

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 9 – 4 maart – 43e jaargang

Nu routine- en adaptieve sturing te kort schieten, is het raadzaam over te gaan tot een strategische herbezinning op de gezondheidszorg. De 'Nota 2000' zou hierbij als leidraad kunnen worden gebruikt. Een voorstel van J. C. Broertjes, sociaal-geneeskundige in opleiding, arts bij de Basisgezondheidsdienst Amstelland-de Meerlanden.

Het eerder in MC verschenen artikel 'Vijf jaar integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' van ambtenaar-invoeringscoördinator Dr. P. Stevens krijgt een meer vanuit de optiek van de regio geschreven aanvulling.

De hoofdlijnen van een regionaal bestuursmodel dat ook plaats biedt aan marktelementen worden geformuleerd door medewerkers van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Medio '87 werden op een symposium in Roermond de resultaten gepresenteerd van het project 'Regionale begroting'. Prof. Dr. L. M. J. Groot, die in Maastricht de economie van de gezondheidszorg doceert, brengt er kort verslag van uit.

Welke plaats is het Medisch Centrum Almere (MCA) toegevallden in het gezondheidssysteem van die stad? NZI-medewerker (afdeling Management en Organisatie) L. Dekker en MCA-hoofd R. K. Pet duiden het uit.

Als struisvogelpolitiek is: een strategie van niet-kiezen bij gebrek aan een visie, dan bedrijft men in Den Haag struisvogelpolitiek waar het gaat over de ontwikkelingssamenwerking ten behoeve van ziekenhuizen. De Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) analyseerde een rapport daarover dat enigszins was zoekgeraakt.

Ongevallen brengen grote schade toe, ook aan de volksgezondheid. Om het beleid ter zake van een solide fundering te voorzien, bestudeerde de scenariocommissie 'Ongevallen en traumatologie' de ontwikkelingen in het verleden en mogelijke toekomstige ontwikkelingen.

INHOUD

Over het sturen van de gezondheidszorg
J. C. Broertjes – 263

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio
Drs. J. de Groot, Drs. G. Jongerius-de Gier, Dr. I. Mur-Veeman en Dr. M. Schuurman – 265

Van regionale planning naar een regionaal bestuursmodel
Mw. Drs. C. Willemse, Mw. E. Jurg en Drs. J. M. Boot – 269

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie: Landelijk onderzoek moedermelkverontreiniging – 271

Regionalisatie, markt en concurrentie
Prof. Dr. L. M. J. Groot – 272

Het Medisch Centrum Almere. Een experiment in Almere (5)
L. Dekker en R. K. Pet – 275

Ontwikkelingssamenwerking of struisvogelpolitiek?
F. Duijm – 277

Ongevallen in het jaar 2000. Hoofdlijnen van het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie'
E. F. van Beek en J. P. Mackenbach – 279

Colofon 248 – Colofon officieel 248 – Hoofdreactioneel commentaar 259 – Voorzitterskolom LSV 260 – Brieven 261 – Boeken 284 – Uit de Vereniging – 287

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

Bestuur Medisch Contact

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

De eerste transportabele bloeddrukmeter, die enigszins betrouwbare uitkomsten gaf. Ontworpen door Samuel S. K. Ritter von Basch 1837-1905. Von Basch was o.a. lijfarts van Keizer Maximiliaan, privatdocent in de experimentele pathologie in Wenen en als arts verbonden aan Marlenbad. Plaats en herkomst van schildering onbekend.

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. Elkmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mij en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-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.

Beddenreductie en functiebeperking

De staatssecretaris van WVC heeft op 18 december 1987 besloten de richtlijn op grond van artikel 3 van de Wet op de Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zodanig te veranderen dat het aantal bedden in algemene academische en categorale ziekenhuizen per gezondheidsregio wordt verlaagd van 3,7 tot 3,4 per 1.000 inwoners. Ten aanzien van de verschillende leeftijdscategorieën zijn genuanceerde normen voor 1990 en 1995 aangegeven; voor de categorie '65 jaar en ouder' is deze norm voor 1990 vastgesteld op 11,13% en voor 1995 op 10,86%. Tevens is voor de belangrijkste specialismen het aantal inwoners per functie-eenheid vastgesteld; zo blijkt er één algemene chirurg met gemiddelde specialisatie te mogen zijn op 21.200 inwoners. Aangekondigd is, dat per gezondheidsregio als overmatig beschouwde capaciteit aan bedden en functies snel en doelmatig zal moeten worden vermindert.

Op 3 februari jl. heeft de staatssecretaris in een brief aan de provincies meer details over zijn plannen bekendgemaakt. De patiëntenzorgtaak van de academische ziekenhuizen valt in het vervolg onder de bedden- en functieplanning. Per gezondheidsregio worden aanwijzingen gegeven over de veranderingen die dienen plaats te vinden; in een aantal gevallen omvatten deze veranderingen een vermindering van het aantal ziekenhuizen, in andere gevallen een reductie van functie-eenheden. Binnen een jaar moeten de provincies hun reductievoorstellen aan de staatssecretaris hebben voorgelegd.

Deze maatregelen betekenen per 1990 een extra vermindering met 3.342 bedden boven de reeds in uitvoering zijnde reductie van 8.000 bedden. Merkwaardig is dat de bewindsman niet het noodzakelijke aantal bedden voor 1995 aanhoudt, omdat dit, zoals hij zelf aangeeft, 'slechts' een extra reductie van 2.167 bedden zou betekenen.

Een commissie van de LSV heeft de consequenties van de aangekondigde maatregelen voor de zorgverlening geanalyseerd¹. Terecht worden deze geplaatst tegen het gehele pakket maatregelen dat door de overheid wordt voorgestaan en tegen te voorziene ontwikkelingen als de vergrijzing. Verwacht wordt dat het beleid dat de LSV, in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen, voert ter bevordering van de kwaliteit en doel-

matigheid, bijvoorbeeld met betrekking tot het opstellen van protocollen, een verdere afname van het beddengebruik in de toekomst mogelijk zal maken.

De bezwaren tegen beddenreductie zijn van een andere aard dan die tegen functiebeperking. Een nieuwe beddenreductie vóór de vorige operatie, waarin 8.000 bedden zijn verdwenen, is afgerond, geeft een enorme druk op de betrokkenen in de ziekenhuizen en op de lokale bestuurders. Het ware daarom beter geweest ernaar te streven dat al in het begin van de jaren negentig het aantal bedden tot het voor 1995 noodzakelijk geachte aantal zou worden gereduceerd. Dit niet alleen omdat een bezettingspercentage van 94% veel risico's met zich meebrengt, maar vooral omdat men zich van het bezuinigingseffect van deze beddenreductie niet al te veel moet voorstellen en dus rustig het streefgetal voor 1995 kan aanhouden. De grootste kosten worden immers niet geïnitieerd door 'het

Dr. C. Spreeuwenberg

bed', maar door de overhead. Mensen die eertijds 'ter observatie' zouden zijn opgenomen, een meestal weinig zorg behoevende groep, worden tegenwoordig poliklinisch onderzocht. De ligdagen in het ziekenhuis mogen dan korter zijn geworden, de druk op de diagnostisch-therapeutische voorzieningen en de behoefte aan zorg is aanzienlijk toegenomen. Medisch-technisch krijgen patiënten weliswaar nog steeds wat nodig is, ze klagen over de haast waarin alles over hen heen komt, waardoor ze hun greep op de situatie dreigen te verliezen, over het tekort aan voorlichting en over het gebrek aan begrip en aandacht voor hun zorgen in verband met het ziek-zijn. Vooral verpleegkundigen staan in ziekenhuizen onder grote druk. Daarom mag beddenreductie niet gepaard gaan met een navenante daling aan personeel op de verpleegafdelingen. Als men de beddenreductie ook over een langere termijn, wanneer de effecten van de vergrijzing merkbaar gaan worden, wil handhaven, zal men ernst moeten maken met de substitutie, door meer verpleeghuizen en bejaardenhuizen te bouwen en in een adequate thuiszorg te voorzien.

