

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 11 – 18 maart – 43e jaargang

Het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) presenteert dezer dagen aan de leden zijn visie op de toekomst van de gezondheidszorg, in het bijzonder op de medisch-specialistische gezondheidszorg op de lange termijn. Het doet dit met een nota, getiteld: 'De specialist van morgen'.

Hebben artsen invloed op het beleid in de gezondheidszorg of worden ze te veel buitenspel gezet? Zo ja: waarom? Wat kunnen artsen er zelf aan doen opdat hun inbreng bij een zorginhoudelijk verantwoord beleid daadwerkelijk wordt gewaardeerd? Op deze vragen gaat W. Schellekens, sociaal-geneeskundige en medisch adviseur van de Ziekenfondsraad, op persoonlijke titel, uitgebreid in.

Anno 1988 hebben oude scenario's voor de besturing van ziekenhuizen afgedaan. Een stevige, duidelijke integratie van de medicus lijkt de juiste strategie. Ziekenhuisdirecteur J. A. Heijmans, een bedrijfseconoom die sinds vijftien jaar in de gezondheidszorg werkt, legt uit wat hij daarmee bedoelt.

Het Academisch Ziekenhuis Maastricht gaat dit jaar experimenteren met een managementmodel dat is geënt op de door Heijmans gepredikte coalitiegedachte. Dit wil zeggen dat de medicus budgetverantwoordelijkheid krijgt. Drie nauw betrokkenen schetsen de opzet van het experiment.

De ver doorgevoerde specialisatie in de geneeskunde en de schaal waarop in onze ziekenhuizen wordt gewerkt, doen ook binnen de professie een grotere behoefte ontstaan aan duidelijke organisatorische kaders. Dit bevond Dr. F. C. J. Stevens, die is verbonden aan de vakgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht.

In een vorig artikel werden de feilen in het systeem waarmee de gezondheidszorg in Almere wordt bestuurd beschreven. Toch zijn er belangrijke resultaten geboekt. Daarover Mr. S. I. M. Bless, projectleider bij het Project Gezondheidszorg Almere (PGA).

INHOUD

De specialist van morgen'.
Centraal Bestuur LSV - 327

Arts en beleid
W. Schellekens - 329

De besturing van een ziekenhuis anno 1988. Een pleidooi voor een coalitiemodel
J. A. Heijmans - 331

Het coalitiemodel in de praktijk
Drs. P. P. J. M. Brouwer, Prof. Dr. J. A. Flendrig en Drs. L. Brans Brabant - 333

Medisch specialist en ziekenhuis
Dr. F. C. J. Stevens - 334

Farmacotherapeutisch Kompas 1988. Belangrijkste wijzigingen
J. C. F. van Luijn - 337

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage: Tuchtrecter over 'de Terp' - 339

Een experiment in Almere (7). Planning en financiering.
S. I. M. Bless - 342

Discussie 'Voorkómen van hart- en vaat-ziekten'.
Dr. J. W. van Ree - 345
C. P. M. Boot - 346

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Eindhoven: Tegen haar wil vastgehouden - 349

Colofon 322 - Colofon officieel 322 - Hoofdre-dactioneel commentaar 323 - Voorzittersko-lom LVSG 324 - Brieven 325 - Agenda 350 - Officieel 351

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. 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. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid 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 Kwakzalver' van Jan Steen 1626-1679.
Rijksmuseum Amsterdam.

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 Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (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-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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

Specialisten met visie

Wij artsen zijn tegenwoordig zo druk bezig met de besommeringen van alledag, dat we in het algemeen nauwelijks toekomen aan het ontwikkelen van een visie op de toekomst. De belangrijke nota's over de toekomstige volksgezondheid zijn de laatste decennia van de kant van de overheid gekomen.

Gelukkig pogen verschillende medische beroepsgroepen op dit moment zelf aan te geven waar ze voor staan. De LHV heeft na haar functieomschrijving en basistakenpakket onlangs een discussienota over de huisarts van de toekomst uitgebracht en op 17 maart heeft de LSV in een nota 'De specialist van morgen' haar uitgangspunten voor het beleid voor de lange termijn uiteengezet.

De nota wordt beheerst door de zorg van het Centraal Bestuur van de LSV dat vandaag de dag argumenten op het gebied van structuur en economie, niet zorginhoudelijke argumenten, het denken over de gezondheidszorg domineren. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het begrip 'kwaliteit' in de nota centraal staat. Dit begrip wordt breed opgevat: het gaat niet alleen om de vaktechnische aspecten, maar ook om wat hier wordt genoemd de humaan-sociale aspecten. Hiermee verdedigt de LSV een invalshoek die in dit technocratische tijdperk onder druk staat. Teneinde het streven naar kwaliteit niet tot een holle frase te maken wordt voorgesteld een visitatiesysteem in te stellen, waardoor het functioneren van afdelingen en eenheden van ziekenhuizen kan worden getoetst.

De LSV beperkt zich niet tot de tweede lijn van de gezondheidszorg; ook het verbeteren van de kwaliteit van het werk in de eerste lijn krijgt aandacht. De 'poortwachter'-functie van de huisarts wordt erkend en het streven naar een intensivering van de opleiding tot huisarts krijgt steun. De eerste lijn moet door kennisoverdracht, consultatie en toegang tot protocollair vastgelegde specialistische faciliteiten worden ondersteund.

De LSV vreest dat commercialisering de relationele aspecten van de kwaliteit ongunstig kan beïnvloeden. Ze spreekt dit in het bijzonder uit ten aanzien van een financiering op basis van 'diagnosis related groups' (DRG's). Ook bij plannen voor 'health maintenance organizations' (HMO's) dient een aantal stringente randvoorwaarden te worden gesteld.

Waar het gaat over de relatie van de

specialist tot het ziekenhuis stelt de LSV een optimale patiëntenzorg voorop. Zij wil het ziekenhuis graag opdelen in een aantal organisatorische, functionele eenheden met een eigen budget en hoopt zo de medische en bedrijfsmatige aspecten van het ziekenhuis op elkaar te kunnen afstemmen. Door een eigen 'deelbudget' en invoering van een bonus-malussysteem hoopt men de betrokkenen te kunnen stimuleren tot grotere doelmatigheid. De leiding van zo'n functionele eenheid zou bij een specialist moeten berusten. Onmiskenbaar kunnen er op dit moment gemakkelijk spanningen tussen management en zorgverlener ontstaan. Daarom is het pleidooi voor een actieve deelname van specialisten in het ziekenhuismanagement goed te begrijpen. De vraag is echter hoe realistisch deze optie is. Het leiden van een bedrijf of afdeling vergt immers andere capaciteiten van iemand dan die welke hij moet hebben om een

Dr. C. Spreeuwenberg

goed arts te zijn. De combinatie van allerlei capaciteiten is niet iedereen gegeven. Hoe consequent is men hier? Ook managementactiviteiten leiden de aandacht af van zorgactiviteiten. Binnen de academische ziekenhuizen en de universiteiten heeft men ervaring met het combineren van uiteenlopende taken; lang niet altijd kan deze combinatie geslaagd worden genoemd.

Ook ten aanzien van de vraag wat de plaats van artsen behoort te zijn bij het denken over de toekomstige gezondheidszorgstructuur kan een zekere ambivalentie worden bespeurd. Enerzijds wordt gesteld dat artsen de verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijke zorgverlening centraal dienen te stellen en dat het niet aan hen is beslissingen te nemen over ombuigingen die ten koste gaan van de kwaliteit, laat staan daar verantwoordelijkheid voor op zich te nemen. Anderzijds wordt gepleit voor een gezamenlijk onderzoek naar een optimale benadering van de problemen in de gezondheidszorg door alle bij de gezondheidszorg betrokken partijen.

Het standpunt van de LSV, dat wanneer de overheid en de politiek dit noodzakelijk achten, zij de patiënt beperkingen

dienen op te leggen en dit aan de patiënt dienen uit te leggen en te verantwoorden en dat artsen in de eerste plaats de zijde van hun patiënten behoren te kiezen en er zich niet toe moeten laten verleiden niet-medische factoren in medische beslissingen te laten meewegen, is verdedigbaar. Is het echter op individueel niveau al moeilijk deze stelling in de praktijk voor honderd percent te handhaven, op meso- en macro-niveau loopt men toch wel sterk het risico dat allerlei voor patiënten schadelijke beslissingen worden genomen als men aan de kant blijft staan. Het politiek-maatschappelijke en het medisch-professionele circuit zijn immers te veel gescheiden.

Ieder die zich realiseert welke medisch-technologische mogelijkheden zich binnenkort zullen aandienen en wat voor verrekende keuzen er moeten worden gemaakt, vraagt zich af welk forum hierin straks verantwoordelijkheid kan dragen. Moeten we het overlaten aan het opportunisme van de politiek of aan de bestuurders, wie het aan deskundigheid op medisch gebied ontbreekt? Het is volkomen terecht dat artsen niet in de positie zijn exclusief beslissingen ten aanzien van prioriteiten in de gezondheidszorg te nemen. Er is echter niet aan te ontkomen dat ook wij de moed moeten tonen vuile handen te willen maken. Dit zal moeten geschieden door de problemen samen met alle andere betrokkenen door te spreken. Ook bij het denken over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg moeten we willen worden betrokken.

De nota 'De specialist van morgen' spreidt een brede visie ten toon. Veel van wat daarin staat geldt in principe voor alle artsen. Het zou goed zijn als de andere maatschappelijke verenigingen soortgelijke rapporten zouden opstellen en KNMG en maatschappelijke verenigingen de broodnodige visie van ons artsen op de gezondheidszorg nu eens samen op de tafel zouden leggen. □

LVSG-voorzitter Mw. Dr. C. Hermann:

Primary Health Care: wat en wie?

Op 25 september jl. werd in Ede een congres gehouden over Primary Health Care. De bedoeling van het congres, dat werd georganiseerd door Het Beter-schap, de belangenvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden, was het begrip 'Primary Health Care' minder onbekend te maken bij vele verpleegkundigen en verzorgenden.

In een aantal artikelen in Verpleegkunde-nieuws nr. 12 d.d. 10 september 1987 werd het thema 'Primary Health Care' uit verpleegkundig oogpunt nader belicht. Helaas werd Primary Health Care gedefinieerd als 'een moeilijk begrip waarmee in praktische zin niets anders bedoeld wordt dan georganiseerde zorg gericht op het voorkomen van ziekte'.

De Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, die het begrip 'Primary Health Care' heeft ontwikkeld, hanteert een omschrijving die veel verder gaat dan alleen de preventie van ziekten. Anders dan men wellicht zo op het eerste gezicht zou verwachten, is Primary Health Care ook niet dat wat men in Nederland onder de eerstelijnsgezondheidszorg verstaat. Volgens de WHO is Primary Health Care een vorm van 'care', die wordt gekarakteriseerd door de volgende elementen:

- Het vormt de spil van de gezondheidszorg.
 - Het is vrij toegankelijk voor ieder individu.
 - Het vormt een integraal onderdeel van het totale sociale en economische systeem in de samenleving.
 - Het ligt daar waar het eerste contact van de mensen met de gezondheidszorg plaatsvindt.
 - Het ligt zo dicht mogelijk bij huis en arbeidssituatie.
 - Preventie is een sleutelbegrip. Basisgezondheidszorg speelt daarbij een belangrijke rol.
- Volgens de WHO zijn er drie voorwaar-

den voor Primary Health Care, en wel: multisectorale benadering, betrokkenheid van de bevolking, en gebruikmaking van passende gezondheidstechnologie.

Ofschoon iedere arts zich op zijn eigen terrein zoveel mogelijk zal bezighouden met elementen uit bovenstaande begripsomschrijving, zal de sociaal-geneeskundige een sleutelpositie in het geheel innemen. De sociaal-geneeskundige heeft immers sinds jaar en dag binnen de artsengroepering de speciale opdracht zich naast de individuele preventie speciaal bezig te houden met de collectieve preventie. De sociaal-geneeskundige heeft het daarmee in het verleden niet altijd even gemakkelijk gehad. Omdat de effecten van met name



preventieve activiteiten vaak pas op langere termijn zichtbaar zijn, is het preventiebeleid niet erg spectaculair. Dit heeft consequenties voor de aandacht en de middelen die de bevolking voor preventie beschikbaar heeft (gehad?).

De publikatie van de rapporten van de WHO waarin de noodzaak van uitbouw van de Primary Health Care wordt gesteld en de 'Nota 2000' van WVC, waarin sterk de nadruk wordt gelegd op preventie en gezondheidsbevordering, geven de sociaal-geneeskundige een belangrijkste steun in de rug. In deze nota's wordt voorts met nadruk gesteld dat mul-

tidisciplinaire benadering van het bevorderen van preventie en het toekennen van een grotere rol hierbij aan individuen, bloedverwanten en maatschappelijke groeperingen moet worden nagestreefd. Door de nadruk die er in de opleiding van de sociaal-geneeskundige wordt gelegd op de multidisciplinaire benadering van gezondheidsproblemen is deze bij uitstek geschikt voor het spelen van een coördinerende rol in de Primary Health Care.

Tijdens de in november 1983 gehouden WHO-conferentie 'Primary Health Care in industrialized countries' te Bordeaux bleef de bijdrage aan Primary Health Care van de verpleegkundige professie en van de maatschappelijke dienstverlening onderbelicht (zie het verslag van deze conferentie in MC nr. 5/1984, blz. 146). Het is zeer verheugend dat de verpleegkundigen thans zelf hun rol in de implementatie en uitbouw van Primary Health Care onderkennen. Gezien hun heel directe band enerzijds met de cliënten/patiënten en anderzijds met andere hulpverleners, zoals maatschappelijk werkers en huisartsen, kunnen ook zij een belangrijke rol in het geheel spelen.

Sociaal-geneeskundigen zullen graag met verpleegkundigen en andere disciplines werken aan de uitbouw van de Primary Health Care.

Mw. Dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

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.

VESTIGINGSBELEID HUISARTSEN

Naar aanleiding van het themanummer over het vestigingsbeleid voor huisartsen (MC nr. 7/1988) het volgende:

Bij het opstellen van de te volgen procedures en richtlijnen bij het afgeven van vestigingsvergunningen voor huisartsen waren problemen zoals onder andere in Oud-Beijerland zijn gerezen, te voorzien. Deze problemen danken wij aan Den Haag en in eerste instantie niet aan huisartsen of gemeenten. Toen de uitvoerenden van de vestigingswet (gemeenten) van de opstellers van deze wet (Den Haag) de opdracht kregen bij de uitvoering van de wet te streven naar pluriformiteit in alle facetten van de lokale huisartsenpopulatie, hadden zij deze opdracht moeten teruggeven; dit, omdat gemeenten onvoldoende ter zake deskundig (b)lijken. De discussie over bijvoorbeeld de aanvaardbaarheid en praktische haalbaarheid van niet-reguliere geneeskunde is nog lang niet uitgekristalliseerd in een duidelijke stellingname van alle belanghebbenden (beroepsgroep, ziektekostenverzekeraars, politiek, patiëntenplatforms). Er leven nog te naïeve en 'idyllische' ideeën hierover om er ambtenaren-op-gemeenteniveau beslissingen over te laten nemen. Gemiddeld zullen gemeenten ook niet zo blij zijn met vervelende klussen als deze. Enkele gemeenten zullen er helaas wel blij mee zijn: zij hopen er politieke munt uit te kunnen slaan.

Ik meen, dat wij als beroepsgroep ervoor moeten waken *politiek benoemde* figuren te worden! B&W dienen in dezen onbevooroordeeld en met redelijkheid tegemoet te worden getreden, maar zo gauw blijkt dat een college van B&W politiek over de ruggen van huisartsen wil bedrijven, dient alles in het werk te worden gesteld om dit te voorkomen. De bekende uitspraken van Arob-rechters waarbij de gemeente vrijwel autonomie wordt toegekend, moeten niet demotiverend werken! Trouwens, als 'Den Haag' doorgaat met knuppels in hoenderhokken te gooien, zullen we dan eens tijdelijk het hoenderhok verlaten en als slimme vossen hierin terugkeren?

Best, februari 1988
J. E. van Dijk

GERIATRISCH CIRCUIT

In het artikel 'Het geriatriesch circuit' van J. A. de Fockert (MC nr. 6/1988, blz. 175) staat onder het kopje 'Verzorgingshuis' op blz. 177, dat de overheid via de Algemene Bijstandswet

BRIEVEN

de kosten voor vele bewoners betaalt. Dit is echter onjuist. De overheid subsidieert op grond van de Wet op de Bejaardenoorden via de provincies en de vier grote steden de bejaardenhuizen voor diegenen die niet de kosten zelf kunnen betalen. De Sociale Dienst of afdeling Sociale Zaken van een gemeente stelt het bedrag vast na een onderzoek van de financiën van de bejaarde, dat de bejaarde zelf moet betalen. De indirecte financiering via de Algemene Bijstandswet van bejaardenoorden is dus niet meer mogelijk sinds – per 1 januari 1985 – de Wet op de Bejaardenoorden met betrekking tot dit onderwerp is gewijzigd.

Gorinchem, februari 1988
Mw. J. J. P. Hageman

FIBREUZE DYSPLASIE VAN DE HUMERUS

Oproep

Gaarne wil ik mede namens mijn patiënte vragen naar patiënten met een fibreuse dysplasie van de humerus, al of niet dubbelzijdig. Uitwisseling van ervaring, prognose, etc. is hierbij de doelstelling.

Zwolle, februari 1988
J. Barkmeijer, huisarts
Bachlaan 131, 8031 HD Zwolle
tel. 038-218555/538343

APOTHEKERS: DE LHV DENKT MET U MEE!

De woede van de voorzitter van de KNMP over het (toch serieus bedoelde?) plan van de LHV voor een basisvoorraad medicijnen bij elke huisarts mag op zijn minst voorbarig worden genoemd. Het LHV-plan getuigt van realiteitszin en visie en sluit in feite aan bij een even constructief beleidsplan, zoals dat door enkele apothekers is samengesteld en op korte termijn zou kunnen worden gerealiseerd.

Een tip van de sluier mag ik alvast voor u oplichten: de apothekers houden tweemaal per dag spreekuur voor dié patiënten die een onevenredig groot deel van de beschikbare tijd van de huisarts opeisen; het betreft hier een

basistakenpakket (behandeling van banale infecties, veel voorkomende eenvoudige klachten, tijdelijke ongemakken, herhalingsreceptuur en dergelijke), waarvan de grens nog nader dient te worden afgebakend. De apotheker heeft uiteraard de benodigde kennis daarvoor in huis en kan een optimale keus maken uit het farmacotherapeutisch arsenaal. Voor de goede orde: voorshands lijkt het wenselijk het hanteren van de meer complexe hulpverleningssituaties aan de huisarts over te laten. De voordelen zijn evident: de huisarts houdt meer tijd over voor de relatief kleine groep patiënten die een meer dan gemiddelde tijd en aandacht nodig heeft; de farmacotherapeutische begeleiding van de patiënt komt op een specialistisch niveau; er zal een duidelijke en direct meetbare kostendaling optreden. Dit plan loopt hiermee parallel met de opzet van het LHV-plan: *meer kwaliteit met minder kosten*.

Natuurlijk is er nog een aantal details te regelen: de taak van de huisarts zal ter discussie staan; de huisartsgeneeskunde 'in volle omvang' zal wellicht in omvang afnemen, maar kan door een adviserende functie van de huisarts aan diepte winnen. Gezien de constructieve opstelling van de LHV komen we daar samen wel uit. De apothekers dienen deze nieuwe toenadering van de LHV dan ook positief te benaderen. Daarom: alle lof, LHV, ook wij denken met u mee.

Axel, februari 1988
C. J. J. van Groningen, apotheker

Naschrift LHV

Bedankt voor deze ludieke bijdrage. De discussienota is kennelijk niet helemaal gelezen. De heer van Groningen moet hem nog maar eens overlezen. Wij adviseren hem de aflevering van het beperkte pakket door de huisarts eerst over te slaan. Dan blijft over de noodzakelijke samenwerking tussen huisarts en apotheker. Dit geldt met name voor de medicatiebewaking, die in gezamenlijkheid en door wederzijdse informatie optimaal kan worden. De apotheker wordt structureel betrokken bij het overleg over farmacotherapie en zal daar een coördinerende taak gaan vervullen. Vanuit die optie zou een verlengde arm-functie van de huisarts bij de aflevering van een beperkt pakket geneesmiddelen een logisch gevolg kunnen zijn. Overigens: in vele plaatsen vragen apothekers huisartsen toch in avond en nacht met koffertjes te lopen! En is dat zo slecht?

Het serieuze van het plan van de LHV zit hierin, dat wij nu eindelijk eens de discussie aan willen gaan hoe het gezamenlijk verder

moet. Want we zullen het toch samen moeten doen!

Waarom zou de LHV zo uitdagend moeten zijn?

GOEDKOOP BEVALLEN

Uit de serieuze reacties van Mr. R. J. A. Hogenhuis (MC nr. 5/1988, blz. 134) en collega G. Faber (MC nr. 6/1988, blz. 167) meen ik tot mijn verdriet te moeten opmaken dat de ironie van mijn stukje in MC nr. 2/1988, blz. 40, hun is ontgaan. Mijn bedoeling was slechts in een getal aan te geven tot welke bizarre situatie 'normhonorering' kan leiden.

Laren, maart 1988

A. W. F. de Vrieze, gynaecoloog

DE HETE ADEM VAN JUSTITIE

In MC nr. 7/1988, blz. 198, wordt onder de titel 'De hete adem van Justitie' een aantal zaken aan de orde gesteld waar ik graag op wil reageren.

– De arts die meent dat hij euthanasie moet uitvoeren dient zich van tevoren goed op de hoogte te stellen van de heersende gedachten en moet zijn voornemen ter toetsing aan anderen voorleggen. Dit moet een niet-betrokken onpartijdige arts zijn, die niet later in de procedure een rol zal spelen. Daarom is de gemeentelijke lijkschouwer niet de aangewezen figuur; immers, deze moet later onbevooroordeeld een rapport voor de Officier van Justitie kunnen opstellen.

– Veel beter is het, de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid om advies te vragen. Als adviseur op velerlei terrein, wordt hij ook regelmatig met deze problematiek geconfronteerd. Hij of zijn vervanger is altijd voor advies beschikbaar. Met de inspecteur kan dan de diagnose, de indicatie, de wens van de patiënt, het inlichten van de familieleden, de verpleging en de apotheker worden besproken. Eveneens moeten de andere 'vereisten', zoals het inwinnen van het oordeel van een andere arts en het vastleggen in de vorm van een verslag of een logboek van alle acties, aan de orde komen. Vanzelfsprekend ook het nadrukkelijk vermelden van euthanasie op de overlijdensverklaring. De inspecteur zal zich dan aan de hand van de verschaft gegevens een beeld kunnen vormen of de behandelend arts bij de thans gebruikelijke gang van zaken in de problemen zou kunnen komen. Op geleide van het advies van de inspecteur zal dan de arts kunnen beslissen over het al dan niet uitvoeren van zijn voornemen.

– De niet-medebehandeland arts die dient te worden geconsulteerd, moet een praktiserend arts zijn, niet de gemeentelijk lijkschouwer zonder praktijk. De voorkeur gaat uit naar een specialist op het gebied van de ziekte van de patiënt of een collegahuisarts die het vertrouwen van de patiënt geniet.

– Ik ben ervan overtuigd dat de lijkschouwers hun taak verantwoord en rekeninghoudend met familieleden uitvoeren. De Wet op de Lijkbezorging is een wet die nauwgezet moet worden gehanteerd; zo zou men anders mensen in onderling overleg kunnen laten verdwijnen. Het is daarom onjuist de suggestie van collega Groenevelt te volgen en de huisarts zijn eigen patiënt te laten schouwen.

– Wanneer de betrokken arts van te voren goed overleg pleegt, duidelijk verklaart dat euthanasie is toegepast, zijn protocol in orde heeft, zal er volgens mijn eigen ruime ervaring in drie arrondissementen niet alleen begrip voor de nabestaanden, maar ook voor de behandelend arts door lijkschouwer, politie en Justitie worden getoond. De arts dient echter wel goed te beseffen dat hij zolang er geen andere wettelijke regeling is, als verdachte wordt beschouwd. Bij de zware geestelijke belasting van het euthanasiegeval; erg onplezierig maar onontkoombaar. Als bij het onderzoek door politie en Justitie blijkt dat de arts zich 'volgens de regels' heeft gedragen, wordt de zaak in het algemeen geseponneerd. Daarvan wordt hij of zij door de Officier van Justitie op de hoogte gebracht.

– De hete adem van Justitie zal in euthanasiegevallen als minder dreigend worden ervaren, wanneer men zijn handelen vooral op juistheid en de juiste wijze van uitvoering heeft laten toetsen. Desgevraagd kan de inspecteur van de Volksgezondheid de Officier van Justitie mededelen dat de criteria stuk voor stuk uitvoerig zijn getoetst. Dan wordt de arts door zijn adviseur gesteund en zal de niet-terechte angst om euthanasie te melden hopelijk verdwijnen.

