trots een grote Gouda's Glorie mayonaisepot, met schroefdeksel – sluit vast beter af dan mijn bajonet-sluitingen, bedacht ik mij met schrik – vol goudgele inhoud als een bokaal voor zich uit torste. Toch kwamen we niet aan het juiste adres: de plas moest diemaal bij het bloed in een grijze bak worden gezet. Op naar het bloed dan maar weer, ik met de schoudertas, zij met de blote mayonaisepot. 'Waar staat de grijze bak?', vroegen wij, 'want daar moet de plas in'. 'Zet maar in de hoek', zei de laborante zonder op te kijken, want de naald mocht natuurlijk geen verkeerd target treffen. Indeerdad stond in de hoek een grijs Curver-containerje, waarin ik mijn tas van z'n moeilijke inhoud kon verlossen; thuis maar even kijken of de bajonet-sluiting wel deugdelijk was geweest. 'Maar hoe weet u nu dat dit mijn plasje is?', kon ik niet nalaten te vragen. 'Heeft u er dan geen naam opgeschreven?' Nee, daar had ik niet aan gedacht, een gedachte die gelukkig werd geraden door een andere dame van het lab, want na een blik op een van mijn bonnen werd er een plakkerje uitgeschreven, dat vervolgens voortvarend op de Gouda's Glorie van mevrouw werd geplakt. 'Maar dat is mijn plas niet', protesteerde ik mede namens de dame van de mayonaisepot die, verlost van haar opdracht, reeds was vertrokken. 'Ik heb twee andere potten in de bak gezet en wil daar graag mijn naam op hebben.' Gelukkig werd aan mijn verzoek voldaan en kon ik vertrekken. Hoewel? 'Ik denk dat mijn naam eigenlijk ook van de pot van die mevrouw afmoet . . .' zei ik zo'n beetje om mijn as draaiend in mijn haast om te vertrekken en terug te keren. Ook een goed idee. Zo kon ik rustig naar de röntgenafdeling. Gelukkig dat mijn ECG al was gemaakt, want de eventuele mededeling over een mogelijke zwangerschap past momenteel niet zo goed in mijn gezinsplanning. Een beetje nonchi nietwaar?

Jaap Gerritsma

Dr. J. G. N. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht, waar hij bij de Faculteit der Geneeskunde de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs coördineert

## Een experiment in Almere (4)

# Opties voor een ziekenhuis

De Almeerse consumptie van tweedelijnsgezondheidszorg is hoger dan het landelijk gemiddelde, maar het Ziekenhuis Almere krijgt een kleinere klinische capaciteit dan landelijk gebruikelijk is. Wordt de Almeerse behoefte aan ziekenhuiszorg opgevangen door de versterkte eerste lijn en thuiszorg of blijft de Almeerse bevolking ook in de toekomst afhankelijk van ziekenhuizen buiten Almere?

Almere heeft een aantal ijzers in het vuur voor een verschuiving van ziekenhuiszorg richting thuiszorg. De praktijk zal leren of deze condities toereikend zijn om in de toekomst een beroep op omliggende ziekenhuizen te voorkomen.

Welke mogelijkheden zijn er in Almere om te komen tot een ziekenhuis met een experimenteel karakter? Met 'experimenteel' wordt hier bedoeld dat het ziekenhuis in staat moet zijn met een kleinere capaciteit dan gebruikelijk, samen met de eerste lijn, tegemoet te komen aan de Almeerse zorgbehoefte. Is het ziekenhuis met de krappe capaciteit die het is toegemeten in staat de zorgvraag op basis van een nieuwe patiëntenzorg te bedienen, of krijgt Almere een te klein traditioneel ziekenhuis waarbij de bevolking afhankelijk blijft van dienstverlening door ziekenhuizen buiten de stad?

Pas na opening van het ziekenhuis in 1990 kan met meer zekerheid op deze vragen worden ingegaan. Voorlopig blijft het gissen. Op deze plaats willen we volstaan met een beknopte weergave van de medische consumptie en de ontwikkeling ervan bij ongewijzigd beleid. Vervolgens zullen we de specifieke omstandigheden bespreken waaronder het nieuwe ziekenhuis in Almere moet worden opgezet.

## CONSUMPTIE

Het gebruik van ziekenhuisbedden in Nederland is de afgelopen vijf jaar met bijna 12% gedaald<sup>1</sup>. Deze trend in het bedgebruik is nog niet in Almere aanwezig. Sinds het begin van de jaren tachtig is er in Almere sprake van een stijging van het bedgebruik tot ruim 10% boven het landelijk gemiddelde<sup>2</sup>; dit komt overeen met een gebruik van 4,1 bed per 1.000 inwoners. In 1985 was het bedgebruik

**Drs. J. van Amstel en  
Drs. L. Dekker**

*Almere wil een behoorlijke verschuiving laten zien van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Het verkeert met betrekking daartoe ook in het voordeel. Wat betekent dat voor het nog te bouwen ziekenhuis? Drs. J. van Amstel, directeur algemene zaken van het Burgerziekenhuis te Amsterdam, en Drs. L. Dekker, medewerker van de afdeling Management en Organisatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut te Utrecht, trokken een tweede lijn naar Almere.*

weliswaar iets afgenomen, maar het lag nog steeds boven het landelijk gemiddelde (8%). Het relatief hoge bedgebruik van Almere wordt voornamelijk veroorzaakt door de opnamen en in mindere mate door de verpleegduur. Patiënten uit Almere verblijven gemiddeld 9 à 10 dagen in het ziekenhuis. Deze verpleegduur ligt circa 20% onder het landelijk gemiddelde. Dit hangt nauw samen met de jonge bevolking en de vele opnamen voor verloskunde en gynaecologie.

Hoe ziet de klinische consumptie eruit bij ongewijzigd beleid? Als we de landelijke opnamecoëfficiënten (per leeftijdscategorie) relateren aan de toekomstige bevolking, dan verwachten we dat in 1989 de Almeerse bevolking circa 215 bedden zal bezetten. Naar verwachting zullen er circa 7.400 opnamen plaatsvinden. Het nieuwe ziekenhuis krijgt 180 bedden (exclusief gezonde zuigelingen). In het plan 1986-1990 van het Project Gezondheidszorg Almere wordt als doel genoemd dat het bedgebruik, omgerekend naar landelijke maatstaven, twee jaar na opening van het ziekenhuis overeenkomt met 3,0 bed per 1.000 inwoners<sup>3</sup>. Reeds in 1989 zullen circa 1.200 opnamen als gevolg van de beperkte bedden capaciteit niet in de kliniek kunnen worden behandeld (bij ongewijzigd beleid).

Aangezien er in Almere sprake is van een relatief hoge opnamecoëfficiënt, zal om te voorkomen dat zich een uitstroom van

patiënten gaat voordoen, niet alleen de verpleegduur moeten worden verkort, maar ook het aantal klinische opnamen aanmerkelijk moeten worden verlaagd. Dit gegeven stelt, als men de projectdoelstellingen wil halen, niet alleen eisen aan de klinische zorg, maar tevens aan het geheel van gezondheidszorgvoorzieningen: er zal een behoorlijke verschuiving moeten plaatsvinden van ziekenhuiszorg richting thuiszorg. Almere verkeert met betrekking tot een dergelijke verschuiving in vergelijking met de rest van het land op een aantal punten in het voordeel. Ten eerste wijkt de opzet van het nieuwe ziekenhuis in een aantal opzichten af van het traditionele beeld. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor een betere benutting van alternatieven voor ziekenhuiszorg. Tenslotte is er een goed perspectief voor de organisatorische samenhang tussen eerste en tweede lijn.

## OPZET ZIEKENHUIS

De afwijkende opzet van het ziekenhuis heeft betrekking op de geringe klinische capaciteit (180 bedden) in relatie tot de behoefte (215 bedden) bij een ongewijzigd consumptiepatroon. De polikliniek wordt afgestemd op wat gebruikelijk is voor een ziekenhuis van 240 bedden en de afdeling Dagverpleging (15 plaatsen) wordt relatief groot, als we de omvang van de kliniek in aanmerking nemen. Deze experimentele verhoudingen in de capaciteit binnen het ziekenhuis bewerkstelligen een groter accent op de semimurale tweedelijnszorg (polikliniek en dagverpleging) en de eerste lijn.

In feite is met deze capaciteitsplanning op voorhand rekening gehouden met verschuivingen van ziekenhuiszorg richting thuiszorg. Deze opzet heeft als belangrijk voordeel voor het ziekenhuismanagement dat het zich minder dan elders druk hoeft te maken over de instandhouding van de eigen taak en functie en de werkgelegenheids- en financieel-economische aspecten die daarmee nauw samenhangen. Het nieuwe ziekenhuis zal naar men aanneemt géén financieel nadeel ondervinden van een verplaatsing van zorgverlening, omdat wordt verondersteld dat de financiële verschuiving van ziekenhuiszorg naar eerste lijn en thuiszorg reeds heeft plaatsgevonden.

Met de beperkte opzet van het ziekenhuis worden miljoenen guldens per jaar bespaard, die op dit moment worden geïnvesteerd in een versterking van eerste lijn en thuiszorg.

## VERSTERKING ALTERNATIEVEN

Hiermee komen we op het tweede ijs in het vuur. De herallocatie van financiële middelen kan alternatieven voor de ziekenhuiszorg en een betere benutting daarvan stimuleren; met de vrijkomende gelden zal de eerste lijn zodanig worden versterkt dat een deel van de ziekenhuiszorg kan worden overgenomen.

Uit recent onderzoek in een Brabants ziekenhuis komt naar voren dat, althans binnen die instelling, alternatieven denkbaar zijn voor bijna 20% van de verpleegdagen<sup>4</sup>. Bij 36% van de patiënten was er – wat één of meer verpleegdagen betreft – geen sprake van een duidelijke gebondenheid aan het ziekenhuis. Zelfzorg en mantelzorg kwamen als belangrijkste alternatieven naar voren (43%). Van alle verpleegdagen had 12% betrekking op substitutie van ziekenhuiszorg door poliklinische en dagbehandeling. Van de alternatieven had 36% betrekking op een andere intramurale instelling. Voorwaarde voor de benutting van deze alternatieven is dat ze feitelijk aanwezig zijn, dat men ze kent en dat men er vertrouwen in heeft.

Het bestaan van wachtlijsten bij andere intramurale voorzieningen en het ontbreken van voorzieningen is elders in het land een van de belangrijkste verklaringsgronden voor een langer dan strikt noodzakelijk verblijf in het ziekenhuis. In Almere kan dit met een planmatige opbouw van de gezondheidszorgvoorzieningen worden voorkomen. Daarnaast wordt hier gewerkt aan het verminderen van de weerstanden die patiënten en mensen in hun omgeving hebben tegen zelfzorg en mantelzorg als belangrijk alternatief voor ziekenhuiszorg. De experimentele opzet moet niet beperkt blijven tot een kleine kring gemotiveerde deskundigen; integendeel, de gehele Almeerse bevolking moet vertrouwen hebben in de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis. Van groot belang daarbij is dat een goede continuïteit in de zorgverlening wordt verzekerd.

## SAMENHANG

Het derde Almeerse ijs in het vuur is het goede perspectief voor de organisatorische samenhang tussen eerste en twee-

de lijn. Die samenhang is erg belangrijk. De versterking van de eerste lijn zal voor het ziekenhuis niet alleen betekenen dat de instelling zich beperkt tot het niet meer uitvoeren van een bepaald gedeelte van de zorgverlening. Het ziekenhuis moet een actieve opstelling kiezen om het experiment te doen slagen. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis dienen patiënten zo zelfstandig mogelijk te blijven. Vooral een vermindering van de weerstand van patiënten tegen zelfzorg en mantelzorg vergt een op het individu afgestemde zorgverlening. Het systeem van afhankelijke patiënten, zorgzame verpleegkundigen en alleen beslissende artsen moet worden verlaten. Een intensieve samenwerking en afstemming tussen de disciplines uit beide echelons is bij zorgverschuiving noodzakelijk, vooral omdat de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening deels naar de eerste lijn wordt verlegd. Het ziekenhuis zal deze eindverantwoordelijkheid alleen kunnen en willen overdragen als er voldoende garanties zijn dat de eerste lijn deze verantwoordelijkheden daadwerkelijk voor haar rekening neemt.