Ingewikkelder ligt het bij de functiebeperking. Het is volkomen terecht dat de feitelijke betekenis van een ziekenhuis nu aan functies en bedden wordt afgemeten. De laatste jaren is er binnen de ziekenhuisorganisatie immers een *intern substitutiebeleid* gevoerd: van kliniek naar polikliniek. Specialisten zijn nog lang niet klaar met de normalisering van hun werktijden. Verwacht wordt dat het aantal specialisten de komende twintig jaar met ruim 40% zal moeten groeien². Ook de wachtlijsten voor de polikliniek wijzen allerminst op overcapaciteit.

De nu bekend geworden normen houden geen rekening met regionale verschillen in gezondheidstoestand van de bevolking, behoeften en huidige voorzieningen. In feite wordt de *planningswet* WZV hier te veel 'opgerekt', zodat zonder inzicht in de behoefte de capaciteit wordt bepaald. Van departementswege wordt deze handelwijze verdedigd door te stellen dat men de eerste lijn wil versterken en dat de gelden die daarvoor nodig zijn eerst bij de tweede lijn moeten worden vrijgemaakt. Dit is een *drogredenering*. Men vergeet dat substitutie lang niet altijd kan inhouden dat de huisarts de patiënt alleen gaat behandelen, maar dat de functies 'samenwerken' en 'consultatie' zullen worden versterkt. Daarnaast zal men eerst moeten investeren in de eerste lijn; een langere opleiding dan twee jaar, versterking van de organisatie, meer voorzieningen en ondersteuning zijn noodzakelijk. Als men aan vermindering van specialistische faciliteiten begint vóór de eerste lijn voor haar nieuwe taken geschikt is gemaakt en daarin voldoende wordt ondersteund, ontstaat er een *chaos*, zonder dat er ook maar enigszins uitzicht op is dat de eerste lijn ooit meer middelen krijgt toegewezen. Het geheel overziende, krijgt men de stellige indruk dat het optisch plaatje van een goedkopere gezondheidszorg heeft geprevaleerd boven een weloverwogen marsroute naar het jaar 2000. □

1. LSV. Rapport van de Beleidsadviescommissie Beddenreductie en functiereductie. Utrecht, 1988.

2. Subcommissie Specialisten van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen. Eindadvies Behoefteraming Medische Specialisten. Rijswijk, november 1986.

LSV-voorzitter Dr. C. M. T. Plasmans:

Noodwet?

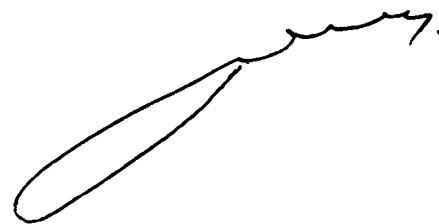
De tijdelijke (?) luwte in alle conflicten met de overheid en de ziektekostenverzekeraars heeft ons de gelegenheid gegeven weer eens aandacht te besteden aan minder materieel getinte zaken, zoals de ontwikkeling van het kwaliteits- en toetsingsbeleid en het doelmatigheidsbeleid. Voor het bestuur van de LSV geldt hierbij hetzelfde als voor haar leden: je moet er tijd voor hebben en je hoofd moet ernaar staan. Welnu, er was rust op het 'slagveld' en uit Den Haag kwamen geluiden waaruit viel op te maken dat men zich ook daar begon te realiseren dat de positieve inzet van specialisten op lange termijn profijtelijker voor het volumebeleid zou zijn dan het wederom boeken van kortetermijnsuccessen op het gebied van het inkomensbeleid. Juist deze laatste ontwikkeling zou de basis kunnen vormen voor een betere verhouding tussen specialisten en de overheid.

Recente ontwikkelingen op het gebied van de bedden- en functiereductie doen mij echter weer twifelen aan de bereidheid van 'Den Haag' de onderlinge verhoudingen daadwerkelijk te verbeteren. Als het aan de LSV ligt zal in de komende jaren door specialisten veel meer tijd en aandacht moeten worden besteed aan de kosten welke door hen worden gegeneerd en de wijze waarop deze beter door hen kunnen worden beheerst. Maar ik vraag mij af of de staatssecretaris evenveel oog voor onze bezorgdheid voor de kwaliteit heeft als wij oog hebben voor zijn financiële zorgen. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de recent door de staatssecretaris afgegeven aanwijzingen inzake het bedden- en functiereductiebeleid. Dit beleid, mede in combinatie met het beleid van zijn voorgangers, omvat het afstoten van 10.000 ziekenhuisbedden (circa 16% van alle bedden) en van 470 functie-eenheden (7,5%). Dit betekent dat circa 7,5% van alle op patiëntenzorg gerichte activiteiten in ziekenhuizen zou moeten worden afgestoten! Van cruciaal belang daarbij is dat naar de mening van de staatssecretaris dit capaciteitsreduc-

tiebeleid geen negatieve gevolgen zal hebben voor de kwaliteit. Dit verklaart wellicht waarom de staatssecretaris het kennelijk (nog) niet nodig heeft geacht voorzieningen in de sfeer van de substitutie naar eerste en tweede lijn te treffen. Op zichzelf kan de staatssecretaris moeilijk anders, want de Wet Ziekenhuisvoorzieningen is het enige instrument dat in dit kader door hem kan worden gebruikt en volgens deze wet dient de (werkelijke) behoefte als uitgangspunt voor de planning te worden genomen: voor het uitvoeren van bezuinigingsoperaties, zo is door de rechter al eens vastgesteld, kan deze wet niet worden gebruikt.

Recent is door een commissie van de LSV een consequentieanalyse van het bedden- en functiereductiebeleid opgesteld. Hierin wordt onder meer aange- toond dat de gehanteerde planningsnormen voor met name de functiereductie een aanzienlijke afwijking van de werkelijk te verwachten behoefte vertonen. De wijze waarop deze cijfers worden gehanteerd versterkt mijn overtuiging dat wij hier te maken hebben met een bezuinigingsmaatregel die weinig met behoefteplanning te maken heeft. Het toepassen van deze 'behoefteplanning' zal dan ook een aanzienlijk verlies aan kwaliteit opleveren, in het bijzonder in de vorm van wachtlijsten en een verdere overbelasting van de ziekenhuisorganisatie (verpleging!). Natuurlijk is ook de staatssecretaris zich hiervan bewust. Mede om deze reden wordt immers een noodwet achter de hand gehouden voor

het geval iemand de ballon dreigt door te prikken. Ik ben geneigd om te zeggen: laat die noodwet er dan maar komen! Een inhoudelijke discussie over de wenselijkheid van een bezuinigingsoperatie in de gezondheidszorg is altijd beter dan een schijn discussie over de afbouw van de zogenaamde overcapaciteit. Een dergelijke opstelling van de specialisten is in een kwaliteitskrant recent nog als 'arrogant' betiteld. Ik beschouw dit als een verkeerd begrip van het verantwoordelijkheidsbesef van de specialisten en hun beroepsorganisatie. Een nog doelmatiger functionerende tweedelijnsgezondheidszorg acht ik zeker mogelijk. De specialisten hebben daarbij naar de opvatting van de LSV de taak kwaliteit en kosten zo goed mogelijk tegen elkaar af te wegen. Dit stelt eisen aan de specialist, dit stelt eisen aan de ziekenhuisorganisatie waarin de specialist functioneert en dit stelt eisen aan de LSV en de wetenschappelijke verenigingen. De ontwikkeling van een dergelijk beleid is echter alleen haalbaar indien ook door de staatssecretaris wordt erkend dat doelmatigheid niet zonder kwalitatieve randvoorwaarden kan. De beleidsvoornemens ten aanzien van de capaciteitsreductie geven echter aan dat de staatssecretaris aan deze randvoorwaarden niet wil, of niet kan, vasthouden.