Diepenveen, maart 1988

Dr. T. Landheer, oud-geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid

POLITIEKE STELLING

Het streven de kosten van specialistische gezondheidszorg te verminderen door het aantal specialisten te verkleinen kan men vergelijken met het streven het cellentekort te bestrijden door het aantal politieagenten te verminderen.

Oldenzaal, maart 1988

P. M. G. L. Tielens, radiodiagnost

ONWETENSCHAPPELIJK?

Als reactie op de ingezonden brief van Dr. C. W. Aakster (MC nr. 6/1988, blz. 167) en de rectificatie daaronder van een praktijkperikel over de Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde wil ik wijzen op de tegenstrijdigheid hiervan. De Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde heeft door middel van dreigbrieven deze rectificatie geplaatst weten te krijgen, terwijl ze zichzelf in opspraak brengt met pseudo-ge-

neeswijzen, waarvoor de hoofddocent al eens zijn homeopathische licentie is ontnomen.

Holisme mag toch geen dekmantel worden voor kwakzalverij, als de criteria voor geneeskunst wetenschappelijk niet medisch meer zijn, maar veeleer filosofisch, fenomenologisch en andere niet-classificerende vormen van wetenschapsbeoefening waarvan Dr. Aakster zich bedient? Dat Dr. Aakster teleurgesteld is in de reductionistische wetenschappers als dezen een door hem ingesteld wetenschappelijk onderzoek afwijzen als 'een geloof, wat te kleverig, te pasteus, te stom vervelend en bovenal te deprimerend is' (Dr. W. G. Zelveler in het Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek, 1982, 7, 8) kan ik me voorstellen, maar dat is toch hopelijk niet de oorzaak van zijn stellingname tegenover Dr. Renckens, als hij in strijd daarmee zelf schrijft: 'Toenadering tussen regulier en alternatief zal moeten beginnen met de erkenning van elkaars anders zijn en van het respecteren daarvan. Zonder een dergelijke erkenning en respectering ziet de toekomst voor de patiënt er vooralsnog weinig rooskleurig uit.'

Wederzijdse kritiek in het (aanwijsbare) belang van de patiënt kan de gezondheidszorg gezond houden en praktijkperikelen die als 'laster' worden opgevat zijn alarmerend als ze de agressie uitlokken van progressief-geneeskundigen die tot nu toe zichzelf meermalen in opspraak hebben gebracht.

Leeuwarden, februari 1988

P. Roos, arts

KAPSALON 'T HART

Tarieven vanaf 1 januari 1988

De salon is open van 9.00 tot 17.30 u (geldt niet voor 2 en 6).

1. Kind knippen	f 21,—
2. Cardiologisch herhalingsconsult	f 23,24
3. Kind wassen, knippen en föhnen	f 26,—
4. Kind, coup soleil	f 31,—
5. Heren wassen, knippen en föhnen	f 38,—
6. Eerste cardiologische consult	f 44,—
7. Dames wassen, knippen en föhnen	f 49,—
8. Coup soleil	f 59,—
9. Permanent	f 118,—
10. Permanent speciaal	f 159,—

Uitsluitend contante betaling (geldt niet voor 2 en 6).

Gelezen door

Th. W. Donkerlo, cardioloog
Bussum

Toekomstvisie in nota neergelegd

'De specialist van morgen'

De nota 'De specialist van morgen' draagt als ondertitel: 'Een toekomstvisie in antwoord op de problematiek van vandaag'. Daarmee duidt het Centraal Bestuur aan tevens een reactie te willen geven op de vele maatregelen en bezuinigingen van de overheid met een ad hoc-karakter die de gezondheidszorg treffen of dreigen te treffen. Al zouden deze op zeer korte termijn in de ogen van de overheid enig gunstig effect hebben, voor de langere termijn vormen ze naar de mening van het Centraal Bestuur slechts schijnoplossingen. Het zijn maatregelen die zelfs langdurig ernstige gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Onaanvaardbaar zijn voor het Centraal Bestuur maatregelen die ten koste gaan van de kwaliteit van de zorgverlening en die een verantwoorde uitoefening van het beroep van medisch specialist onmogelijk maken.

Op de vraag of er betere alternatieven zijn om structuur en financiering van de (specialistische) gezondheidszorg op te grondvesten, geeft de nota 'De specialist van morgen' een positief antwoord.

HOOFDPUNTEN

Mede omdat de discussie over de gezondheidszorg een maatschappelijke discussie is geworden, heeft het Centraal Bestuur de veranderingen en wensen in de maatschappij als eerste uitgangspunt voor zijn beleidsvisie genomen. Betaalbaarheid én kwaliteit van de zorgverlening vormen zowel een algemene noodzaak als een wens. Grondgedachte achter de beleidsvisie is daarom beheersing en waar mogelijk reductie van het volume van de medisch-specialistische gezondheidszorg, onder behoud van de kwaliteit. Dit is te bereiken – in enkele woorden uitgedrukt – door doelmatigheid en continue toetsing van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Doelmatigheid in de ziekenhuizen kan worden bevorderd door de medisch specialist ook verantwoordelijkheid te geven voor de toewijzing van de financiële middelen. Dit is mogelijk door het ziekenhuis op te splitsen in kleinere, functionele eenheden, die, mede op

Centraal Bestuur LSV

Het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) presenteert deze dagen aan de leden zijn visie op de toekomst van de gezondheidszorg, in het bijzonder op de medisch-specialistische gezondheidszorg op de lange termijn. Het doet dit in de vorm van een nota, met de titel: 'De specialist van morgen'. Op 24 maart aanstaande vindt een eerste discussie over de bestuursvisie plaats in de ledenvergadering van de LSV.

grond van het medisch beleidsplan, van het ziekenhuis een deelbudget krijgen toegewezen. De leiding van een dergelijke eenheid zou moeten berusten bij een medisch specialist, ondersteund door een hoofdverpleegkundige en een administrateur.

Bij deze opzet kan, ook al is er sprake van schaarste aan middelen, de kwaliteit worden gehandhaafd en mogelijk zelfs nog worden bevorderd door objectieve toetsing van de zorg. Het Centraal Bestuur wil stimuleren dat de wetenschappelijke verenigingen een visitatiesysteem opzetten voor alle functionele eenheden of afdelingen van de ziekenhuizen. Dit systeem is te enten op het bestaande visitatiesysteem voor opleidingsafdelingen. Daarbij zal dan ook aandacht worden besteed aan het kwalitatieve functioneren van de individuele medisch specialist.

INITIATIEVEN

In het kader van het streven naar doelmatigheid als onderdeel van kwaliteit acht het Centraal Bestuur het van het allergrootste belang dat wordt geïnventariseerd op welke terreinen en op welke wijze de medisch specialisten de afgelopen jaren daaraan in feite reeds een bijdrage hebben geleverd. Daarbij behoort tevens het antwoord op de vraag welke bezuiniging daarmee is gerealiseerd en hoe aan dit proces voortgang kan worden gegeven. De vraag is ook welke andere, maar op dezelfde doelstelling gerichte

initiatieven inmiddels zijn ontplooid of op zeer korte termijn operationeel kunnen worden gemaakt.

De wetenschappelijke verenigingen spelen ook hierbij een belangrijke rol. Overigens zijn op dit terrein reeds vele stappen gezet, voorlopig uitmondend in een symposium over doelmatigheid, dat de LSV op 27 april a.s. zal houden te Utrecht.

Het Centraal Bestuur koestert hoge verwachtingen van het beleid dat hierboven in hoofdpunten is omschreven. Zoals in het voorwoord van de nota is aangegeven, is het de individuele medisch specialist zelf die de bereidheid moet opbrengen zich in te zetten voor het verwezenlijken van nieuwe ideeën en het verder ontwikkelen van plannen die een werkelijk positieve bijdrage vormen voor de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Elders in de nota wordt echter gewezen op de daarvoor benodigde rust en duidelijkheid op het gebied van de tarieven voor medisch-specialistische gezondheidszorg. Onzekerheid en het telkens niet nakomen van gemaakte afspraken op dit terrein leiden tot verwarring en demotivatie, en zeker niet tot de bereidheid zich nog extra in te zetten.

TOEGANKELIJKE ZORG

Een ander kernpunt in de beleidsvisie van het Centraal Bestuur is het waarborgen voor de patiënt van de toegankelijkheid van de zorg, waarbij de toegang tot de medisch-specialistische zorg steeds kritisch moet worden gezien. De poortwachtersfunctie van de huisarts verdient versterking door ondersteuning uit de specialistische sector, onder meer in de vorm van kennisoverdracht, de mogelijkheid tot consultatie en het toegankelijk maken van specialistische faciliteiten voor de huisarts in het ziekenhuis. Huisartsen en specialisten hebben gezamenlijk een wezenlijke taak bij het aanbrengen van de grenzen tussen hun specifieke werkterreinen en dienen intensief samen te werken in het grensgebied.

Verder wordt gepleit voor onderzoek naar de mogelijkheden om medisch specialisten hun werkzaamheden meer dan thans te doen verrichten buiten het

ziekenhuis. Met *substitutie* van klinische zorg door poliklinische zorg en *verschuiving* van intramurale naar extramurale zorg tot en met thuiszorg kan eveneens een reële bijdrage worden geleverd aan kostenbeheersing. De hulpvraag zelf kan onder meer verder in de richting van doelmatigheid worden gestuurd door betere informatie aan patiënten, een duidelijker systeem voor verwijzen c.q. adviseren en terugverwijzen en het afremmen van de medicalisering van de samenleving. Ook de verzekeraars dienen het kostenbewustzijn bij de hulpvragers te stimuleren. Een restitutiestelsel kan hieraan bijdragen, zoals inmiddels is gebleken.

Aan het adres van de overheid roept het Centraal Bestuur op tot grotere terughoudendheid aangaande (nieuwe) regelgeving voor gezondheidszorgplanning en -voorzieningen. Overheid en zorgverleners moeten komen tot financiële meerjarenafspraken waarbij rekening wordt gehouden met regionale functies en behoeften op basis van de bevolkingssamenstelling. Van belang hierbij is de inventarisatie en analyse van regionale consumptieverschillen en reële zorgbehoefte, welke thans gaande is.

De door de overheid voorgenomen beddenreductie, meer speciaal de functie-reductie, komt neer op het verloren gaan van specialistenplaatsen en derhalve op een reductie van de medisch-specialistische zorg.

ZIEKENHUIS EN PROFESSIONE

Afgezien van hetgeen reeds is gesteld over de organisatie van het *ziekenhuis*, moet de medisch specialist zich naar de mening van het Centraal Bestuur in het algemeen ook betrokken voelen en betonen bij de bedrijfsmatige belangen van het ziekenhuis. Daarom dienen assistent-geneeskundigen in opleiding reeds met deze problematiek te worden geconfronteerd, terwijl managementcursussen voor specialisten verder moeten worden gestimuleerd. De specialist dient zeker niet in het ziekenhuisbudget te worden opgenomen: economische overwegingen kunnen dan gemakkelijk het gezondheidsbelang van de patiënt bedreigen; bovendien zou de specialist in deze situatie wél de plichten, maar niet de rechten van een dienstverband krijgen.

Wat de eigen *professie* betreft zal naar de mening van het Centraal Bestuur de specialistenopleiding verder moeten worden ontwikkeld, in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen. Gepleit

wordt voor een betere aansluiting van het basisartsdiploma op de specialistenopleiding, terwijl in feite de periode vanaf de start van de medicijnenstudie tot aan de praktijkbeëindiging als één geheel moet worden gezien.

Nieuwe medische technieken kunnen een bijdrage leveren aan kostenbesparingen. Alvorens deze toe te laten, moeten ze echter kritisch worden getoetst. Een kosten-batenanalyse is daarbij van groot belang, maar de kwaliteit van de zorg moet altijd prevaleren.

Het Centraal Bestuur roept bij manpowerplanning op tot afstemming tussen het aantal praktiserende medisch specialisten per specialisme en de behoefte aan specialistische zorg. Een normpraktijk met een normatieve werkbelasting zijn daarbij uitgangspunten. Bij het bepalen van de gewenste opleidingscapaciteit spelen de kwaliteit van de zorg én de behoefte aan specialistische zorg in de toekomst eveneens een voorname rol.

RUST EN DUIDELIJKHEID

Op het gebied van de *honorering* van de medisch specialist wijst het Centraal Bestuur er nogmaals op dat er op korte termijn duidelijkheid en rust moet komen. Aanbieders en financiers zijn de aangewezen partijen om in onderhandelingen tot juiste tarieven te komen; deze dienen prikkels te bevatten voor het streven naar doelmatigheid en kwaliteit.

In deze zin heeft de LSV reeds voorstellen gedaan aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). In de tarieven moet zowel een inkomens- als een kostenelement zijn verwerkt, terwijl bij een normatieve werkbelasting een norminkomen is te realiseren; in een formule uitgedrukt:

$$\text{tarief} = \frac{\text{norminkomen} + \text{normatieve praktijkkosten}}{\text{normatieve werkbelasting}}$$

Het norminkomen moet worden vastgesteld overeenkomstig de adviezen die zijn uitgebracht door onafhankelijke deskundigen.

BESLUIT

In de nota 'De specialist van morgen' worden veel *nieuwe ideeën en plannen* vermeld die daadwerkelijk een positieve bijdrage zullen leveren aan de gezondheidszorg. Deze ideeën en plannen verdienen dan ook niet slechts alle aandacht van de LSV-leden zelf, maar tevens van andere betrokken partijen.

Echter, innovatie kan niet worden gerealiseerd zonder *motivatie*. Wanneer de medisch specialisten zich continu zorgen moeten maken over hun dagelijks bestaan en het behoud van een optimale patiëntenzorg, vormt dit logischerwijs een zeer ernstige belemmering voor de realisatie van deze toekomstvisie in antwoord op de problematiek van nu. □

Arts en beleid: buitenspel of doelrijpe kans?

Gezondheidszorg is in haar meest wezenlijke vorm de hulp die de zorgverlener geeft aan de patiënt die hem consulteert. De hele besturing van de gezondheidszorg is erop gericht dit primaire proces optimaal te laten verlopen. Deze besturing is vastgelegd in een groot aantal regelingen en wetten, waarin bevoegdheden, planning, verzekeringsvormen en financiering zijn geregeld. Deze (wettelijke) regelingen met hun praktische uitwerkingen zijn voortdurend in beweging als gevolg van velerlei invloeden op micro-, meso- en macroniveau, zoals nieuwe medische mogelijkheden, financiële schaarste, veranderende medische, maatschappelijke en politieke inzichten, enz.

Beleid in de gezondheidszorg is erop gericht aan deze bewegingen gerichte sturing te geven. Beleidsorganen, koepelorganisaties, adviesstructuren, politieke kaders: zij alle dienen in feite het primaire proces mogelijk te maken en te optimaliseren (de in het geding zijnde belangen buiten de gezondheidszorg laat ik hier gemakshalve maar buiten beschouwing). Deze voorwaardenscheppende functie is zo ingewikkeld geworden, dat zij niet kan worden overgelaten aan de uitvoerders van het primaire proces: de artsen en andere professionele zorgverleners. De inbreng van economen, juristen, beleidsmedewerkers, organisatiedeskundigen, sociologen en politicologen is onmisbaar en zij hebben ook veelal de leiding genomen.

Het blijft echter gaan om gezondheidszorg. Professionele zorgverleners (in dit artikel spreek ik verder over artsen) zullen er dan ook in goede samenwerking met de andere disciplines op moeten toezien dat bij alle ingewikkelde beleidsvoering en de op het spel staande belangen het primaire proces centraal blijft staan. Vraagstelling in dit artikel is dan ook niet of artsen een wezenlijke invloed moeten hebben op de totstandkoming van beleid in de gezondheidszorg, maar wel op welke wijze dit het best kan geschieden.

INBRENG

De inbreng en de rol van artsen bij de organisatie, de planning en financiering van de gezondheidszorg lijken echter toenemend op de tocht te staan. Dit blijkt uit een aantal signalen. In de top van het departement van WVC is vrijwel geen arts meer aanwezig; de rol van de Ge-

W. Schellekens

Hebben artsen invloed op het beleid in de gezondheidszorg of worden ze te veel buitenspel gezet? Zo ja: waarom? Wat kunnen artsen er zelf aan doen opdat hun inbreng bij een zorginhoudelijk verantwoord beleid daadwerkelijk wordt gewaardeerd? Op deze vragen gaat W. Schellekens, sociaal-geneeskundige en medisch adviseur van de Ziekenfondsraad, op persoonlijke titel uitgebreid in.

neeskundige Inspectie als adviseur van de overheid is steeds geringer geworden; bij de lokale overheden speelt de discussie of het hoofd van een basisgezondheidsdienst wel zo nodig een arts moet zijn; bij ziekenfondsen bestaat de neiging de adviserend geneeskundige zoveel mogelijk naar de zijlijn te verplaatsen (om van particuliere ziektekostenverzekeraars maar helemaal niet te spreken).

De inbreng van curatief werkzame artsen en hun organisaties wordt ondermijnd, indien de behartiging van de eigen belangen voorop staat. Hierbij dient te worden bedacht dat er geen scherpe scheiding valt aan te brengen tussen patiëntenbelangen en artsenbelangen. Het is ook in het belang van de patiënt als de arts goed wordt gehonoreerd en onder goede arbeidsomstandigheden kan functioneren; dit komt de zorg ten goede. Behartiging van eigen financiële en organisatorische belangen is dan ook tot op zekere hoogte volstrekt legitiem. Daar waar deze belangenbehartiging te ver gaat onder het mom van patiëntenbelang en zo de belangen van patiënten (met name op populatieniveau) worden geschaad, ontstaan serieuze problemen met betrekking tot geloofwaardigheid en vertrouwen en wordt de plaats en de rol van artsen bij de totstandkoming van beleid in de gezondheidszorg belemmerd.

De indruk bestaat dat artsen inderdaad minder serieus worden genomen als het gaat om totstandkoming van beleid. Misschien moet dus toch de vraagstelling iets worden genuanceerd: staat de arts 'buitenspel' bij de besluitvorming of zijn er met zijn hulp 'doelrijpe kansen' te creëren?

In dit artikel zal ik nagaan waarom (naar

mijn mening) onder beleidsmakers nogal eens de neiging bestaat artsen buitenspel te zetten; vervolgens zal ik bespreken aan welke kwalificaties mijns inziens een beleidsadviserende arts moet voldoen en wat de gewenste kenmerken moeten zijn van zijn functioneren om ervoor te zorgen, dat zijn inbreng gehoor vindt en bijdraagt aan een verantwoorde besluitvorming. Ik richt mij in dit artikel niet tot een speciale categorie artsen. Elke arts die betrokken is bij beleidsadviesing op micro-, meso- of macroniveau, dient over de gestelde vragen na te denken. Dit geldt natuurlijk in het bijzonder voor de artsen die full-time bij de totstandkoming van beleid zijn betrokken (sociaal-geneeskundigen, tak algemene gezondheidszorg).

WANTROUWEN

Artsen worden nogal eens door beleidsmakers gewantrouwd. Ik wil hier enkele redenen noemen:

a. Artsen zijn specifiek opgeleid om te zorgen voor hun patiënten. Hierbij heeft de curatief werkzame arts het belang van de individuele patiënt op het oog. Bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg gaat het echter om de belangen van (groepen uit) de hele bevolking, om de verdeling van schaarse middelen, om prioriteitstelling, waarbij het bevoordelen van de ene groep per definitie het benadelen van een andere groep tot gevolg heeft. Wat moet echter een cardioloog, die vaak acute levensbedreigde patiënten ziet, met de belangen van patiënten met chronisch reuma en wat moet een reumatoloog aan met de belangen van geestelijk gehandicapten? Is het niet logisch dat curatief werkzame artsen in het algemeen het totaal niet overzien en vanuit hun verantwoordelijkheid juist deelbelangen verdedigen?

b. Zoals reeds betoogd, wordt het effect van de inbreng van curatief werkzame artsen of hun organisaties in het beleid verminderd, indien de (op zich) legitieme behartiging van eigen (financiële) belangen geschiedt onder het mom van patiëntenbelang.

c. Artsen in dienst van overheid, adviesorganen, financiers worden soms beschouwd als 'de vriendjes van het veld', die de belangen van hun curatief werkzame collega's behartigen: de 'vijfde kolonne' binnen het beleid. Nog steeds is de beeldvorming niet helemaal verdwenen

dat dit 'half-mislukte' dokters zijn, terwijl tegenwoordig dergelijke functies meestal bewust en gemotiveerd worden gekozen.

d. Ten slotte speelt een rol, dat artsen zelf niet altijd de onmisbare rol van andere disciplines in het beleid erkennen. Beleidsvorming in de gezondheidszorg vraagt multidisciplinaire samenwerking (van economen, juristen, artsen, enz.); een dergelijke samenwerking moet evenwel worden geleerd, onder andere door elkaars taal te leren verstaan en elkaars deskundigheid te erkennen.

KWALIFICATIES

Wat zijn noodzakelijke kwalificaties waaraan een arts moet voldoen om bij de organisatie, planning en financiering van de gezondheidszorg een volwaardige en gezaghebbende inbreng te hebben? Er zijn mijns inziens drie kwalificaties die essentieel zijn, te weten curatieve ervaring, specifieke deskundigheid en een reprofessionaliseringsproces, die ik in het kort toelicht.

1. Hij moet een arts met *curatieve ervaring* zijn*. Dit houdt in dat de arts na zijn afstuderen als basisarts zich heeft gespecialiseerd tot huisarts of specialist en als zodanig een aantal jaren heeft gefunctioneerd. Hij weet wat er gaande is bij de actieve praktijkuitoefening en kan er dus door zijn ervaring gezaghebbend over spreken. Dit betekent niet, dat (basis)artsen zonder curatieve ervaring niet eveneens beleidsvoorbereidende of -adviserende functies kunnen hebben. Zij missen echter toch vaak het gezag tegenover hun curatief werkende collega's (of dit nu terecht is of niet).

2. Hij moet zich *specifieke kennis en vaardigheden* hebben verworven op organisatorisch, financieel-economisch, juridisch, epidemiologisch en statistisch gebied, alsmede een aantal sociale vaardigheden bezitten (vergadertechniek, conflicthantering, onderhandelingsbekwaamheid en dergelijke). Op deze wijze kan hij de taal van de disciplines waar hij mee te maken heeft verstaan en zo optimaal de schakelfunctie vervullen tussen gezondheidszorgveld en beleid. Hij dient ook gebruik te kunnen maken van relevante statistische informatie (demografische gegevens en productiecijfers), alsmede van de resultaten van wetenschap-

pelijk onderzoek om deze te benutten bij de onderbouwing van zijn adviezen. Een geschikte opleiding voor een dergelijke deskundigheid is bijvoorbeeld de opleiding tot sociaal-geneeskundige, tak Algemene Gezondheidszorg (AGZ).

3. Hij moet zich een andere attitude hebben eigen gemaakt via een *reprofessionaliseringsproces*, ofwel 'het opzetten van een andere pet'. Het is zijn taak om ook nu in een tijd van financiële schaarste ervoor te zorgen, dat geïndiceerde, effectieve gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is, zelfs indien hierdoor soms belangen van bepaalde zorgverleners worden geschaad. Dit vergt een onpartijdige houding ten opzichte van de verschillende belangengroepen. Vanuit deze onpartijdigheid kan hij een essentiële bijdrage leveren aan het beleidsmatig vertalen van zorginhoudelijke overwegingen.

Met deze drie kwalificaties kan elke arts of hij nu curatief, preventief of beleidsmatig werkzaam is een *gezaghebbende, deskundige en onpartijdige* rol spelen bij het besluitvormingsproces in de gezondheidszorg: een typisch sociaal-geneeskundige-AGZ-functie. In dezen is de sociaal-geneeskundige-AGZ-functie dus zowel een functioneel begrip als de betiteling van een specialisatie in de geneeskunde. In dit artikel wordt verder alleen het functionele begrip benadrukt.

HOOFTAKEN

De werkzaamheden van dergelijke 'sociaal-geneeskundigen' worden gekenmerkt door vier aspecten, die ik hier in het kort zal beschrijven:

1. Bij de totstandkoming van beleid dienen *kwaliteit en doelmatigheid* van zorg voorop te staan. Voor het begrip 'kwaliteit en zorg' kunnen toetsbare normen worden ontwikkeld voor de aspecten 'structuur' (organisatie van de zorg), 'proces' (zorgverleningsproces) en 'effect' (resultaten van de geleverde zorg). 'Doelmatigheid' wordt te vaak alleen als kreet gehanteerd (net als trouwens het begrip 'kwaliteit'). Het is, in tegenstelling tot doeltreffendheid, een relatief begrip, omdat in het begrip 'doelmatigheid' doeltreffendheid wordt gerelateerd aan de hierbij optredende (nadelige) bijeffecten en de benodigde middelen (personeel, financieel). Doelmatigheid vereist dat effectieve zorg geïndiceerd wordt gegeven tegen minimale kosten. Met deze stelregel wordt voorkomen dat zorg

wordt verleend waarvan de effectiviteit dubieus is, ofwel effectieve zorg wordt verleend zonder duidelijke indicatie ('overservicing' of overconsumptie). In een tijd van blijkbare financiële schaarste kan het niet zo zijn dat geïndiceerde gezondheidszorgvoorzieningen onbereikbaar worden voor bepaalde groepen mensen (lagere inkomensgroepen en verhoogde risicogroepen) terwijl tegelijkertijd nog zoveel zorg wordt verleend die niet is geïndiceerd, die niet effectief is of waarvoor gelijkwaardige goedkopere alternatieven voorhanden zijn. Screening van zorgverlening op effectiviteit en doelmatigheid, alsmede het stimuleren van de totstandkoming van richtlijnen voor genormeerd medisch handelen, behoren tot de hoofdtaken.