Op dit moment schort er nog wel het een en ander aan de samenwerking, de coördinatie en afstemming tussen de instellingen en de verschillende beroepsgroepen uit de eerste en tweede lijn, maar het is een voordeel dat de Almeerse eerste lijn zodanig is georganiseerd dat de gezondheidscentra, het kruiswerk en op termijn de gezinszorg in één stichting, met één bestuur en één directeur, zijn ondergebracht. Het ziekenhuis kan werkbare afspraken maken met één organisatie in plaats van met afzonderlijke individuen en/of instellingen. Dit vergemakkelijkt de afstemming van het organisatorische en medische beleid in beide echelons. De medewerkers van verschillende disciplines uit beide instellingen ontmoeten elkaar periodiek in een Werkgroep Samenwerking Eerste en Tweede Lijn. Verder is er onlangs een samenwerkingsorgaan opgericht van alle Almeerse gezondheidszorginstellingen; dit is een regelmatig ontmoetingspunt voor het management van de instellingen. Ook wordt elk jaar een zorgbegroting opgesteld waarin alle begrotingen van Almeerse instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zijn opgenomen.

## MEDISCH CENTRUM ALMERE

Sinds 1983 functioneert in Almere een buitenpolikliniek van het Amsterdamse

Burgerziekenhuis als voorpost van het toekomstige ziekenhuis. Met dit Medisch Centrum Almere wordt geanticipeerd op de overplaatsing van het Burgerziekenhuis naar Almere in 1990. Dit geeft vooral mogelijkheden voor het intensiveren van de contacten tussen medische staf en huisartsen, het verbeteren van datacommunicatie tussen eerste en tweede lijn en het gebruik door de eerste lijn van diagnostische faciliteiten. Op het ogenblik is reeds de helft van alle röntgendiagnostische en laboratoriumaanvragen die bij het Medisch Centrum Almere binnenkomen rechtstreeks afkomstig van huisartsen.

\*\*\*

In de komende jaren kan er nog flink worden geëxperimenteerd met een versterkte eerste lijn in de situatie dat een ziekenhuis voorlopig nog ontbreekt. Als er op een juiste wijze gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die er zijn, dan heeft ons inziens de geplande verschuiving van tweede naar eerste lijn in Almere een reële kans. □

## Literatuur

- 1 LMR-Jaarboek 1985. Utrecht: Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg, 1986.
- 2 Dekker, L. Medische consumptie Almere 1984. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut 1987
3. Projectplan-PGA II Project Gezondheidszorg Almere, 1986
4. Nuyens WJFJ, Tits MHL van. Alternatieven voor ziekenhuiszorg. Tilburg, 1986.

## Arts en recht

# Werkafspraken röntgenoloog en laborant

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 3 december 1987

Vaststaat dat door de betrokken röntgenlaborante een fout is gemaakt. Het tuchtcollege diende te beoordelen of de röntgenoloog daarover een verwijt te maken viel. Is de röntgenoloog voor deze fout verantwoordelijk?

De taakafbakening tussen röntgenoloog en laborante wordt beheerst door wettelijke voorschriften. De röntgenoloog wordt daarbij als eindverantwoordelijke beschouwd. Het op de Wet op de paramedische beroepen gebaseerde Besluit radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laborant bepaalt onder meer dat de laborant tot taak heeft het op aanwijzing en onder controle van de arts weergeven of vastleggen van de toestand van een bepaald lichaamsdeel of orgaan van de patiënt met behulp van röntgenstralen. Hieronder is tevens begrepen de toepassing van methoden waardoor het betrokken lichaamsdeel of orgaan voor het weergeven of vastleggen geschikt wordt, voor zover er niet-intraveneus wordt gewerkt (art. 2 lid 1 en 2). Joderen valt te beschouwen als zo'n handeling. De vraag doemt vervolgens op hoever het 'op aanwijzing en onder controle van' dient te gaan. Van der Mijl stelt dat de arts alleen aansprakelijk zal zijn voor fouten die door een paramedisch beroepsbeoefenaar zijn gemaakt\*, indien de arts niet de noodzakelijke mate van controle heeft toegepast; in het algemeen acht hij de arts niet aansprakelijk voor de fouten die de paramedisch beroepsbeoefenaar maakt, aangezien deze op grond van een bij de wet geregelde opleiding voldoende deskundig kan worden geacht.

Het tuchtcollege oordeelt dat het onaanvaardbaar is als er zodanige werkafspraken bestaan dat het mogelijk is dat de laborantes bij de patiënt voorbereidingen treffen voor de ingreep voordat de arts zelf de patiënt heeft gesproken en de gegevens heeft gezien. Geheel afgezien van de interpretatie van de reikwijdte van de wettekst, is het de vraag of deze algemeen geformuleerde regel praktisch wel werkbaar is. Dienen genoemde

werkafspraken inderdaad zodanig te luiden dat de röntgenoloog een patiënt zowel zelf moet hebben gesproken als zijn gegevens moet hebben gezien vóórdat de laborantes bij de patiënt voorbereidingen treffen voor een ingreep? Het college bevordert met deze stelling ongetwijfeld de werkgelegenheid voor röntgenologen, maar maakt niet duidelijk of deze algemene richtlijnen noodzakelijk zijn uit een oogpunt van kwaliteit.

Dr. C. Spreeuwenberg  
Mw. Mr. W. R. Kastelein

*Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door G, röntgenoloog, wonende te L, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te L van 14 mei 1986, waarbij hem ter zake van de klacht van X, wonende te D, de maatregel van waarschuwing is opgelegd.*

1. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg, te weten:
  - klacht d.d. 30 oktober 1985 met bijlagen;
  - verweerschrift d.d. 28 november 1985;
  - brief van I d.d. 16 mei 1986;
  - het proces-verbaal van de terechtzitting in eerste aanleg, met pleitnotities van Mr. F;
  - de beslissing waarvan beroep;
  - het beroepschrift d.d. 4 juli 1986 en het verweerschrift in beroep d.d. 28 juli 1987.
2. Bij de behandeling in hoger beroep op 24 september 1987 zijn partijen gehoord.
3. Het beroep is tijdig ingesteld.

4. De volgende feiten staan tussen partijen vast:

De chirurg I heeft klager verwezen naar de aangeklaagde arts voor het verrichten van een dotterbehandeling ter oprekking van de bekenslagader. De patiënt heeft aan voornoemde chirurg of diens assistent meegedeeld dat hij bij een vroegere ingreep in de nek had ervaren dat hij allergisch was voor jodium. Aan de röntgenafdeling is schriftelijk bericht dat klager 'J2 overgevoelig' was. Toen klager op 8 augustus 1985 voor de ingreep op de röntgenafdeling kwam heeft hij aan de laborantes mondeling opnieuw meegedeeld dat hij allergisch reageerde op jodium en dat hem dit

was gebleken bij een operatie aan de nek, waarbij hij na desinfectie met jodium blaren had gekregen op die plaats. Vervolgens hebben de laborantes, die het briefje hadden gelezen, klagers liezen ruim met jodium gedesinfecteerd. Daarna is klager door de aangeklaagde arts gezien voor de behandeling en heeft deze het briefje van de vaatchirurg gelezen. In het gesprek met de arts heeft de patiënt ook aan deze zijn ervaring met jodium-desinfectans op de huid verteld. De arts heeft hem premedicatie gegeven, die ook wordt gegeven bij overgevoeligheid voor jodiumhoudende contrastvloeistof, en vervolgens de dotterbehandeling verricht. Bij klager is de volgende dagen een heftige dermatitis opgetreden, met koorts en opgezette liezen. Gedurende lange tijd heeft hij ontsierende bruine vlekken gehouden.

5. Klager beklaagt zich er, kort samengevat, over dat de arts niet tijdig notitie heeft genomen van de schriftelijk – en enige malen mondeling – genoemde overgevoeligheid voor jodium, waarbij klager steeds zijn ervaring met huidovergevoeligheid heeft genoemd; voorts dat de arts, toen zich de dermatitis voordeed, zich onaangenaam tegenover klager heeft gedragen en hem voor de gemaakte fout geen excuses heeft aangeboden.

6. Het Medisch Tuchtcollege te L heeft de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd op grond van de volgende zakelijk weergegeven overwegingen:

- Klager heeft zijn jodiumovergevoeligheid voldoende en te bestemder plaatse meegedeeld.
- De röntgenlaborantes desinfecteren niet eigener beweging, doch doen dit op grond van werkafspraken waarvoor de arts de verantwoordelijkheid draagt.
- Overgevoeligheid voor jodium betreft niet alleen contrastvloeistof c.q. hoeft niet alleen contrastvloeistof te betreffen. De arts heeft kennelijk een interpretatiefout gemaakt.
- Aan het college is niet gebleken dat de arts op behoorlijke wijze uitdrukking heeft gegeven aan enig gevoel dat hij het gebeurde betreunde. Dit mocht wel worden verlangd, gezien de pijnlijke gevolgen.

7. De arts heeft tegen de beslissing de volgende grieven opgeworpen:

- Het medisch tuchtcollege heeft er onvoldoende rekening mee gehouden dat de huidovergevoeligheid voor jodium zelden voorkomt, terwijl de overgevoeligheid voor jodiumhoudende contrastvloeistof, die op de röntgenafdeling wordt omschreven als 'J2 overgevoelig', zeer vaak voorkomt. Het was daardoor begrijpelijk dat het briefje van de

\* Van der Mijl WB Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg Serie Medisch Recht nr. 6. Kluwer, pagina 129

vaatchirurg verkeerd is geïnterpreteerd. Het medisch tuchtcollege had bovendien in aanmerking moeten nemen dat klagers opmerking tegen de laborantes over zijn jodiumovergevoeligheid 'weg is gevallen', doordat hij tegen hen overmatig veel bezwaren uitte tegen de gehele gang van zaken.

– Ingevolge werkafspraken hebben de röntgenlaborantes een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de voorbereiding voor de dotterbehandeling.

Ter zitting heeft de aangeklaagde arts hier aan toegevoegd dat de röntgenoloog de eindverantwoordelijkheid heeft, zodat hij uiteindelijk verantwoordelijk moet worden gesteld voor de vergissing, maar dat deze vergissing zijns inziens een ongelukkige samenloop van omstandigheden is en niet een fout van zodanige aard dat daardoor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen is geschaad en een maatregel behoort te worden opgelegd. Daarbij komt dat de arts adequate maatregelen heeft genomen tot het (doen) behandelen van de dermatitis.

– Ten onrechte heeft het medisch tuchtcollege voetstoots aangenomen dat de bewering van klager dat de arts zijn excuses niet heeft aangeboden en zich ook overigens onbehoorlijk tegenover de patiënt heeft gedragen, juist was, met opzetting van de lezing van de arts over de gebeurtenissen na het optreden van de dermatitis, namelijk dat de arts heeft getracht aan klager uitleg te geven en zijn verontschuldigingen aan te bieden, waarnaar klager niet wenste te luisteren.

8. Het Centraal Medisch Tuchtcollege overweegt het volgende:

De röntgenoloog die de dotterbehandeling verrichtte heeft daarvoor, zij het in beperkte mate, de patiënt van de behandelende vaatchirurg overgenomen. Het behoorde daarbij tot zijn verantwoordelijkheid zich volledig op de hoogte te stellen van alle gegevens die voor deze behandeling van de patiënt van belang zijn. Voorts draagt de röntgenoloog de verantwoordelijkheid voor de werkafspraken die hij met zijn röntgenlaborantes maakt. Door deze werkafspraken zodanig te maken dat het mogelijk is dat de laborantes bij de patiënt voorbereidingen treffen voor de ingreep voordat de arts zelf de patiënt heeft gesproken en de gegevens heeft gezien, neemt hij onaanvaardbare risico's ten aanzien van de aan hem toevertrouwde patiënt. De verantwoordelijkheid voor de in het onderhavige geval gemaakte fout ligt dan ook geheel bij de arts zelf.