Dr. C. M. T. Plasmans,
voorzitter LSV

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.

WAAROM HEEFT NIEMAND ECHT GEHOLPEN?

In MC nr. 2/1988, blz. 44, werd gepubliceerd de beschikking van de Hoge Raad d.d. 23 juni 1987 naar aanleiding van door een arts gepleegde opzettelijke levensberoving van Mw. C. Het Hof te Arnhem had de arts buiten vervolging gesteld; het oordeelde namelijk dat in hoge mate onwaarschijnlijk was dat de strafrechter, later oordelend, tot een veroordeling zou komen.

Het is niet mijn bedoeling commentaar te leveren op deze beschikking, echter wel enkele vragen te stellen over de wijze waarop Mw. C werd behandeld. Ik ga daarbij af op de tekst van de beschikking zoals deze in Medisch Contact is weergegeven.

Het ging om een dame, Mw. C, die zeer ernstig ziek was: 'Bij mijn onderzoek vond ik een onbehandelbare kanker', zegt de internist. Een van haar dochters is overleden en heeft daarbij kennelijk een lijdensweg doormaakt. Mw. C reageert daarop, volgens een andere dochter, met: 'Alsjeblieft, dat niet meer', en later met: 'dat het afgelopen moest zijn', terwijl ze soms wanhopig vroeg: 'Kan mij dan niemand helpen?' Waarom heeft deze dochter toen niet aan de huisarts gevraagd moeite te doen een andere arts of specialist in consult te laten komen, bijvoorbeeld een anesthesist, die in ieder geval de pijn van Mw. C afdoende zou hebben kunnen bestrijden?

Een zoon van Mw. C verklaart hetzelfde. Vier maanden voor het overlijden zegt Mw. C een 'lijden als haar dochter niet te willen' – een gerechtvaardigd verlangen – en toen werd reeds levensbeëindiging door de huisarts beloofd, ook hier niet eerst een verzoek tot consultering van een andere arts toegezegd.

De ziekenverzorger vat de uitroep van Mw. C: 'Help me toch' pas de laatste dagen voor het overlijden op als een verzoek tot levensbeëindiging. En tevoren? Als een verzoek om hulp? Waarom werd daar niet aan voldaan?

De internist voorspelt al in april, dus vier maanden voor de dood, een ernstig lijden: '(Mw. C) had een grote tumor in de longen, waardoor haar longfunctie verminderde. Dat gaat gepaard met grote vermoeidheid en benauwdheid. De ziekte kan erg naar, ook pijnlijk eindigen.' Maar ook deze internist biedt zijn hulp niet aan bij de bestrijding van de voorspelde moeheid, benauwdheid en pijn, hoewel hij toch ervaring moet hebben met dit soort ernstig lijden.

Het afdelingshoofd van het bejaardenhuis verklaart onder andere dat Mw. C '... in de laatste weken ... voortdurend erge pijnen leed'. Maar nergens lees ik wie zich nu eens heeft ingezet om daaraan wat te doen.

Hetzelfde wordt signaleerd in de dagrappor-



ten: '... in de laatste weken ... nauwelijks nog at, erg onrustig en angstig was en erge pijnen had'. Onrust, angst en hevige pijn, en dat wekenlang laten bestaan: hoe kan men een medemens zo lang, zo ernstig laten lijden?

Als die niet in consult geroepen arts nu eens in staat zou zijn geweest die onrust, angst en pijn geheel of voor een groot deel weg te nemen, wat zou er dan zijn overgebleven van dat verzoek tot levensbeëindiging? Het antwoord weet ik niet, doch het bovenstaande maakt nog eens op schrijnende wijze duidelijk dat er hier en daar in ons land bij stervenshulp en stervensbegeleiding ernstig te kort wordt geschoten! Wanneer gaat het onderwijs daarin nu eens van start?

Utrecht, februari 1988
Dr. J. G. Verhoeven

DE ARTS GETUIGE TEGEN ZIJN PATIËNT?

In het NTVG 1987, 131, nr. 48, blz. 2208-2210, en in MC nr. 43/1987, blz. 1379, is een beslissing van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam van 24 juni 1985 gepubliceerd (hetgeen pas mogelijk was nadat in hoger beroep het Centraal Medisch Tuchtcollege de uitspraak had bevestigd). In het NTVG schreef Prof. Dr. H. J. J. Leenen onder de beslissing een zeer belangwekkende noot en in Medisch Contact stond een ingezonden brief daarover van de oud-voorzitter van genoemd centraal college, mr. P. J. W. de Brauw, onder welke brief een naschrift was opgenomen van Dr. C. Spreeuwenberg en Mr. W. R. Vroom-Kastelein (MC nr. 2/1988, blz. 38).

Ik kan niet met de commentatoren in discussie treden, maar één opmerking moet worden gemaakt: de heer De Brauw schrijft dat de patiënt van de arts een eis tot schadeloosstelling had ingediend tegen het ziekenhuis 'waar de beklagde arts hem operatief had behandeld, waarbij de nervus ischiadicus zou zijn geraakt'. De tuchtrechtelijk aangeklaagde arts was echter geenszins de operateur (chirurg), maar de behandelend internist van de patiënt bij wie hij voor de operatie een coloscopie had verricht. De patiënt (de klager) weet de laesie van de nervus ischiadicus aan een vóór die coloscopie door een verpleegkundige toegediende injectie met onder andere valium. Aan de operateur-chirurg werd dus niets verweten,

zodat de rechtbank ook geen bewijs opdroeg dat en hoe de chirurg de zenuw had beschadigd ...

Dr. Spreeuwenberg en Mr. Vroom lijken door een en ander op het verkeerde been te zijn gezet, maar misschien begrijp ik hun naschrift niet goed. Voor alle duidelijkheid zij echter vermeld dat de tuchtrechtelijk aangeklaagde arts niet civielrechtelijk aansprakelijk was gesteld (en evenmin de chirurg-operateur), maar het ziekenhuis, omdat de verpleegkundige daar in dienst was. Hoe dan ook, de internist tegen wie de klacht was gericht hoefde voor zichzelf civielrechtelijk niets te vrezen. Dat hij zonder toestemming van de patiënt aan de advocaat van het ziekenhuis de door hem gevraagde medische informatie gaf, werd door het tuchtcollege in strijd met zijn geheimhoudingsplicht geacht.

Amsterdam, februari 1988
J. A. Schröder, voorzitter
Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Naschrift

Essentiële vraag is of de patiënt door een civiele vordering tegen het ziekenhuis in te stellen daarmee niet verondersteld kan worden toestemming te hebben gegeven voor het raadplegen van zijn medische gegevens, respectievelijk het opvragen van informatie, ook als deze bij zijn behandelend arts (in dat ziekenhuis werkzaam) berust(en).