2. Een tweede belangrijke taak is bij het verzamelen van informatie ten behoeve van zijn advisering duidelijk scheiding te maken tussen *zorginhoudelijke argumenten* en argumenten die voortkomen uit het behartigen van andere belangen. Deze zelfde inbreng is ook onontbeerlijk bij onderhandelingen die op de verschillende niveaus worden gevoerd tussen beleid en veld. Het is bij uitstek de rol van de sociaal-geneeskundige dit te doen. Indien bij dergelijke onderhandelingen deze inbreng niet aanwezig is, dreigt het gevaar dat zorginhoudelijke aspecten onvoldoende worden belicht en door beleidsmakers niet worden (h)erkend tussen de argumentatie vanuit andere dan patiëntenbelangen. Het is daarom ook zorgelijk, dat een dergelijke inbreng bij het departement van WVC wordt gemist tijdens de onderhandelingen tussen overheid en koepelorganisaties als LHV, LSV en NZR.

3. Het werk van de sociaal-geneeskundige AGZ wordt gekenmerkt door de *schaakelfunctie* tussen beleid en curatieve zorg. Als specifiek deskundige heeft hij een vertaalfunctie, waardoor verschillende disciplines met elkaar kunnen communiceren. Tevens heeft hij een signalerende en initiërende functie.

4. Het vormt een algemeen kenmerk van sociaal-geneeskundigen dat zij aandacht hebben voor *preventie*. Met name bij preventie gaat de kost voor de baat uit, waardoor zeker in een tijd van schaarste preventieve activiteiten niet snel bovenaan de prioriteitenlijst zijn te vinden.

WEZENLIJKE INVLOED

Indien artsen aldus zijn gekwalificeerd en hun werk onder andere wordt gekenmerkt door de vier beschreven aspecten,

* In dit artikel wordt over de arts gesproken in de hij-vorm. Dit is uitsluitend voor het gemak. Vanzelfsprekend worden hiermee ook vrouwelijke artsen bedoeld. Er is juist bij de inbreng van artsen in het beleid behoefte aan meer vrouwelijke artsen.

dan hebben zij een wezenlijke invloed, die wordt bepaald door hun specifieke deskundigheid en het (terug)gewonnen vertrouwen dat in hen wordt gesteld.

Op deze wijze fungeert de arts als 'change agent'. Daarmee bedoel ik, dat hij als 'veranderingsbewerker' (katalysator) signaleert, initieert, stimuleert. Hij kan deskundigen uit de wetenschappelijke wereld en het curatieve veld raadplegen en/of samenbrengen, de informatiebehoefte mede bepalen en hiervan gebruik maken, wetenschappelijk onderzoek stimuleren, de beschikbare literatuur gebruiken, enz. om zodoende tot zorginhoudelijk verantwoorde adviezen te komen. Deze mogelijkheid bestaat op lokaal niveau (departement, adviesorganen, geneeskundige hoofdinspectie, koepelorganisatie); op regionaal niveau (provinciale raad, regionale inspectie, ziekenfondsen, kruisverenigingen); en op lokaal niveau (basisgezondheidsdiensten, instellingen). Het is de moeite waard ook deze aspecten bij opleiding en nascholing te betrekken.

CONCLUSIE

Totstandkoming van verantwoord beleid in de gezondheidszorg op micro-, meso- en macroniveau is mijns inziens niet goed mogelijk zonder inbreng van artsen. Voorwaarde is dan wel dat deze artsen met gezag (curatieve ervaring), deskundigheid (specifieke kennis en vaardigheden) en onpartijdigheid (gereprofessionaliseerd) functioneren. Als 'change agents' streven zij naar kwaliteit én doelmatigheid van zorg, waarbij zij in staat zijn overwegingen vanuit eigen belang te scheiden van zorginhoudelijke overwegingen om zo een schakel- en vertaalfunctie te vormen tussen veld en beleid. Op deze wijze staat de sociaal-geneeskundige inbreng van de artsen niet buitenspel, maar zijn er met hun inbreng doelrijpe kansen te creëren, zeker nu in deze post-Dekkerperiode zulke ingrijpende veranderingen in ons gezondheidszorgbestel worden overwogen. Hoe belangrijk allerlei andere doelstellingen ook zijn, het gaat uiteindelijk om

datgene wat er gebeurt in de relatie hulpvrager-hulpverlener: het primaire proces in de gezondheidszorg. □

Literatuur

- Bannenbergh G. De crisis in de sociale geneeskunde. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1987; 51-5.
- College voor Sociale Geneeskunde. Besluit no. 1-1986: Opleiding Algemene Gezondheidszorg. Medisch Contact 1987; 42: 286-8.
- Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid. Inzicht in toezicht. Februari 1987.
- Kastelein A. Bestuurscrisis en doelmatigheid. Medisch Contact 1987; 42: 1081-2.
- Kerkhoff AHM. Sociale geneeskunde is geen vak. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1987; 45-7.
- Knottnerus J. Bouwstenen voor een rationele medische besluitvorming. Medisch Contact 1987; 42: 501-4.
- Post D. Sturen in de gezondheidszorg: de rol van de medische diensten van de ziekenfondsen. Medisch Contact 1985; 40: 951-3.
- Schee J vd. De ag, zijn gezag en zijn beperkingen. Inzet 1986; 3: 25-8.
- Schellekens W. Totstandkoming van richtlijnen voor genormeerd medisch handelen. Methodiekverslag opleiding AGZ. NIPG/TNO, mei 1987.
- Zitman GT. Blauwdruk voor een oplossing. Medisch Contact 1987; 42: 1133-9.

De besturing van een ziekenhuis anno 1988

Een pleidooi voor het coalitiemodel

De veranderingen in de gezondheidszorg zijn niet alleen gigantisch van omvang en rigoreus van inhoud, maar grijpen bovendien bijzonder snel om zich heen. En het einde lijkt nog niet in zicht. De vraag dient te worden gesteld op welke wijze, vanuit besturingsoogpunt bezien, het best op deze veranderingen kan worden ingespeeld. Geleid door ervaringen uit de praktijk van alle dag, zullen we een viertal hoofdscenario's aan een kritische beschouwing onderwerpen.

Economisch model

Het economisch model is het eerste scenario. De besluitvorming wordt erin ge-

J. A. Heijmans

Anno 1988 hebben oude scenario's voor de besturing van ziekenhuizen afgedaan. Een stevige, duidelijke integratie van de medicus lijkt de juiste strategie. Ziekenhuisdirecteur J. A. Heijmans, een bedrijfseconoom die sinds vijftien jaar in de gezondheidszorg werkt, legt uit wat hij daarmee bedoelt. Hij hoopt zo een bijdrage te leveren aan het ook in zijn ogen broodnodige scenariodenken.

domineerd door de budgettaire middelen of beperkingen. De behandelend medicus en de overige ondersteunende zorgverleners dragen in dit model uiteraard geen managementverantwoordelijkheid en zullen zich bij zorgfalen laten dechargeren door te verwijzen naar de budgettaire beperkingen. Het midden en lager management, belast met delen van het budgetbeheer, zal elke zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de hand wijzen en het hoofd in de richting van de medicus wenden.

De directie van het ziekenhuis wordt geconfronteerd met uitgeselecteerde conflicten, ontstaan op de diverse werkplek-

ken binnen de kliniek, welke niet oplosbaar zijn. Daar er voorts sprake zal zijn van zorginsufficiëntie, zal de patiënt eveneens van zich laten horen. Kortom een scenario waarbij niemand enige volvoering kan oogsten, dat leidt tot verambtelijking en waarbij elke lust tot creativiteit in de kiem wordt gesmoord.

Medisch model

Naast het vorige model dient eerlijkheidshalve de medische variant, waarin het zorgargument prevaleert, te worden getoetst.

Ook hier zijn de medicus en overige zorgverleners in het merendeel der situaties niet belast met managementverantwoordelijkheden.

Het uitvoerend management draagt geen zorgverantwoordelijkheid en zal een budgetoverschrijding onderbouwen met zelf verzamelde uitstekende zorgargumenten. De patiënt komt zorginhoudelijk niets te kort, alleen op langere termijn zullen problemen optreden naar aanleiding van existentiële perikelen rond (delen van) het zorgverleningsbedrijf.

Ook in dit scenario wordt de directietafel belegd met onoplosbare werkvloerproblemen en is er sprake van budgetinsufficiëntie. Waar bij het economisch scenario de Inspectie of een patiëntenbelangenvereniging een spaak in het wiel zal steken, zal dit bij het medisch model worden gedaan door de bankier, de ziektekostenverzekeraars of het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)

Competitiemodel

Het competitie­model is een voortvloei­sel van de twee voorgaande modellen. Het is tot ontwikkeling gekomen in het tijdperk van de budgetfinanciering.

De medicus c.s. dragen geen managementverantwoordelijkheid en de met managementuitvoering belaste dienst- en afdelingshoofden dragen geen zorginhoudelijke verantwoordelijkheid. Er is sprake van een strenge scheiding tussen zorg en economie, waarbij verplicht besluitvormend overleg is afgesproken. De ziekenhuisdirectie ziet toe en begeleidt het zogeheten werkoverleg waarin deze verplichte besluitvorming moet plaatsvinden.

In eerste aanzet leek dit instrument te werken, doch ten gevolge van overheidsbezuinigingen aan de ene en de toename van de vraag naar zorg aan de andere kant was de speklag rond de mogelijkheden snel verdwenen en werd het conflict tussen geld en zorg in optima forma

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.

spoedig manifest. De instellingsleiding werd voortdurend geconfronteerd met een niet aflatende machtsstrijd op de diverse werkplekken, waarbij soms óf zorginsufficiëntie óf budgetinsufficiëntie als dreigend onheil manifest werd.

Helaas moet worden geconstateerd dat dit competitie­model, na een korte en nuttige periode van bruikbaarheid, heeft afgedaan als scenario voor de nabije toekomst.

Coalitiemodel

Uit het competitie­model is, met aanbren­ging van enkele fundamentele toevoegingen, het coalitiemodel als bruikbaar instrumentarium te ontwikkelen.

Het verplicht besluitvormend werkoverleg blijft bestaan. De arts krijgt medeverantwoordelijkheid voor het afdelingsmanagement. Anderzijds wordt het afdelings­hoofd medeverantwoordelijk voor zorginhoudelijke zaken. Beide taakgebieden dienen volledig en helder beschreven, geaccepteerd en vastgesteld te zijn. Fundamenteel dient te worden gesteld dat wanneer bij de afwegingsdiscussies de stemmen staken de medicus het laatste woord heeft. Immers, te stellen is dat in het medische ziekenhuisbedrijf de professionele gezagslijn begint bij de primaire behandelaar in de behandelkamer, waarbij moet worden gerefereerd aan de stilzwijgende overeenkomst tussen arts en patiënt.

Wanneer het afdelings­hoofd zijn of haar rol als medeverantwoordelijke voor het behandelingsproces goed aanvoelt en de medicus op een juiste wijze de management- en budgettaak met respect benadert, zal op de werkplek een zware coalitie gaan ontstaan tussen geneeskunde en economie, waarbinnen gezamenlijke

creativiteit veel nut zal afwerpen. De ziekenhuisdirectie, eindverantwoordelijke voor het integrale ziekenhuisgebeuren, zal met die zware coalitie rekening moeten houden. Weet een directie goed met een dergelijke machtsconcentratie om te gaan, dan kan een tweede zware coalitie worden gevormd. Immers, een goed registratie- en bewakingssysteem levert voldoende 'bewijsmateriaal' om tegenover externe geledingen van het ziekenhuis openheid van zaken te geven. De ziekenhuisleiding is dan als een spin in het web tussen interne en externe geledingen van het ziekenhuis; met behulp van goede communicatiekanalen en met voldoende openheid kan ze de ontwikkelingen binnen het ziekenhuis presenteren aan de buitenwereld, waarna als het ware een maatschappelijke decharge zal plaatsvinden. Ook de plaats en positie van politiek verantwoordelijken kunnen op deze wijze duidelijk worden gemarkeerd.

BESLUIT

Gepoogd is in dit artikel een bijdrage te leveren aan het noodzakelijke scenario-denken met het oog op de nabije toekomst (hetgeen niet als een bedreiging behoeft te worden gezien).

Het moge duidelijk zijn dat het als laatste geschilderde scenario aanzienlijke eisen stelt aan het begrip tussen geledingen, managementvaardigheden, scholing en specifieke opleiding, begeleiding en dergelijke. □

De besturing van het ziekenhuis anno 1988

Het coalitiemodel in de praktijk

Anno 1988 is het niet langer denkbaar dat de verantwoordelijkheid voor het behandelingsproces van de patiënt en de verantwoordelijkheid voor het beheer van de financiële middelen binnen een instelling voor gezondheidszorgverlening deel uitmaken van twee volledig gescheiden circuits van besluitvorming. Niet in de laatste plaats vanwege het feit dat de grenzen van de groei van de Nederlandse gezondheidszorg reeds jaren geleden zijn gepasseerd, dient het zorgverleningsproces behalve medisch inhoudelijk verantwoord ook op een economisch verantwoorde manier gestalte te krijgen. De in 1983 ingevoerde budgetfinanciering voor ziekenhuisinstellingen dwingt medici en degenen die verantwoordelijk zijn voor het beheer van financiële middelen tot samenwerking. De bezuinigingen van overheidswege die deze zorgsector sinds 1983 heeft moeten verwerken, scherpen die noodzaak tot samenwerking verder aan.

De vraag die het ziekenhuismanagement zich samen met de medisch specialisten moet stellen, zou kunnen luiden: 'Welke zorg in kwalitatieve en kwantitatieve zin kan onze instelling in een bepaald jaar leveren, gegeven het externe budget dat aan het ziekenhuis voor dat jaar is toegekend?' Hoewel de medicus van huis uit niet is geïnteresseerd in de kosten die het medisch handelen veroorzaakt en de econoom niet gewend is het begrip 'kwaliteit van zorg' te hanteren als parameter voor het nemen van beslissingen, ligt het antwoord op de gestelde vraag in essentie in een verbinding van beiden. De specialist en de ziekenhuseconoom dienen samen de beslissingen te nemen die leiden tot het aanwenden van beschikbare middelen. Gezien de historische achtergrond van beide groepen beroepsbeoefenaren mag en kan niet worden verwacht dat deze samenwerking snel en zonder problemen tot stand komt.

Het Academisch Ziekenhuis Maastricht gaat in 1988 experimenteren met een managementmodel, geënt op de coalitiegedachte, waarin de medicus budgetverantwoordelijkheid wordt toebedeeld. Het experiment zal voorlopig een jaar duren. De voorbereidingen hebben ruim een jaar in beslag genomen; hiermee is aangegeven hoeveel obstakels er uit de

**Drs. P. P. J. M. Brouwer,
Prof. Dr. J. A. Flendrig en
Drs. L. Brans Brabant**

Het Academisch Ziekenhuis Maastricht gaat dit jaar experimenteren met een managementmodel dat is geënt op de coalitiegedachte. Dit wil zeggen dat de medicus budgetverantwoordelijkheid krijgt. Drie nauw betrokkenen schetsen de opzet van het experiment, respectievelijk de beheerder van de afdeling Interne Geneeskunde, het hoofd van die afdeling en de financieel-economisch directeur van het ziekenhuis.

weg moesten worden geruimd. Omdat het gaat om een geheel nieuwe vorm van beheer van financiële middelen binnen de ziekenhuisorganisatie, moesten tal van gangbare procedures worden aangepast en moest het bestaande informatienetwerk op delen ingrijpend worden gewijzigd. Alle medewerkers die uit de aard van hun werkzaamheden bij deze procedures en/of het informatienetwerk betrokken zijn, hebben hun medewerking verleend aan het tot stand brengen van de experimentele opzet.

ASPECTEN

De activiteiten die in de voorbereidingsfase zijn ontplooid kunnen worden beschouwd onder de volgende aspecten: bereidheid, complexiteit, informatie en begeleiding.

Bereidheid

Het welslagen van het experiment hangt in hoge mate af van de bereidheid bij betrokken partijen, de medicus en de econoom, om hun medewerking te verlenen.

Vanwege het feit dat de medische handelingsvrijheid wordt beperkt door de begrensde financiële ruimte, dient het voor de specialisten lonend te worden gemaakt budgetverantwoordelijkheid te dragen. De opzet van het experiment voorziet in een beloningssysteem. Be-

sparingen op de uitgaven van het ziekenhuis die door het toedoen van een specialistengroep zijn bereikt kunnen door deze groep vrij worden besteed (bijvoorbeeld voor de aanschaf van een apparaat, voor het tijdelijk in dienst nemen van een analiste, etc.).

De bereidheid van de kant van de ziekenhuseconoom is vanzelfsprekend aanwezig. Wanneer de medicus, dé initiator van activiteiten die kosten veroorzaken, budgetverantwoordelijkheid zou willen dragen zouden de uitgaven beter te beheersen zijn.

Complexiteit

Naarmate de complexiteit van een experiment toeneemt, heeft het minder kans van slagen. Met uit dit standpunt als uitgangspunt is er in het experiment voor gekozen niet het volledige takenpakket van de medicus te budgetteren, maar slechts een deel. In het Maastrichtse experiment zullen enkel de kosten die worden gegenereerd als gevolg van het aanvraagdrag van de specialist, voor zover betrekking hebbend op klinische chemie en radiodiagnostiek, in het budget worden opgenomen.

Het experiment is voorts in complexiteit begrensd, doordat enkel de (ongeveer 45) specialisten behorend tot het specialisme inwendige geneeskunde erbij zijn betrokken.

Informatie

Adequate informatie over de financiële consequenties van de zorgverlening is noodzakelijk.

Nadat nauwkeurig was gedefinieerd welke informatie de medicus nodig heeft te einde budgetverantwoordelijkheid te kunnen dragen, bleek dat, ondanks de aanwezigheid van het ziekenhuisinformatiesysteem, niet alle gewenste informatie kan worden geproduceerd. De tekortkomingen vinden hun oorzaak deels in het niet voorhanden zijn van geschikte programmatuur (de programmatuur die in het verleden is ontwikkeld had immers enkel tot doel het registreren van productie, gericht op declaratie aan financiers), deels in de beperkingen die het ziekenhuisinformatiesysteem kent.

Begeleiding

Zowel in de voorbereidingsfase als gedurende de experimenteerperiode is regelmatig overleg tussen specialist en ziekenhuiseconoom gewenst. Dit overleg heeft een aantal functies:

- Ervaring opdoen met een besluitvormingsmodel waarin specialist en econoom gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor een optimale aanwending van beschikbare middelen.
- Vertrouwd raken met en het interpreteren van budgetgegevens.
- Het formuleren van beleid dat tot doel heeft het middelengebruik te sturen.
- Evalueren van de financiële consequenties van het medisch handelen met als doel de gerichte beïnvloeding van medisch handelen.

SAMENVATTING EN BESLUIT

Het Academisch Ziekenhuis Maastricht start in 1988 een experiment waarbij getracht wordt de medicus ook financieel verantwoordelijkheid te laten dragen voor zijn medisch handelen. Uitgangspunt is dat de uitgaven van het ziekenhuis in essentie voor een groot deel worden geïnitieerd door het medisch handelen van de specialist. Zolang de specialist geen verantwoordelijkheid draagt voor de financiële consequenties van zijn handelen zal het budgetteren van ziekenhuiseconomen en specialisten.

Eind 1988 zal moeten blijken of de Maastrichtse aanpak geschikt is om specialisten met vrucht budgetverantwoordelijkheid te laten dragen en of zij samen met

ziekenhuiseconomen gelijkgezind naar optimale aanwending van beschikbare middelen kunnen streven.

Wanneer de specialist de rol van budgethouder accepteert, kan er een relatie worden gelegd tussen medisch handelen en ziekenhuiseconomie waardoor het optimaal aanwenden van beschikbare middelen mogelijk wordt. □

Medisch specialist en ziekenhuis

Van professioneel ambachtsman tot organisatiegenoot?

Ziekenhuizen en ook andere grote zorgverlenende instellingen worden wel getypeerd als professionele bureaucratieën. Hiermee brengt men tot uitdrukking dat hun kernfuncties worden vervuld door relatief autonome professionals, terwijl voor de vervulling van overige functies de organisatie hiërarchisch-bureaucratisch is gestructureerd¹.

De complexiteit van de ziekenhuisstructuur wordt voor een groot deel bepaald door het feit dat er twee schijnbaar tegen gestelde organisatorische principes aan ten grondslag liggen: organisatie op basis van *professie* en organisatie op basis van *bureaucratie*. Bureaucratie verwijst naar taakverdeling en coördinatie door middel van regels, procedures en hiërarchie. Professionalisering is gebaseerd op het principe dat bij complexer wordende problemen moeilijke taken worden ondergebracht bij hooggeschoolde, gekwa-

Dr. F. C. J. Stevens

De ver doorgevoerde specialisatie in de geneeskunde en de schaal waarop in onze ziekenhuizen wordt gewerkt, doen ook binnen de professie een grotere behoefte ontstaan aan duidelijke organisatorische kaders. Dit bevond Dr. F. C. J. Stevens op grond van eigen onderzoek, een onderzoek hij waarop hij vorig jaar is gepromoveerd. De auteur is als universitair docent verbonden aan de vakgroep Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

lificeerde specialisten, professionals genaamd.

Beide principes beogen in feite hetzelfde:

het organiseren en reguleren van het gedrag van mensen in de organisatie teneinde organisatorische doelstellingen te verwezenlijken. Maar juist hier ligt een knelpunt met betrekking tot de organisatie van ziekenhuizen. Medische professionals kunnen namelijk op grond van hun exclusieve deskundigheid en wettelijke bevoegdheid een zekere autonomie in hun werk opeisen, die zich soms moeilijk verdraagt met de beheersmatige behoefte van het management. Er is daarom in het bijzonder in de op de praktijk gerichte organisatieliteratuur nogal wat aandacht besteed aan de vraag hoe medische professionals kunnen worden ingepast in de ziekenhuisorganisatie, met als vaak bepleite 'oplossing' de matrixstructuur^{2,3}. Het benadrukken van de tegenstelling bureaucratie-professie heeft soms iets karikaturaals. De medische professional wordt nog veelal afgeschilderd als een

solist die autonoom beslissingen neemt op basis van zijn gespecialiseerde deskundigheid en vaardigheden. De medisch specialist – zo stelt men wel – is iemand die solistisch werkzaam is, die zelf verantwoordelijk is voor zijn medisch handelen en die zich daarbij vooral laat leiden door zijn professie en de behoeften van de cliënten. Deze beeldvorming is mede ontstaan doordat er bij niet-beroepsgenoten nog weinig inzicht bestaat in de wijze waarop medisch specialisten in ziekenhuizen functioneren, hun werkzaamheden organiseren en de praktijkorganisatie aanpassen aan veranderende omstandigheden. Uit empirisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat van de tijdsbesteding in het kader van de patiëntenzorg slechts de helft patiëntgebonden handelingen betreft; de rest wordt besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals medische administratie, geprogrammeerde besprekingen, organisatorische werkzaamheden en overleg met collega's en andere hulpverleners⁴. Andere gegevens wijzen erop dat medisch-specialistische werkzaamheden, zeker in het academisch ziekenhuis, op een zeer hoog gespecialiseerd niveau worden verricht, terwijl tegelijkertijd deze werkzaamheden vaak sterk hiërarchisch-bureaucratisch zijn ingekaderd. Is met andere woorden de medisch specialist nog wel de professionele ambachtsman die in interactie met de patiënt zijn beroep uitoefent? Om deze vraag te beantwoorden wil ik enkele opvallende bevindingen bespreken die afkomstig zijn uit een onderzoek dat ik de afgelopen jaren in medisch-specialistische ziekenhuisafdelingen heb verricht⁵.

ONDERZOEK

De studie waarop ik mij baseer betreft een onderzoek dat ik sedert 1981 in een aantal medisch-specialistische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen heb verricht. Het is ontleend aan een groter project, met als titel: 'Project Academisering, een onderzoek naar gezondheidszorg in academische ziekenhuizen', dat beoogde een verdeling van kosten van academische ziekenhuizen te maken over enerzijds de gezondheidszorgtaken en anderzijds wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding⁶.

Allereerst enkele *definities*. Onder bureaucrativering van het werk van de medisch specialist versta ik het verschijnsel dat in medisch-specialistische praktijken steeds meer gebruik wordt gemaakt van

protocollen, programma's, procedures om aan te geven hoe er moet worden gewerkt, alsmede dat er sprake is van een hiërarchische opbouw van de afdeling. Tegelijk met bureaucrativering van de afdeling treedt specialisatie op: er worden steeds meer deelgebieden in de geneeskunde onderscheiden op grond waarvan artsen zich specialiseren en een zekere autonomie en exclusiviteit kunnen claimen; ik noem dit professionalisering.