Klager heeft niet weersproken dat de arts adequate maatregelen heeft genomen tot het (doen) behandelen van de dermatitis.

Uit de stukken en het behandelde ter terechtzitting is het Centraal Medisch Tuchtcollege niet tot de overtuiging gekomen dat de klacht dat de arts zich onheus tegenover de patiënt heeft gedragen niet gegrond is.

9. Uit het bovenstaande volgt dat de beslissing in eerste aanleg behoort te worden bevestigd. Het Centraal Medisch Tuchtcollege zal op grond van art. 13b van de Medische Tucht wet bepalen dat de beslissing met inachtnem-

## 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.*

ming van dit artikel zal worden bekend gemaakt in de hierna te noemen tijdschriften.

10. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:

Rechtdoende in hoger beroep:

Verwerpt het beroep en bevestigt de beslissing waarvan beroep.

Bepaalt bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het in art. 13b van de Medische Tucht wet bepaalde door toezending van een afschrift aan de Nederlandse Staatscourant en aan de redacties van Medisch Con-

tact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. P. Neleman, plaatsvervangend voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, lid-geneeskundige; Dr. J. J. Hamming, Prof. Dr. H. K. A. Visser, Prof. Dr. P. J. Jongerius, plaatsvervangende leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 3 december 1987, door Mr. B. Pronk, voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

## Uitspraak Raad van Beroep

# Klacht over leden-geneeskundigen van een medisch tuchtcollege

## Samenvatting RvB 895/87/12

Klager diende bij de districtsraad een klacht in tegen een tweetal leden-geneeskundigen en een plaatsvervangend lid-geneeskundige van een college voor medisch tucht recht. Door het bureau van de districtsraad werd met toepassing van artikel 636 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement besloten de klacht, als kennelijk ongegrond en bovendien betrekking hebbende op feiten die te ver in het verleden liggen, niet door de districtsraad in behandeling te doen nemen. Tegen deze beslissing werd door klager beroep ingesteld.

In beroep stelde de Raad van Beroep vast, dat de klacht uitsluitend betrekking had op het functioneren en de taakvervulling van de beklagde artsen in hun hoedanigheid van leden-geneeskundigen respectievelijk plaatsvervangend lid-geneeskundige van een college voor medisch tucht recht. Voor het toezicht daarop zijn echter bij wet afzonderlijke voorzieningen getroffen, zodat de rechtsprekende organen

van de KNMG niet bevoegd zijn tot kennisneming van een klacht als de onderhavige.

Niettemin kon de beslissing van het bureau van de districtsraad niet in stand blijven. Het bureau had zich bij zijn beslissing gebaseerd op artikel 636 van het Huishoudelijk Reglement. Zulks evenwel ten onrechte, aangezien in het onderhavige geval niet de kennelijke ongegrondheid van de klacht aan de orde was, doch de bevoegdheid van de rechtsprekende organen van de KNMG. Tot een oordeel daarentrent is niet het bureau van de districtsraad, doch slechts de districtsraad zelf bevoegd.

Derhalve werd de beslissing van het bureau van de districtsraad op formele gronden vernietigd en werd de zaak terugverwezen naar de districtsraad ter verdere behandeling en beslissing met inachtneming van de uitspraak van de Raad van Beroep.

(Zie ook MC 1987 nr. 16/1987, blz. 504.)

## KNMG

## Kort verslag 192ste Algemene Vergadering

*Notulen van de 192ste Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, gehouden op vrijdag 30 oktober 1987 in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht. Aanvang 17.30 uur.*

## I. OPENING

De voorzitter, Cense, opent de vergadering en heet allen welkom. Hij herdenkt kort de leden die de Maatschappij in het afgelopen jaar zijn ontvallen en staat in het bijzonder stil bij het overlijden van collega De Vink, oud-secretaris van de SRC en erelid van de LSV en collega Valk, oogarts, oud-lid van het Centraal Bestuur der LSV en adviseur van het hoofdbestuur. De vergadering neemt hierop enkele ogenblikken stilte in acht.

## II. BENOEMING VAN EEN COMMISSIE VAN REDACTIE VAN HET VERHANDELDE TER ALGEMENE VERGADERING

Benoemd wordt collega Van Groningen (afdeling Zaanland) die samen met de voorzitter en de secretaris-generaal der Maatschappij de commissie van redactie zal vormen.

## III. EERSTE RONDVRAAG

Hiervan wordt geen gebruik gemaakt.

## IV. INLEIDING VAN DE VOORZITTER

Zie hiervoor MC nr. 47, 20 november 1987, blz. 1508-1510.

De voorzitter spreekt de vergadering hierna als volgt toe:

'Het hoofdbestuur heeft in zijn laatstgehouden vergadering besloten dit jaar de Zilveren Legpenning van de Maatschappij toe te kennen aan de oud-hoofdredacteur van Medisch Contact, Prof. Dr. J. C. van Es. Collega van Es is hoofdredacteur van MC geweest van 1982 tot en met 1987 en heeft in totaal 250 hoofdartikelen geschreven. Het eerste had als kop 'Recht doen aan pluriformiteit'. Daarin schrijft hij: 'Artsen moeten zich rekenschap geven van de invloed die hun handelen op de samenleving heeft. Doen ze dat niet zelf dan zullen anderen dat voor hen doen'. Die woorden zouden in gouden letters boven de ingang van Domus Medica kunnen worden aangebracht. Inderdaad: doen we het niet zelf dan zullen anderen dit voor ons doen. Als een rode draad door alle artikelen van collega Van Es loopt zijn zorg voor de inhoud van de beroepsuitoefening, zijn grote zorg voor de opleidingen, zijn bewogenheid waar het betreft de relatie KNMG-maatschappelijke verenigingen. 'KNMG let op uw saeck' was zijn voortdurende boodschap. Scherp waren zijn analyses wanneer nieuwe overheidsmaatregelen werden afgekondigd en de positie van de hulpvrager in het geding was. De huisarts Van Es was in de vele artikelen terug te vinden. Ik kan iedereen aanraden deze hoofdredactionele artikelen nog eens door te lezen. In deze 5 jaar is collega Van Es erin geslaagd Medisch Contact te handhaven op het hoge niveau waarop het hem werd overgedragen en is hij er tegelijk in geslaagd om er ook een eigen kleur aan te geven. Medisch Contact is een forum voor artsen en een luisterpost voor ontwikkelingen binnen en buiten de geneeskunde. Tekenend was het laatste hoofdredactionele commentaar van collega Van Es van eind augustus jl. met als kop: 'Een bouwval van fraaie stenen'. In de laatste zin klinkt zijn filosofie ten aanzien van de KNMG door: 'De KNMG moet zich met de inhoud van de geneeskunde bezighouden, de KNMG als architect van de gezondheidszorg'.

Ik meen, collega Van Es, dat u in die woorden precies hebt weergegeven, hoe u over de KNMG denkt. Het doet mij bijzonder veel genoegen u de Zilveren Legpenning namens het hoofdbestuur en namens de Algemene Vergadering te kunnen overhandigen'.

De vergadering onderstreept de woorden van de voorzitter met een hartelijk applaus. (De voorzitter reikt Van Es de Zilveren Legpenning uit).

Van Es antwoordt als volgt:

'Mijnheer de voorzitter, dames en heren! Ik ben dankbaar voor deze geste van het hoofdbestuur en van de Algemene Vergadering van de KNMG en stel die op hoge prijs. Voor mij is dit iets extra's, want ik heb het werk voor Medisch Contact en voor de KNMG altijd met buitengewoon veel plezier gedaan. Ik ben niet alleen 5 jaar hoofdredacteur van Medisch Contact geweest, maar ook 40 jaar lang lid van de KNMG. Vroeger was het de gewoonte voor artsen om onmiddellijk lid van de KNMG te worden en dat heb ik dus ook gedaan. Ik heb de KNMG altijd als een uiterst belangrijke organisatie beschouwd, als een organisatie die alle artsen in Nederland representeert. Ik weet dat er problemen zijn en ik weet ook dat deze aanleiding zijn geweest voor de instelling van de KNMG-commissie 'KNMG naar 2000' die inmiddels haar rapport heeft uitgebracht. Ik hoop dat de discussie en de besluiten die daarover zullen worden genomen zodanig zullen zijn, dat de relatie tussen het bestuur van de KNMG en de periferie een optimale zal blijven. Ook hoop ik dat deze vergadering zal blijven bestaan, omdat het naar mijn mening ongelooflijk belangrijk is dat de KNMG hecht in de regio's verankerd blijft. Ik verwacht namelijk dat daar in de toekomst de beslissingen zullen worden genomen. Als de KNMG haar rol daar kan blijven spelen, is dat een goede zaak. Het zal ook goed zijn als al die regio's in het hoofdbestuur zullen zijn vertegenwoordigd, opdat de krachten die regionaal worden ontwikkeld daarin als het ware worden samengebal'd'.

## V. VERKIEZINGEN (met ontheffing van art. 303.b. Huishoudelijk Reglement)

De voorzitter stelt vast dat er voor de drie vacatures in het hoofdbestuur drie kandidaten zijn, zodat er geen stemming behoeft plaats te vinden. Hij verklaart hierop Th. J. M. Beyerinck, P. J. M. Sicking en R. J. M. Vandeveldt benoemd tot lid van het hoofdbestuur. Tot lid van de Raad van Beroep wordt verkozen Dr. A. P. Brinkhorst en tot plaatsvervangend lid Dr. J. D. Bom. Tot lid van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds wordt verkozen Dr. C. W. A. van den Dool.

## VI. JAARVERSLAG DER MAATSCHAPPIJ OVER 1986

De Algemene Vergadering keurt dit jaarverslag met dank aan de secretaris-generaal goed.

## VII. OVERIGE JAARVERSLAGEN OVER 1986

De Algemene Vergadering keurt de volgende jaarverslagen achtereenvolgens goed:

a. De Raad van Beroep; b. Het Bestuur van Medisch Contact; c. De commissie voor de Geldmiddelen; d. Het Bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds; e. De Bibliotheek van de Maatschappij; f. De Stichting Dienstverlening Medici.

## OFFICIEEL

## VIII. FINANCIËLE STUKKEN

*A. Medisch Contact*

De Algemene Vergadering keurt de rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1986 en de begroting voor 1988 goed en dechargeert de penningmeester voor het geldelijk beheer over 1986.

*B. Stichting Ondersteuningsfonds*

De Algemene Vergadering keurt de rekening over het jaar 1986 en de balans alsmede de begroting voor 1988 goed; de vaste bijdrage voor 1988 wordt vastgesteld op f 18,— per lid. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1986.

*C. Stichting Dienstverlening Medici*

De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1986 alsmede de balans en de begroting voor 1988 worden goedgekeurd. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1986.

*D. Maatschappij*

De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1986 worden goedgekeurd.

*Helfrich* (Groningen) vraagt naar de wijze van belegging van het hoge bedrag aan geldmiddelen, genoemd op blz. 58, in het licht van de beurskrach van oktober jl. *Theunissen*, hoofd Afdeling Financiële en Administratieve Zaken KNMG, antwoordt dat een deel van het geld, ongeveer f 1,5 miljoen, in effecten is belegd. Een ander deel van het geld staat op twee rekeningen, een bij de NMB (ca. f 3 mln) en een bij de NMB van ca. f 9 mln., vastgelegd voor één jaar. Voor het overige gaat het om kleine deposito's bij kas, bank (AMRO) en giro. Onderaan blz. 63 is het aangegeven.

*Verlooy* (Den Haag) krijgt uit blz. 96 van de toelichting de indruk dat onderscheid wordt gemaakt tussen oorlogsslachtoffers uit Indonesië en Europa.

*Diepersloot* antwoordt dat de geconstateerde verschillen niet samenhangen met de genoemde landen/continenten, maar alleen met de personen in kwestie. Zijn er verschillen dan berusten die uitsluitend op individuele overwegingen.

De balans per 31 december 1986 wordt goedgekeurd.