Utrecht, februari 1988
Dr. C. Spreeuwenberg
Mw. Mr. W. R. Kastelein

HOMEOPATHIE EN KOFFIE

Homeopatisch werkende artsen blijken soms over ongedachte therapeutische mogelijkheden te beschikken. Neem nu de advertentie die in Medisch Contact van 29 januari jongstleden prijkte onder het opschrift: 'Kun je met koffie slapeloosheid genezen?' 'Koffie is een opwekkend middel en er zijn mensen die de slaap niet kunnen vatten wanneer zij 's avonds koffie hebben gedronken.' Het homeopathische similia-similibus-principe (het gelijke met het gelijksoortige bestrijden, maar dan in enorm sterk verlaagde dosis) leidt dan logisch tot de gevolgtrekking dat men deze patiënten kan behandelen met coffeïne D3 (verdunding 1 op 1.000 oplosmiddel). Dat geldt dan natuurlijk speciaal voor patiënten die volgens een bepaalde totaaldiagnostiek vooral voor een dergelijke behandeling in aanmerking komen. Want zo werkt de kritische homeopathische arts. Men kan zich moeilijk

een therapie voorstellen die meer in overeenstemming is met de homeopatische gedachten-gang.

Het idee is niet nieuw. In 1934 heeft een zekere Dr. Fritz Donner in Berlijn in het kader van de 'Ärztliche Fortbildung' hetzelfde gepropageerd*. Zijn verdunningen liepen uiteen van D3 tot D6 (1 op 1.000.000 oplosmiddel, dus duizendmaal zo sterk verdund als D3), want zo nauw schijnt dat niet te luisteren.

De toeschouwer die logisch probeert te denken ('probeert', inderdaad, want logisch denken blijkt niet altijd gemakkelijk te zijn) zal zich afvragen of men ter voorkoming van kosten en om een gang naar de apotheek overbodig te maken, zijn doel niet even goed bereikt als men voor het naar bed gaan tracht die laatste achtergebleven druppel koffie aan het kopje te ontworstelen. Voor dezelfde kritische toeschouwer, die nog steeds tracht logisch te denken, zal het duidelijk zijn dat ook deze homeopatische therapie volstrekt ongevaarlijk is. Men kan tegenwerpen dat door de extra toediening van een zeer kleine hoeveelheid coffeïne de kwaal kan verergeren, maar meer effect van verlenging van de slapeloosheid met een enkele seconde mag men bij verdunningen van 1 op 1.000 tot 1 op 1.000.000 toch stellig niet verwachten, en dat is te verwaarlozen. Zouden de homeopatisch praktiserende artsen werkelijk vertrouwen hebben in dit soort medicatie? Dat mag toch niet waar zijn!

Wijhe, februari 1988

Dr. D. Hoogendoorn

* Donner F. Vier Vorlesungen über Homöopathie. Leipzig: Willmar Schwabe, 1938.

OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK EN FYSIOTHERAPIE

Een reactie op het verslag 'Oefentherapie-Mensendieck bij rugklachten' van Mw. A. L. W. Samama-Polak in Medisch Contact van 29 januari jl. (MC nr. 4/1988, blz. 115):

Uiteraard is het verheugend een pleidooi te lezen voor de behandeling van klachten in het bewegingsapparaat via oefeningen direct ingrijpend in het 'houden' en 'bewegen'. Echter toch de volgende opmerking: in de paragraaf betreffende 'de puber' wordt mijns inziens de suggestie gewekt dat een patiënt met letsel van voet, knie en heup op zijn plaats is bij de fysiotherapeut, maar een patiënt met rugklachten of één van bovengenoemde klachten voortkomend uit een slecht bewegen, bijvoorbeeld bij sportbeoefening, *niet* naar de fysiotherapeut, maar naar de oefentherapeut-Mensendieck zou moeten worden verwezen. Misschien is het zo dat de fysiotherapie door het gebruik van allerlei apparaten wel eens de schijn wekt dat zij puur symptomatisch te werk gaat. Ik wil hier echter zeggen: de fysiotherapie heeft een eveneens preventieve, curatieve en palliatieve benadering, waarbij altijd *het bewegingsapparaat als totaliteit* cen-

traal staat. Als zodanig staat de fysiotherapeut hand in hand met de oefentherapeut-Mensendieck.

Enschede, februari 1988

J. T. Herik, fysiotherapeut

Naschrift

Mijn 40-jarige ervaring als oefentherapeute-Mensendieck in verschillende werkt terreinen heeft mij nooit duidelijk het *preventieve aspect* van een behandeling door fysiotherapeuten laten zien. Ik zou het bijzonder op prijs stellen wanneer mij dit duidelijk kan worden gemaakt, want dan zou ik een geruster gevoel hebben om te gaan samenwerken met fysiotherapeuten. Overigens doe ik dat in enkele gevallen al. Ons aller zorg is immers het *vermijden* en het *behandelen* van klachten van patiënten. We kunnen elkaar daarin ongetwijfeld bijzonder goed aanvullen.

Laren, februari 1988

A. L. W. Samama-Polak

WAARDE CIJFERMATERIAAL GEZONDHEIDSZORG

In een circulaire van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) van 22 december 1986 zijn besturen van ziekenhuizen en organisaties van ziektekostenverzekeraars op de hoogte gebracht van het besluit tot wijziging van de definitie van het eerste polikliniekbezoek. Dit besluit houdt in dat voor ziekenfondspatiënten het aantal eerste polikliniekbezoeken gelijk is aan het aantal bij de ziekenfondsen gedeclareerde verwijskaarten, waaronder ook de 'verwijskaart na één jaar'; voor niet-ziemenfondsverzekerden is het aantal eerste polikliniekbezoeken gelijk aan het aantal eerste consulten (zie toelichting op gewijzigde definitie eerste polikliniekbezoek, COTG 13 februari 1987).

Een en ander houdt in dat het aantal eerste polikliniekbezoeken van ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1987 zal stijgen en dat dat aantal voor particulieerverzekerden zal gelijkblijven. Ongetwijfeld zal binnen afzienbare tijd dan ook een studie verschijnen waaruit blijkt dat sinds 1 januari 1987 de gezondheid van de ziekenfondspatiënten er ten opzichte van die van de particuliere verzekerden op is achteruitgegaan.

Utrecht, februari 1988

P. C. L. Docter, uroloog

ZIEKTE VAN WEGENER

Oproep

De ziekte van Wegener: er bestaat geen vereniging van patiënten met deze zeldzame collagene/autoimmuunziekte en er is ook vrij wei-

nig over bekend, zodat wij er niet veel wijzer van worden.

Daarom een dringende oproep aan artsen en patiënten: meldt ons uw informatie, ervaringen, etc. Kortom, alles wat met de ziekte van Wegener te maken heeft willen wij ontzettend graag weten.

Wilt u a.u.b. reageren?

's-Heer Arendskerke, februari 1988

Fam. Groeneweg-Gilyamse

Liesbethstraat 53

4458 BV 's-Heer Arendskerke (Zeeland)

tel. 01106-3152

P.S. De kans dat patiënten deze oproep lezen is niet zo groot. Daarom de vraag aan artsen, dit schrijven onder de aandacht van hun patiënten te brengen.

OLMA-fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal - berekend volgens de artikelen 24 en 25 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal - een fractiewaarde berekend. Voor het 1e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,02.

Over het sturen van de gezondheidszorg

Een pleidooi voor strategische herbezinning

Sinds het verschijnen van de Structuurnota van 1974 is het beleid binnen de gezondheidszorg gericht geweest op de structuur van de gezondheidszorg als geheel¹. Men hoopte hiermee het gebrek aan samenhang op te lossen en een manier te vinden waarop overheid, hulpverleners en verzekeraars bij de gezondheidszorg zouden moeten worden betrokken. Tot op heden is het nooit gelukt een eenheid tot stand te brengen en ook het laatste voorstel, dat van de Commissie Structuur en Financiering (commissie-Dekker)², heeft het op dit moment erg moeilijk.