Binnen een steekproef van twintig medisch-specialistische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen is onderzocht hoe de specialisering of professionalisering zich verhoudt tot de bureaucrativering. Het betrof afdelingen Algemene Heelkunde, Interne Geneeskunde en Radiodiagnostiek. De stafomvang varieerde tussen vijf en veertien medisch specialisten (naast arts-assistenten en overig personeel).

Bovendien heb ik onderzocht onder invloed van welke factoren bureaucrativering en professionalisering optreden. Het blijken er tenminste drie te zijn. Ten eerste: de moeilijkheidsgraad van de werkzaamheden die binnen de afdeling worden verricht (gemeten aan de hand van de mate van wetenschapsbeoefening binnen de afdeling en het oordeel van artsen over de moeilijkheidsgraad van het desbetreffende vakgebied of subdiscipline). Ten tweede: de omvang van de afdeling (gemeten aan de hand van het aantal stafleden). Ten derde: het aantal professionele activiteiten dat men onderneemt (mate van vakontwikkeling, congresbezoek, vakliteratuur bijhouden, lidmaatschappen, beroepsverenigingen).

BEVINDINGEN

Bij toetsing van een aantal veronderstelde verbanden kwamen de volgende (significante) bevindingen naar voren:

1. De afdelingen waarbinnen men de meest vergaande (*deel*)specialisatie heeft doorgevoerd zijn tevens het omvangrijkst en verrichten de meest complexe werkzaamheden; men treft er bovendien veel professionele activiteiten aan en de werkzaamheden zijn sterk geprogrammeerd en geprotocolleerd. Men kan hieruit afleiden dat toenemende specialisatie op deelgebieden van de geneeskunde niet alleen samenhangt met een uitwaaiing van functies en functionarissen, maar tevens met groei van de afdeling en organisatorische beheersing door middel van protocollen en werkprogramma's.

2. De afdelingen met de grootste (staf-)omvang zijn het meest hiërarchisch opgebouwd en werken – zoals hierboven al werd aangegeven – het meest aan de hand van protocollen en vaste dag- en weekprogramma's. Met andere woorden, groei van een medische afdeling hangt waarschijnlijk samen met een meer hiërarchische opbouw en werkt het opstellen van protocollen en programma's in de hand.

3. In medische afdelingen waar veel *professionele activiteiten* worden ondernomen en op sturende en stimulerende wijze leiding wordt gegeven (géén laissez-faireklimaat) vindt veel verandering en innovatie plaats en is het vakgebied opgesplitst in deelspecialisaties. Op grond van deze bevinding mag men aannemen dat het medisch-professionele klimaat sterk wordt beïnvloed door de wijze waarop leidinggevend een bewust beleid daartoe voeren.

De conclusie die men naar aanleiding van deze drie bevindingen mag trekken is, dat er waarschijnlijk twee ontwikkelingen tegelijkertijd plaatsvinden. De eerste is de grote (deel)specialisering of professionalisering, die samenhangt met de moeilijkheidsgraad van het vakgebied, met de schaal waarop wordt gewerkt en met de professionele activiteiten. Een tweede ontwikkeling is dat deze specialisatie en groei niet onbeperkt zijn, maar op een gegeven moment uit een beheersmatig gezichtspunt bureaucrativering in de vorm van hiërarchie en programmering oproepen. Professionalisering en bureaucrativering lijken elkaar daarmee te versterken.

In het tweede gedeelte van de studie is onderzocht of er een verband bestaat tussen de wijze waarop de medische afdeling is georganiseerd en de opvattingen van artsen over hun werk. Daarnaast werden de effecten van twee persoonsgebonden factoren op de werkopvattingen van de arts onderzocht: de ervaren werklast en de leeftijd van de arts.

Afdelingen zijn onderscheiden naar de mate waarin ze een meer of minder professioneel-bureaucratische organisatiestructuur hebben. Hierbij hanteer ik het begrip 'organiseringsgraad': de mate waarin de afdeling wordt gekenmerkt door een hoge graad van specialisatie, veel professionele activiteiten, protocolair en programmatisch werken en hiërarchische opbouw.

Toetsing van een aantal hypothesen leidde tot de volgende bevindingen:

1. De *organisatiegraad* van de medische afdeling hangt positief samen met de bereidheid tot samenwerking van artsen en hun opvattingen over klachten van de patiënt. Anders en concreter geformuleerd: naarmate de medisch-specialistische afdeling een hogere organisatiegraad heeft, zullen artsen daarbinnen meer bereidheid tonen tot samenwerking met collega's en andere hulpverleners en minder uitsluitend klinisch-somatisch reageren op klachten waarmee patiënten hen confronteren.

2. *Programmering en protocollering* hangt positief samen met de tevredenheid van de arts. Anders en concreter geformuleerd: naarmate werkzaamheden binnen de afdeling meer geprogrammeerd en geprotocolleerd zijn, zullen artsen tevredener zijn met hun werk.

3. De *ervaren werklast* van de arts hangt negatief samen met zijn bereidheid tot samenwerking, zijn behoefte aan beroepsautonomie en zijn tevredenheid. Anders geformuleerd: naarmate de arts vaak tijdgebrek en een hoge werkdruk ervaart, is zijn bereidheid tot samenwerking met collega's en anderen geringer, zal hij positiever staan ten opzichte van het dienstverband (minder waarde hechten aan beroepsautonomie), klachten liefst klinisch-somatisch interpreteren en minder tevreden zijn met het werk en de werkomstandigheden.

4. De *leeftijd* van de arts hangt positief samen met zijn opvattingen over klachten van patiënten. Anders geformuleerd: naarmate de arts ouder is, zal hij klachten van patiënten minder uitsluitend klinisch-somatisch interpreteren.

We kunnen nu concluderen, dat de opvattingen van artsen binnen medisch-specialistische ziekenhuisafdelingen over hun afdeling, beroep en patiënt samenhangen met een aantal aan de organisatie en aan de persoon gebonden factoren. Werklast en organisatiestructuur spelen daarbij een belangrijke rol.

De onderzoekbevindingen laten zien dat organisatie van invloed kan zijn op de opvattingen over de beroepsuitoefening (bereidheid tot samenwerking en opvattingen over klachten van patiënten). Daarnaast lijkt er geen principiële tegenstelling te zijn tussen organisatie op basis van bureaucratie en organisatie op basis van professie. Beide kunnen tegelijk voorkomen in dezelfde professionele setting.

Ten derde is het van belang te constateren dat de tevredenheid van de medische professional negatief wordt beïnvloed

door de werkdruk en positief door het programmeren en protocolleren van werkzaamheden. Dit onderstreept dat ook medisch specialisten als bekendste categorie van professionals behoefte hebben aan regelmaat in het werk in combinatie met een professionele werksfeer.

CONCLUSIE

Tot slot: professie en bureaucratie dienen in mijn optiek, meer dan nu wel eens gebeurt, in relatie tot elkaar te worden beschouwd. Voor de praktijk lijkt te gelden – en daarmee treed ik enigszins buiten het domein van de feitelijke onderzoekbevindingen – dat voor medische professionals de noodzaak hun werkzaamheden binnen duidelijke organisatorische kaders te verrichten steeds groter zal worden. In die zin kan erop worden gewezen dat naast de toenemende druk 'van buiten af' op de ziekenhuisorganisatie – onder andere door de budgettering – ook ontwikkelingen binnen de medische professie zelf de integratie van bureaucratie en professie kunnen bevorderen. In de opleiding lijkt het daarom van evident belang artsen te scholen in organisatorische vaardigheden. Ik verwacht hoe dan ook dat bureaucratie en professie nauw op elkaar betrokken zullen raken en dat de tegenstelling tussen bureaucratie en professional steeds meer zal vervagen. De medisch specialist wordt daarmee steeds meer organisatiegenoot.

De gunstige ervaringen in academische ziekenhuizen – die wellicht hierbij een voortrekkersrol kunnen vervullen – en de behoefte aan meer samenwerking tussen ziekenhuismanagement en medisch specialisten op micro-niveau⁷, wijzen in de goede richting.

SAMENVATTING

Medisch specialisten worden nog veelal beschouwd als autonome professionals, die zelfstandig willen handelen en beslissingen willen nemen. De ver doorgevoerde specialisatie in de geneeskunde en de schaal waarop wordt gewerkt roepen echter ook bij professionals zelf de behoefte aan organisatie op. Uit een onderzoek dat de auteur binnen twintig medisch-specialistische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen heeft verricht, blijkt dat de meest gespecialiseerde afdelingen tevens de meest hecht georganiseerde eenheden zijn. Ook blijken organisatiekenmerken samen te hangen met opvattingen van artsen over hun beroepsuitoefening. De sti-

mulans om werkzaamheden binnen duidelijk organisatorische kaders te verrichten hoeft daarom niet alleen 'van buiten af' (overheid, ziekenhuismanagement) te komen.

Toenemende specialisatie en schaalvergroting in de specialistische geneeskunde zullen ook binnen de professie zelf leiden tot een grotere behoefte aan duidelijke organisatorische kaders waarbinnen kan worden gewerkt. □

Literatuur

1. Mintzberg H. The structuring of organizations. Prentice Hall, NJ: Englewood-Cliffs, 1979.
2. Neuhauser D. The hospital as a matrix organization. In: Kovner AR, Neuhauser D (eds). Health services management. Readings and commentary. Michigan, Ann Arbor, Health Administration Press 1978, 143-60.
3. Scott WR. Managing professional work: Three models of control for health organizations. Health Services Research 1982; 17: 213-30.
4. Stevens FCJ. De bureaucratiesing van het medisch specialistisch ambacht. Een vergelijkend onderzoek naar bureaucratie en professie in twintig ziekenhuisafdelingen. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1987.
5. Stevens FCJ. *idem*, 1987.
6. Sol JCA, Stevens FCJ, Schepers J, Snijders EHM, Groot LMJ. Project Academisering. Een onderzoek naar gezondheidszorg in academische ziekenhuizen. Eindrapport. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, april 1985.
7. Ziekenhuismanagers en specialisten willen meer samenwerken. Het Ziekenhuis 1987; 23/24, 1044-5.

Farmacotherapeutisch Kompas 1988

Belangrijkste wijzigingen

Het Farmacotherapeutisch Kompas is een uitgave van de Ziekenfondsraad; de verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie (CMPC) van de raad. Deze commissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). Tevens staat een aantal wetenschappelijke adviseurs de commissie in haar werkzaamheden bij.

Het Farmacotherapeutisch Kompas heeft ten doel het verantwoord voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen. Om dit te bereiken worden alle geneesmiddelen die in Nederland verkrijgbaar zijn, uitgebreid besproken en van een advies voorzien. De CMPC doet daarbij een uitspraak over de plaats van het geneesmiddel en de therapie. Bij deze beoordeling worden zowel de farmacotherapeutische als de economische aspecten betrokken. Uitgangspunt daarbij is dat overbodige middelen, ook al zijn deze nog zo goedkoop, niet dienen te worden voorgeschreven: het duurste middel moet, indien noodzakelijk, kunnen worden verstrekt.

Het merendeel van de geneesmiddelen waarover in het Kompas informatie wordt verstrekt, bestaat uit farmaceutische spécialités ofte wel merkprodukten (1841); daarnaast zijn farmaceutische preparaten (211) en FNA-preparaten (223) opgenomen. Ongeveer 5% van de merkprodukten bestaat uit zogeheten 'branded generics'. Tussen haakjes zijn de aantallen vermeld die in de nieuwe editie zijn opgenomen; de verschillende toedieningsvormen van een geneesmiddel zijn in de genoemde cijfers niet meegeteld.

Van de nieuwe geneesmiddelen die de afgelopen jaren op de markt zijn verschenen bestaat het grootste deel uit generieke preparaten (zogeheten loco's). Van de nieuw opgenomen geneesmiddelen in deze uitgave (142) bedraagt het percentage loco-preparaten ongeveer 85%. Therapeutisch gezien vormen deze geneesmiddelen geen aanwinst, hun belang is zuiver economisch. Van de geneesmiddelen die het afgelopen jaar uit de handel zijn genomen (101) had ongeveer de helft een negatief farmacotherapeutisch advies.

De jaarlijkse wijzigingen in het Kompas beperken zich echter niet tot de veranderingen op de geneesmiddelenmarkt. Alle adviezen zijn geactualiseerd en nieuwe gegevens over geneesmiddelen en gewijzigde inzichten in de farmacotherapie zijn zoveel mogelijk in de preparaatteksten en inleidingen verwerkt. In de nieuwe uitgave zijn in het bijzonder de hoofdstukken over de oncolytica, diuretica,

J. C. F. van Luijn

Eind februari is de zesde editie verschenen van het Farmacotherapeutisch Kompas. Begin maart is begonnen met de verzending van het ditmaal groen gekleurde Kompas naar onder anderen alle voorschrijvende artsen, praktiserende tandartsen en openbare en ziekenhuis-apothekers. De zesde editie is volledig geactualiseerd; daarnaast is een aantal hoofdstukken grondig herzien. Op de belangrijkste wijzigingen in de nieuwe uitgave zal nader worden ingegaan.

analgetica, antirheumatica en de jichtmiddelen grondig herzien. De inleidingen van hoofdstukken die betrekking hebben op de farmacotherapie van veel voorkomende indicaties, zoals hypertensie, angina pectoris en urineweginfecties, zijn het waard bij iedere nieuwe uitgave opnieuw te worden gelezen.

ROOD

Een van de stellingen in het proefschrift van De Smet (1985) luidde: 'Sinds de komst van het Farmacotherapeutisch Kompas zijn de farmacotherapeutische ondernemingen eindelijk bereid ook eens hun eigen produkten zwart te maken'. Anno 1988 is deze stelling niet meer te verdedigen. In vorige uitgaven werden geneesmiddelen waarover de CMPC negatief adviseerde in het rood afgedrukt; een fabrikant kon een negatief advies op economische gronden nog ontlopen door de prijs voldoende te verlagen. In de nieuwste uitgave is de kleur rood uitsluitend gereserveerd voor farmacotherapeutisch negatieve adviezen of voor middelen die via het Besluit Farmaceutische Hulp Ziekenfondsverzekering van vergoeding zijn uitgesloten.

In de farmacotherapie is het niet altijd mogelijk een exact bewijs te leveren voor een positief of negatief advies. Wanneer de voor- en nadelen tegen elkaar worden afgewogen, kan een goed oordeel worden gevormd over de plaats van het geneesmiddel in de therapie. De gehanteerde criteria moeten zo objectief mogelijk zijn, absoluut zijn ze echter nooit. Het resultaat van een zorgvuldige afweging kan en mag niet als een absoluut gegeven worden gehanteerd.

De adviezen van de CMPC zijn zwaarwegend, doch niet verplichtend. Rood is in de ogen van de CMPC eerder een signaalkleur, nooit een verbodskleur. Wel zal een arts hele goede argumenten moeten hebben om een geneesmiddel met een rood advies voor te schrijven. Bij deze uitgave van het Kompas heeft de CMPC veel aandacht besteed aan de herfor-

mulering van haar adviezen. Daarbij is de kleur rood ook gebruikt om te attenderen op negatieve onderdelen van een in het algemeen positief beoordeeld geneesmiddel. Acetylcysteïne en broomhexine bijvoorbeeld hebben een plaats bij de behandeling van ernstige, chronische aandoeningen van de luchtwegen (mucoviscidosis); de zinsnede dat de CMPC ze niet geïndiceerd acht bij incidentele bronchitis en/of aandoeningen van de luchtwegen staat echter in het rood gedrukt.

ADVIEZEN

Naar het oordeel van de CMPC moet een geneesmiddel allereerst worden beoordeeld op zijn therapeutische betekenis, pas daarna mogen kostenaspecten een rol spelen. Zij geeft haar farmacotherapeutische adviezen ongeacht de wijze waarop de patiënt is verzekerd, ziekenfonds of particulier. De zinsnede 'Kan wel of niet voor ziekenfondsrekening worden voorgeschreven' is daarom in al haar adviezen komen te vervallen. In plaats daarvan is, waar mogelijk, een duidelijke plaatsbepaling van het geneesmiddel in de therapie aangegeven. In de volgende uitgaven zal dit voorlichtende aspect nog meer aandacht krijgen.

In iedere editie van het Kompas besteedt de CMPC extra aandacht aan de adviezen uit één of meer hoofdstukken. In deze uitgave betreft het de diuretica, analgetica en antirheumatica. De achtergronden van deze adviezen zullen hier kort worden toegelicht.

Diuretica

Op de lijst van meest voorgeschreven geneesmiddelen nemen diuretica een vooraanstaande plaats in. Opvallend daarbij is dat spironolacton en combinatiepreparaten van een thiazidediureticum en een kaliumsparend diureticum in de praktijk vrij frequent worden voorgeschreven. Farmacotherapeutisch kunnen hierbij de nodige kanttekeningen worden geplaatst. Zeker achter het voorschrijven van combinatiepreparaten schuilt vaak geen rationele beslissing: criteria als 'veiligheid' en 'gemak' bepalen voornamelijk hier de keuze.

Bij de medicamenteuze behandeling van hypertensie spelen volgens de CMPC de thiazidediuretica bij een eerste beoordeling van de te volgen therapie naast de bètablokkers nog steeds een belangrijke rol. Wordt gekozen voor een diureticum, dan is de hoogte van de dosis de volgende stap. Met een lage dosering van bijvoorbeeld 25 mg chloortalidon of 25 mg hydrochloorthiazide per dag is een goede regeling van de tensie mogelijk zonder dat er vervelende bijwerkingen optreden. Wordt hiermee onvoldoende resultaat verkregen, dan moet worden overwogen de keuze te laten vallen op een middel uit een andere farmaco-

therapeutische groep. Verhoging van de dosering van het diureticum heeft, gezien de vlakke dosiswerkingscurve, in het algemeen geen zin. Bovendien neemt de kans op bijwerkingen, zoals hypokaliëmie, toe. In de aanbevolen lage dosering en bij een niet te sterke natriumbepierking (minimaal 5 gram natriumchloride per etmaal) is de kans op hypokaliëmie gering. Een lichte daling van de kaliumspiegel (tot 4,0-3,5 mmol/l) geeft in het algemeen weinig problemen. Het toevoegen van een kaliumsparend middel, zoals triamteren of amiloride, heeft dan in het algemeen geen zin. Een uitzondering hierop vormen de patiënten bij wie kaliumtekorten ernstige gevolgen kunnen hebben, speciaal bij gedigitaliseerde patiënten. Orale kaliumsuppletie stuit vaak op problemen (vieze smaak) of is niet effectief als het diureticum nog in het lichaam aanwezig is. Toevoeging van een kaliumsparend middel is dan gewenst, zo nodig te geven in de vorm van een vaste combinatie. Voor de indicatie 'hypertensie' is een vaste combinatie van een thiazidediureticum met een kaliumsparend middel bijna nooit aangewezen.

Dit geldt ook voor de behandeling van oedemen door cardiale oorzaken, nefrotisch syndroom of levercirrose. Hierbij gaat de voorkeur uit naar het gebruik van de lisduretica; het snel en sterk werkend furosemide komt daarvoor het meest in aanmerking. Indien echter de diurese problemen geeft, zoals bij prostaathypertrofie, kan men bij matige decompensatio cordis in het algemeen goed uitkomen met een thiazidediureticum. Als dan de toediening van een hoge dosis van het thiazidediureticum noodzakelijk is, bestaat er wel gevaar voor hypokaliëmie. Bij de behandeling van oedemen door andere oorzaken (statisch oedeem, allergisch oedeem) is voor gebruik van diuretica geen plaats. Spironolacton heeft slechts een uiterst beperkt indicatiegebied, met name bij aangetoond hyperaldosteronisme.

Op basis van deze uitgangspunten heeft de CMPC de adviezen herzien en een duidelijke plaatsbepaling geformuleerd. Geen enkel middel is om farmacotherapeutische redenen negatief beoordeeld, maar er zijn voldoende argumenten om de keuze in eerste instantie beperkt te houden tot drie à vier middelen.

Analgetica en antirheumatica

Iedere vorm van pijn vereist een speciale behandeling en medicatie. In algemene zin kan worden gesteld dat bij lichte tot matige pijn en hevige, maar incidenteel voorkomende pijn allereerst de eenvoudige, enkelvoudige analgetica in aanmerking komen. Sinds jaar en dag gelden acetylsalicylzuur en paracetamol als eerste keus. Naar het oordeel van de CMPC kan ook ibuprofen hiertoe worden gerekend. Voor acetylsalicylzuur geldt echter dat de keuze moet worden beperkt tot die preparaten die in opgeloste vorm kunnen worden ingenomen; dit in verband met een geringe kans op bijwerkingen, zoals maagbloedingen. De voorkeur gaat daarom uit naar carbasalaatcalcium. Gezien de onzekerheid over de veiligheid, moeten glafenine en metamizol voorlo-

pig niet meer als eenvoudig analgeticum worden voorgeschreven. Over glafenine zijn de laatste jaren ernstige bijwerkingen aan het licht gekomen: hepatitis met dodelijke afloop en ernstige anafylactische reacties; floctafenine lijkt veiliger.

Vele analgetica zijn als combinatiepreparaten te verkrijgen. De CMPC stelt zich hierbij op het standpunt dat toediening van verschillende werkzame bestanddelen in een vaste combinatie uit farmacotherapeutische overwegingen ongewenst is als de noodzaak daarvan niet duidelijk aanwezig is. Over de combinatie van paracetamol met acetylsalicylzuur komen steeds meer aanwijzingen dat de toxiciteit, in het bijzonder voor de nier, groter is dan bij het gebruik van de stoffen afzonderlijk. Om deze redenen wordt ook benorilaat als analgeticum afgewezen; na resorptie wordt het namelijk snel gehydrolyseerd tot paracetamol en salicylzuur.

Bij hevige pijnen, zowel acuut als chronisch, komen de opioïden in aanmerking. Bij de chronische pijnbestrijding is en blijft morfine de eerste keus; uit de verschillende beschikbare toedieningsvormen (drank, zetabletten, injecties, tabletten met gereguleerde afgifte) kan een verantwoorde keuze worden gemaakt.

Voor dextromoramide, pentazocine en pethidine is bij chronische pijnbestrijding geen plaats. Het gebruik van pethidine is slechts beperkt tot behandeling van pijnen met een spastische component.

De belangrijkste indicatie voor de prostaglandine-synthetaseremmers is de behandeling van reumatische aandoeningen. Ook bij dysmenorroe gaat de voorkeur hiernaar uit. Uit de vele beschikbare vergelijkende studies blijkt echter niet dat één van de prostaglandine-synthetaseremmers superieur is. Gezien de geringe therapeutische verschillen wordt geadviseerd de ervaring, de mogelijkheid van zowel orale als rectale toediening en de prijs een grote rol te laten spelen.

ECONOMISCHE ADVIEZEN

In 1987 is op het gebied van de prijzen van geneesmiddelen grote onzekerheid ontstaan door de discussie over de door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gewenste wijziging van de vergoedingssystematiek en de mogelijke invoering van een ijkprijzenvergoedingensysteem. De CMPC heeft ervoor willen waken dat er geen discrepantie ontstaat tussen haar adviezen en de actuele situatie op het moment van verschijnen van de nieuwste uitgave. In Kompas '88 zijn daarom geen negatieve adviezen op economische gronden opgenomen. Echter, bij die geneesmiddelen, die zonder problemen kunnen worden vervangen door farmaceutische equivalente spécialités of generieke preparaten adviseert de CMPC bij het voorschrijven gebruik te maken van de generieke naam, opdat de afleveraar het goedkoopste preparaat kan verstrekken. Dit advies geldt voor ongeveer 25% van alle geneesmiddelen; het betreft geneesmiddelen die frequent worden voorgeschreven. Indien iedere arts een dertig-

veertigtal spécialiténamen die 'in de pen' zitten zou vervangen door de generieke namen, zouden aanzienlijke besparingen kunnen worden bereikt.

Om het zoeken naar de generieke naam en de mogelijke vervangbaarheid te vergemakkelijken zijn de index en de synoniemenlijst samengevoegd. In de prijsverzichten zijn de geneesmiddelen zodanig gegroepeerd dat op het niveau van iedere toedieningsvorm clusters zijn gevormd van identieke onderling vervangbare geneesmiddelen. De vergoedingen die in de prijsverzichten zijn opgenomen zijn gebaseerd op de ziekenfondstaxe van december 1987; met gewijzigde vergoedingssystematiek die geldt sinds 1 januari 1988 is geen rekening gehouden. De CMPC is echter van plan, zodra de prijzen van geneesmiddelen enige stabilisatie vertonen, alsnog met adviezen op economische gronden in een aanvulling op het Farmacotherapeutische Kompas te komen.