*Mw. Voermans* (Leiden) constateert dat voor het Ledencongres in Leiden een bedrag van f 28.000,— is begroot, terwijl in eerdere instantie andere bedragen zijn genoemd. Is daarvoor een verklaring te geven?

De voorzitter antwoordt dat dit zal worden nagetrokken en dat mw. Voermans c.q. district V schriftelijk antwoord krijgt.

*Van Randen* (Amsterdam) herhaalt een eerder gedane suggestie om de kosten van de Registratiecommissies aan alle artsen, leden en niet-leden in rekening te brengen (blz. 100) en aan de leden van de Maatschappij vervolgens een reductie toe te kennen. Dan kunnen de voordelen van het lidmaatschap van de KNMG duidelijker uit de verf komen.

De voorzitter antwoordt dat de leden van de Maatschappij op dit moment al een korting krijgen, maar is graag bereid ook deze suggestie intern nog eens te bekijken.

De Algemene Vergadering besluit de standaardcontributie voor 1988 te handhaven op f 444,—, de contributie voor algemene leden en voor adspirant-leden te handhaven op f 55,50 en de begroting voor 1988 goed te keuren.

*E. Verslag Commissie voor de Geldmiddelen*

De Algemene Vergadering keurt dit verslag goed.

*F. Decharge secretaris-generaal der Maatschappij voor het geldelijk beheer over het jaar 1986*

De Algemene Vergadering verleent de secretaris-generaal onder applaus decharge voor het geldelijk beheer over het jaar 1986.

## IX. VOORTGANG NAAR AANLEIDING VAN HET RAPPORT VAN DE COMMISSIE STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG (commissie-Dekker)

De voorzitter noemt als laatste ontwikkeling de eind augustus gehouden hoorzitting in de Tweede Kamer, waar een delegatie van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen acte de présence heeft gegeven. Er was niet meer dan een half uur voor de Maatschappij-delegatie uitgetrokken, waarin in sneltreinvaart een aantal vragen van Kamerleden moest worden beantwoord. Op een aantal vragen is een schriftelijk antwoord toegezegd. Tot een werkelijk inhoudelijke gedachtenwisseling over zaken de gezondheidszorg betreffende is het niet gekomen. Het wachten is nu op de standpuntbepaling van de Regering ter zake.

## X. ADVIES-RAPPORT VAN DE COMMISSIE 'KNMG NAAR 2000'

Na de met algemene stemmen door de Algemene Vergadering op 25 april 1986 aanvaarde motie-Zecha c.s is de commissie-IJkelens ingesteld, welke deze zomer haar advies-rapport heeft uitgebracht. Als procedure is afgesproken, dat het rapport ter opiniërende bespreking aan de Algemene Vergadering zou worden voorgelegd, dat wil zeggen voordat het hoofdbestuur zich er een oordeel over zou hebben gevormd. Verder is afgesproken dat het rapport als 'zwaarwegend advies' aan de Algemene Vergadering zou worden voorgelegd. Na de discussie van vanavond zal het hoofdbestuur zich hierover begin 1988 een nader oordeel vormen. In de voorjaarsvergadering van 1988 zal, zo is de bedoeling, meer besluitvormend over het rapport worden gesproken. Het laatste woord is daarbij aan de Algemene Vergadering.

*IJkelens*, oud-voorzitter van de commissie, heeft er behoefte aan ter toelichting van dit 'advies-rapport' nog een enkele opmerking te maken. In de eerste plaats wijst hij erop, dat zowel voorzitters als ondervoorzitters van de maatschappelijke verenigingen deel van de commissie hebben uitgemaakt, hetgeen het karakter van 'zwaarwegend advies' onderstreept. In de tweede plaats is van belang dat de totstandkoming van dit rapport in consensus heeft plaatsgevonden; vermeden is om het in de commissie op stemmingen te laten aankomen. In de derde plaats is het spreker bij de afdelingsvergaderingen die hij heeft bijgewoond opgevallen, dat de belangstelling voor deze problematiek onder de leden niet bijzonder groot is en ook dat men het rapport vaak niet goed leest. In de vierde plaats moet het hem van het hart dat het redactioneel commentaar van Medisch Contact niet helemaal aansluit bij de essentie van het rapport. Ten onrechte wordt bijvoorbeeld gezegd, dat het rapport nauwelijks aandacht besteedt aan de perifere structuur. Er staat echter wel degelijk in dat ernaar moet worden gestreefd de perifere KNMG-structuur te doen aansluiten bij de landelijke structuur in gezondheidsregio's en ook dat er grote behoefte bestaat aan een sterke perifere KNMG-structuur.

*Zecha* (Leiden), een van de indieners van de motie van 25-4-1986, constateert om te beginnen een discrepantie tussen de bedoeling van de motie en de wijze waarop zij is uitgevoerd. Hij heeft de indruk, dat een belangrijk gedeelte van de motie tussen wal en schip is geraakt. Het gaat om de passage waarin van het hoofdbestuur wordt gevraagd '... dringt er bij het hoofdbestuur op aan alle maatregelen te nemen die leiden tot een hechtere aaneensluiting van alle artsen, artsenorganisaties en -geledingen in het algemeen en tot een betere communicatie en coördinatie tussen de KNMG,

## OFFICIEEL

de LAD, de LHV, de LSV en de LVSG in het bijzonder om enerzijds beter in staat te zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten toe te voeren en anderzijds de artsen daarmee beter te motiveren de gelederen te sluiten'. Kennelijk heeft het hoofdbestuur de motie vooral aangegrepen, zo constateert spreker, om de inmiddels 'tot volle wasdom gegroeide kuikens onder de vleugels van moederkip KNMG terug te voeren'. Hij acht dat tegennatuurlijk en ook niet haalbaar. Hij stelt het hoofdbestuur de volgende vragen:

- Is het hoofdbestuur bereid in het kader van de motie andere en meer haalbare en minder controversiële maatregelen te bedenken dan de voorgestelde hervormingsplannen?
- Is het hoofdbestuur bereid voor te stellen maatregelen te toetsen aan het 'teruggevonden deel' van de motie?
- Is het hoofdbestuur bereid de door de Algemene Vergadering unaniem aanvaarde motie ruim en loyaal uit te voeren? Dat wil zeggen niet alleen voorstellen tot reorganisatie, maar ook 'andere maatregelen'.

De voorzitter toont zich door de vragen van Zecha enigszins verrast en vraagt zich af of beantwoording ervan op dit moment wel strookt met de eerder afgesproken procedure. In elk geval zegt hij toe de gestelde vragen in de eerstkomende hoofdbestuursvergadering expliciet aan de orde te zullen stellen.

Sanders, oud-KNMG-voorzitter, heeft voor dit rapport niet zo heel veel waardering, hij vindt het vooral uit beleidsoogpunt geen goed stuk. Inhoudelijk vindt hij het voor de KNMG zelfs 'verschrikkelijk', gezien de consequenties ervan voor de vereniging als zodanig. Immers, in feite wordt voorgesteld dat de KNMG als vereniging van artsen-leden verdwijnt en plaats maakt voor een soort overlegorgaan ('platform') waarvan de betekenis wordt bepaald door de samenstellende delen ervan, te weten de maatschappelijke verenigingen. Het is niet juist te stellen dat algemene belangenbehartiging de optelsom is van de specifieke belangenbehartiging. Men kan dan ook niet spreken van 'toedeling van taken' of van 'delegatie' van specifieke taken naar 'het algemeen'. Daarbij komt dat de externe betekenis van de KNMG hiermee onrecht wordt aangedaan. Die externe betekenis is zo groot - historisch gegroeid - dat vele andere organisaties daarop jaloeers zijn. Het moet tot extra voorzichtigheid stemmen, voordat men daaraan gaat sleutelen. De belangrijkste vraag is dan ook of de KNMG als dé artsenorganisatie moet verdwijnen.

Ingaande op het hoofdredactioneel commentaar in Medisch Contact merkt spreker op dat de daarin gestelde kritische vragen naar zijn mening essentieel zijn en zeker niet mogen worden gezien als vragen die het hele rapport onderuit halen. Tot slot informeert hij naar individuele reacties van leden op dit rapport. De voorzitter heeft een aantal vragen van leden binnengekregen en zegt toe deze aan de afdelingen te zullen doen toekomen.

Derksen, oud-KNMG-voorzitter, heeft dit rapport met veel belangstelling gelezen, wat logisch is als men bedenkt dat het vorige hoofdbestuur onder sprekers voorzitterschap de discussie hierover heeft geëntameerd. Centraal stond het steeds sterker wordende gevoel dat de KNMG bezig is haar geloofwaardigheid te verliezen als 'partij' in het totale gezondheidszorggebeuren, waarbij men kan denken aan de wetgeving, de organisatie van de gezondheidszorg, de ethiek, de opleidingen enzovoorts. Belangrijkste oorzaak van dat verlies is de verstengeling tussen functionele en materiële belangenbehartiging, waarmee niet is gezegd dat de materiële belangenbehartiging niet van groot belang is. Het is van wezenlijk belang dat de KNMG namens zoveel mogelijk artsen kan spreken en kan blijven spreken. Die overweging heeft geleid tot de opdracht zoals die aan de 'Commissie 2000' is verstrekt. Hij constateert, dat dit advies-rapport niet voldoet aan de aan de commissie verstrekte taakopdracht. Het rapport gaat te zeer voorbij aan de noodzaak alle artsen te zien als één professionele eenheid, los van de functionele

verschillen in de beroepsuitoefening. Als de KNMG niet in staat is goede adviezen te effectueren, betekent dat een gebrek aan managementkracht in de KNMG zelf. Er kan niet worden gesproken van belangen die de KNMG aangaan en andere belangen die de maatschappelijke verenigingen aangaan: alle belangen gaan alle artsen aan en daarom horen zij allen thuis in één KNMG. Hoe die belangen binnen de KNMG worden behartigd, is een andere kwestie. Het is dan ook opmerkelijk dat de bureaus van LSV en LHV aan de totstandkoming van dit rapport geen bijdrage hebben geleverd. Het zou 'angstwekkend' zijn als dit moet worden opgevat als een symptoom van onwil.

De door de commissie verwoorde uitgangspunten bij dit rapport bevreedden spreker en hij constateert dat die niet door de Algemene Vergadering zo zijn geformuleerd. Wanneer is het besluit genomen dat de maatschappelijke verenigingen gaan bepalen wat 'der KNMG' is? Wat gebeurt er als de maatschappelijke verenigingen tot het besluit mochten komen dat niets de KNMG regardeert? (zie de uitgangspunten 3, 4 en 8).

Wat de 8000 'overige artsen' betreft die geen lid van de KNMG zijn, heeft hij altijd begrepen dat de aarzeling om lid te worden begint bij een gebrek aan affiniteit met wat als 'de gevestigde orde' wordt beschouwd, zoals deze vooral tot uitdrukking komt in de materiële belangenbehartiging binnen Domus Medica. Wordt aan die aarzeling tegemoet gekomen wanneer de positie van de maatschappelijke verenigingen binnen Domus Medica wordt versterkt?

De voorgestelde samenstelling van het hoofdbestuur onderstreept naar sprekers mening de toenemende macht van de maatschappelijke verenigingen. Helaas, zo moet hij constateren, komt ook in dit rapport het 'machtsdenken' weer sterk naar voren. Hij mist daarin het oprechte streven naar een onbaatzuchtige bijdrage aan een optimale gezondheidszorg in Nederland. Hoe is vol te houden dat 'bottom-up' wordt geredeneerd, wanneer de bottom slechts adviserend bij het besturen wordt betrokken? Indien de Algemene Vergadering wordt opgeheven is de KNMG overgeleverd aan de besluiten van de ledenvergaderingen der maatschappelijke verenigingen. Dat raakt zelfs de eigen beleidsmedewerkers van de KNMG. Praktische aanbeveling nr. 4 boort alle hoop de grond in als wordt gesteld dat de KNMG de haar toebedeelde taken slechts onder een soort van curatele van de maatschappelijke verenigingen mag behartigen. Het lijkt hem evenmin juist om opleidings- en registratietaken naar de desbetreffende maatschappelijke verenigingen over te hevelen. Deze taken zijn door de overheid primair aan de KNMG toebedeeld, onder de voorwaarde dat zij deze taken op een verantwoorde wijze behartigt. Indien ook bij de behartiging van die belangen materiële aspecten een rol zouden gaan spelen, zou de overheid deze taken wel eens tot zich kunnen trekken. Resumerend merkt spreker op geen voorstander van de aanvaarding van dit rapport te zijn.