De betekenis van het structuurbeleid voor de vormgeving is veel bescheidener dan zou mogen worden verwacht. Dit betekent dat het structuurbeleid zoals het zich manifesteert op zijn best nogal inefficiënt is en op zijn slechtst een doorlopende mislukking kan worden genoemd³.

Met het rapport-Dekker lijkt het dezelfde kant op te gaan als met de eerdere pogingen meer structuur in de gezondheidszorg aan te brengen. Blijkbaar schiet het structuurbeleid te kort in het sturen en richting geven aan de gezondheidszorg. Het is daarom gewenst te zoeken naar andere vormen van besturing. In deze bijdrage worden verschillende besturingsvormen beschreven. Vervolgens wordt besproken wat dit voor mogelijkheden en gewenste ontwikkelingen voor het beleid biedt.

VORMEN VAN BESTURING

Besturing kunnen we omschrijven als elke vorm van gerichte beïnvloeding⁴. Het gaat in dit geval om een doelgerichte beïnvloeding van het gedrag of de structuur van de gezondheidszorg. Hierbij wordt de gehele gezondheidszorg als één systeem beschouwd; ook in het rapport-Dekker wordt over 'het zorgsysteem' gesproken.

We kunnen drie vormen van besturing onderscheiden⁵:

- routinesturing;
- adaptieve sturing; en
- doelwijzigende sturing (= strategische sturing).

J. C. Broertjes

Van de drie stuurinstrumenten in de gezondheidszorg: routinesturing, adaptatiesturing, en strategische sturing, zijn als voorbeelden te noemen: het huidige beleid van 'Den Haag', het rapport-Dekker, en de 'Nota 2000'. Aldus de sociaal-geneeskundige in opleiding, J. C. Broertjes, arts bij de Basisgezondheidsdienst Amstelland-de Meerlanden. Naar hij heeft vastgesteld gaat de meeste aandacht nu uit naar 1 en 2. Maar zo komen we er, denkt hij, niet. De nadruk ligt te veel op de structuur, te weinig op de strategie: het aanpassen van het doel aan de middelen.

Routinesturing

De routinesturing is een vorm van sturing die de structuur en de doelstelling van het systeem onverlet laat. Het betreft hier correcties binnen het systeem van de gezondheidszorg. Routine betekent volgens Van Dale: geregelde gang van telkens terugkerende bezigheden; steeds dezelfde maatregel wordt herhaalde malen gebruikt, zonder ingrijpende consequenties voor de onderlinge verhoudingen binnen het zorgsysteem.

Voorbeelden van deze besturingsvorm in het regeringsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg zijn het verhogen of verlagen van de ziekenfondspremie, het uitbreiden of inkrimpen van het ziekenfondspakket, het bijstellen van instellingsbudgetten en het vaststellen van richtlijnen voor de vergoeding van verrichtingen. Het (laten) opstellen van een nota over de structuur van de gezondheidszorg lijkt ook al een routinehandeling te worden.

Adaptieve sturing

Deze besturingsvorm beoogt de verandering van de structuur van het systeem. Het doel hiervan is een aanpassing aan omstandigheden die zich voordoen en die niet meer door de routinemaatregelen kunnen worden opgevangen. Door

deze structuurwijziging moet het systeem weer zodanig gaan functioneren dat de bestaande routine-stuurmaatregelen weer voldoende effectief worden.

Het structuurbeleid van de regering heeft nog niet geleid tot het opheffen van de onsamenvatbaarheid in de gezondheidszorg. De zo gewenste eenheid in de organisatie en de financiering is om vele redenen niet tot stand gekomen. Wel zijn onderdelen van de voorgestelde structuurveranderingen ingevoerd.

De bekendste voorbeelden van voorstellen tot structuurwijzigingen zijn de Structuurnota van 1974 en het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg^{1 2}. Het eerste rapport heeft tot gevolg gehad dat er gezondheidsregio's zijn gekomen, maar slechts enkele onderdelen van de zorg zijn geregionaliseerd: basisgezondheidszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, ambulancevervoer; ook binnen het kruiswerk streeft men steeds meer naar regionale kruisorganisaties. Wat de uiteindelijke gevolgen van het tweede hier genoemde rapport zullen zijn is niet bekend. In ieder geval vormde het veel stof tot discussie, zowel binnen de gezondheidszorg, in de Tweede Kamer als in de regering. Het valt echter te betwijfelen of de voorstellen in hun geheel zullen worden overgenomen; dit ondanks de bezwerende woorden van de voorzitter van de commissie.

Overigens heeft niet alleen de overheid zich over de structuur gebogen, ook andere publikaties wezen op het belang van de structurele aanpak van de gezondheidszorg⁶.

Doelwijzigende of strategische sturing

Als onder bepaalde omstandigheden blijkt dat de routine- en adaptieve sturing te kort schieten, zal men moeten overgaan tot een strategische sturing. Dit betekent dat het doel van het systeem zal moeten worden aangepast aan de mogelijkheden en middelen die men heeft. Dit vergt een diepgaander discussie dan die welke thans wordt gevoerd. Het kan betekenen dat men het aspiratieniveau zal moeten verlagen of de hoeveelheid beschikbare middelen zal moeten bijstellen of de activiteiten op een ander doel richten.

Een poging tot een dergelijke strategische wijziging van het beleid is de 'Nota 2000'⁷. Op blz. 314 van deze nota staat als één van de uitgangspunten om het besturingssysteem te wijzigen dat het sturend vermogen versterkt moet worden door middel van inhoudelijke doelstellingen. Op blz. 309 staan dan de kenmerken van de gezondheidsdoelen omschreven. Ook de minister heeft vastgesteld dat deze nota de doelen aangeeft waar we naar moeten streven⁸. Tot op heden is de discussie hierover nauwelijks tot de Tweede Kamer en de regering doorgedrongen. Voor een theoretische beschouwing over de doelstellingen van de gezondheidszorg verwijs ik naar Thung en naar de 'Nota 2000' zelf (blz. 309)^{9, 7}.

DISCUSSIE

Sinds het voorjaar van 1987 liggen er twee rapporten naast elkaar die met elkaar lijken te concurreren: de 'Nota 2000' en het rapport-Dekker⁸. Wat is er tot nu toe mee gebeurd?

Juni 1987 had de nota in de *Kamer* moeten worden besproken. Op dat moment was het voorlopige regeringsstandpunt net bekend. Bovendien had de regering enkele beslissingen over de gezondheidszorg genomen (onder andere verhoging ziekenfondspremie). De discussie toen ging niet of nauwelijks over de 'Nota 2000', een beetje over 'Dekker' en veel over de genomen routinemaatregelen. Ook de discussie in de *Kamer* van 5 november 1987 ging meer over het al dan niet handhaven van de tandartszorg in het ziekenfondspakket dan over het onduidelijke regeringsstandpunt over de invoering van de basisverzekering.

Wat heeft de *regering* gedaan? Dit beeld lijkt op dat van de *Kamer*. Maatregelen die op grond van de 'Nota 2000' zijn genomen zijn niet in de publiciteit gekomen, het invoeren van een basisverzekering is uitgesteld tot 1990 en het blijft tot die tijd onzeker of het tot een integrale implementatie van de voorstellen komt. Inmiddels is de ziekenfondspremie verhoogd, zijn bezuinigingen op de gezinszorg en herstellingszorg aangekondigd, is het al of niet handhaven van tandartsenhulp in het ziekenfondspakket ter discussie gesteld en een eigen bijdrage voor de verwijzing naar de specialist aangekondigd.