In een recensie in Huisarts en Wetenschap over het Farmacotherapeutisch Kompas 1986 komt F. Schreuder tot de volgende aanbeveling: 'Neem een aantal uren om ermee vertrouwd te raken en toets het eigen prescriptiepatroon aan de gegeven adviezen. Zeer zinvol.' Met een dergelijk advies voor het Kompas 1988 kan de CMPC zich volledig verenigen. Zij zou er echter aan willen toevoegen: probeer waar mogelijk en gewenst op het recept de vertrouwde spécialiténaam te vervangen door de generieke naam. □

J. C. F. van Luijn, apotheker, werkt als coördinator van de werkzaamheden voor Farmacotherapeutisch Kompas bij de Ziekenfondsraad.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage

Tuchtrechter over 'de Terp'

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag 28 oktober 1987 de navolgende beslissing genomen in de klacht van Hendrikus van Osch, in zijn hoedanigheid van geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid voor Zuid-Holland, wonende te 's-Gravenhage, klager tegen A, huisarts, wonende te X, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna te noemen: 'de arts'.

1. INLEIDING

1.1 Het college heeft kennis genomen van de door klager en de arts overgelegde stukken. Op 28 oktober 1987 heeft het de klacht behandeld. Klager werd bijgestaan door Mr., advocaat te 's-Gravenhage. De arts werd bijgestaan door Mr. B, advocaat te IJ. De advocaten hebben de standpunten van hun cliënten mondeling toegelicht.

1.2. Klager stelt dat de arts ten aanzien van een viertal met name genoemde patiënten niet heeft gehandeld zoals van hem als arts mocht worden verlangd, door het leven van die patiënten te beëindigen zonder dat is voldaan aan de daarbij in elk geval in acht te nemen eisen en door verklaringen als bedoeld in de artikelen 29 q en 29 s van de Wet op de Lijkbezorging in strijd met de waarheid te ondertekenen.

1.3. De arts heeft een en ander weersproken en daarbij primair het standpunt ingenomen dat klager niet kan worden ontvangen, omdat de klacht niet binnen een redelijke termijn als bedoeld in artikel 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden is ingediend. Voor het geval de belangen van volksgezondheid zich ertegen verzetten dat de klacht niet wordt behandeld, heeft hij subsidiair aangevoerd dat de behandeling zich zou moeten beperken tot een onderzoek naar de vraag of zich een geval als bedoeld in artikel 1 van de Medische Tuchtwet voordoet; een maatregel zou niet meer mogen volgen. De arts heeft verder naar voren gebracht dat het de medische tuchtrechter niet vrijstaat een oordeel te geven omtrent de vraag of zich een geval als bedoeld in genoemd artikel 1 voordoet op bewijsmateriaal dat onrechtmatig is verkregen; dit laatste is volgens de arts het geval; zijns inziens moet klager ook hierom niet-ontvankelijk worden verklaard in de klacht. Tenslotte heeft de arts nog een beroep gedaan op het 'ne bis in idem'-beginsel.

2. BEOORDELING VERWEREN

2.1. Het primaire verweer betreft de redelijke termijn van artikel 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. De arts

heeft er in dit verband op gewezen dat hij op 9 april 1985 door de Officier van Justitie te 's-Gravenhage in verzekering is gesteld op verdenking van moord op onder meer de thans door klager genoemde patiënten, dat hij ter zake door het Gerechtshof te 's-Gravenhage bij arrest van 12 november 1986 is vrijgesproken en dat eerst daarna klager zijn klacht heeft ingediend*. Klager had dit eerder kunnen doen; immers, de handelingen waar het om gaat waren ook klager voordien al bekend. De arts stelt er, geleet op de aard van de beschuldigingen en de wijze waarop hij strafrechtelijk is bejegend, redelijkerwijs van te hebben mogen uitgaan dat hij door de strafrechtelijke bejegening tevens wezenlijk in zijn positie als medisch tuchtrechtelijk verantwoordelijk persoon werd geraakt, zodat hij ruim 22 maanden met de dreiging van een tuchtrechtelijke vervolging heeft geleefd.

2.2. Klager stelt hier tegenover dat de bedoelde termijn in een medisch tuchtproces pas kan gaan lopen ten tijde van het indienen van een klacht. Een eerdere aanvang kan, anders dan in een strafprocedure, niet worden aangenomen, omdat klager geen enkele bevoegdheid heeft die men zou kunnen vergelijken met de bevoegdheden van politie en Justitie bij de opsporing van strafbare feiten en de voorbereiding van een strafvervolgung.

2.3. Klager alsook de arts zijn ervan uitgegaan dat genoemd artikel 6 van toepassing is op het onderhavige geding. Het college stemt daarmee in. Het gaat in dit geding om de burgerlijke rechten en verplichtingen van de arts als bedoeld in dat artikel, nu de maatregelen die aan de arts zouden kunnen worden opgelegd inbreuk kunnen maken op die burgerlijke rechten.

2.4. Het standpunt van de arts, dat overschrijding van de redelijke termijn moet meebrengen dat klager niet in zijn klacht kan worden ontvangen, kan het college niet onderschrijven. De belangen van de volksgezondheid in het algemeen brengen mee dat een onderzoek naar de gegrondheid van de klachten mogelijk moet zijn. Dit is in dit geval te meer ook zo, nu aan de gebeurtenissen waar het om gaat veel ruchtbaarheid is gegeven en beoordeling van de juistheid van de door de arts genomen beslissingen ook daarom gewenst is. Het college verwijst in dit verband naar HR 7 februari 1986, NJ 1986, nr. 791.

2.5. Ook het subsidiaire standpunt kan het college niet aanvaarden. Het college is het niet met de arts eens dat hij uit de aard van de beschuldigingen die in de strafzaak tegen hem zijn geformuleerd, alsook uit de wijze waarop hij strafrechtelijk is bejegend, in redelijkheid heeft mogen afleiden dat klager de bedoeling had tuchtrechtelijk tegen hem op te treden.

Veeleer lijkt het tegendeel aannemelijk. Zou de strafzaak tot een in de ogen van klager bevredigend resultaat hebben geleid, dan zou klager naar alle waarschijnlijkheid geen stappen hebben ondernomen. Van enig handelen tijdens klager waaruit de arts moest opmaken dat een tuchtrechtelijke klacht tegen hem zou worden ingediend, is voor de indiening van de onderhavige klacht in januari 1987 niet gebleken. Dat klager van de gebeurtenissen heeft geweten, doet in dit verband niet terzake. Het college neemt daarom aan dat de redelijke termijn eerst in januari 1987 een aanvang heeft genomen. De klacht is ongeveer negen maanden later behandeld, nadat klager en de arts intussen hun standpunten schriftelijk nader hebben uitgewerkt; hierin is geen overschrijding van de redelijke termijn gelegen.

2.6. Vervolgens moet de vraag onder ogen worden gezien of klager niet in zijn klacht kan worden ontvangen omdat hij bij het formuleren van zijn klacht gebruik heeft gemaakt van onrechtmatig verkregen bewijsmateriaal. Klager heeft zich bij het formuleren van zijn klacht gebaseerd op de verklaringen van de arts, zoals die zijn neergelegd in de in de strafprocedure opgemaakte processen-verbaal. In die procedure is een vrijspraak gevolgd, omdat het Gerechtshof van oordeel was dat er medische en verpleegkundige bescheiden in beslag waren genomen die onder de geheimhoudingsplicht van de arts vielen en die ingevolge artikel 98 lid 1 van het Wetboek van Strafvordering, tenzij met toestemming van de arts, niet in beslag mochten worden genomen. Het Hof nam vervolgens aan dat ook het overige bewijsmateriaal niet kon worden gebruikt, nu dit slechts met behulp van die onrechtmatig inbeslaggenomen geschriften was verkregen.

2.7. Het college kan de arts in dit opzicht niet volgen. Het primaire doel van het medisch tuchtrecht is de handhaving van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen. De behandeling van klachten dient ook in eerste instantie hiertoe. Deze klachten kunnen door iedere direct belanghebbende worden ingediend. Naar aanleiding van de ingediende klacht stelt het college zelfstandig een onderzoek in. Het kan in dat onderzoek ook feiten betrekken die klager niet aan zijn klacht ten grondslag legde. Het college kan klachten behandelen, hoewel klager deze wil intrekken en het kan een klacht zonder nader onderzoek afwijzen, al wil klager dat de klacht wel onderzocht wordt.

2.8. Het college is daarnaast vrij in de beoordeling van de klachten. Bewijsrechtelijke bepalingen, in die zin dat een bepaalde hoeveelheid bewijsmiddelen of bewijsmiddelen die aan bepaalde eisen voldoen voorhanden moet zijn wil de klacht gegrond kunnen worden geacht, kent het medisch tuchtrecht niet. De enige regel die in dit opzicht bestaat is deze,

* Zie ook MC nr. 7/1987, blz. 202 en blz. 204; Red.

dat het college de uitspraak uitsluitend grondt op hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgehad en op de stukken ten aanzien waarvan de voorschriften van de artikelen 37 en volgende of van artikel 55 van het Reglement Medisch Tucht recht zijn toegepast.

2.9. Uit een en ander blijkt dat enerzijds de klager in het medisch tucht recht niet is gehouden bewijs aan te dragen en dat anderzijds het college niet is gehouden aan de hand van bepaalde specifieke bewijsmiddelen tot zijn oordeel te komen. Van 'bewijs' in de normale zin van het woord is kortom geen sprake. Dit heeft tot gevolg dat het tuchtcollege kan reageren op iedere klacht, hoe deze ook is geformuleerd of tot stand gekomen. Hiermee verdraagt zich niet dat een onderzoek achterwege zou moeten blijven omdat klager gebruik zou hebben gemaakt van strafrechtelijk onrechtmatig verkregen bewijsmateriaal.

2.10. Het college wil hier nog aan toevoegen dat het van oordeel is dat niet kan worden gezegd dat klager op onrechtmatige wijze kennis heeft gekregen van het bedoelde materiaal. De enkele omstandigheid dat dit door opsporingsambtenaren op zodanige wijze in beslag is genomen dat dit in het strafproces niet kon worden gebruikt, behoeft niet mee te brengen dat anderen dan de Officier van Justitie die daar kennis van nemen, die kennis niet zouden mogen gebruiken om een klacht te formuleren.

2.11. Het laatste verweer met betrekking tot het 'ne bis in idem'-beginsel kan evenmin worden aanvaard. In artikel 1 van de Medische Tucht wet is bepaald, dat de geneeskundige die zich aan handelingen als in dat artikel nader omschreven schuldig maakt, onverminderd zijn aansprakelijkheid ingevolge andere wettelijke voorschriften, kan worden onderworpen aan een van de maatregelen, vermeld in artikel 5 van de Medische Tucht wet.

3. DE FEITEN

3.1. De eerste patiënt die door klager is genoemd is C, geboren op 3 juli 1900. Hij was sinds 28 februari 1983 in de ziekenboeg van een bejaardenoord te Z opgenomen wegens lichamelijke en geestelijke aftakeling. Er waren doorligwonden en hij was vaak onrustig en in de war. In mei-juni 1983 ging zijn toestand hard achteruit. Op 7 juni 1983 werd de arts in de loop van de avond gebeld dat C acuut onwel was geworden en volledig buiten kennis was. De arts constateerde bij zijn komst in het bejaardenoord dat C verlamd was met afwijkende reflexen en wijde en lichtstijve pupillen in afgeweken stand. C was diep comateus en stervende. De arts heeft hem 10 mg valium geïnjecteerd en een zetpil met 200 mg pethidine laten toedienen. Hierop heeft de arts C 400 internationale eenheden insuline per onderhuidse injectie toegediend. C is diezelfde nacht nog overleden.

De arts kende C al voordat deze in de ziekenboeg werd opgenomen. In 1979 verzocht C de arts hem altijd in het bejaardenoord te laten blijven en hem daar te laten overlijden en hem, indien hij leed, te laten inslapen. Volgens de arts heeft C in zijn laatste levensmaanden,

hoewel hij toen dement was, nog herhaalde malen verzocht te mogen sterven.

3.2. De tweede patiënt is D, geboren op 18 december 1897. D verbleef sinds begin 1984 in de ziekenboeg. Hij leed aan beginnende dementering, hart- en prostaatklachten, een slechte longfunctie, TIA's en wegrakingen. Op 2 maart 1984 werd D zwaar ziek en niet-aanspreekbaar aangetroffen; hij had hoge koorts en kreeg epileptische insulten. De arts zei de verpleging 10 mg valium in te spuiten tegen de insulten en kwam intussen zelf naar het bejaardenoord. Hij trof D daar stervende aan; de koorts was geweken, D was diep comateus. Tot maatregelen ging de arts niet over. In de loop van de dag bezocht de arts D opnieuw. De laatste was er toen slechter aan toe. De insulten waren teruggekomen. D was wel nog steeds diep comateus. Na overleg met een aanwezige dochter van D heeft de arts hem 400 internationale eenheden insuline toegediend per onderhuidse injectie. Ongeveer 5 uur nadien is D overleden.

Ook deze patiënt kende de arts al langere tijd. D heeft – aldus de arts – in 1981 de wens geuit hem te laten inslapen, indien 'zijn tijd' kwam.

3.3. De derde patiënt is E, geboren op 15 juli 1893 en sinds 2 mei 1983 opgenomen in de ziekenboeg van het bejaardenoord. E had problemen met de bloedsomloop en de ademhaling. Sinds begin april 1984 ging zijn toestand erg achteruit. De medicatie werd gestaakt. Op 6 april 1984 belde de verpleging de arts dat de toestand van E acuut was verslechterd en dat hij opnieuw comateus was geraakt. De arts trof E stervende aan, comateus, met een diepe zeer onregelmatige Cheyne-Stokes-ademhaling, beiderzijds wijde lichtstijve pupillen in afgeweken stand. De arts heeft per onderhuidse injectie 400 internationale eenheden insuline toegediend. Enkele uren later is E overleden.

Ongeveer een jaar voor zijn overlijden heeft E de arts zoiets gezegd als: 'Dokter, laat mij niet stikken'.

3.4. De laatste patiënt die is genoemd, is F. Zij was op 8 oktober 1911 geboren en was sinds 24 september 1984 in de ziekenboeg van het bejaardenoord opgenomen in verband met een minder goed werkende hartklep en lichte nieren leverstoornissen. Aldaar werden haar buikklachten erger. In verband daarmee werd zij op 26 september 1984 overgebracht naar een ziekenhuis, waar werd geconstateerd dat zij mogelijk een virale infectie had. Zij keerde terug naar het tehuis. Op 10 oktober 1984 ging de toestand van F steeds meer achteruit. Zij weigerde medicijnen te nemen en daarmee werd, met uitzondering van pethidine-zetpillen, gestopt. Vrij spoedig hierop raakte zij comateus. Op 12 oktober 1984 heeft de arts contact gehad met een schoondochter. F was toen diep comateus, halfzijdig verlamd, met beiderzijds verwijde lichtstijve pupillen in afgeweken stand. De arts heeft haar toen 800 internationale eenheden insuline toegediend; dit gebeurde per onderhuidse injectie. Kort daarop overleed F.

F heeft volgens de arts al begin 1983 tegen hem gezegd dat zij veel lijden van dichtbij had

meegemaakt en dat zij, indien zij ernstig ziek werd en/of pijn zou lijden in haar terminale fase, verlangde dat de arts haar medicamenteus snel zou laten sterven. Zij wilde geen kasplantje worden. Mogelijk heeft F kort voor haar overlijden nogmaals haar wens kenbaar gemaakt niet als een kasplantje te willen blijven leven.

4. EERSTE KLACHT

4.1. Klager stelt dat de arts het leven van genoemde patiënten heeft beëindigd zonder dat is voldaan aan de voorwaarden die in elk geval moeten worden gesteld, wil een dergelijk handelen als euthanasie uit medisch oogpunt toelaatbaar zijn. Deze voorwaarden zijn volgens klager:

a. De levensbeëindiging moet geschieden op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt en de arts moet mogen aannemen dat dit verzoek op het moment waarop het leven daadwerkelijk wordt beëindigd nog geldig is.

b. De arts moet over de euthanasiewens diepgaand en herhaald overleg met de patiënt hebben gehad.

c. Alvorens aan een dergelijke wens gevolg te geven behoort de arts een andere arts die deskundig en onafhankelijk is, te raadplegen. Daarbij moet de casus gedetailleerd worden besproken.

d. In zijn medische verslaglegging moet de arts gedetailleerd vastleggen wat bij het be raad met de patiënt naar voren komt, welke inzichten worden verkregen bij het overleg met de naaste familie, wat de conclusies waren van de raadpleging van de collega en wat zijn overwegingen en handelingen bij de levensbeëindiging waren.

4.2. Klager is van mening dat de arts bij alle genoemde patiënten in meerdere opzichten in strijd met deze voorwaarden heeft gehandeld.

4.3. De arts heeft de gestelde voorwaarden niet bestreden. In het bijzonder ook heeft hij toegegeven dat hij niet heeft vastgelegd wat hij op grond van de voorwaarde onder d had moeten vastleggen.

5. BEOORDELING EERSTE KLACHT

5.1. Het college verenigt zich met de stelling van klager, dat de onder 4 genoemde voorwaarden moeten worden gesteld wanneer een arts overweegt aan een verlangen tot euthanasie van een patiënt gevolg te geven en daar vervolgens toe besluit. Er is op dit punt reeds enkele jaren een ontwikkeling gaande. In 1983 en 1984 hield deze ontwikkeling reeds in dat de arts in een geval van euthanasie zou moeten handelen als door klager omschreven.

5.2. Aan deze voorwaarden heeft de arts in meer dan één opzicht niet voldaan. Het gaat hierbij ten eerste om de vraag of de uitingen van de patiënten met recht als een verzoek het leven te beëindigen werden opgevat. Hieromtrent bestaat serieuze twijfel. De opmerkingen van C kort voor zijn overlijden mocht de arts niet zonder meer als een herhaald verlangen aanmerken, nu C intussen dement was geworden. Deze demencie bracht naar het oordeel

van het college ook mee dat de arts niet zonder meer mocht aannemen dat C's in 1979, dus vier jaar eerder, geuite verlangen nog steeds geldig was. Het enkele feit dat D in 1981 de wens uitte dat de arts hem zou laten inslapen als zijn tijd was gekomen, rechtvaardigde niet hem in 1984 een de dood veroorzakende hoeveelheid insuline toe te dienen. Hetzelfde moet worden gezegd ten aanzien van E. Tenslotte is ook niet begrijpelijk waarom de arts aannam dat F als een kasplantje zou moeten doorleven; toen de arts haar de insuline toediende, was F immers reeds diep comateus en stervende.

5.3. Van uitdrukkelijke en eenduidige verzoeken was dan ook geen sprake, terwijl de arts zich kennelijk niet heeft afgevraagd of het eerder geuite verlangen nog geldig was toen daaraan gevolg werd gegeven.

5.4. Ook aan de voorwaarde onder b is niet voldaan. Van enig diepgaand of herhaald overleg met de patiënt is niet gebleken. Dit had zeker wel het geval moeten zijn. De arts had moeten bedenken dat het hier zou gaan om een niet meer te herstellen ingreep en dat hij daarbij een eigen verantwoordelijkheid had, die zwaar op hem behoorde te drukken. Dit alles bracht noodzakelijkerwijs mee dat de arts eerst ten volle overtuigd mocht zijn van het verlangen van zijn patiënten, wanneer hij daarover een diepgaand overleg met die patiënten had gehad. Zoals al gezegd, blijkt niet dat dat het geval is geweest. Het college krijgt veeleer de indruk dat de arts niet anders heeft gedaan dan te constateren dat de betrokken patiënten hem zeiden wat hierboven al is weergegeven.

5.5. Ook het overleg met een andere arts is onvoldoende uit de verf gekomen. De arts heeft in zijn stukken vermeld met een andere arts overleg te hebben gehad. Later is gebleken dat deze andere arts de vader van de arts is geweest. Het college heeft in geen enkel opzicht de overtuiging gekregen dat dit overleg aan de eisen heeft voldaan die daaraan moeten worden gesteld. Het komt onwaarschijnlijk voor dat dit overleg veel inhoud heeft gehad, waar de arts in alle gevallen kennelijk binnen zeer korte tijd nadat hem werd bericht dat de betrokken patiënt comateus was geraakt, tot het toedienen van de injecties insuline is overgegaan. Voor een gestructureerd en gedetailleerd overleg is er tussen die berichtgeving en de toediening van de insuline zeker geen gelegenheid geweest. Wellicht heeft de arts voordien wel met zijn vader over één of meer van de genoemde patiënten gesproken; daarvan blijkt echter niets en de arts heeft ook verder geen inzicht verschaft in het resultaat van dat overleg.

5.6. Ook aan de voorwaarde onder d is niet voldaan. De arts heeft zich er in dit verband op beroepen dat hij ingevolge het bepaalde in artikel 79 van de gedragsregels slechts de medische gegevens behoorde vast te leggen, alsook dat de standaard-patiëntenkaarten niet zijn ingericht op het verwerken van andere dan medische gegevens. Dit baat hem niet. Beide omstandigheden doen niet ter zake. Het college is immers van oordeel dat een behoor-

lijke beroepsuitoefening in 1983 en 1984 al inhield dat aan deze voorwaarde werd voldaan. Er moet daarom worden aangenomen dat de gegevens die de arts op grond van de voorwaarde onder d moest vermelden, als medische gegevens moesten worden aange-merkt.

5.7. Uit het bovenstaande volgt dat de eerste klacht gegrond is.

6. TWEEDE KLACHT

6.1. Deze klacht betreft het in strijd met de waarheid ondertekenen van verklaringen als bedoeld in de artikelen 29 q en s van de Wet op de Lijkbezorging.

6.2. De arts heeft ten aanzien van de vier genoemde patiënten een verklaring van overlijden ondertekend, waarin werd verklaard dat hij ervan overtuigd was dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak was ingetreden.

6.3. In ieder geval ten aanzien van C, E en F was dit in strijd met de waarheid. Dit was de arts ook bekend. Deze patiënten overleden immers niet ten gevolge van de vermelde oorzaak, maar ten gevolge van de toegediende insuline, en dit kan niet als een natuurlijke oorzaak worden beschouwd.

In het geval van D is twijfel mogelijk, waar de mogelijkheid bestaat dat deze niet door de toediening van de insuline, maar ten gevolge van een zeer forse esophagusvarixbloeding is overleden.

Wat de eerste drie patiënten betreft is de klacht gegrond. Wat de laatste patiënt betreft niet.

7. CONCLUSIES

7.1. Uit het bovenstaande blijkt dat de klachten in zeer belangrijke mate gegrond zijn. De arts heeft zich schuldig gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen. De gebleken handelingen moeten de arts ernstig worden aangerekend. In het bijzonder uit de in de eerste klacht besproken handelingen blijkt dat de arts het leven van patiënten heeft beëindigd, terwijl hij aan het merendeel van de eisen die daaraan worden gesteld niet heeft voldaan. Waarom de arts op deze manier heeft gehandeld, is het college niet duidelijk geworden. Enig persoonlijk voordeel had de arts niet. Dat het thuis er voordeel bij zou hebben, is evenmin aannemelijk. De genoemde patiënten zouden immers allen ook zonder ingrijpen binnen korte tijd zijn overleden. Dat de patiënten zelf enig baat hadden – en dat moet in dezen toch primair doorslaggevend zijn – kan tenslotte ook niet worden aangenomen: zij waren allen al diep comateus en zouden hoe dan ook binnen korte tijd zijn overleden.

Het college moet dan ook concluderen dat het handelen van de arts in medisch opzicht zinloos is geweest.

7.2. De klachten zijn van zo ernstige aard dat het zonder meer gerechtvaardigd zou zijn de arts gedurende een aantal maanden te schorsen in de uitoefening van de geneeskunst.

Toch zal het college hier niet toe overgaan. De arts is in het kader van de strafprocedure enige maanden gedetineerd geweest; dit bracht al mee dat hij zijn bevoegdheid als arts niet kon uitoefenen. Voorts moet worden bedacht dat de grote publiciteit waarmee de strafzaak gepaard is gegaan, zeer belastend voor de arts moet zijn geweest. De arts heeft tenslotte laten weten in de toekomst niet meer te zullen handelen als in het verleden het geval is geweest; hij heeft ingezien dat op dat handelen ernstige aanmerkingen zijn te maken.

Het college zal op grond van een en ander volstaan met het opleggen van een berisping.

8. UITSpraak EN PUBLIKATIE

8.1. Klager heeft verzocht de beslissing in deze zaak in het openbaar uit te spreken en deze bovendien bekend te maken op de manier die is bedoeld in artikel 13 b lid 1 van de Medische Tuchtwet.

8.2. De arts heeft zich tegen deze verzoeken niet verzet.

8.3. Beide verzoeken zullen worden toegewezen. Het algemeen belang brengt mee dat dit gebeurt. Dit is in de eerste plaats het geval vanwege de aard van de handelingen die in de beslissing aan de orde zijn. Voorts is dit het geval nu de strafzaak grote publieke aandacht heeft getrokken. In het bijzonder in dit geval, waarin de strafrechter om procesrechtelijke redenen niet aan een beoordeling van de feiten is toegekomen en de arts daarop heeft vrijgesproken, is het geboden dat de onderhavige uitspraak bekend wordt gemaakt.

9. BESLISSING

Het college legt aan de arts de maatregel van berisping op.

Beveelt bekendmaking, met inachtneming van artikel 13 b van de Medische Tuchtwet, van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door aanbidding ter plaatsing aan de redacties van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klager of aan de persoon over wie is geklaagd geen kosten voor hen voortvloeiend uit de behandeling van de zaak zullen worden vergoed.