Verlooy (Den Haag) heeft aan de woorden van Derksen weinig toe te voegen, hij is het daarmee geheel eens. Hij heeft ook bezwaar tegen het voorstel om Medisch Contact tot een 'Maatschappijblad' te maken. MC moet onafhankelijk blijven, dat heeft alleen maar voordelen.

Rasker, oud-ondervoorzitter LAD, heeft om te beginnen veel waardering voor de procedure, waarbij dit rapport direct aan de leden (Algemene Vergadering) wordt voorgelegd zonder preadvies van het hoofdbestuur. Dat doet ook recht aan de mondigheid van de leden en stelt hen in staat zich zelfstandig een eigen oordeel te vormen. In de tweede plaats heeft hij ook voor de inhoud van dit rapport veel waardering en signaleert hij dat de daarin neergelegde grondgedachte goed aansluit bij eerdere ideeën over federatieve samenwerking van artsengroeperingen. Wel mist hij een naar zijn mening wezenlijk facet, namelijk de wijze waarop een groot aantal wetenschappelijke verenigingen in de voorgestelde structuur wordt gepast. Juist die wetenschappelijke specialistenverenigingen zijn

## OFFICIEEL

voor de toekomst van het grootste belang, daar wordt thans het aanbod van specialisten bepaald, zonder dat met de vraag rekening wordt gehouden. Daarnaast spelen deze verenigingen een essentiële rol bij de bewaking van de kwaliteit van de specialistische gezondheidszorg. Deze verenigingen staan nu nog geheel en al los van de KNMG en zouden er juist nauw bij betrokken moeten worden. De overheid wil het in- en uitstroombesleid reguleren, maar is bij de KNMG dan aan het verkeerde adres omdat zij hiervoor de wetenschappelijke verenigingen nodig heeft. In de gedachte platformstructuur ontbreekt dan ook één essentiële poot: die van de 30 wetenschappelijke verenigingen.

*Van Randen* (Amsterdam) kan zich niet herinneren – IJkelenslam leek daarop zoëven te zinspelen – dat het advies-rapport in een ledenvergadering is besproken; hij neemt aan dat de consultatie alleen de Centrale Besturen betreft. Anderen hebben al geconstateerd dat de voorgestelde structuur een totaal andere opbouw van de KNMG als organisatie betekent, namelijk vanuit de maatschappelijke verenigingen naar een gemeenschappelijk platform toe. Met alle waardering voor de commissie die hier zo hard aan heeft gewerkt, moet hij toch opmerken, dat Amsterdam die kant niet op wil. Hij betwijfelt of de door anderen gepropageerde scheiding van materiële en niet-materiële belangenbehartiging zo'n verstandige zaak is, zowel voor artsen en huisartsen als voor de gezondheidszorg als zodanig. Hij ziet niet in waarom functionele en materiële belangenbehartiging in alle gevallen strikt van elkaar zouden moeten worden gescheiden; dat lijkt hem zelfs lang niet altijd gunstig. Wel is het een goede gedachte de maatschappelijke verenigingen een grotere verantwoordelijkheid te geven, bijvoorbeeld voor het functioneren van het hoofdbestuur. Dat kan ook door het aanbrengen van veranderingen ten aanzien van de totstandkoming van de Algemene Vergadering; te denken is aan rechtstreekse verkiezing van leden naar de Algemene Vergadering door de perifere afdelingen.

*Van Romunde* (Rotterdam) merkt op dat ook in zijn district dit rapport niet zo gunstig is ontvangen. Allereerst moeten worden vastgesteld dat gezondheidszorg geen optelsom is van in de gezondheidszorg werkende mensen. Het uitstippelen van een bepaald beleid op dit gebied kan heel wel nu eens ten koste van belangen van de LHV en dan weer ten koste van belangen van de LSV gaan. Wat dit betreft, is de voorgestelde constructie te rigide en te weinig flexibel en houdt ze te weinig rekening met de toekomst. Aanspreekpunten van zorgverleners zijn nodig bij de toekomstige financiering van de gezondheidszorg. Die aanspreekpunten zullen niet meer door willekeurige groepjes medische specialisten of huisartsen kunnen worden gevormd, maar zullen daar doorheen lopen en dat maakt de vorming van een orgaan nodig dat kan worden aangesproken.

Niets is dan logischer dan bestaande structuren in stand houden en dat vereist onder meer dat de 'scherpe kanten' in de relaties met en tussen LSV en LHV moeten worden afgeslepen; van die scherpe kanten draagt dit rapport de duidelijke sporen. In Rotterdam is het mogelijk gebleken daarvoor een oplossing te vinden, hetzelfde zou in Domus Medica mogelijk moeten zijn.

De voorzitter besluit de discussie over het advies-rapport en zegt alle gemaakte opmerkingen en gestelde vragen te zullen 'meenemen' en intern bespreken. Wat betreft de door Zecha gestelde 'drie vragen' kan hij op dit moment nog niet zeggen of het HB zal komen met meer haalbare en minder controversiële voorstellen dan nu gepresenteerd. Hij wijst er ten aanzien van de procedure op dat het advies-rapport niet van het hoofdbestuur afkomstig is en dat het hoofdbestuur zich nog een oordeel moet vormen over de vraag of het met andere voorstellen moet komen. Het hoofdbestuur zal zich eerst beraden op de vraag of het vasthoudt aan de eerder met betrekking tot het advies-rapport afgesproken procedure. Het

onderwerp zelf, komt in ieder geval in de eerstvolgende Algemene Vergadering terug.

Hierna wordt gepauzeerd

# XI. WIJZIGING VAN HET HUISHOUDELIJK REGLEMENT DER MAATSCHAPPIJ IN VERBAND MET DE REORGANISATIE VAN DE INTERNE RECHTSPRAAK

*Mw. Mr. Kastelein* heeft op de gedane voorstellen nog een aanvulling, betrekking hebbende op zaken die op dit moment onder behandeling van een districtsraad zijn. Zaken die per 1-1-1988 – moment van ingang van de nieuwe regeling – nog onder behandeling van een districtsraad zijn, dienen door de desbetreffende districtsraad (dat wil zeggen in 'oude' samenstelling) te kunnen worden afgehandeld. Vooral praktische overwegingen nopen daartoe.

*Buirma* (Apeldoorn) leest dat de interne rechtspraak open staat voor leden en voor het hoofdbestuur en vraagt of leden van het hoofdbestuur geen leden van de Maatschappij (kunnen) zijn. *Mw. Mr. Kastelein* antwoordt dat met 'hoofdbestuur' is bedoeld op het collectief, niet op de individuele leden van het hoofdbestuur. Hier wordt dus bedoeld, dat 'het hoofdbestuur' bevoegd is een klacht in te dienen tegen een lid van de KNMG, indien het hoofdbestuur van mening is dat de handelwijze van dit lid daartoe aanleiding geeft. Die mogelijkheid bestond ook in het oude reglement reeds.

*Siemond* (Gouda) mist in de nieuw voorgestelde districtenindeling de afdeling Leiden/Gouda e.o., district V. Hij vraagt naar de mogelijkheid van vacatiegeld voor leden van districtsraden. De voorzitter wil op die vraag te zijner tijd terugkomen, wanneer de consequenties ervan zijn bekeken.

*Willems* (Breda) is benieuwd welke criteria zijn gehanteerd bij het bepalen van de vestigingsplaatsen. Hoe is men bijvoorbeeld tot Arnhem gekomen? Die keuze is volgens *Mw. Mr. Kastelein* een pragmatische geweest, namelijk uitgaande van de woonplaats van de betrokken adjunct-secretaris, zijnde Arnhem. Het zal duidelijk zijn dat het kostenprobleem hierbij een belangrijke rol heeft gespeeld. Hierover zijn van meer kanten vragen gekomen, onder meer uit Maastricht, dat met de gekozen locatie begrijpelijkwijze niet zo gelukkig is. Bezien wordt of bij de benoeming van plaatsvervangend adjunct-secretarissen met de naar voren gebrachte bezwaren rekening kan worden gehouden.

*Smeets* (Sittard/Geleen) vraagt of het juist is dat de verzoenende functie die districtsraden in geschillen tussen leden konden vervullen nu verschuift naar de afdelingsbesturen en zou daaraan wat meer ruchtbaarheid willen geven. Op zichzelf kan dat het geval zijn, aldus *Mw. Mr. Kastelein*, maar het staat enigszins los van de interne rechtspraak als zodanig. In een informatiebrief aan de leden zou daarop nog eens kunnen worden geattendeerd.

*Sanders* stelt een aantal vragen. De voorgestelde tekst van art. 604, lid 1 en 2, zegt dat de besturen van de districten gezamenlijk vaststellen en benoemen. Betekent dit dat een aantal districten daarvoor bij elkaar moet komen? Kan dat ook schriftelijk gebeuren? In het oude art. 604 lid 2 stond dat de districtsraad een voordracht opmaakt, gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen. Is het niet verstandig hier te handhaven de woorden 'gehoord de voorzitters van de besturen van de districten' of 'gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen'? Het zou immers niet goed zijn de rechtspraak helemaal los te koppelen van de organisatiestructuur van de KNMG.

*Mw. Mr. Kastelein* beantwoordt eerst deze vragen. Het is inderdaad ook mogelijk dat besturen van districten elkaar schriftelijk

## OFFICIEEL

raadplegen en zo tot benoemingen en dergelijke komen. Wat de vraag met betrekking tot art. 604.2. betreft, is in de praktijk de oplossing gekozen alle besturen van alle afdelingen aan te schrijven. Sanders zou voor alle duidelijkheid en om ook 'reglementair' gedekt te zijn toch de woorden 'gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen' willen toevoegen.

In art. 614, lid 3, staat: 'Het bepaalde in de voorgaande leden is ook van toepassing op plaatsvervangende leden'. Zijn er plaatsvervangende leden? Mw. Mr. Kastelein antwoordt dat hier bedoeld is op plaatsvervangende leden van het medisch tuchtcollege. Sanders vindt dat onvoldoende duidelijk naar voren komen en raadt herziening van deze formulering aan. Met betrekking tot art. 620 vraagt hij, of hier geen criteria voor al dan niet toelating moeten worden opgenomen. Mw. Mr. Kastelein noemt als bezwaren tegen het opnemen van criteria, dat dit niet altijd goed werkt en te zeer miskent dat districtsraden daarover zelf heel wel kunnen oordelen. Het werkt met andere woorden nogal betuttelend. In dat geval vindt Sanders dat een beslissing tot weigering inzake toelating dient te worden gemotiveerd met het oog op de beroepsmogelijkheid. Tot slot constateert hij dat op voorstel van de Raad van Beroep destijds de termijn van een maand werd gewijzigd in 4 weken, terwijl nu weer overal wordt gesproken van 'maand'. Mr. Van Daalen, lid RvB, antwoordt daarop dat in de wetgeving van de laatste tijd de termijn van een maand gebruikelijk is geworden, zodat ook de Raad van Beroep zich daaraan weer wil conformeren.