Wat heeft het *veld* gedaan? Als leidraad gebruik ik hiervoor de artikelen die over beide rapporten in *Medisch Contact* zijn verschenen. In 1986 werd van de zijde van de hulpverleners om een commissie

gevraagd die een planmatige aanpak zou moeten ontwerpen¹⁰. Na het verschijnen van de beide rapporten is uitvoerig aandacht besteed aan de bespreking daarvan. Het aantal artikelen over de 'Nota 2000', te weten vijf¹¹⁻¹⁵, werd verre overtroffen door het aantal artikelen over de bereidheid tot verandering¹⁶⁻²⁶. Sommigen komen echter bij de bespreking over het rapport-Dekker tot de conclusie dat een zorginhoudelijk kader aan dit rapport ontbreekt en dat er meer aandacht moet worden besteed aan het formuleren van doelen en randvoorwaarden²¹.

In het kader van een theoretische beschouwing over de besturing van de gezondheidszorg moet men concluderen dat de strategische sturing niet of nauwelijks aan de orde komt.

Hoe men ook over de 'Nota 2000' denkt, men moet dit stuk beschouwen als een stap naar een strategische beleidsvorming²¹. De doelen van de gezondheidszorg staan hierin centraal en deze spreken velen aan¹⁵. De nota heeft echter niet die belangstelling gekregen die ze had moeten hebben.

Deze belangstelling was veel meer gericht op het rapport-Dekker, wat als een ontwerp voor een adaptieve sturing is te beschouwen. Een integrale invoering van de voorgestelde structuurverandering blijft onzeker en zelfs onwaarschijnlijk².

De regering is thans bezig met het invoeren van maatregelen als genoemd onder 'Routinesturing'. Het is zelfs mogelijk dat het sturen door de overheid hiertoe beperkt zal blijven.

BESLUIT

Nu routine- en adaptieve sturing te kort schieten, is het raadzaam over te gaan tot een strategische herbezinning op de gezondheidszorg. De 'Nota 2000' had hierbij als leidraad kunnen worden gebruikt. Misschien kan in de discussie over 'Dekker' dit rapport worden geplaatst naast de 'Nota 2000': eerst de doelen bepalen, dan de daarbij passende structuur en middelen, om vervolgens pas routinematig te gaan handelen. Nu gebeurt het tegenovergestelde. □

Literatuur

1. Structuurnota Gezondheidszorg 1974.
2. Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 1987.
3. Grinten TED van der. Ordening van de gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 678-81.
4. Smit J et al. Organisatiekunde 1A, Deel 2. Open Universiteit. 1987.
5. Leeuw ACJ de. Organisaties: management, analyse, ontwerp en verandering. Assen: Van Gorcum, 1982.
6. Boot JMD, Dam FF van et al. Structuurnota 1984. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
7. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid, feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2.
8. Huizenga J. Na Dekker hangt Nota 2000 volstrekt in de lucht. Het Ziekenhuis 1987, 19, 838-839.
9. Thung PJ. Doelstellingen, gronden en grenzen van de gezondheidszorg. Medisch Contact 1986; 41: 442-8.
10. Grep JM. Conflicten in de gezondheidszorg. Medisch Contact 1986, 41: 429-30.
11. Es JC van. Nota 2000. Medisch Contact 1986, 41: 559.
12. Es JC van. Kiezen. Medisch Contact 1987; 42: 35.
13. Boelen JLA. Nota 2000, ambities genoeg. Medisch Contact 1987; 42: 39-40.
14. Vorst FA. Nota 2000: uitstekende analyse, aarzelend beleid. Medisch Contact 1987; 42: 41-3.
15. KNMG. Reactie op Nota 2000. Medisch Contact 1987; 42: 742-4.
16. Es JC van. Kwaliteit. Medisch Contact 1987; 42: 291.
17. Es JC van. Bereidheid tot verandering. Medisch Contact 1987; 42: 451.
18. Kessener AW. Een denkraam voor 'Dekker' Medisch Contact 1987; 42: 493-4.
19. Es JC van. WVG en rapport-Dekker. Medisch Contact 1987; 42: 583.
20. Melker RA de. Is de huisarts tot verandering bereid? Medisch Contact 1987; 42: 722-4.
21. Jacobse JW. 'No wind favors the ship without port of destination'. Medisch Contact 1987; 42: 725-7.
22. Kingma J. De gezondheidszorg als Monatoetje. Medisch Contact 1987; 42: 811-2.
23. Kastelein A, Fokkens O. Inkomens en zorgverschuivingen als gevolg van 'Dekker'. Medisch Contact 1987; 42: 867-8.
24. Fokkens O. Risico naar draagkracht. Medisch Contact 1987; 42: 869-70.
25. Dekker E, Krijnen JH. De effectiviteit van de marktwerking volgens het rapport-Dekker. Medisch Contact 1987; 42: 1427-30.
26. Maarse JAM. Het rapport-Dekker en de instellingen. Medisch Contact 1987; 42: 1431-5.

Mijn dank gaat uit naar Dr. H. B. van Wijk voor zijn opmerkingen bij dit artikel.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio

Verloop en opbrengst van de integrale invoering in de proefgebieden

In het afgelopen jaar is de proef met de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), waarmee eind 1982 was begonnen, geleidelijk aan tot stilstand gekomen. Deze proef vond plaats in drie gebieden, te weten Eindhoven/Kempenland, Kennemerland en Limburg. Recentelijk heeft Stevens deze integrale invoering besproken vanuit de optiek van het departement van WVC¹. Een beschrijving vanuit de optiek van de regio zal onderwerp zijn van deze beschouwing. De uitgebreidheid van het onderwerp maakt een tweedeling noodzakelijk. In dit artikel staat een drietal vragen centraal:

1. Hoe was de uitgangssituatie in de integrale invoeringsgebieden?
2. Hoe verliep het invoeringsproces in deze gebieden?
3. Wat was de opbrengst van de invoering in termen van het bereiken van de WVG-doelen?

Deze vragen zullen in de drie volgende paragrafen aan de orde komen. In een volgend artikel zullen we aandacht besteden aan mogelijke verklaringen voor verloop en opbrengst en de lessen die daaruit kunnen worden getrokken.

UITGANGSSITUATIE

Doel van de eerste fase van de invoering van de WVG was vooral het tot stand brengen van een nieuw 'besturingssysteem'. Het gewijzigde besturingssysteem zou vervolgens de beoogde veranderingen in de zorg dienen te bewerkstelligen. Onder 'besturingssysteem' verstaan we in dit verband de structuur waarin betrokkenen trachten invloed uit te oefenen op zowel de beleidsvorming als de beleidsuitvoering met betrekking tot het stelsel van gezondheidsvoorzieningen².

Om later te kunnen beoordelen in hoeverre er daadwerkelijk sprake was van veranderingen in de richting van een nieuw besturingssysteem was het zaak vooraf de bestaande uitgangssituatie te beschrijven. Deze uitgangssituatie zou bovendien te zijner tijd een verklaring kunnen geven voor eventuele knelpunten tijdens de invoering van de wet, als-

Drs. J. de Groot,
Drs. G. Jongerius-de Gier,
Dr. I. Mur-Veeman en
Dr. M. Schuurman*

Een meer vanuit de optiek van de regio geschreven aanvulling op 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' (MC nr. 46/1987) van ambtenaar-invoeringscoördinator Dr. P. Stevens. Deze bijdrage is gebaseerd op de evaluatierapporten inzake de proefgebieden voor de integrale invoering van de WVG, vervaardigd op de Rijksuniversiteit Limburg, het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg en (toen nog) de Katholieke Hogeschool Tilburg.

mede voor mogelijke verschillen tussen de drie invoeringsgebieden.