Aldus gewezen op 28 oktober 1987 door: Mr. P. A. Offers, plv. voorzitter; Dr. H. F. Heins, lid-geneeskundige; H. Schrijver, A. R. Dullemeijer-Smit, H. L. van Amerongen, plv. leden-geneeskundige; en Mr. P. Viersen-Kooiman, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 20 januari 1988 door Mr. P. A. Offers voornoemd, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

—
Noch de persoon over wie is geklaagd, noch de inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid heeft tegen deze beslissing hoger beroep ingesteld bij het Centraal Medisch Tuchtcollege.

Een experiment in Almere (7)

Planning en financiering

De praktijk

Om de opzet van de gezondheidszorg te wijzigen zijn stuurinstrumenten noodzakelijk. Bij 'sturing' wordt anno heden vooral gedacht aan zelfregulering via het marktprincipe. Tot voor kort werden planning, vestigingsbeleid en financiering nog gezien als de belangrijkste middelen om ontwikkelingen in de gezondheidszorg te sturen; nieuwe wetten zouden hiervoor de voorwaarden moeten scheppen.

De start van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) in 1983 sloot aan bij deze planningsopvatting, al werd onderkend dat de bestaande of nog in ontwikkeling zijnde regeling onvoldoende ruimte bood voor de opbouw van een stelsel zorgvoorzieningen dat afwijkt van het traditionele patroon. Om die reden zouden ten behoeve van het Almeerse experiment aangepaste bestuurlijke randvoorwaarden worden gecreëerd, zoals een integrale planning en een financieel kader. Over de pogingen daartoe is in het eerste deel van dit artikel verslag gedaan.

PLANNING EN VERANDERING

Planning in de gezondheidszorg is vooral gericht op het vastleggen van *wat* er aan voorzieningen en functies in een bepaald gebied nodig is. Veel minder aandacht wordt echter besteed aan de vraag *hoe* eventuele veranderingen in de praktijk te realiseren. Het tot stand brengen van een andere opzet van de gezondheidszorg, zoals in Almere beoogd, houdt een veranderingsproces in. Daarvoor is nodig dat werkers, bewoners en andere betrokkenen willen en kunnen meewerken. Planning kan een dergelijk veranderingsproces ondersteunen, maar lijkt op zichzelf nog niet voldoende om zulke veranderingen te bewerkstelligen. Daarom werd in Almere een projectorganisatie in het leven geroepen met de opdracht het ministerie van WVC en de gemeente Almere te adviseren over opzet, uitvoering en evaluatie van het project en tevens de ontwikkelingen binnen Almere in de gewenste richting te sturen. Deze projectorganisatie omvat een stuurgroep met subgroepen en een projectteam.

S. I. M. Bless

In een vorig artikel werden de feiten in het systeem waarmee de gezondheidszorg in Almere moet worden bestuurd beschreven. Toch zijn er, ondanks een gebrek aan voldoende bestuurlijke randvoorwaarden, belangrijke resultaten geboekt. Daarover dit pendantartikel over de planning en financiering in het kader van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA). Mr. S. I. M. Bless is project-leider bij het PGA.

HOOFDLIJNENPLAN

Als eerste stap in het planningsproces stelde de stuurgroep begin 1983 een commissie van deskundigen in, waaraan werd gevraagd een advies op te stellen met betrekking tot de verhouding tussen eerste- en tweedelijnszorg en de plaats van het toekomstige ziekenhuis in Almere.

In haar advies constateerde de commissie dat de gezondheidszorg zich in ons land heeft ontwikkeld als een omgekeerde piramide, waarbij de voorzieningen aan de top (specialistische/intramurale gezondheidszorg) bovenmatig in de breedte zijn uitgegroeid en de basis (zelfzorg, mantelzorg, basisgezondheidszorg en eerste lijn) is gereduceerd tot een zeer beperkt draagvlak¹. Het Almeerse gezondheidszorgmodel zou een meer verantwoorde constructie moeten krijgen, dat wil zeggen: te beginnen bij het fundament van de zorg en pas daarna en daarvan afgeleid de bovenbouw. Het om-draaien van de zorgpiramide zag de commissie als een geleidelijk proces. Teneinde dit veranderingsproces in de gewenste richting te beïnvloeden werd tevens gepleit voor een aangepaste planningsopzet, waarbij de realisering van een adequate eerstelijnszorg prioriteit zou krijgen en het aanbod van tweedelijnsvoorzieningen zou worden beperkt.

Dit advies van de commissie van deskun-

digen werd door de stuurgroep vervolgens als leidraad meegegeven aan de ingestelde subgroepen. Deze kregen als opdracht plannen op te stellen voor respectievelijk de basisgezondheidszorg, de eerste lijn en de tweede lijn. De subgroepen waren breed samengesteld met zowel betrokkenen uit Almere als deskundigen van buiten. Ging de taakopdracht van de subgroepen aanvankelijk dus uit van plannen gebaseerd op de indeling in echelons, gaandeweg werd steeds duidelijker dat een dergelijke indeling niet goed bruikbaar is wanneer substitutie van zorgfuncties als uitgangspunt wordt genomen; het gaat dan immers juist om de *samenhang* tussen de verschillende voorzieningen en echelons.

In het Hoofdpijnenplan is daarom uiteindelijk gekozen voor een meer functionele indeling, waarbij is uitgegaan van doelgroepen en zorgfuncties die *per doelgroep* nodig zijn. Per doelgroep wordt ernaar gestreefd de zorg zoveel mogelijk aan te bieden dichtbij het eigen leefmilieu en vanuit een gezondheidsbevorderende optiek. Teneinde de samenhang tussen de verschillende zorgfuncties te bevorderen, wordt in het plan voorgesteld de verschillende voorzieningen per zorgsector onder één beheersstructuur te brengen (structurele samenhang).

De voorstellen van de subgroepen zijn door het projectteam besproken met de werkers in de gezondheidscentra en met de patiëntenraden. Begin 1985 stelde de stuurgroep vervolgens op basis hiervan het Advies Hoofdpijnenplan 1985-1989 vast². De gemeente Almere en het ministerie van WVC hebben dit plan inmiddels goedgekeurd.

REALISERING PLANNEN

Gelijktijdig met de ontwikkeling van het Hoofdpijnenplan hebben stuurgroep en projectteam getracht de ontwikkelingen binnen de Almeerse gezondheidszorg in de gewenste richting te sturen. Zo werd, naar aanleiding van het hiervoor genoemde advies van de commissie van deskundigen, begin 1984 overlegd met de gemeente en het ministerie van WVC

over de opzet en omvang van het te bouwen Almeerse ziekenhuis. Voorgesteld werd voor de beddenscapaciteit uit te gaan van, omgerekend naar de landelijke bevolkingssamenstelling, 3 bedden per 1.000 inwoners tegenover een landelijke norm van 3,7‰. Ten opzichte van de eerder gemaakte afspraken betekende dit een beperking van de beddenscapaciteit met 60 bedden, hetgeen uiteraard niet alleen de opzet van het ziekenhuis verandert, maar evenzeer van invloed is op de zorg die moet worden geboden in de eerste lijn.

Te zelfder tijd werd binnen Almere gepoogd de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te verbeteren, hetgeen overigens tot nog toe niet erg is gelukt. Meer succes hadden de pogingen binnen Almere te komen tot één eerste lijnsorganisatie. Een actieve rol vervulde het project voorts bij de voorbereidingen voor het gecombineerde verzorgings- en verpleeghuis.

In al deze gevallen was de rol van de projectorganisatie enerzijds het structureren, coördineren en ondersteunen van ontwikkelingen binnen Almere, anderzijds het adviseren aan het ministerie van WVC over noodzakelijke randvoorwaarden en het soepel toepassen van bestaande regels.

EXTRA GELDEN

Om de plannen in de praktijk te kunnen realiseren was geld nodig, en dat ontbrak. Vooruitlopend op een financieel kader heeft de Stuurgroep PGA daarom medio 1984 contact gezocht met de Ziekenfondsraad, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het ministerie van WVC. De stuurgroep stelde dat een versterking van de eerste lijn zou moeten voorafgaan aan een overheveling van functies uit de tweede lijn. De situatie in de nieuwe gemeente Almere bood hiertoe ook de gelegenheid.

Uitgaande van besparingen op investerings- en exploitatiekosten als gevolg van de beperking van het aantal ziekenhuisbedden vroeg de stuurgroep om extra gelden voor de versterking van de extramurale zorg. Begin 1985 verklaarde de staatssecretaris zich hiertoe bereid. Hij dacht daarbij aan een bedrag op jaarbasis van f 2.000.000,— voor 1985, per jaar oplopend tot uiteindelijk f 5.000.000,— in 1989, het jaar dat het Almeerse ziekenhuis zou moeten worden geopend. De bedoeling is dat deze gelden in de toekomst onderdeel gaan uitmaken van het voor Almere vast te stellen financieel

kader op basis van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere. Daarmee zal er geen sprake meer zijn van toedeling van extra gelden, maar van een verschuiving van middelen van tweede naar eerste lijn binnen het financiële kader. De financiering van deze extra middelen geschiedt tot nu toe via de Ziekenfondsraad en het ministerie van WVC.

ZORGBEGROTING

Bij het beschikbaar stellen van extra gelden werd als voorwaarde gesteld dat voorstellen ten laste van deze extra gelden onderdeel zouden uitmaken van de jaarlijks op te stellen Zorgbegroting Almere.

Als uitvloeisel van het advies 'In het kader van Almere'³, was eind 1984 met het opstellen van een dergelijke begroting reeds een begin gemaakt. De zorgbegroting is te zien als een beleidsstuk dat zonder juridische status als toelichting dient bij de in te dienen begrotingen en bij het subsidieverzoek inzake de extra geldmiddelen. De beleidsrelevantie ervan wordt vooral bepaald door de *informatiewaarde*. Een jaarlijks totaaloverzicht van de begrotingen van alle instellingen geeft onder meer inzicht in:

- de totale kosten van de (gezondheids)zorg;
- de financiële gevolgen van functieverhuizingen tussen instellingen;
- de relatie tussen regulier en niet-regulier gefinancierde activiteiten; en
- eventuele financiële knelpunten.

Aan de zorgbegroting wordt jaarlijks meegewerkt door *alle* Almeerse zorginstellingen, de lokale financiers en de gemeente Almere.

Terugkijkend op de afgelopen drie jaar kan worden vastgesteld dat het overleg inzake de zorgbegroting en de extra gelden een duidelijke ontwikkeling doormaakt: de eerste jaren was de zorgbegroting niet meer dan een optelsom van cijfers en voornemens van de afzonderlijke instellingen, die bovendien nog voornamelijk bezig waren met de opbouw van hun eigen organisatie; voor 1987 hebben de instellingen geprobeerd met elkaar tot een gezamenlijk plan in het kader van de extra geldmiddelen te komen, gericht op de versterking van de extramurale zorg met als doel de beoogde zorgverschuivingen. De voorstellen inzake de extra gelden 1987 betreffen onder meer een versterking van de formaties voor huisartsen, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging;

de verbetering van de infrastructuur van de eerste lijn; continuïteit van zorg; nachtverpleging; 24-uurs zorg voor ouderen; vrijwilligershulp en patiëntenparticipatie.

In het kader van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere zal de zorgbegroting de basis vormen van de lokale zorgovereenkomst tussen instellingen en verzekeraars. Op basis van het door de gemeente in hoofdlijnen vastgestelde plan zullen in deze overeenkomst onder meer de verdeling van functies, capaciteiten en middelen over de instellingen aan de orde komen.

SAMENWERKINGSORGAAN

Op den duur zal het overleg over de zorgbegroting steeds meer moeten leiden tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de instellingen in Almere voor een onderling afgestemd zorgaanbod. De zorgbegroting krijgt dan geleidelijk aan de betekenis van een financieel kader waarbinnen geldmiddelen zo nodig kunnen worden verschoven.

In de lijn van deze ontwikkeling hebben de instellingen begin 1987 het Samenwerkingsorgaan Almeerse Gezondheidszorg (SAG) opgericht, met als deelnemers vertegenwoordigers van het management van alle in Almere voorkomende zorgsectoren. Binnen het samenwerkingsorgaan kan worden afgesproken welke instellingen welke taken voor hun rekening nemen en welke activiteiten gezamenlijk worden ondernomen, een en ander binnen het kader van de zorgbegroting Almere. De verwachting is dat het samenwerkingsorgaan steeds meer de verantwoordelijkheid op zich zal nemen voor de concrete invulling van het Hoofdlijnenplan, onder gelijktijdige terugtrekking van de projectorganisatie.

TERUGBLIK

Aan het slot van de eerste projectperiode van vier jaar zijn eind 1986 de ervaringen, opvattingen en wensen van de bij het project betrokken partijen op een rij gezet. Algemeen werd de aanpak van de projectorganisatie: in de eerste projectperiode vooral aandacht besteden aan de bestuurlijke, structurele en financiële randvoorwaarden, positief beoordeeld. Kritiek was er op het feit dat de beoogde zorginhoudelijke vernieuwing in de praktijk nog niet echt zichtbaar is. De rol van de projectorganisatie werd als tamelijk dwingend ervaren: het veld moet zich maar schikken. Zorginhoudelijke ver-

nieuwelingen laten zich echter niet afdwingen, zo wordt opgemerkt. Het project zou te weinig openstaan voor de concrete problemen op de werkvloer. Aan de andere kant meenden sommigen dat de projectorganisatie juist over meer sturingsmogelijkheden zou moeten beschikken en duidelijk de richting van het project zou moeten aangeven.

In de discussie hierover binnen de Stuurgroep PGA is vooral gezocht naar een formule waarbij de eigen verantwoordelijkheid van gemeente, instellingen en lokale financiers beter tot hun recht komen en de rol van de projectorganisatie van sturend naar ondersteunend verschuift.

EEN CONTRACT

De visie van de stuurgroep is verder uitgewerkt in het Projectplan voor de tweede projectperiode (1987-1990)⁴. Voor de besturing van de Almeerse gezondheidszorg is daarin gekozen voor een contract waarin de bijdrage van gemeente, instellingen, bewonersorganisaties en financiers aan het realiseren van de projectopzet wordt beschreven. Tijdens het schrijven van dit artikel werd aan zo'n contract de laatste hand gelegd.

Samenvattend komt het op het volgende neer: De belangrijkste bijdrage van de gemeente is het jaarlijks aanvullen en/of bijstellen van de planning. De instellingen zullen er uiteraard voor moeten zorgen dat deze plannen in de praktijk gestalte krijgen. Zoals hiervoor vermeld, hebben de instellingen zich inmiddels verenigd in het Samenwerkingsorgaan Almeerse Gezondheidszorg (SAG). Gebruikmakend van de extra gelden, stelt het SAG jaarlijks een plan op voor de versterking van de extramurale zorg en de beoogde zorgverschuiving; dit in het kader van de aan de gemeente en de financiers gepresenteerde zorgbegroting. De rol van de financiers is uiteraard het financieren van de geplande zorg, alsmede het toezien op de doelmatigheid van de aanwending van de financiële middelen.

Teneinde te bereiken dat gemeente en financiers zoveel mogelijk op één lijn komen bij de planning en bij het vaststellen van de begroting is in de planningsprocedure voorzien in advisering door de financiers en – als spiegelbeeld – in de begrotingsprocedure in advisering door de gemeente. Aan de lokale financiers is gevraagd het ziekenfonds Het Gooi en Omstreken aan te wijzen als coördinerend financier voor Almere. De bijdrage

van de bewonersorganisaties is advisevend.

De hierboven genoemde partijen ontmoeten elkaar enkele malen per jaar in het zogeheten plannings- en begrotingsoverleg (PBO). Daar vindt de onderhandeling plaats over de voorstellen inzake de extra gelden en straks over de verdeling van functies, capaciteiten en middelen in het kader van de lokale zorgovereenkomst. De projectorganisatie vervult in dit gehele proces een ondersteunende rol.

TOT SLOT

Geconstateerd kan worden dat, ondanks het ontbreken van een bestuurlijke/juridische basis, de partijen in Almere creatief zijn geweest in het vinden van praktische oplossingen om de gezondheidszorg in de gewenste richting te sturen. Het probleem blijft echter dat in een dergelijke experimentele situatie de continuïteit niet kan worden gewaarborgd en dat oplossingen iedere keer opnieuw moeten worden bevochten en beargumenteerd. Het tot stand komen van een bestuurlijke regeling door middel van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere wordt dan ook als een noodzakelijk sluitstuk op deze ontwikkelingen gezien.

De ervaringen die in Almere zijn opgedaan met planning en financiering hebben ook betekenis voor het landelijk beleid. Op grond hiervan kan worden betwijfeld of overheidsplanning op zichzelf voldoende is om noodzakelijke veranderingen in het zorgsysteem tot stand te brengen. Belangrijke instrumenten in Almere bleken vooral een door alle partijen onderschreven visie, een projectmatige aanpak, de beddenreductie en extra geldmiddelen. In het bijzonder de extra gelden maken dat instellingen er belang bij krijgen mee te werken: het moet uiteindelijk ook leuk blijven.

Het is natuurlijk interessant een vergelijking te maken tussen de Almeerse aanpak en de voorstellen van de *commissie-Dekker*. En in Almere én door Dekker c.s. wordt gestreefd naar zorgverschuiving, financiële decentralisatie en een beter beheersbare gezondheidszorg. In Almere is er bewust *niet* voor gekozen de ontwikkeling van de gezondheidszorg over te laten aan de werking van het marktprincipe. In plaats daarvan is geprobeerd met behulp van duidelijke uitgangspunten deze ontwikkelingen te sturen en daardoor de samenhang in het geheel te vergroten. Aan de andere kant biedt de Almeerse opzet bij uitstek moge-

lijkheden voor een bedrijfsmatiger aanpak, in het bijzonder in de eerste lijn. Waar in Nederland kunnen de financiers thans één organisatie aanspreken voor nagenoeg het gehele eerstelijns pakket?

Vast staat dat het project er veel voordeel van zou hebben gehad indien de centrale gedachte uit het rapport-Dekker, te weten: één financiering en deregulering, al eerder in praktijk was gebracht. Hoe dan ook, in het licht van de recente plannen wint het project in feite nog aan actualiteitswaarde, omdat het de mogelijkheid biedt twee verschillende benaderingen (zelf regulering via concurrentie en prikkels tegenover sturing vanuit een centrale regie) naast elkaar te zetten en op hun waarde te beoordelen.

De toekomst zal leren welke benadering in onze Nederlandse situatie uiteindelijk het best past. □

Literatuur

1. Advies inzake verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnszorg en de plaats van het toekomstige ziekenhuis in Almere. December 1983.
2. Advies Hoofddijnenplan 1985-1989 'Al doende beter'. Mei 1985.
3. Advies 'In het kader van Almere'. Een rapport over financiële kaders voor Almere. Advies aan de staatssecretaris van het ministerie van WVC en de gemeenteraad van Almere. Februari 1984.
4. Projectplan-PGA II. November 1986.

Discussie

Behandeling van hypertensie een maat voor kwaliteit?

Dr. J. W. van Ree

Het is er dan eindelijk van gekomen: de discussie over het al of niet behandelen van hypertensie vindt vanaf nu dus op landelijk niveau plaats¹. Omdat ik al vele jaren bij dit onderwerp betrokken ben, zowel met onderzoek als onderwijs, heb ik discussies hierover al vaak meegemaakt op, laten we zeggen, 'lagere' niveaus. De uitkomst van de huidige discussie is wel te voorspellen: ook zij zal uitmonden in een fundamenteel verschil van inzicht in de vraag of het glas nu 'halfvol' dan wel 'halfleeg' kan worden genoemd².

Deze discussie is in de huisartsenwereld welbekend, al vele jaren. Zo vond reeds in 1979 een dergelijke discussie plaats op een congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap³, in de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van hetzelfde NHG werd deze discussie gevoerd en in 1986 herhaalde de discussie zich wéér op een NHG-congres, maar nu binnen het grote kader van 'preventie: ja of nee'. Het onderwerp leeft blijkbaar zeer bij de huisartsen-leden van het NHG. Of dit ook zo is bij de huisartsen-niet-leden is voor mij een vraag en daarom is het goed dat deze discussie nu in Medisch Contact plaatsvindt.

In deze jaren is niet alleen de discussie, maar ook het wetenschappelijk onderzoek over dit onderwerp doorgegaan. Zo kwamen in die periode veel gegevens vrij uit grote studies op het gebied van de 'milde' hypertensie. Maar: met het beantwoorden van vragen kwamen weer nieuwe op. Verscheidene discussiestukken in wetenschappelijke tijdschriften completeren het idee dat over dit onderwerp nog heel wat kan worden gediscussieerd.

VERWARRING

Wat in veel van deze discussies, en dus ook nu weer, verwarrend is, is de vraag waar het nu precies om gaat. Gaat het over alle vormen van hypertensie, of alleen over de 'borderline'-vorm? Het voorspelbare gevolg van de discussies is dat de werkelijke vragen steeds onduidelijker worden. Het onderwerp wordt onoverzichtelijker naarmate de standpunten zich verhardten. Niet-controleerbare argumenten worden in de discussies gebruikt, om niet te spreken van de subjectieve interpretaties van wetenschappelijke gegevens, die blijkbaar tot tegengestelde conclusies kunnen leiden.

Iedereen die de huidige discussie heeft gevolgd ziet dat deze zich ook nu weer aan het

verhardten is, waarbij de gebruikte argumenten niet persé met de zaak te maken hebben. In de discussie komen ook nu weer heel persoonlijke opvattingen naar voren; de discussie dreigt de 'welles-nietes'-kant op te gaan.

Het is opvallend dat het opnieuw over 'hypertensie' gaat, waarover al heel veel onderzoek is gedaan en waarover al veel bekend is. Immers, er zijn veel gebieden in de geneeskunde waarover veel minder bekend is en waarover veel meer onzekerheden bestaan. Blijkbaar prikkelt 'hypertensie' tot discussie. Omdat er zoveel reclame omheen hangt en huisartsen daar niet zo van gediend zijn? Of omdat er rond hypertensie zoveel andere ongewenste nevenverschijnselen hangen, wat bij huisartsen bijvoorbeeld schuldgevoel oproept?

ONVOLKOMEN INTERPRETATIE

Eigenlijk had ik geen zin me met deze discussie te bemoeien, behalve dan als lid van de Hypertensie Commissie van de Nederlandse Hartstichting⁴. Dat ik mij nu toch met een persoonlijke bijdrage in deze discussie wil mengen komt doordat ik erbij betrokken raak op een manier die ik niet wil, namelijk doordat mijn onderzoekgegevens uit het Nijmeegs Interventie Project⁵ (NIP) op een verkeerde manier worden gebruikt door collega C. Boot (MC nr. 51-52/1987, blz. 1614). Naast het feit dat hij daar gegevens onjuist verstrekt, namelijk die over het behandelingseffect, is er tot mijn spijt ook sprake van onvolkomen interpretatie van mijn onderzoekgegevens.

Het slechts gedeeltelijk weergeven van de gegevens noem ik onjuist, vooral omdat daarvoor een verkeerde indruk kan worden gewekt over de resultaten van dit succesvolle onderzoek. Zo is het onjuist te stellen dat slechts een verschil van 2 mm Hg werd bereikt in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep, als niet tevens wordt vermeld dat het dan gaat over een gemiddelde daling in een groep van maar liefst 135 personen en dat in dezelfde groep in 75% van de gevallen het streefniveau werd bereikt. In de controlegroep was dat zo in 40% van de gevallen. Deze toevoeging is van belang omdat praktische huisartsen niet in mm Hg denken, maar in het bereiken van een bepaald doel, en dus niet van de betrokken huisartsen te verwachten was dat zij een verdere bloeddruk daling zouden nastreven. Als normale huisartsen waren ook zij terughoudend met hun medicamenteuze behandeling en stond een zo groot mogelijke bloeddrukdaling niet op de voorgrond. Dit moge blijken uit het gegeven dat bij nauwelijks een kwart van de patiënten met medicamenten werd gestart⁵. Ook moet ik voor een goed

beeld toevoegen dat de behandelingsresultaten op bijna alle hogere bloeddrukniveaus in de interventiegroep aanzienlijk beter waren dan in de controlegroep. Het is onjuist te suggereren dat personen met 'aperte hypertensie' een bijzondere hypertensiegroep zouden vormen. Zoals collega Boot zeker weet heb ik deze groep in mijn proefschrift zo genoemd om ze te onderscheiden van personen met een algemeen verhoogd risico zonder verhoogde bloeddruk; hierin zitten dus ook de 'borderlines'.

Ook in eerdere bijdragen aan de discussie interpreteert Boot mijn onderzoekgegevens op een subjectieve manier. Daar kan ik nu op deze plaats niet op ingaan. Wat ik als 'indoctrinatie' ervaar is de overmaat aan zogenoemde stellingen, die naar mijn subjectieve mening, hoewel steeds anders geformuleerd, steeds hetzelfde suggereren. Mogelijk ervaar ik dat onterecht als indoctrinatie. Ik ervaar dat als dezelfde soort indoctrinatie als die waartegen collega Boot wil protesteren. Ik ben in de loop der tijd nogal overgevoelig geworden voor dat soort argumenten. Net zo overgevoelig ben ik geworden voor de argumenten van degenen die stellen iedere bloeddrukverhoging boven het gemiddelde te moeten behandelen.