Maats, oud-KNMG-voorzitter, leest in art. 637, lid 2: 'Indien in enig volgend processueel stadium van de procedure het (opnieuw) inschakelen van een vooronderzoeker gewenst wordt geacht, zal daartoe terstond worden overgegaan.' Hij vraagt wie dat wanneer doet. Het kan voorkomen dat degene om wiens zaak het gaat dat graag wil, maar dat degene die de zaak behandelt daar anders over denkt. Het is verstandig om op te nemen wie hier het initiatief neemt ten einde gekibbel te vermijden. Mr. van Daalen, lid RvB, antwoordt, dat deze passage tot nog toe nooit problemen heeft gegeven. Binnen de colleges is dit een gebruikelijke procedure geworden. Maats stelt dan vast dat dit een overbodige bepaling is. Als dat niet zo is, is het goed erbij op te nemen dat of het college of de districtsraad het initiatief neemt. Mr. van Daalen, lid RvB, merkt op dat uitsluitend het college de vooronderzoeker benoemt, niet de districtsraad. Dat kan in ieder stadium van een procedure gebeuren. Het is hier opgenomen op duidelijk te maken dat het ook nadat een vooronderzoeker zijn werk heeft gedaan mogelijk blijft, dat hij opnieuw wordt ingeschakeld. Maats vindt dat uitstekend, maar vindt dat er dan wel bij moet staan dat het college daartoe de beslissing neemt. Het college is hier kennelijk de daartoe bevoegde instantie. Mr. van Daalen blijft dat overbodig vinden. Maats dringt erop aan dat hierover een uitspraak van de vergadering komt. Als dit niet meer is dan een soort van gedragscode van het college behoort het naar de toelichting te verhuizen, maar als het een bevoegdheid van het college aanduidt, moet dat college hier ook worden benoemd. Mw. Mr. Kastelein merkt op dat de uitleg van Mr. Van Daalen correct is, wat niet wegneemt dat het voor alle duidelijkheid in de toelichting kan worden opgenomen. In dat geval blijft Maats problemen houden, want dan is het artikel zelf in feite overbodig geworden en kan net zo goed worden geschrapt. Hij stelt voor het in het artikel op te nemen.

De voorzitter brengt het amendement van Maats in stemming.

Na gehouden stemming bij handopsteken blijkt dat de stemmen staken, zodat het amendement-Maats niet is aangenomen.

Vervolgens stelt hij voor om de door Maats gewenste verduidelijking in de toelichting op te nemen. Hij brengt dit voorstel in stemming.

Na gehouden stemming bij handopsteken blijkt dat een ruime

meerderheid van de Algemene Vergadering daarmee instemt, zodat dit voorstel is aangenomen.

Vervolgens brengt de voorzitter het voorstel tot wijziging van het Huishoudelijk Reglement der KNMG, zoals gepresenteerd op de blz. 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147 en 148, in stemming. De Algemene Vergadering gaat – bij 2 onthoudingen – akkoord met de voorgestelde wijziging van het HR-KNMG, inclusief de aanvulling met betrekking tot zaken die op dit moment nog onder behandeling van een DR zijn en inclusief de aanvulling in de toelichting op art. 637, lid 2.

## XII. GEDRAGSREGEL 41A INZAKE HET ROKEN

## Voorstel hoofdbestuur:

'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.'

Mares (Zwolle) vindt dat dit voorstel strikt genomen inhoudt, dat een arts helemaal nergens meer kan roken; hij wil dat beperken tot de relatie tussen arts en patiënt. De voorzitter constateert, dat de strekking van het voorstel een ieder duidelijk is en brengt het in stemming.

De Algemene Vergadering stemt – met 1 stem tegen en 2 onthoudingen – in met de gewijzigde gedragsregel

## XIII. INZAGERECHT

Bisschops (Heerlen) is psychiater en heeft begrepen dat een uitzondering kan worden gemaakt voor bepaalde psychiatrische behandelingen, namelijk voor die gevallen waarbij het geven van inzage tot schade van de patiënt zou kunnen leiden. In zo'n geval zou de psychiater zich op overmacht kunnen beroepen. Dat is volgens de voorzitter op zichzelf juist, wat niet uitsluit dat deze 'overmacht' dan zal worden getoetst. Er hebben zich al gevallen voorgedaan waarin inzage door een psychiater werd geweigerd, maar waarbij moest worden vastgesteld dat de schade aan de patiënt niet kon worden hard gemaakt. Niettemin is het de bedoeling hier een uitzonderingsbepaling te handhaven.

Dierick (Z-Vlaanderen) is wat geschrokken door dit voorstel van het hoofdbestuur, waarmee in feite binnen een jaar door het hoofdbestuur een andere koers wordt uitgezet. De indruk is dat het hoofdbestuur hiermee zwicht voor druk die op de KNMG wordt uitgeoefend en angst is een slechte raadgever. Hij vindt dat het hoofdbestuur op dit punt principieel moet blijven. Een uitweg is op dit moment nog dat er geen richtlijnen zijn ten aanzien van de dossiervorming en dat de persoonlijke werkaantekeningen niet tot het dossier behoren. De voorzitter is met Dierick van mening dat angst hier niet de leidraad zal mogen zijn. De KNMG staat niet onder druk, maar wel is hier de laatste tijd steeds meer jurisprudentie over gekomen. Verder heeft ook de KNMG-commissie 'Juridische relatie arts-patiënt' het hoofdbestuur geadviseerd om tot heroverweging van het bestaande KNMG-standpunt te komen. Het moet in het licht van ontwikkelingen die op dit gebied aan de gang zijn positief worden beoordeeld dat de KNMG bereid is haar eigen positiebepaling op dit punt opnieuw te bezien.

Van Randen (Amsterdam) is voorstander van inzage van het dossier door de patiënt, maar er doet zich dan wel direct een aantal problemen voor. Aan wie moet inzage worden gegeven? Moet daarbij een leeftijdsgrens in acht worden genomen? Moet dat bijvoorbeeld ook voor kinderen van 16 of 17 jaar gelden? Hoe

## OFFICIEEL

verhoudt zich dit tot vragen met betrekking tot abortus en euthanasie? *Mw. Mr. Kastelein* antwoordt dat de inzage uitsluitend voor de patiënt zelf moet gelden, niet voor familieleden of wettelijke vertegenwoordigers etcetera. Van minderjarigen kan men zich afvragen of zij al 'tot het oordeel des onderscheids' zijn gekomen, wat niet precies met een bepaalde leeftijd hoeft samen te hangen. Indien die vraag bevestigend wordt beantwoord, heeft ook de minderjarige recht op inzage. De wettelijke vertegenwoordigers hebben dat zeker niet automatisch, omdat het beroepsgeheim van de arts zich daartegen verzet. Gaat het om minderjarigen die niet 'het oordeel des onderscheids' hebben dan nog is het zeker niet vanzelfsprekend dat wettelijke vertegenwoordigers inzagerecht hebben; ook in dát geval kan er sprake zijn van mededelingen door de patiënt aan de arts op grond waarvan de arts zich op zijn beroepsgeheim wenst te beroepen. De arts zal hier van situatie tot situatie de afweging moeten maken. Het blijft voor *Van Randen* de vraag, of een huisarts, die immers met een heel gezin te maken heeft, met deze regeling uit de voeten kan. Hij voorziet in de dagelijkse praktijk nogal wat problemen. *Mw. Mr. Kastelein* voegt hieraan nog toe dat er binnenkort meer jurisprudentie over deze zaak komt, nu er uitspraak is gedaan in een casus waarin ouders inzage wensten over een kind dat bij een RIAGG onder behandeling was. De rechter heeft die eis afgewezen met verwijzing naar het beroepsgeheim van de behandelend arts.

*Mares* (Zwolle) begrijpt dat als criterium 'het oordeel des onderscheids' wordt gehanteerd, maar begrijpt dan niet dat psychiatrische patiënten nog voor inzagerecht in aanmerking komen. Die hele categorie patiënten valt er dan uit. *Mw. Mr. Kastelein* wil niet te zeer op categorieën van patiënten ingaan, ook zwakzinnigen vormen zo'n specifieke groep. Het gaat erom dat er in individuele gevallen uitzonderingen zijn te maken, zowel ten aanzien van minder- als ten aanzien van meerderjarigen. Deze uitzonderingssituaties worden overigens ook met zo veel woorden genoemd in het voorontwerp van wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het gaat daarbij om patiënten die niet voor zichzelf kunnen zorgen en waarvoor gemachtigden of wettelijke vertegenwoordigers moeten optreden. Daarop heeft dit voorstel van het hoofdbestuur geen betrekking; het is een algemeen voorstel, waarbij de uitzonderingen moeten gelden die ook in andere regelgeving op dit gebied van kracht zijn. Overigens is het op zichzelf heel wel mogelijk dat een gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt wél in staat is om over zijn eigen situatie te oordelen. Het gaat erom dat uitzonderingen die ten aanzien van specifieke groepen in het recht gelden ook ten aanzien van deze groepen gelden. Voor specifieke groeperingen zullen er specifieke regelingen komen.

*Heijen*, voorzitter LSV, vindt dit een fundamentele kwestie, waarover schijnbaar brede maatschappelijke instemming bestaat: bij patiëntenverenigingen, politici, in de jurisprudentie, in de Patiëntenwet, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het wetsontwerp Persoonsregistraties en het rapport Patiëntendossier in de geestelijke gezondheidszorg. Met enige spijt moet hij aan deze lijst de LHV en de LAD toevoegen. Nu dreigt ook de KNMG zich daarbij aan te sluiten. Toch wil spreker een poging doen om de Algemene Vergadering alsnog tot andere gedachten te brengen. Een belangrijk argument is dat toenemende jurisprudentie de KNMG in deze richting dwingt. Eigen 'recherche' wijst evenwel in een andere richting: de jurisprudentie die er tot nu toe is, biedt de arts meer mogelijkheden dan het voorstel van het hoofdbestuur. Het zijn vooral specialisten die belang hebben bij een regeling ter zake, want zij zijn de belangrijkste verschaffers van informatie, op papier of anderszins.

Een andere vraag waarover men verschillend kan denken, is of de arts zich in dezen 'toetsbaar' moet opstellen. Dat gebeurt bij het eerste gedeelte van het proces, namelijk het geven van zoveel mogelijk informatie aan de patiënt. Namens 28 wetenschappelijke

verenigingen kan spreker meedelen dat het geen goede zaak is als het medisch dossier straks rechtstreeks door de patiënt zou kunnen worden ingezien. Dat zal een kwalitatieve verarming van het dossier tot gevolg hebben en daardoor ook een verschralling van de intercollegiale informatiestroom. Er zullen in elk geval grote problemen rijzen, wanneer de specialist van oordeel is dat rechtstreekse inzage een patiënt ernstig zal 'beschadigen'. Een bijkomend probleem wordt, dat de splitsing tussen 'dossier' en 'werkaantekeningen' het voor maatschappen straks moeilijk gaat maken om overgedragen patiënten adequaat te behandelen; immers, een aantal gegevens wordt dan in de werkaantekeningen opgeslagen en komt in het dossier niet meer voor. Wat de dossiervorming betreft, is de voorzitter het met *Heijen* eens dat bij invoering van een wettelijk geregeld rechtstreeks inzagerecht een overgangperiode in acht zal moeten worden genomen waarbinnen de dossiers aan de nieuwe bepalingen kunnen worden aangepast en 'geschoond' op gevoelige gegevens. Er zullen dan ook duidelijke richtlijnen voor de dossiervorming moeten komen. Met *Heijen* is hij het ook eens dat het verstrekken van zoveel mogelijk informatie aan de patiënt een goede zaak is, maar op zichzelf niet uitsluit dat die patiënt op enig moment toch inzage verlangt. Dan zal het alleen maar het vertrouwen versterken als hij constateert dat de arts hem niets anders heeft verteld dan in het dossier staat. Wanneer wordt gewaarschuwd voor 'verschralling' van het dossier, vraagt hij zich echter af, welke gegevens uit het dossier verdwijnen. Dat kunnen niet de objectieve gegevens zijn en er is geen gegronde reden te bedenken waarom de patiënt die niet zou mogen zien.