De situatie in de regio's was een belangrijk motief geweest voor de keuze van deze gebieden. Immers, de 'Nota Bouwstenen'³, die aan de invoering van de WVG ten grondslag lag, sprak van regio's waar reeds het nodige voorwerk was verricht. Het ging daarbij met name om de proefregio's volksgezondheid (vanwege hun ervaring met de regionalisatie) en de ontwikkelingsprojecten Kaderwet Specifiek Welzijn (vanwege hun ervaring met de welzijnsplanning). Tevens zou er bij de keuze op zijn gelet dat alle betrokkenen met de integrale invoering zouden instemmen.

Op basis van de voorgaande redenering zou men dus mogen verwachten dat

* De drie eerste auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg: Drs. J. de Groot en Drs. G. Jongerius-de Gier als toegevoegd onderzoeker, Dr. I. Mur-Veeman als universitair hoofddocent. Dr. M. Schuurman is wetenschappelijk medewerker bij de sector Gezondheidszorg en Epidemiologie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg te Leiden.

Eindhoven/Kempenland, Kennemerland en Limburg aan deze voorwaarden voldeden. Bij de eerder genoemde beschrijving van de uitgangssituatie door de evaluatieonderzoekers bleek deze veronderstelling slechts ten dele waar te zijn.

Het meest in strijd met de gewenste en verwachte situatie bleek de realiteit in Eindhoven/Kempenland⁴. De invoering van een nieuw besturingssysteem werd daar nogal belemmerd door een aantal 'erfstukken' uit het verleden, zoals de ingewikkelde en veelal stroeve bestuurlijke verhoudingen en de ambities van de gemeente Eindhoven. Het gebied was inderdaad 'proefregio volksgezondheid' geweest, maar de ervaringen daarmee hadden volgens een aantal betrokkenen nu juist geleerd dat regionale samenwerking een buitengewoon moeizaam proces is, dat voortdurend wordt doorkruist door belangentegenstellingen en machtsstrategieën. Dit had dan ook een reden kunnen zijn om deze regio juist niet als integraal invoeringsgebied te kiezen. Van provinciale zijde bestond er dan ook – vooral op ambtelijk niveau – aanzienlijke aarzeling ten aanzien van de keuze. Ook het veld toonde een grote mate van scepsis. Van een enthousiaste en onvoorwaardelijke instemming van alle betrokkenen was dus geen sprake. Bovendien hadden de meeste betrokkenen op het moment van instemming slechts een beperkt inzicht in de WVG en de implicaties daarvan. Deze laatste opmerking gold overigens voor alle invoeringsgebieden.

Een andere situatie deed zich voor in oostelijk Zuid-Limburg, een proefgebied in het kader van het bestuurlijk experiment Kaderwet Specifiek Welzijn. Tegelijk met de invulling van de samenwerking tussen de gemeenten speelde daar de bestuurlijke herindeling. De gemeenten werden groter en raakten daardoor zeer gesteld op hun autonomie. Dit bemoeilijkte het overdragen van bevoegdheden aan een samenwerkingsverband in het kader van de WVG. Bovendien zou de taakverdeling ex WVG de op grond van de Kaderwet Specifiek Welzijn reeds gerealiseerde decentralisatie in deze re-

gio niet moeten doorkruisen. Sommige gemeenten vreesden evenwel dat uniformiteit in de gemeentelijke taken inzake de WVG-planning voor hen een stap terug zou betekenen.

De twee zojuist besproken voorbeelden tonen aan dat de werkelijke Ausgangssituatie niet overal voldeed aan de gestelde verwachtingen. Overigens waren er ook gebieden waar de Ausgangssituatie wél als gunstig werd ervaren. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de regio Kennemerland, die geheel aan de gestelde criteria voldeed. Dit is overigens tevens de regio die op het ogenblik als het meest succesvol wordt beschouwd.

INVOERINGSPROCES

In de loop van de jaren is het procesverloop in de integrale invoeringsgebieden uitvoerig beschreven in een aantal rapporten⁵. In het kader van dit artikel beperken wij de beschrijving van het procesverloop tot de factoren die naar onze mening het belangrijkste en invloedrijkst waren voor de loop der gebeurtenissen. Dit waren met zoveel woorden: het beleidsnetwerk dat de integrale invoering tot stand moest brengen, de projectbeheersing en de omgevingsfactoren.

Beleidsnetwerk

In de integrale invoeringsgebieden was sprake van een aantal partijen: provincie, (samenwerkende) gemeenten, veld, verzekeraars en gebruikersorganisaties. Deze partijen vormden, gezien hun op wederzijdse afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen, een netwerk: het WVG-beleidsnetwerk⁶. Vrijwel alle partijen ervoeren het proces van de voorbereiding van het invoeren van de WVG als ongeordend of zelfs chaotisch. De veelheid van instrumenten, procedures, participanten en overlegsituaties vroeg om talloze afstemmingsmomenten. Het netwerk probeerde het proces in goede banen te leiden met verdere afspraken, nadere regelingen en meer verfijnde procedures. Zo ontstond een toenemende *burocratisering en specialisering*, waardoor het proces steeds ontoegankelijker werd. Voortdurende veranderingen van voorstellen, modellen en begrippen, als ook het telkens vooruitschuiven van de datum waarop de feitelijke invoering van de WVG zou plaatsvinden, versterkten dit proces. Daarbij was er niemand die het geheel leiding gaf c.q. kon geven. Naast deze algemene lijn zijn er meer specifieke lijnen in het procesverloop:

– In sommige invoeringsgebieden (delen van Limburg bijvoorbeeld) is het draagvlak van de WVG-invoering in de loop der jaren versmald. Men beschouwde de invoering daar niet (meer) als een gezamenlijk project van de verschillende partijen. Er is teleurstelling ontstaan over de resultaten in de proefregio's, een teleurstelling die onder andere voortkwam uit het feit dat er te veel tijd is besteed aan bestuurlijke en procedurele zaken en te weinig tijd aan zorginhoudelijke aspecten; uit de voortdurende onduidelijkheid (vooral van de kant van de rijksoverheid); uit de traagheid van de invoering; uit het alsmat achterwege blijven van bevoegdheden voor de invoeringsgebieden; en, waar het veld en verzekeraars in sommige gebieden betreft, uit te weinig betrokkenheid bij voorbereiden-de activiteiten.

– De omgang tussen de partijen was in Kennemerland doorgaans goed; alle partijen voelden zich steeds verantwoordelijk voor het verloop van het invoeringsproject. In Eindhoven/Kempenland en Limburg is de omgang van partijen met elkaar nogal gedomineerd door onderling wantrouwen, zowel tussen overheden onderling als tussen overheden en veld. Er was sprake van een dominantie van deelbelangen. Hierdoor gingen partijen tijdens het proces veel tijd en energie steken in allerlei machtsstrategieën. Als gevolg daarvan werden zorginhoudelijke doelen nog meer uit het oog verloren.

– Vanaf medio 1986 was er in de invoeringsgebieden sprake van een afname van werkzaamheden, hier en daar zelfs van stilstand. In Limburg besloten de gemeenten in één van de vijf regio's hun medewerking aan het project te staken. In andere regio's waren verzekeraars en ziekenhuizen hun hierin al voorgegaan. In Eindhoven/Kempenland werd de vorming van het samenwerkingsorgaan van de gemeenten juist nu formeel afgerond; tevens werd door de partijen overleg gestart in het kader van de planning voor de psychiatrie. In Kennemerland werd voortgegaan met reeds aangevangen werkzaamheden.

Projectbeheersing

De beheersmatige activiteiten van het invoeringsproject betreffen die activiteiten die zijn gericht op het doelmatig en doelgericht beheersen en sturen van alle inhoudelijke activiteiten. De projectbeheersing van de integrale invoering is

onderzocht⁷, waarbij onderscheid is gemaakt tussen de categorieën tijd, geld, kwaliteit, informatie en organisatie.