Een belangrijke bevinding, niet alleen voor huisartsen, is dat resultaten niet 'vanzelf' worden bereikt, dus ook behandelingsrendement op langere termijn niet. In mijn publikatie in 1985 heb ik erop gewezen dat dit vooral het gevolg is van het 'falen' van artsen als verleners van continue zorg⁶, aangezien – zoals uit dezelfde publikatie blijkt – huisartsen die een systematisch controlebeleid hanteren veel betere behandelingsresultaten op langere termijn hebben – en dat vind ik nou een belangrijke bevinding!

In hoeverre is de teruggang van het behandelingsresultaat de artsen kwalijk te nemen als het bloeddrukniveau toch beneden het streefniveau blijft?

Er zijn dus zowel in het oorspronkelijke NIP als in de periode daarna aanzienlijk betere resultaten behaald dan collega Boot vermeldt op diverse plaatsen in zijn artikelenserie.

MEDICALISERING JA OF NEE

Een belangrijk discussiepunt is altijd de vraag of hypertensieopsporing c.q. -behandeling 'medicaliserend' is of de patiënten 'afhankelijk' maakt.

Allereerst zijn dit begrippen die onduidelijk zijn en zo slecht gedefinieerd dat naar mijn mening iedere arts hier iets anders onder verstaat. Zo algemeen gebruikt zijn het onmogelijke termen. Trouwens, in hoeverre is 'afhan-

kelijkheid' verwerpelijk? Zo ken ik persoonlijk situaties waarin ik mij zeer afhankelijk voelde van mijn neuroloog; ik vind dat nu nog steeds erg prettig. Ook ben ik geheel afhankelijk van mijn garage als mijn voertuig een servicebeurt moet hebben, terwijl ik geheel afhankelijk van mijn assistente ben voor het goed laten draaien van mijn praktijk. 'Afhankelijkheid' is maar hoe je het ervaart, dus ik zou daar onze patiënten wel eens willen over willen ondervragen.

Het is trouwens erg belangrijk te vermelden dat alle negatieve berichten over het 'afhankelijk' worden van patiënten afkomstig zijn uit buitenlandse publikaties en dat hiervan uit de Nederlandse onderzoeken niets blijkt^{5,7}. Wat hieruit wel blijkt is dat het onjuist is zomaar te stellen dat patiënten worden 'gemedicaliseerd' als zij hypertensie hebben. Waar de arts wordt aangesproken op zijn specifieke deskundigheid als arts, is de arts-patiëntrelatie per definitie een niet-horizontale relatie. Hierdoor is de hypertensiepatiënt afhankelijk van de kwaliteit van de arts op diagnostisch en therapeutisch gebied. Deze kwaliteit is bij hypertensie uitgesproken in het geding. Als er sprake is van insufficiënte diagnostiek of ondeskundig behandelen, is er sprake van medicalisering. Zo noem ik het gebruik van de bloeddrukmeter als onderhandelingsmiddel bij de klagende patiënt medicaliserend. De specifieke individuele patiëntenzorg bij hypertensie noem ik niet-medicaliserend.

ONZEKERHEDEN

Het is in het Nijmeegs Interventie Project dus veel beter gegaan dan collega Boot meent te kunnen besluiten. Ook kon geen toename van angst (voor ziekten en dergelijke) worden vastgesteld en evenmin een toename van het aantal niet-terechte verwijzingen. Maar konden in het project nu gezondheidsgaranties worden gegeven aan de 'patiënten', nadat hun ziektekans was genormaliseerd? Helaas moet ook ik zeggen dat ik daar in het individuele geval geen garantie voor kon geven. Wat zeker

is, is dat de kans op ziekte was verminderd. De vermindering van kans is geen garantie. Het geven van garanties heb ik als huisarts wel afgeleerd. Als huisarts leer je met onzekerheden werken.

Een belangrijke vraag hier is of je mag 'behandelen', als je niet zeker bent van het nut van de behandeling? Bij hypertensie is de zekerheid van nut soms groot en soms heel klein. Omdat deze vraag eigenlijk een algemeen wezenlijk medisch ethisch probleem aansnijdt, waarover blijkbaar moeilijk een consensus te bereiken is, zullen morele normen (die berusten op persoonlijke opvattingen en algemene morele principes) voortdurend een belangrijke rol in de discussie spelen. Een ontkenkend antwoord, zonder nuancering, op de vraag of je mag behandelen bij een dergelijke onzekerheid is mijns inziens onjuist, want het 'ontmoedigt' de geneeskunde en 'diskwalificeert' ook gewetensvol handelende artsen, artsen die trachten te handelen op basis van een zo goed mogelijke interpretatie van meer of minder beperkte onderzoeksgegevens. Het niet zeker weten is geen reden om niet te handelen; het is wel een reden om meer onderzoek te doen om de ontbrekende zekerheid te vinden. De geneeskunde kent ontzettend veel onzekerheden. Toch zal niet van behandeling van de diabeticus worden afgezien, hoewel het niet zeker is of een bepaalde patiënt een retinopathie zal krijgen, laat staan dat behandeling retinopathie zeker zal voorkomen! Hebben bypassoperaties altijd zin? En, zo nee, wanneer dan wel? Toch hoort dit ook tot onze medische voorziening, en terecht, als je de betrokken patiënt hoort over het resultaat. Moet bacteriurie worden behandeld? Moet geelzucht wel worden behandeld en, zo ja, met rust en dieet? Gaat een branchopneumonie ook vanzelf over? Moet een glue-ear worden behandeld? Hebben onze interventies enig nut bij aan de leeftijdgebonden aandoeningen, de zogeheten degeneratieve 'ziekten'? Hoeveel mensen redden we in ons huisartsenbestaan het leven?

Op al deze vragen hebben we (nog) geen ant-

woord, maar dat mag niet leiden tot nihilisme, wel tot het eisen van zorgvuldigheid bij het beoordelen van de mogelijkheden. In de rapporten van de Gezondheidsraad over het huidige onderwerp is sprake van een zeer zorgvuldige afweging van wetenschappelijke gegevens voordat tot een genuanceerd oordeel wordt gekomen^{8,9}.

UITEINDELIJK BESLIST DE PATIËNT

Behandeling van hypertensie moet naar mijn mening gebeuren op een zo verantwoord mogelijke manier. Daarbij ben ik mij ervan bewust dat er onzekerheden blijven bestaan. Dus hoort daarbij overleg met de betrokkene, met afweging van argumenten. Afspraken moeten worden gemaakt over elkaars verwachtingen. De huisarts heeft de 'plicht' te zorgen voor kwaliteit in zorg en de patiënt moet zich houden aan de afspraken die zijn gemaakt. Uiteindelijk beslist de patiënt zelf over behandelen: ja of nee. Nooit heb ik het meegemaakt dat deze beslissing niet in goed overleg kon worden genomen. □

Dr. J. W. van Ree is huisarts te Wijchen.

Literatuur

1. Spreuwenberg C. Vraagtekens bij geïndividualiseerde preventie. Redactioneel Medisch Contact 1987; 46: 1455.
2. Naar Dr. S. Thomas in ingezonden brief. Huisarts en Wetenschap 1987.
3. Overdijk T. Huisarts en Hypertensie 1980. Utrecht: NHL.
4. Hypertensiecommissie, Nederlandse Hartstichting. Ingezonden brief. Medisch Contact 1987; 42: 1594-5.
5. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project. Proefschrift Nijmegen, 1981.
6. Ree JW van, Hoogen H van den, Gerwen W. Interventie bij een verhoogd risico op hart en vaatziekten. 2. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 53-8.
7. Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Proefschrift Rotterdam, 1981.
8. Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie nr. 1983/2. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
9. Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischaemische hartziekten; nr. 1984/16. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

Het Nijmeegs Interventie Project: resultaten van bloeddruk- en serum-cholesterolbehandeling

C. P. M. Boot

Graag wil ik collega Van Ree hartelijk danken voor zijn commentaar. Het Nijmeegs Interventie Project (NIP)¹, dat door hem is uitgevoerd, was een enorm karwei en een zeer belangrijke studie. Als project was het succesvol, maar als bijdrage aan de gezondheidszorg had het, zeker op de lange duur, weinig of geen betekenis. Dit klinkt hard, maar wordt door Van Ree, weliswaar niet in voorgaand commentaar maar wel elders², zelf toegegeven. Overigens geldt hetzelfde voor mijn eigen

interventieonderzoek, waarin dezelfde marginale resultaten werden bereikt, zeker wanneer deze worden betrokken op de mate waarin cardiovasculaire ziekten hierdoor worden voorkomen³.

De kritiek van Van Ree kan onderverdeeld worden in vier punten, die ik achtereenvolgens zal bespreken:

1. De onderzoekresultaten van het NIP heb ik onvolledig en verkeerd weergegeven. Het project was veel succesvoller dan ik suggereer.
2. Alleen uit buitenlands onderzoek blijkt dat opsporing en behandeling van hypertensie ook negatieve effecten kan hebben, in Nederland is dat nooit vastgesteld.

3. Afhankelijkheid van hulpverleners hoeft geen nadeel te zijn.

4. Niet alleen op het gebied van de hypertensiebehandeling maar ook op andere terreinen van de geneeskunde bestaan onzekerheden over effectiviteit, wat geen reden hoeft te zijn om behandeling na te laten.

RESULTATEN NIJMEEGS PROJECT

Personen die in het NIP voor het eerst onder behandeling kwamen voor hoge bloeddruk, werden in de interventiegroep regelmatig gecontroleerd en begeleid. Een jaar na de basis-screening had 75% het streefniveau bereikt.

Een indrukwekkend resultaat. Het bereiken van een streefwaarde zegt echter niets over de mate van bloeddrukdaling en nog minder over het effect van behandeling. In de behandelingsgroep was de daling van de diastolische bloeddruk ten opzichte van de controlegroep slechts 2 mm Hg. In de non-interventie-controlegroep werd in 40% van de gevallen het streefniveau bereikt. Hoe komt het dat ook zonder behandeling zo'n groot percentage het streefniveau bereikte en dat een zeer gering verschil in gemiddelde bloeddrukdaling tussen behandelings- en controlegroep (2 mm Hg) zo'n groot procentueel verschil in bereik van streefniveau (75% respectievelijk 40%) heeft veroorzaakt?

Bij nadere beschouwing van de onderzoeksgegevens blijkt dat veel personen in de behandelings- en controlegroep reeds bij de basiscreening een bloeddruk hadden die slechts één tot enkele millimeters Hg boven het streefniveau lag (40% < 5 mm). Het is daarom niet zo verwonderlijk dat een groot percentage uit de non-interventie-controlegroep alleen al door de 'regression to the mean' het streefniveau bereikte en dat een geringe extra daling van 2 mm in de behandelingsgroep het 'succespercentage' nog eens sterk deed toenemen. Een interessante bijkomstigheid is dat bij minstens 15% en waarschijnlijk zelfs zo'n 23% van de personen uit de behandelingsgroep het streefniveau al was 'bereikt' bij de basiscreening (tabel 61, p.69 van de appendix)¹. Dit verwonderlijke feit is mogelijk door de bijzondere opzet van het NIP, waar hier niet nader op kan worden ingegaan. Het is begrijpelijk dat Van Ree liever 'succespercentages' presenteert, maar die geven helaas geen betrouwbaar beeld van wat met behandeling is bereikt. Risicodaling – en daar gaat het toch om – is niet afhankelijk van de frequentie waarmee een bepaalde magische en arbitraire grens wordt gepasseerd, maar van de mate waarin de bloeddruk ten gevolge van behandeling daalt.

Maar er is nog een andere reden om te vermoeden dat er van overwaardering van het behandelingseffect sprake is geweest. In de behandelingsgroep werd de bloeddruk frequent gemeten op vijf tot negen zittingen in de loop van een jaar. In de non-interventie-controlegroep vond daarentegen in de meeste gevallen pas weer meting plaats bij herscreening na een jaar. Zoals bekend neemt het pressor-effect (bloeddrukverhoging ten gevolge van de meet-situatie) af naarmate de onderzochte personen meer vertrouwd raken met de meet-situatie, met andere woorden naarmate er vaker wordt gemeten. Het is dus goed mogelijk dat de sterkere daling van gemiddeld 2 mm in de behandelingsgroep gedeeltelijk of volledig toe te schrijven is aan het groter aantal metingen. 'The clinician should recognize that the patient whose diastolic pressure has fallen, has not necessarily changed in health at all; or if he is receiving hypotensive therapy, that there has not necessarily been any response to treatment.'⁴

Zoals in tabel 1 is te zien, was op lange termijn

Tabel 1. Gemiddelde diastolische bloeddrukdaling in interventiegroep en controlegroep in de loop van drie tot vijf jaar.

	interventiegroep advies (N=83) diastolisch	medicijnen (N=103) diastolisch	controlegroep (N=92) diastolisch
'baseline'	97 mm Hg	98 mm Hg	101 mm Hg
na 3-5 jaar	93 mm Hg	94 mm Hg	97 mm Hg
daling	4 mm Hg	4 mm Hg	4 mm Hg

Bron: Van Ree et al⁴.

Tabel 2. Gemiddeld serum-cholesterolgehalte van personen die voor hypercholesterolemie werden behandeld (N=378) en personen in de controlegroep (N=153).

	interventiegroep serum- cholesterol mmol/l	controlegroep serum- cholesterol mmol/l
'baseline'	6,86	6,50
start interventie	6,61	—
na 1 jaar	6,01	6,30
na 3-5 jaar	6,68	6,58

Bron: Van Ree et al².

het gemiddelde effect van bloeddrukbehandeling volledig verdwenen⁵. Noch in de met dieet behandelde groep noch in de medicamenteus behandelde groep was de daling van de diastolische bloeddruk groter dan in de controlegroep. De systolische bloeddruk daalde in de behandelingsgroepen zelfs minder dan in de controlegroep⁵ (niet in tabel 1 vermeld). Toegegeven moet worden dat de controlegroep misschien niet geheel onbehandeld is gebleven. Daar staat tegenover dat in de behandelingsgroepen een grotere daling van het pressor-effect zal zijn opgetreden. In één van de interventiepraktijken was het resultaat beter. Hier werd ten opzichte van de controlegroep een diastolische bloeddrukdaling bereikt van 6 mm Hg. Gezien de afname van het pressor-effect zal ook hier het behandelingseffect geringer zijn geweest. Bovendien werd in deze modelpraktijk een extreem hoog percentage personen met medicamenten behandeld, namelijk 75%, terwijl de uitgangsbloeddruk van deze medicamenteus behandelde groep reeds bij de start van de interventieperiode diastolisch gemiddeld beneden 95 mm Hg lag⁵. Stel, dat de gemiddelde diastolische bloeddrukdaling van 6 mm Hg volledig is toe te schrijven aan de behandeling. In welke mate zullen daarmee cardiovasculaire ziekten worden voorkomen, wat immers het uiteindelijke doel van de behandeling is?

In de Verenigde Staten is een zeer groot en kostbaar onderzoek uitgevoerd, de Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)⁶, waarbij evenals in het Nijmeegs Interventie Project niet alleen bloeddruk werd behandeld, maar ook andere risicofactoren, zoals serum-cholesterol en roken. De gemiddelde diastolische bloeddrukdaling die ten opzichte van de

controlegroep werd bereikt was vergelijkbaar met die van de modelpraktijk van het NIP.

Op het eind van de MRFIT-studie was de sterfte ten gevolge van cardiovasculaire ziekten in de intensief behandelde groep echter groter dan in de controlegroep⁶. Als we bedenken dat in de MRFIT-studie kosten noch moeite zijn gespaard om een jarenlange optimale 'compliance' te garanderen, dan is dit negatief resultaat een belangwekkend gegeven, waaruit men tot nu toe stelselmatig heeft geweigerd de juiste conclusies te trekken.

Zoals in tabel 2 is te zien, was in het NIP ook voor het serum-cholesterol het interventie-effect na drie tot vijf jaar verloren gegaan, eveneens in de zogeheten modelpraktijk². Ook dit is een belangrijke bevinding, vooral wanneer men beseft hoeveel energie er gedurende het eerste interventiejaar is gestoken in voorlichting en begeleiding. De Nederlandse Cholesterolconsensus wil de huisarts en specialist op indicatie verhoogde serum-cholesterolwaarden laten opsporen en behandelen⁷. Het is een goed bedoeld advies, dat echter, zoals tabel 2 laat zien, in de praktijk totaal niet zal werken, behoudens in negatieve zin.

NEGATIEVE EFFECTEN

Volgens Van Ree zouden in Nederland nooit negatieve effecten van opsporing en behandeling van hoge bloeddruk zijn vastgesteld. Dit kan twee oorzaken hebben: a. Nederlanders zijn bijzondere mensen, namelijk mensen die immuun zijn voor nadelige effecten; b. het tot nu toe uitgevoerde Nederlandse onderzoek is niet adequaat genoeg geweest om subtiële, maar niet minder reële veranderingen in gezondheidstoestand en welbevinden te kunnen waarnemen. Dit laatste is erg waarschijnlijk. We herinneren ons allemaal dat clofibrat op de markt kwam en werd aangeprezen als een cholesterolverlagend middel waarvan nooit ernstige bijwerkingen waren vastgesteld . . . totdat in een adequaat onderzoek bleek dat de kans op sterfte ten gevolge van clofibrat-gebruik toeneemt⁸!

Van Ree verwijst om zijn ploei dooi kracht bij te zetten naar twee Nederlandse studies: dat van hemzelf (het NIP) en dat van Van Weel⁹. Wat deze laatste studie betreft, geeft de onderzoeker in zijn proefschrift zelf toe dat zijn onderzoek in verschillende opzichten niet adequaat was⁹: de onderzoekeantallen waren te gering, de behandelings- en controlegroep niet volledig met elkaar vergelijkbaar en de timing van het onderzoek naar iatrogene effecten niet correct. Het onderzoek was mede gebaseerd op de veronderstelling dat personen met klachten of een verminderd gevoel van welbevinden hier gewoonlijk mee naar de dokter gaan, wat lang niet altijd het geval is.

Het gevaar van het uitvoeren en publiceren van inadequaat onderzoek is dat de conclusie een eigen leven kan gaan leiden, los van het onzekere materiaal waar de gevolgtrekking uit is gemaakt. Zo'n conclusie kan – zoals door Van Ree wordt gedaan – worden gebruikt om aan te tonen dat opsporing en behandeling van hoge bloeddruk geen nadelen voor de gezond-

heid met zich meebrengen. Om nog een voorbeeld te noemen: in het NIP wordt niets gezegd over bijwerkingen van de gebruikte antihypertensiva. In het onderzoek van Van Weel wordt daar wel aandacht aan besteed, maar blijken de onderzochte aantallen te gering te zijn om een zinvolle uitspraak mogelijk te maken. Ondertussen is wel in buitenlands onderzoek aan het licht gekomen dat antihypertensieve medicijnen in 8%-20% van de gevallen dusdanige bijwerkingen geven dat toediening ervan moet worden gestaakt^{10, 11}. Ik neem niet aan dat Van Ree denkt dat dit alleen voor buitenlanders geldt omdat het buitenlands onderzoek betreft.

Verder is in buitenlands onderzoek aangetoond dat alleen al de diagnose 'hypertensie' aanleiding kan geven tot hoofdpijn¹², verminderd gevoel van welbevinden¹³, depressie¹³ en toename van werkverzuim¹⁴. In eigen onderzoek bleek dat de helft van degenen die een zoutarm of cholesterolverlagend dieet moesten volgen, vond dat zijn leven minder aangenaam was geworden³. Als het woord 'medicalisering' verwarring wekt kunnen we het gewoon weglaten: we hoeven alleen maar te kijken wat er in feite aan de hand is.

AFHANKELIJKHEID

Afhankelijkheid hoeft geen nadeel te zijn, zegt Van Ree. Hij noemt een aantal voorbeelden van *zinvolle* afhankelijkheid.

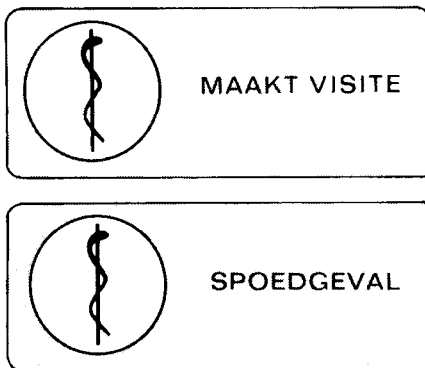
De vraag is echter niet of afhankelijkheid op zich verkeerd is, maar of men soms niet ten onrechte afhankelijk wordt gemaakt. Als honderdduizenden mensen levenslang hun bloeddruk moeten laten controleren en behandelen, terwijl verreweg de meesten van hen daar nooit profijt van zullen hebben en misschien wel schadelijke effecten zullen ervaren, wordt de vraag belangrijk of de nadelen van deze afhankelijkheidsrelatie niet opwegen tegen de voordelen.

Op vele andere terreinen van de geneeskunde bestaat onzekerheid over de effectiviteit en de zin van behandeling, wat nog geen reden hoeft te zijn om deze na te laten, aldus Van Ree. Een ontstellend groot deel van het geneeskundig handelen is inderdaad onvoldoende onderbouwd. Het is daarom onbegrijpelijk dat er zo weinig adequaat interventieonderzoek plaatsvindt.

Bij preventietherapie, waartoe behandeling van hoge bloeddruk behoort, moeten de criteria voor zinvol handelen echter nog strikter worden toegepast dan in de curatieve geneeskunde. Het gaat hierbij namelijk om mensen die niet ziek zijn, geen klachten hebben en in verreweg de meeste gevallen ook zonder behandeling niet de ziekte zullen krijgen ter voorkoming waarvan de behandeling wordt gegeven.

CONCLUSIE EN SAMENVATTING

Het Nijmeegs Interventie Project is evenals de Multiple Risk Factor Intervention Trial een zeer belangrijk onderzoek geweest, niet van-



wege positieve resultaten maar juist omdat gunstige effecten op de lange duur nauwelijks meer aanwezig waren. De beide tabellen laten zien wat er in de Nederlandse huisartspraktijk kan worden bereikt op het vlak van de bloeddruk- en serum-cholesterolbehandeling met meer dan normale inspanning: het gemiddelde effect is na enkele jaren verdwenen. Zelfs wanneer de resultaten uit de modelpraktijk van het NIP door allerlei 'compliance'-bevorderende maatregelen vele jaren zouden kunnen worden gehandhaafd, zou dit niet automatisch betekenen dat de gezondheid erop vooruit zou gaan, zoals uit de MRFIT-studie is gebleken; in dit onderzoek was namelijk de cardiovasculaire mortaliteit in de intensief behandelde groep groter dan in de controlegroep.

Zogenaamde negatieve studies behoren evenveel gewicht te krijgen als 'positieve', maar in de praktijk gebeurt dat zelden. Vaak vindt het tegenovergestelde plaats: duidelijk negatieve studies worden positief uitgelegd, zoals helaas ook Van Ree doet in voorgaand commentaar. Elders is hij correcter en concludeert hij het volgende²: 'We kunnen uiteindelijk zeggen dat de door ons in 1976 gekozen methode om risicofactoren op te sporen en te behandelen, op langere termijn niet het gewenste resultaat heeft gehad. Weliswaar is het NIP als onderzoeksproject zeer succesvol geweest, maar als bijdrage aan de gezondheidszorg heeft het uiteindelijk niet tot de gewenste resultaten geleid.'

De laatste tijd hoort men steeds meer verkondigen dat meting en behandeling van bloeddruk niet geïsoleerd dienen te gebeuren, maar als onderdeel van een risicoprofiel waarbij ook andere risicofactoren worden betrokken. Dit is in het NIP en het MRFIT-onderzoek dus gebeurd. De studies laten zien dat ook deze toverformule in de praktijk niet werkzamer is dan de unifactoriële benadering. □

Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Literatuur

1. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project. Proefschrift Nijmegen, 1981.
2. Ree JW van et al. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. I. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas en roken. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 21-4.
3. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk. Proefschrift Leiden, 1979.
4. Armitage P, Rose GA. The variability of measurements of casual blood pressure. I. A laboratory study. Clin Sci 1966; 30: 325-35.
5. Ree JW van et al. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. II. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 53-8.
6. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982; 248: 1465-77.
7. Cholesterolconsensus. Hartbulletin. Supplement 1. September 1987.
8. Committee of principal investigators. A co-operative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate. Br Heart J 1978; 40: 1069-1118.
9. Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Proefschrift Rotterdam, 1981.
10. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Br Med J 1985; 291: 97-104.
11. Croog SH et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Eng J Med 1986; 314: 1657-64.
12. Stewart IMcDG. Headache and hypertension. Lancet 1953; i: 1261-6.
13. Bloom JR et al. Hypertension labeling and sense of well-being. Am J Public Health 1981; 71: 1228-32.
14. Haynes RB et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Eng J Med 1978; 299: 741-4.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Eindhoven

Functionarissen van een psychiatrische inrichting mogen iemand niet tegen haar of zijn wil vasthouden

Het College voor Medisch Tuchtrecht te Eindhoven;

Gezien het klaagschrift in de klachtzaak van A, wonende te B, klager, tegen C, psychiater, wonende te D, verweerder;

Gelet op de behandeling ter zitting van 10 maart 1986, waarbij werden gehoord klager en verweerder;

Gezien het proces-verbaal van voormelde zitting en de overige stukken van het geding, waaronder het verweerschrift, een commentaar daarop van klager d.d. 20-november 1985 en een schrijven van de klinisch psycholoog E d.d. 14 maart 1985;

Overwegende naar aanleiding van de klacht en de behandeling ter zitting:

Klagers echtgenote, geboren op 30 mei 1945, is in 1978 na de geboorte van haar eerste kind depressief geworden. Haar depressieve klachten zijn sterk toegenomen nadat zij in juli 1984 ontslag had genomen als consultatiebureau-arts. In februari 1985 is de patiënte door haar huisarts verwezen naar een rusthuis. Omdat zij daar onrustig, radeloos en somber was en de aan dat rusthuis verbonden psycholoog er niet in slaagde tot een werkrelatie met haar te komen, heeft hij de patiënte in maart 1985 verwezen naar het psychiatrisch centrum F te G, waar de patiënte op 7 maart 1985 is opgenomen.