*Mw. Mr. Kastelein* bestrijdt de kritiek van *Heijen* dat het voorstel van het hoofdbestuur een grotere inperking betekent dan de jurisprudentie op dit gebied aangeeft. Een aantal uitspraken erkent de theoretische mogelijkheid dat te verwachten ernstige schade een uitzonderingsgrond vormt, maar er is nog geen enkele uitspraak geweest, waarin dat argument ook feitelijk is gehanteerd om inzage te weigeren. Verschralling van de intercollegiale informatie bevreemdt haar, want die informatie-uitwisseling kan alleen met toestemming c.q. veronderstelde toestemming van de patiënt plaatsvinden. Ingaande op deze laatste woorden merkt *Heijen*, LSV-voorzitter, op dat er toch ernstig rekening mee moet worden gehouden dat in de dossiervorming veranderingen zullen optreden, wanneer de specialist tevoren kan vermoeden dat alles wat hij aan het papier toevertrouwt ter inzage kan worden gevraagd. Toestemming voor communicatie met derden staat hier in feite buiten. Spreker kent een aantal rechterlijke uitspraken waarin wel degelijk met te verwachten schade aan de patiënt rekening wordt gehouden. Om duidelijk te maken voor welke problemen psychiaters kunnen komen te staan gaat hij nog een ogenblik in op de zogeheten Rogeriaanse therapie. Wordt daarbij aan de patiënt inzage gegeven dan is de hele therapie zinloos.

*Mw. Hermann*, voorzitter LVSG, wil graag nog eens onder de aandacht brengen, dat de ledenvergadering van de LVSG zich bij herhaling vóór een rechtstreeks inzagerecht heeft uitgesproken. Zij spreekt de hoop uit dat ook de Algemene Vergadering die richting zal kiezen.

*Sanders* wil op de uitkomst van de discussie over dit onderwerp niet vooruitlopen, maar constateert al wel, dat de verandering van standpunt van het hoofdbestuur een aantal belangrijke adviesorganen, waaronder de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, bepaald niet is ontgaan. Wel waarschuwt hij het hoofdbestuur de nu gevolgde gedragslijn in de toekomst niet meer te volgen, namelijk binnen een beperkte periode een totaal ander standpunt innemen en dit naar buiten brengen onder de aantekening dat de Algemene Vergadering er nog tegen kan stemmen. Dat is geen verstandige procedure. Wat de inhoudelijke kant betreft, wijst hij erop dat de jurisprudentie hierover minder absoluut is dan door *Mw. Mr. Kastelein* wordt gesuggereerd. In de uitspraken wordt boven-

## OFFICIEEL

dien sterk rekening gehouden met datgene wat onder beroepsgenoten gebruikelijk is, de gedragsregels: de beroepsgroep heeft hierop dus wel degelijk een bepaalde invloed. De rechterlijke uitspraken kunnen verschillend worden gelezen en geïnterpreteerd en zijn op zichzelf een onvoldoende onderbouwing voor deze vergaande verandering van standpunt. Voor spreker blijft overeind dat een integere arts die er voor zichzelf van overtuigd is dat het geven van inzage schadelijk voor zijn patiënt is, die inzage niet zal geven. Hij vindt zelf dat de arts dit in dat geval ook niet behoort te doen. In het kader van de nieuwe wetgeving op dit punt kan de arts in een conflict van plichten terechtkomen en zal hij zich eventueel voor het weigeren van inzage moeten verantwoorden. In bijlage 1, onder II.c., wordt gesproken over gegevens afkomstig van derden en gegevens over derden. Wat betreft gegevens over derden wordt gezegd dat die buiten het inzagerecht kunnen vallen voor zover het beroepsgeheim dit vereist, maar dit is naar sprekers mening onvolledig: ze behoren buiten het inzagerecht te vallen voor zover het beroepsgeheim dit vereist of de privacy in het geding is. Dit laatste staat met zoveel woorden in het voorontwerp van wet op de behandelingsovereenkomst. Wat betreft gegevens verkregen van derden kan worden aangenomen dat ze met instemming van de patiënt en derhalve voor een bepaald doel zijn verstrekt, gelegen in de curatieve sfeer. Dat is niet hetzelfde doel als waarvoor gegevens soms worden gevraagd. Wanneer bepaalde patiëntgegevens als 'vertrouwelijk' worden aangemerkt moet de patiënt erop kunnen vertrouwen dat ze niet via het dossier elders terechtkomen. Spreker is het ook niet eens met het gepresenteerde standpunt dat regel zou moeten zijn dat alle intercollegiaal verstrekte informatie voor de patiënt ter inzage is bij degene waar zij berust, tenzij de informatieverstrekende arts zich uitdrukkelijk het recht heeft voorbehouden zelf het verzoek tot inzage af te handelen. Als het om vertrouwelijke informatie gaat, is de arts niet gerechtigd om die a) in het dossier op te nemen en b) aan een ander te verstrekken. Het anderhalf jaar geleden geformuleerde KNMG-standpunt was een goed geformuleerd standpunt, waarin het uitgangspunt van een zo goed mogelijke informatieverstrekking voorop stond met inachtneming van een essentieel 'tenzij'. Er is naar sprekers mening geen goede reden om de voorgestelde koerswijziging te volgen. Het moet mogelijk zijn te komen tot een omschrijving van wat in het dossier in elk geval thuishoort en wat daarin zeker niet thuishoort, zoals werkaantekeningen die nog niet tot een formele conclusie hebben geleid en vertrouwelijke informatie dan wel gegevens over derden (beroepsgeheim, privacy) en gegevens van derden die hetzij vertrouwelijk hetzij voor een specifiek doel zijn verstrekt.

*Mw. Mr. Kastelein* wil op de interpretatie van de jurisprudentie op het gebied van het inzagerecht niet te diep ingaan, maar volstaat ermee te wijzen op de publicatie daarvan in Medisch Contact (vrijwel volledig). Daarin erkent de rechter theoretisch dat schade voor de patiënt een uitzonderingsgrond zou kunnen zijn, maar in de concrete gevallen waarom het ging, is die schade niet aangetoond en heeft de rechter derhalve uitgesproken dat inzage diende te worden verleend.

*Sanders* is van mening dat gegevens over derden buiten het inzagerecht behoren te blijven en dat de arts zich op zijn beroepsgeheim kan beroepen. Spreekster vraagt zich af of de arts dat in alle gevallen kan doen, of dat hij van geval tot geval moet beoordelen of de gegevens over derden die in het dossier zitten onder het beroepsgeheim vallen of niet. Het is een nuanceverschil om hier van 'kunnen' (hoofdbestuur) dan wel van 'behoren' (*Sanders*) te willen spreken; ook het voorontwerp van wet spreekt in dit verband van 'behoudens voor zover dit de persoonlijke levenssfeer van een derde zou schaden'. De persoonlijke levenssfeer valt vanzelfsprekend onder het beroepsgeheim. Wat betreft gegevens van andere artsen verkregen, kan iedere arts weten dat gegevens desgewenst aan de patiënt kunnen worden verstrekt en dat dus in principe alle

gegevens in het dossier aan een collega ter inzage kunnen worden gegeven. Omdat dit niet aan alle collega's bekend is, is de clause opgenomen dat de arts kenbaar kan maken zelf een verzoek tot inzage te willen afhandelen; dat kan zich voordoen in het geval van gevoelige gegevens. De patiënt behoudt dan zijn recht op inzage, maar de arts om wie het hier gaat behoudt de mogelijkheid van begeleiding van de patiënt.

*Zecha* vraagt wie er verantwoordelijk is voor de eventuele gevolgen van verleende inzage. Hij kan zich voorstellen dat een arts inzage weigert en vervolgens toch tot het verlenen ervan wordt gedwongen. Als dat tot ongelukken leidt, wie is er dan verantwoordelijk? Hij is er niet zo zeker van dat de arts dan iedere verantwoordelijkheid kan afwijzen. Het voorontwerp van wet spreekt over een verantwoordelijkheid van de arts voor een goede begeleiding bij het inzagerecht. Hij wordt met andere woorden minstens medeverantwoordelijk gemaakt voor het vervolg. *Mw. Mr. Kastelein* antwoordt dat de begeleiding door de arts niet alleen bij het verlenen van inzage maar in alle gevallen goed zal moeten zijn. Indien een bepaalde patiënt inzage niet aan kan, is dat nog geen bewijs voor het feit dat de begeleiding van de arts niet goed is geweest. Van de arts wordt gevraagd om 'voldoende begeleiding en opvang' te geven (toelichting art. 1653k). De hulpverlener kan niet voor eventuele schade worden aangesproken, tenzij de begeleiding en opvang ten enenmale onvoldoende zijn geweest. Zij verwacht over dit specifieke punt geen toeneming van het aantal juridische procedures. *Zecha* mist in de bijlagen artikel 1653b, waarnaar enkele malen wordt verwezen. Dit artikel houdt volgens *Rasker*, oud-onder voorzitter LAD, in dat de arts niet verplicht is om sua sponte alle informatie aan de patiënt te verstrekken; hij mag daarin selectief zijn indien hij dat verkiest. Op het moment dat de patiënt inzage in het dossier wil hebben, kan hij zich daarop echter niet beroepen als een soort van 'recht' om niet alles aan de patiënt te vertellen. *Zecha* verzoekt het hoofdbestuur om voor alle duidelijkheid dit gehele voorontwerp van wet op de behandelingsovereenkomst in Medisch Contact te publiceren. Ingaande op het voorbeeld van Heijen met betrekking tot de Rogeriaanse therapie in de psychiatrie (deze staat haaks op het verstrekken van inzage) vraagt hij, of hier sprake is van het niet verstrekken van inzage in het belang van de behandelingsmethodiek. Is dit een uitzonderingskwestie, of geldt dit in bredere zin, dat wil zeggen ook voor andere behandelingsmethodieken? Moet niet alsnog worden opgenomen dat inzage niet wordt verstrekt wanneer de behandelingsmethodiek zich daartegen verzet? *Mw. Mr. Kastelein* is van mening dat een dergelijk amendement het voorstel van het hoofdbestuur onderuithaalt en dat in dat geval de voorkeur aan het 'oude' standpunt moet worden gegeven.

*Maats* pleit ervoor bij het oude standpunt te blijven en de bezwaren die van de zijde van de LSV naar voren zijn gebracht goed te overwegen. Met het oude KNMG-standpunt hebben zich weinig problemen voorgedaan, zodat hij niet ziet waarom dit niet kan blijven gehandhaafd.

*Mares* (Zwolle) sluit zich aan bij de woorden van *Sanders* en is van mening dat dit nieuwe standpunt geweld doet aan het adagium 'primum non nocere'. Het is en blijft de plicht van de arts de patiënt geen nadeel, laat staan ernstig nadeel te berokkenen. Hij pleit eveneens voor handhaving van het bestaande KNMG-standpunt, waarin via de constructie van de vertrouwensarts aan de verlangens om inzage van de patiënt tegemoet kan worden gekomen. Dat de patiënt recht zou hebben op de gegevens die op zijn behandeling betrekking hebben is één; een tweede is of hij ook recht heeft op gegevens die ten behoeve van de intercollegiale toetsing of de FONA worden opgeslagen. Daarop reageert *Mw. Mr. Kastelein* kort met de opmerking, dat laatstgenoemde gegevens ook in het nieuwe voorstel niet ter inzage worden gegeven.

## OFFICIEEL

De voorzitter sluit de discussie en brengt het voorstel van het hoofdbestuur in stemming.

De Algemene Vergadering spreekt zich met 21 stemmen tegen, 16 vóór en 10 onthoudingen uit tegen het voorstel van het hoofdbestuur, zodat dit is verworpen.

## XIV. MEDEDELINGEN VAN HET HOOFDBESTUUR

Er zijn geen mededelingen.

## XV. TWEEDE RONDVRAAG

Griffioen (Delft) wijst op het tekort aan oogartsen en medisch-microbiologen als een van de weinige specialismen waarbij zich een dergelijke situatie voordoet. In een vergadering van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen (ziekenhuisdirecteuren) is gezegd dat er bij de medisch-microbiologen in theorie 32 opleidingsplaatsen zijn. Bij een gemiddelde opleidingsduur van 4 jaar kunnen er dus gemiddeld 8 per jaar worden afgeleverd. Het tekort zal in de toekomst nog groter worden, omdat veel microbiologen thans tussen de 55 en 60 jaar oud zijn. Hoe valt daarmee te rijmen dat de betrokken wetenschappe-

lijke vereniging een restrictief beleid met betrekking tot de opleidingen voert? Willen hoofdbestuur en LSV daaraan aandacht besteden? De voorzitter zegt toe er aandacht aan te zullen besteden.