Zij vertelde toen vooral 's morgens last te hebben van paniekaanvallen, gepaard gaande met angst, trillen en klappertanden. Daarnaast klaagde zij over motorische onrust gedurende de hele dag. Zij zei zich somber te voelen, zou initiatiefloos en erg twijfelzuchtig zijn. Zij klaagde over slaapstoornissen, met name doorslaapstoornissen. Haar toekomst kleurde zij zwart in. Bij opname gebruikte de patiënte 2 mg Haldol per dag. Bij psychiatrisch onderzoek leken er waanachtige beïnvloedingsideeën te bestaan naar haar voormalige psychotherapeut. Ook zou zij in het verleden hebben gehallucineerd, waarbij zij zijn stem hoorde. Er waren geen duidelijk waarnemingsstoornissen. Haar stemming was somber en vooral radeloos, hetgeen wisselend gepaard ging met trillen, huilen of op en neer lopen.

Bij opname is alle medicatie gestaakt. Tijdens de eerste dagen van de opname ontwikkelde zich een randpsychotisch toestandbeeld; de patiënte was licht incoherent en volledig geïmpreocupeerd met de gestoorde therapeutische relatie, waarbij realiteit en fantasie door elkaar heen liepen. Zij was voortdurend bang de desintegreren. De derde dag na de opname kreeg zij Siquil, aanvankelijk in een dosering van 150 mg per dag, later in een dosering van

200 mg per dag, met daarbij 's avonds 20 mg Normison.

In de daarop volgende dagen werd de patiënte steeds radelozer. In de vroege ochtend van 19 maart deed zij een suïcidepoging door zich in de polsen te snijden. Zij heeft daarna korte tijd voor behandeling doorgebracht in een algemeen ziekenhuis, maar is nog diezelfde morgen teruggebracht naar het psychiatrisch centrum, waar zij is opgenomen in een isoleercel op de gesloten afdeling in afwachting van een beoordeling voor een inbewaringstelling.

Klager en zijn echtgenote hebben aan verweerder laten blijken dat zij het niet eens waren met de plaatsing van de patiënte op de gesloten afdeling en dat de patiënte de inrichting wilde verlaten, hetgeen haar echter werd belet. Korte tijd later is de patiënte tijdens een onbewaakt ogenblik uit de gesloten afdeling weggelopen en heeft zij samen met haar echtgenoot de inrichting verlaten. Daarbij zijn zij, terwijl zij naar klagers auto liepen, nog achtervolgd door drie verplegers, die poogden te beletten dat klager met zijn auto wegreed.

Een psychiater van het regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) is vervolgens op verzoek van verweerder bij de patiënte thuis poolshoogte gaan nemen. Hij beoordeelde haar echter niet als randpsychotisch noch als suïcidaal en zag geen reden voor een inbewaringstelling. Het RIAGG heeft vervolgens de zorg voor de patiënte overgenomen.

De klacht houdt met inachtneming van de ter zitting gegeven toelichting een meerledig verwijt in, te weten dat verweorders anamnese omtrent vroeger medicijngebruik onvolledig en niet systematisch is geweest en dat verweerder onvoldoende acht heeft geslagen op de bijwerkingen van Siquil, met name op de Parkinson-effecten daarvan. Voorts verwijt klager aan verweerder dat deze aan de patiënte heeft meegedeeld dat de motorische onrust en de tremor niet het gevolg waren van het medicijngebruik, maar moesten worden toegeschreven aan haar psychotisch toestandbeeld, hetgeen voor de patiënte een zodanig traumatiserende ervaring betekende dat zij een suïcidepoging deed. Tenslotte meent klager dat verweerder zich schuldig heeft gemaakt aan wederrechtelijke vrijheidsberoving door zijn echtgenote, toen ze na de suïcidepoging uit het ziekenhuis was teruggekeerd, in een isolatiecel op de gesloten afdeling te plaatsen en haar aldaar vast te houden, hoewel zij te kennen gaf dat zij uit de inrichting, waar zij vrijwillig was gekomen, weg wilde.

Het verwijt met betrekking tot de anamnese gaat niet op, daar, zoals blijkt uit de brief van

de klinisch psycholoog E d.d. 14 maart 1985, verweerder op de hoogte was van het Haldolgebruik van de patiënte bij opname.

De klacht ten aanzien van het medicatiebeleid gaat ervan uit dat er bij klagers echtgenote uitsluitend sprake was van depressiviteit, dat de toediening van neuroleptica daarom overbodig was en het enig effect daarvan was dat de patiënte door de bijwerkingen, met name de intense tremor, in een nog slechtere toestand geraakte. Klager verliest hierbij echter uit het oog dat, zoals hijzelf in het klaagschrift heeft gesteld, de patiënte reeds bij opname een tremor had in armen en benen en motorisch onrustig was, dat zij voordien bij paniekaanvallen ook al last had van trillen en klappertanden en dat zijzelf toen ook heeft geklaagd over agitatie in de vorm van motorische onrust.

Naar het oordeel van het college waren er in het toestandbeeld van de patiënte, met name gezien haar waanachtige ideeën, voldoende aanknopingspunten voor de door verweerder gestelde diagnose van rand- of pre-psychotisch syndroom. Verweerder heeft dan ook niet onjuist gehandeld door, afgaand op de diagnostische gegevens waarover hij toen beschikte, de patiënte neuroleptica in de vorm van Siquil voor te schrijven en, toen het niet lukte tot een werkrelatie te komen, de dosis Siquil tot 200 mg per dag te verhogen. Het is ook aanvaardbaar dat verweerder heeft afgezien van anti-cholinergica ter bestrijding van de neveneffecten van Siquil, gezien de verhoogde kans op het intreden van een al dan niet tardieve dyskinesie bij het gebruik van anti-cholinergica.

Samenvattend is het college van oordeel dat, hoewel retrospectief het wellicht de voorkeur zou hebben verdiend indien verweerder geen Siquil had voorgeschreven maar het pre-psychotisch syndroom tot ontwikkeling had laten komen zonder dit met de patiënte te bespreken, op de door hem ingestelde behandeling en zijn medicatiebeleid geen tuchtrechtelijk relevante kritiek kan worden uitgeoefend.

Verweerder heeft te zijner verdediging tegen het verwijt van wederrechtelijke vrijheidsberoving aangevoerd dat de patiënte bij terugkeer uit het ziekenhuis suïcidegevaarlijk was en daarom in een isolatiecel is geplaatst, dat hijzelf de patiënte, toen hij haar wat later die morgen zag, ook nog als suïcidaal beoordeelde en haar daarom in die cel heeft gelaten en dat in genoemd psychiatrisch centrum de regel geldt dat niet met rechterlijke machtiging opgenomen patiënten na een suïcidepoging gedurende uiterlijk 24 uur op een gesloten afdeling kunnen worden vastgehouden, totdat de patiënte is gezien door een psychiater van het

RIAGG en is gehoord door de kantonrechter, die dan beslist of al dan niet een rechterlijke machtiging voor opname zal worden verleend. Verweerder heeft ter zitting voorts medegedeeld van de directeur van het psychiatrisch centrum F te hebben vernomen dat over deze regel overleg is gepleegd met de inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid en dat deze geen bezwaar heeft tegen genoemde gedragslijn.

Het college is van oordeel dat, geheel daargelaten de juistheid van deze laatste mededeling, *het aan een arts of andere functionarissen van een psychiatrische inrichting niet vrijstaat een op basis van vrijwilligheid in een zodanige inrichting opgenomen patiënt na een suïcidepoging tegen zijn of haar wil in de inrichting vast te houden, ook niet wanneer dit slechts geschiedt voor een periode van korte duur en met de bedoeling inmiddels een gedwongen opname voor te bereiden of de noodzaak van zo'n gedwongen opname nader te bezien. Op deze algemene regel zijn uitzonderingen denkbaar, met name wanneer de patiënt als gevolg van zijn ziekte toestand een onmiddellijk dreigend, ernstig gevaar oplevert voor zichzelf of zijn omgeving en dit gevaar niet op een andere wijze kan worden afgewend.*

Aan deze laatste voorwaarde was in dit geval echter niet voldaan. Klager was immers bereid de zorg voor zijn echtgenote over te nemen van het psychiatrisch centrum F, hetgeen een voldoende garantie vormde tegen nieuwe suïcidepogingen in de korte tijdspanne die nodig was om de RIAGG-psychiater en de kantonrechter te laten beoordelen of de patiënte voor een gedwongen opname in aanmerking kwam, welke beoordeling ook buiten de inrichting kon plaatsvinden.

De klacht is derhalve gegrond in zoverre dat verweerder onjuist heeft gehandeld door de patiënte tegen haar wil in de inrichting vast te houden. Hij heeft daardoor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Bij de keuze van de op te leggen maatregel neemt het college in aanmerking dat bij verweerder geen andere bedoeling heeft voorgezet dan het belang van zijn patiënte zo goed mogelijk te behartigen, zodat slechts de lichtste tuchtrechtelijke maatregel, te weten een waarschuwing, in aanmerking komt.

Daar het algemeen belang zulks vordert zal deze beslissing op de hierna aan te geven wijze worden bekend gemaakt.

Beslissende:

Verklaart de klacht gegrond;

Legt verweerder te dier zake op de maatregel van *waarschuwing*;

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van artikel 13b lid 1 van de Medische Tucht wet en artikel 63 van het Reglement Medisch Tucht recht zal worden bekend gemaakt door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur met verzoek om publikatie in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek om publikatie aan de redacties van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Aldus beslist op 1 september 1986 door de heren Mr. M. A. M. Raaijmakers, plv. voorzitter, A. H. M. Rademaker en Prof. Dr. B. P. M. Schulte, leden-geneeskundigen, C. E. Metz en J. M. van den Thillart, plv. leden-geneeskundigen, in aanwezigheid van Mr. W. J. M. ten Berge, secretaris. □

23 april – Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht: studiedag 'Spina Bifida'. Inlichtingen: secretariaat Stichting Samenwerkende Spina Bifida Werkgroepen in Nederland, p.a. Margrietlaan 17, 1191 BW Ouderkerk a/d Amstel.

23 april – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: jaarlijkse ledenvergadering en themadag Vereniging voor Arts-assistenten in opleiding 'Aids, wat moeten we daarmee?'. Inlichtingen: E. G. M. Couturier, p.a. Sint Lucas Ziekenhuis, Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam, tel. 020 – 5108911 (149).

27 april – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: symposium 'Voorkomen is beter'. Inlichtingen: Dr. W. J. A. Goedhard, arts secretaris, Stichting voor Gerontologie, Willem de Zwijgerlaan 2, 2421 CA Nieuwkoop, tel. 01725-2817.

28 april – Katholieke Universiteit Nijmegen: PAOG-cursus 'Vrije radicalen in de kliniek. Inzichten in de pathofysiologie'. Inlichtingen: mw. B. Hachmang-Rissenbeek, Bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517050.

28, 29 april – Rijksuniversiteiten Leiden: Boerhaave-cursus 'Op de grens van kinderneurologie en kinderpsychiatrie'. Inlichtingen: Mw. P. Metz, Bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275290.

28, 29 april – Erasmus Universiteit te Rotterdam:

AGENDA

dam: derde Van Assen-symposium 'Ontwikkelingen in de gynaecologische chirurgie'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087880/7881.

29 april – Psychiatrisch Centrum Zon en Schild te Amersfoort: voorjaarsbijeenkomst ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de Vereniging van Polikliniekmedewerkers van Psychiatrische Instellingen (VPPI). Inlichtingen: secretariaat VPPI, tel. 070-469351.

2-4 mei – Trippenhuis te Amsterdam: workshop 'Disorders of Chloride Channel Regulation: Cystic Fibrosis and Secretary Diarrhea'. Inlichtingen: Mw. J. D. Schmidt, secretariaat Commissie Geneeskunde (KNAW), Postbus 19121, 1000 GC Amsterdam, tel. 020-222902.

3 mei – Park Plaza te Amsterdam: congres 'Automatisering in de gezondheidszorg'. Inlichtingen: NIVEKON, Congresbureau van NIVE, tel. 070-180285.

5-7 mei – Congrescentrum 'De Blijde Wereld' te Lunten: Bronkhorst Colloquium XIV 'Beeldvormende technieken'. Inlichtingen: Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden, tel. 033-941814.

7 mei – De Beesde te Bunnik: symposium 'Als

't kindje binnenkomt . . . ; over de betekenis van zusjes en broertjes'. Inlichtingen: Psychoanalytisch Instituut Utrecht, Maliestraat 1A, 3581 SH Utrecht, tel. 030-333300.

7 mei – Congrescentrum Leeuwenhorst te Noordwijkerhout: symposium 'Oorlogsverleden en toekomst. De lessen van 1940-1950.' Inlichtingen: J. J. L. Muller, Bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275294.

18-20 mei – Katholieke Universiteit Nijmegen: PAOG-cursus 'De bejaarde patiënt VI'. Inlichtingen: Mw. K. Stol, Bureau PAOG, Johannes Wierlaan 1, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-516906.

19 mei – Rijksuniversiteit te Leiden: gastcollege gezondheidsrecht 'De Belgische wetgeving over planning en financiering van de gezondheidszorg' door Prof. Dr. A. Prims. Inlichtingen: Faculteit der Rechtsgeleerdheid aan de Rijksuniversiteit te Leiden, Postbus 9520, 2300 RA Leiden, tel. 071-272727.

19 mei – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: congres 'Het consultatiebureau is niet van gisteren'. Inlichtingen: Symposium-secretariaat, Antwoordnummer 12008, 5200 VD 's-Hertogenbosch, tel. 073-135440.

25 mei – Mercury Hotel te Nieuwegein: symposium 'Groter met groeihormoon?'. Inlichtingen: Congresbureau Tonne Verdonk, Herdersveld 179, 6565 JP Geldrop, tel. 040-852212.



Besluit nr. 1 – 1987 interimopleiding tot huisarts

Ingevolge artikel 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit nr. 1 – 1987 van het College voor Huisartsgeneeskunde betreffende de interimopleiding tot huisarts.

Het besluit treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 1988.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris

Het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) in vergadering bijeen op 26 november 1987;

in aanmerking nemende de uitkomsten van het door de Projectgroep Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) ultimo 1986 voltooide onderzoek op grond waarvan het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) het besluit nam voor een driejarige beroepsopleiding tot huisarts; de door de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op grond van met name financieel-economische argumenten, uitgesproken overwegende bezwaren tegen dit besluit; het met het ministerie van WVC gevoerd overleg inzake de gerezen problematiek;

overwegende dat het College blijft ijveren voor een definitieve opleiding tot huisarts van ten minste drie jaar, doch dat het mede met het oog op de EG-richtlijn 87/14/86, welke voor alle lidstaten een opleidingsduur van ten minste twee jaar voorschrijft, die voor 1 januari 1990 dient te zijn gerealiseerd, zaak is medewerking te verlenen aan een tijdelijke regeling;

gehoord de Huisarts Registratie Commissie (HRC);

gelet op de artikelen 1107 en 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft het navolgende besluit genomen.

Artikel 1

In de jaren 1988 en 1989 zullen aan de Universitaire Huisartsinstututen (UHI-en) interimopleidingen tot huisarts worden aangevangen, waarvan de duur twee jaar bedraagt. Van deze twee jaar zal door de huisarts in opleiding (haio) ten minste 12 maanden dienen te worden gevolgd in een huisartspraktijk; de resterende tijd kan worden gevolgd eveneens in een huisartspraktijk en/of in een instelling voor gezondheidszorg; een en ander zoals nader omschreven in de toelichting.

Artikel 2

De UHI-en dienen tevoren de programma's van de door hen te coördineren, te begeleiden en te evalueren tweejarige interimopleidingen ter goedkeuring aan de HRC voor te leggen.

Artikel 3

Op deze opleidingen zijn voorts nog de bepalingen van toepassing van besluit CHG no. 2 – 1983, waarin de algemene eisen te stellen aan de opleiding tot huisarts, de arts in opleiding, de opleiders van

de arts in opleiding, de opleidingspraktijken en -inrichtingen en de UHI-en zijn opgenomen; een en ander voor zover relevant en dit ter beoordeling van de HRC.

Artikel 4

Bij wijze van uitzondering zullen tot uiterlijk 31 december 1988 nog beroepsopleidingen tot huisarts kunnen worden aangevangen, welke één jaar duren en waarop de bepalingen van besluit CHG no. 2 – 1983 onverkort van toepassing zijn.

Artikel 5

De haio dient bij de aanmelding voor opname in het opleidingsregister, aan de HRC mee te delen of door hem wordt deelgenomen aan de interimopleiding dan wel aan een eenjarige opleiding; het voltooid hebben van een van deze opleidingen zal conform de betreffende bepalingen van het Huishoudelijk Reglement der KNMG, op gelijke wijze leiden tot inschrijving in het register van erkende huisartsen.

Artikel 6

De UHI-en dienen de tweejarige opleidingen regelmatig te evalueren; betrokken huisartsopleiders (hao's) en haio's dienen aan de evaluaties hun medewerking te verlenen.

Artikel 7

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1988 en zal van kracht zijn tot 31 december 1991, met dien verstande dat tot uiterlijk 31 december 1989 nog interimopleidingen kunnen worden aangevangen.

Toelichting

A. Algemeen

Zoals in de considerans van het besluit gesteld heeft het College voor Huisartsgeneeskunde een besluit genomen voor een driejarige beroepsopleiding tot huisarts.

Nu echter dit besluit – vooral op financieel-economische gronden – door een ministerieel veto is getroffen, heeft het College gemeend om, teneinde uit de aldus ontstane impasse te geraken, voorts nog zijn medewerking te verlenen aan een tijdelijke regeling, welke de weg dient te banen voor de definitieve. Dit betekent dat er in de jaren 1988 en 1989 zogeheten interimberoepsopleidingen tot huisarts zullen starten, welke een duur hebben van twee jaar. Zulks zal overigens slechts dan gestalte kunnen krijgen wanneer hiervoor tijdig aan een aantal randvoorwaarden is voldaan, zoals een salarings- en rechtspositieregeling voor zowel de haio als de hao; zaken waarvoor al vele jaren wordt geijverd c.q. wordt overlegd met de Overheid.

B. Bij enkele artikelen

Ad artikel 1 en 2

De UHI-en zullen bij de opstelling van hun programma's van de interimopleidingen vrij zijn in hun keuze tot inrichting van deze opleidingen. Dit heeft twee redenen: door de zeer korte periode welke het CHG ter beschikking staat voor het creëren van een wettelijk kader voor deze interimopleidingen, is het onmogelijk één

OFFICIEEL

curriculum te ontwerpen dat de instemming van alle betrokkenen en verantwoordelijken heeft.

Aangezien het voorts om interimopleidingen gaat, is een meer definitieve structuur ook niet noodzakelijk of wenselijk. Wel zijn verschillende ervaringen van belang voor de definitieve huisartsopleidingen nieuwe stijl, welke in het begin van de jaren 90 zullen worden gegeven. Met het oog daarop zullen de interimopleidingen dan ook in de loop van 1989 en 1990 grondig worden geëvalueerd. De coördinatoren zullen in goed onderling overleg overeenkomen welke onderdelen van de opleiding, als omschreven in de CCBOH-rapporten, aan hun instituten in het opleidingsprogramma zullen worden opgenomen; dit teneinde te bereiken dat in het kader van deze interimopleidingen zoveel mogelijk met alle onderdelen onverkort ervaring kan worden opgedaan. Op grond van evaluatie zullen na voltooiing van deze opleidingen conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot inpassing van deze onderdelen in de te realiseren definitieve beroepsopleiding tot huisarts nieuwe stijl.

De interimopleiding zal voorts in het algemeen grotendeels dienen te worden doorgebracht in een huisartspraktijk. De in de tekst van het artikel genoemde periode van ten minste 12 maanden is door het College daarin opgenomen als een absoluut minimum; dit teneinde eventuele logistieke plaatsingsproblematiek te voorkomen. De resterende tijd kan worden besteed aan het volgen van diverse stages welke voor het later functioneren als huisarts van belang zijn. Het is ook mogelijk dat UH-en de gehele opleiding laten plaatsvinden in de praktijk van een huisartsopleider, van

waaruit dan, indien nodig en gewenst, korte additionele stages kunnen worden gevolgd.

Ad artikel 4

Dit artikel is om praktisch organisatorische reden opgenomen. Op grond van de in de considerans van dit besluit genoemde EG-richtlijn, zullen in alle lidstaten van de EG vanaf 1990 certificaten van huisartsopleidingen dienen te worden afgegeven van beroepsopleidingen met een duur van ten minste twee jaar. Het jaar 1988 is derhalve het laatste jaar waarin nog sprake kan zijn van eenjarige opleidingen die kunnen leiden tot onderlinge erkenning van bevoegdheden binnen de EG. Uiteraard zal de beschikbare opleidingscapaciteit zoveel mogelijk worden gebruikt voor opleidingen van twee jaar.

Ad artikel 5

Een hao die deelneemt aan een tweejarige interimopleiding zal niet reeds nadat hij één jaar van zo'n opleiding heeft gevolgd, de HRC om inschrijving in het register van erkende huisartsen kunnen verzoeken. Degene die een interimopleiding volgt, zal deze naar genoegen dienen te voltooien alvorens als huisarts te kunnen worden ingeschreven.

Ad artikel 6

Evaluatie dient zowel plaats te vinden met betrekking tot de verschillende onderdelen van de opleiding afzonderlijk als ook voor het totale leerproces.

SRC Nieuwe inschrijvingen

Specialisten, ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand december 1987:

Anesthesiologie

C. K. Jansen, 1.12.1987
H. G. van Middelkoop, 18.10.1987
M. B. Seinen, 1.12.1987

Cardiologie

C. L. Janus, 1.12.1987
Mw. C. H. Peels, 1.10.1987
J. M. E. Verrostte, 1.10.1987

Dermatologie

Mw. M. G. H. Mali-Gerrits, 16.11.1987

Gastro-enterologie

Dr. J. H. Kleibeuker, 1.7.1986
Zijn inschrijving als internist per 1.7.1983 komt hiermede te vervallen.
Mw. E. C. Klinkenberg-Knol, 1.7.1987
Haar inschrijving als internist per 1.4.1977 komt hiermede te vervallen.

Heelkunde

J. Merckx, 1.11.1987

Inwendige geneeskunde

B. W. van den Berg, 1.6.1987
E. J. Ter Borg, 1.7.1986
H. Delwig, 1.5.1987
J. A. P. M. Ewals, 1.10.1987
G. W. Feith, 1.11.1987
I. P. van Munster, 1.9.1987
Mw. J. W. den Ouden-Müller, 15.12.1985
S. G. S. Vreden, 1.9.1987

Keel-neus-oorheelkunde

R. J. C. Admiraal, 1.10.1987
R. J. Hadderingh, 1.10.1987
E. C. M. Heinerman, 1.7.1987

Kindergeneeskunde

Mw. G. C. M. Beaufort-Krol, 1.10.1987
J. A. Hazelzet, 1.10.1987
J. M. Mandema, 1.7.1986
Mw. J. Potkamp, 1.9.1987
Mw. G. van Wezel-Meijler, 1.11.1987

Oogheelkunde

F. M. R. J. M. Haustrate, 8.10.1987
B. L. J. Raemaekers, 14.10.1987

Plastische chirurgie

B. K. Dhar, 13.11.1987

Psychiatrie

J. van Dijk, 1.12.1987
A. R. van Gool, 1.10.1987
M. W. Moolenburgh, 1.10.1987
G. T. Visbach, 1.9.1987

Radiodiagnostiek

J. H. J. Albers, 16.6.1987
H. B. W. Gort, 1.12.1987
F. Martens, 1.10.1987
J. M. Schut, 17.11.1987

Urologie

J. W. Langeveld, 1.11.1987

Verloskunde en gynaecologie

W. M. Killian, 1.11.1987