Maats vraagt er aandacht voor dat het besluit dat de Algemene Vergadering in een der vorige vergaderingen ten aanzien van het Ondersteuningsfonds heeft genomen voor een aantal betrokkenen ongunstig uitwerkt. Wil het hoofdbestuur met het bestuur van de Stichting OF over een wat 'humanere' regeling overleg plegen? De voorzitter zegt toe de vraag in het presidium te zullen bespreken.

Helfrich (Groningen) informeert naar de verdere procedure ten aanzien van het rapport van de 'Commissie 2000', want het hoofdbestuur heeft zich daarover niet zo duidelijk uitgesproken. Wat gaat er nu mee gebeuren? Wil het hoofdbestuur voor zo'n belangrijk onderwerp een volgende maal meer tijd uittrekken? De voorzitter zegt dit laatste toe.

## XVI. SLUITING

Niets meer aan de orde zijnde, sluit de voorzitter te 21.30 uur de vergadering.

## LSV

## Convocatie ledenvergadering 24 maart 1988

Convocatie voor de ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op donderdag 24 maart 1988, om 19.15 uur in het Jaarbeurs Congrescentrum, te Utrecht (tel. 030-955911).

## Agenda

1. Opening.
2. Goedkeuring van de notulen van de ledenvergadering d.d. 26 november 1987.
3. Inleiding van de voorzitter.
4. Bespreking van het door het Centraal Bestuur opgestelde beleidsplan 'de specialist van morgen'.

5. Stand van zaken met betrekking tot:
  - de norminkomensproblematiek;
  - het vaststellingsverzoek van de VNZ aan het COTG inzake de normatieve praktijkkostenvergoeding.
6. Stand van zaken met betrekking tot de bedden- annex functiereductie.
7. Wat verder ter tafel komt.
8. Rondvraag.
9. Sluiting.

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

## Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwasties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.  
Telefoon: 030-823911.

## KNMG

## Aidsproblematiek

De commissie medische ethiek heeft een advies uitgebracht over keuren op sero-positiviteit voor Aids in een drietal situaties. Het gaat daarbij om de levensverzekeringskeuring, de aanstellingskeuring en het testen van patiënten die risico's opleveren voor hulpverleners in het kader van de behandeling. Grondslag voor de stellingname vormt het gegeven dat de betrouwbaarheid van de sero-testen thans op een aanvaardbaar niveau is gelegen. Hiervan uitgaande heeft het hoofdbestuur ingestemd met het voorstel van de levensverzekeraars om bij levensverzekeringen met een verzekerd bedrag dat groter is dan f 200.000,— een sero-test op Aids te eisen. Het hoofdbestuur stelt hieraan echter de volgende voorwaarden:

- Volledig informed consent van keurling en keuringsarts.
- Dezelfde procedure als bij de bloedtransfusiediensten, d.w.z. 1 à 2 × ELISA plus 1 × Western Blot en wel zodanig dat de kans op vals-positieven door systeemfouten zo klein mogelijk is. Dat kan bijvoorbeeld door verschillende laboratoria te laten testen.
- Ingeval van sero-positiviteit het medeverantwoordelijkheid dragen voor de begeleiding daarna.
- Geen enkele precedentwerking voor andere diagnostische testen of medische gegevens met voorspellende waarde.
- Geen enkele precedentwerking voor keuringen en andere doelen.
- Evaluatie na 2 jaar of zoveel eerder als noodzakelijk met de mogelijkheid om – bij blijken van onvoorziene ethische problemen – de klok terug te draaien.
- De uitslagen van bloedonderzoek worden vastgelegd in het keuringsdossier. Met dit gegeven moet uiterst zorgvuldig worden omgesprongen; met name mag het nimmer gebruikt worden voor enig ander doel, ook niet binnen dezelfde verzekeringsmaatschappij. De keurling

moet het recht hebben het gegeven achteraf te laten verwijderen uit het dossier.

In het algemeen zou in wet- en regelgeving met betrekking tot medische gegevens (patiëntenwet, wet op persoonsregistraties) gebruik en misbruik van die gegevens door derden, ook als zij bij de patiënt zelf berusten, verboden moeten worden.

Ten aanzien van de aanstellingskeuringen besluit het hoofdbestuur het standpunt met betrekking tot aanstellingskeuringen zoals opgenomen in de gedragsregels voor artsen onverkort te handhaven.

Voorts zal het hoofdbestuur er bij de Regering op aandringen een algemene voorziening te creëren waardoor voor alle werkgevers de verplichting ontstaat zich tegen het financiële risico van toekomstige ziekten van werknemers te verzekeren, zodat het keuren op dat aspect niet meer nodig zal zijn.

Tenslotte heeft het hoofdbestuur zich met betrekking tot het testen van patiënten die risico opleveren voor hulpverleners grotendeels aangesloten bij het advies van de Gezondheidsraad waarin het streven serologisch onderzoek te verrichten voorafgaand aan risicodragende ingrepen wordt ontraden. Het hoofdbestuur heeft bij dit advies twee kanttekeningen geplaatst. In de eerste plaats gaat het hoofdbestuur een behandelingsplicht te ver. De arts moet de mogelijkheid tot weigeren van een behandeling behouden mits daaraan een zorgvuldige afweging van belangen van de betrokken patiënt, van andere patiënten en van hulpverleners ten grondslag ligt. In de tweede plaats is het hoofdbestuur van mening dat in bepaalde gevallen het wel degelijk nodig zal zijn te testen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan operatieve ingrepen. Uiteraard moet in deze gevallen het informed consent van de patiënt verkregen zijn.

## KNMG

## Richtlijnen voor waarneming

In de Algemene Vergadering van 24 april 1987 is besloten de tijdelijke bepalingen in de richtlijnen voor waarneming in de gedragsregels voor artsen ten behoeve van het LHV-vestigingsbeleid nog gedurende één jaar te handhaven gelet op de nog steeds bestaande onvolkomenheden inzake de toepassing en uitvoering van het wettelijk vesti-

gingsbeleid. Aangezien dit jaar bijna verstreken is buigt het hoofdbestuur zich over de vraag of de aanvullende bepaling van punt 6 der richtlijnen tot opnemings in c.q. uitsluiting van waarnemingsregelingen geschrapt kan worden. Mede op advies van de vertegenwoordiger van de LHV is daarop besloten de aanvullende bepaling te schrappen.

## KNMG

## Klachtenopvang van patiënten

Van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform is een brief ontvangen waarin de bereidheid wordt uitgesproken om gezamenlijk met de KNMG een tijdelijk landelijk informatiepunt op te zetten. Een definitieve beslissing kan het

LPCP eerst nemen na beoordeling van een concreet samenwerkingsplan terzake. Het LPCP stelt dat het gezamenlijk te ontwerpen plan in ieder geval aandacht zal moeten besteden aan een aantal onderwerpen welke in de

## UIT DE VERENIGINGEN

brief worden uiteengezet. Zo zal de nadruk moeten liggen op de tijdelijkheid van het informatiepunt, dat het uitsluitend om een informatievoorziening gaat met een verwijzende functie en dus niet om een punt waar vanuit bij klachten bemiddeld wordt of waar klachten kunnen worden afgehandeld. Ook de financiering zal vooraf geregeld moeten zijn. Voorts moet een evaluatie op basis van een goede registra-

tie mogelijk worden gemaakt. Aangezien de in de brief uiteengezette gedachte over een tijdelijk informatiepunt overeenstemt met de plannen van het hoofdbestuur terzake wordt besloten positief te reageren.

Zodra de consequenties van het hier beschreven plan voor het regionale niveau zijn uitgewerkt volgt nader bericht aan de afdelingen.

## KNMG

## Man en/of vrouw in de gezondheidszorg

Zoals reeds eerder in deze rubriek vermeld organiseert de KNMG-afdeling Nijmegen en omstreken samen met de Nederlandse Vereniging van Vrouwelijke Artsen (NVVA) op 16 april a.s. een regionaal congres. Dit congres vindt plaats in de (oude) aula van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Het centrale thema van dit congres luidt: 'Man en/of vrouw in de gezondheidszorg'.

Het programma luidt als volgt:

- |             |   |
|-------------|---|
| 10.30-11.00 | Inschrijving en ontvangst   |
| 11.00-11.05 | Welkomstwoord, Mw. Dr. H. C. Schoonderwaldt, voorzitter KNMG-afdeling Nijmegen e.o. |
| 11.05-11.15 | Opening, Mw. Drs. C. I. Dales, burgemeester van Nijmegen (onder voorbehoud)         |
| 11.15-11.25 | Inleiding, Mw. L. Wobbes-Lunsing, voorzitter symposium                              |
| 11.25-11.45 | Waar is de vrouw? Cijfers en feiten, Mw. G. Kleiverda, gynaecoloog                  |
| 11.45-12.05 | Waar blijft de vrouw? Knelpunten, Prof.Dr. J. G. van Dijk, hoogleraar seksuologie   |
| 12.05-12.15 | Zoekend in de gezondheidszorg: een man, W. Bijleveld, huisarts                      |

- |             |   |
|-------------|---|
| 12.15-12.25 | Zoekend in de gezondheidszorg: een vrouw, Mw. M. van Arendonk, ass.geneeskundige niet in opleiding  |
| 12.25-12.45 | De vrouw staat haar man. Kwalitatief onderzoek, Mw. E. Hijmans, socioloog                           |
| 12.45-14.00 | Lunch   |
| 14.00-14.20 | De man die kiest een vrouw? Een opleider, Prof.Dr. A. van 't Laar, hoogleraar inwendige geneeskunde |
| 14.20-14.40 | Man en/of vrouw? Of niet?, A. Swaan, socioloog (onder voorbehoud)                                   |
| 14.40-15.00 | De vrouw belemmert of belemmert? Mw. M. M. Deben-Mager, psychiater-psychoanalytica i.o.             |
| 15.00-15.20 | Thee  |
| 15.20-15.40 | Man en/of vrouw op weg. Toekomst/beleidsvisie, Mw. N. van Dijk, lid Europees Parlement              |
| 15.40-16.15 | Forumdiscussie o.l.v. Mw. L. Wobbes-Lunsing   |
| 16.50-17.00 | Borrel  |
- (titels onder voorbehoud van eventuele wijziging door de inleid(st)ers).

## KNMG

## Salarisrichtlijnen doktersassistenten per 1-1-88

De Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD) adviseert de salarissen van doktersassistenten per 1 januari 1988 te verhogen met 0,6%. De salarissen worden dan:

1e dienstjaar	f 1.971	6e dienstjaar	f 2.623
2e dienstjaar	f 2.082	7e dienstjaar	f 2.739
3e dienstjaar	f 2.194	8e dienstjaar	f 2.858
4e dienstjaar	f 2.321	9e dienstjaar	f 3.086
5e dienstjaar	f 2.456	10e dienstjaar e.v.	f 3.280

## Voorwaarden

1. Onder doktersassistenten wordt verstaan het hulppersoneel dat in het bezit is van een door de KNMG erkend diploma voor doktersassistenten en werkzaam is in een artspraktijk.
2. Als bruto-salaris wordt per maand op basis van een 40-urige werkweek (voor doktersassistenten ouder dan 50 jaar

op basis van een 37-urige werkweek) als minimum de in de tabel afgedrukte bedragen geadviseerd.

3. Indien het wettelijk minimum-loon hoger is dan door de KNMG geadviseerde salarisbedragen dient het wettelijk minimum-loon te worden betaald.

4. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 40 uur.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en volgens hetgeen in dienstbetrekking gebruikelijk is.

6. De doktersassistent heeft recht op vakantie met behoud van salaris gedurende 23 werkdagen per jaar.

7. De doktersassistent heeft voorts recht op een vakantietoelage van 8% van het salaris genoten in de periode waarover de vakantie geldt.

8. De doktersassistent is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde mate als van een medicus geëist wordt.

9. Deze richtlijnen blijven gelden vanaf 1 januari 1988.