Naast elkaar bestonden een formeel *tijdspad* (de volgorde van activiteiten zoals neergelegd in documenten en afspraken) en een informeel (de door betrokkenen in de regio's feitelijk gehanteerde volgorde) tijdspad. Het formele tijdspad bijvoorbeeld stelde als eerste datum voor gedecentraliseerde planningsactiviteiten januari 1984. Daarna werd dit (formele) tijdstip steeds weer verschoven; eind 1987 was de planning ex WVG nog niet tot stand gekomen. De verschillende en voortdurend veranderende tijdspaden leidden tot onduidelijkheid, hetgeen in feite iedereen de mogelijkheid gaf een tijdspad te kiezen dat hem of haar het meest juiste leek.

De *geldstromen* naar de regio's in het kader van de zogeheten plankostenvergoeding vonden plaats volgens een verdeelsleutel. In totaal ontvingen de invoeringsgebieden meer dan f 7,5 miljoen per jaar. Hiervan ging respectievelijk f 1,— en f 3,— per inwoner naar provincie en gemeenten. Aan deze vergoeding werden geen voorwaarden verbonden. Of en in hoeverre WVG-gelden ook werkelijk aan de WVG werden besteed is niet exact na te gaan; de indruk bestaat dat dit niet altijd gebeurde.

Kwaliteitsnormen (normen die vooraf aangeven waaraan resultaten van activiteiten dienen te voldoen) zijn nooit vastgesteld. Ook door het 'zwalkend' beleid van WVC was het voor betrokkenen vooraf niet duidelijk aan welke inhoudelijke eisen hun activiteiten en maatregelen moesten voldoen.

Over het algemeen konden de invoeringsgebieden over alle benodigde *informatie* beschikken. Veel informatie bleek echter te complex en te uitgebreid om efficiënt te kunnen worden verwerkt. Ook de status (voorstel, concept, besluit) van beleidsstukken was niet altijd even duidelijk.

Tot slot bleef ook de positie van het ministerie van WVC, met name van de stafafdeling Beleidsontwikkeling (Stabo), in de *projectorganisatie* onduidelijk. Het betrof hier enerzijds de vraag in hoeverre Stabo opdrachtgever dan wel dienstverlener was, anderzijds de wijze waarop deze afdeling bij het oplossen van problemen op regionaal niveau was

betrokken. Op dit laatste aspect zullen we nog terugkomen.

Omgevingsfactoren

Op het procesverloop in de integrale invoeringsgebieden waren tevens externe factoren van invloed. De belangrijkste factoren betroffen de onduidelijke opstelling van de rijksoverheid en bepaalde maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.

Op het niveau van het *Rijk* vormde de situatie binnen het ministerie van WVC een belangrijke factor. De invoering van de WVG was, ondanks het feit dat deze wet Kamerbreed was aangenomen, onderwerp van een belangenstrijd binnen het departement: aan de ene kant de stafafdeling Beleidsontwikkeling, die zorg diende te dragen voor het bestuurlijk deel van de invoering, aan de andere kant de beleidsdirecties die signaleerden dat Stabo zich daarbij ook op hun (inhoudelijk) terrein begaf. Mede hierdoor is in het algemeen met betrekking tot de WVG-invoering een beleid gevoerd met een sterk ad hoc-karakter. Dit bood, zoals we al hebben aangegeven bij de bespreking van de projectorganisatie, de invoeringsgebieden weinig houvast. Onduidelijkheden bleven bestaan ten aanzien van tal van maatregelen en instrumenten; onduidelijk was zelfs welke maatregelen überhaupt vereist waren om concreet met de planning te beginnen. Aanvankelijk dacht men hierbij slechts aan bestuursorganisatorische maatregelen en richtlijnen en kwaliteitseisen. Later werden weer nieuwe maatregelen geïntroduceerd, die noodzakelijk zouden zijn voor de planning. Een aantal daarvan, bijvoorbeeld de prijsopgave, verdween ook weer. Eind 1987 was er nog steeds geen overeenstemming over de vraag welke maatregelen tot stand moesten zijn gebracht. Onduidelijkheid bestond er verder ook met betrekking tot de wettelijke status van de integrale invoeringsprojecten. Problemen deden zich in dit verband voor rond de Algemene Maatregel van Bestuur ex artikel 41 en rond het verschijnen van de ontwerp-Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM).

In de *maatschappelijke en politieke* context was een belangrijke ontwikkeling vooral de toenemende aandacht voor de mogelijkheden van een meer marktgerichte gezondheidszorg om aan problemen van samenhang en kostenbeheersing het hoofd te bieden. Het advies van

de commissie-Dekker vormde een weerslag van deze ontwikkeling. Het voorstel de WVG in te trekken en de daaropvolgende discussie over een nieuw (regionaal) gezondheidszorgmodel waren de aanleiding tot een vrijwel volledige stilstand van het invoeringsproces. De toekomst van de integrale invoeringsprojecten is van de uitkomst van deze discussie afhankelijk gemaakt.

Het voorafgaande samenvattend komen we tot de conclusie dat het proces van integrale invoering tot dusver zeer *moeizaam* is verlopen. Tal van onduidelijkheden leidden tot een ongeordend proces, dat steeds ontoegankelijker werd. In de eerste plaats werd het beleidsnetwerk dat de invoering tot stand moest brengen niet geleid door de gedachte aan collectieve doelstellingen waaraan in onderling vertrouwen gezamenlijk werd gewerkt. Dit leidde de aandacht en energie af van het bereiken van inhoudelijke doelstellingen. Energie werd eerder gestoken in het bestuurlijk proces zelf, hetgeen uitmondde in allerlei machtsstrategieën. Aantekend zij dat deze situatie vooral tekenend was voor Eindhoven/Kempenland en Limburg. Ten tweede liet ook de projectbeheersing te wensen over. Tenslotte bleek in de loop van het proces dat de invoeringsprojecten sterk afhankelijk waren van externe ontwikkelingen.

OPBRENGST

Het is steeds de bedoeling geweest de resultaten van de integrale invoering te bekijken in het licht van de twee categorieën doelstellingen van de WVG: de bestuurlijke en de zorginhoudelijke. Laatstgenoemde doelstellingen zijn gericht op het tot stand brengen van een doelmatig en samenhangend geheel van voorzieningen per regio, afgestemd op de behoeften van de bevolking. Bij de eerstgenoemde doelstellingen gaat het erom meer decentralisatie, democratisering, samenhang en eenvoud aan te brengen in het systeem dat de zorg moet gaan besturen. De evaluatie in het licht van de zorginhoudelijke doelstellingen heeft nog niet kunnen plaatsvinden, omdat de wet slechts op enkele onderdelen in uitvoering is genomen. De vijf achterliggende jaren zijn grotendeels besteed aan het in de regio's aanbrengen van veranderingen in het bestuurlijk systeem. Dit werk was nog niet afgerond toen het invoeringsproces nagenoeg stil kwam te liggen. Niettemin stelden wij ons de vraag: wat is er in bestuurlijk opzicht nu bereikt?

Bestuurlijke doelstellingen

Van belang voor de integrale invoering waren in de eerste plaats de zogenaamde *bestuursorganisatorische maatregelen*, zoals genoemd in de 'Nota Bouwstenen' van het departement³. Deze betroffen de gebiedsindeling, de taakverdeling en samenwerking tussen de overheden, de advies- en overlegstructuur en de informatievoorziening. Voor al deze maatregelen werden afspraken gemaakt in de drie proefgebieden. Al deze afspraken zijn echter nooit met een afrondend besluit bekrachtigd.

Een analyse van de per regio overeengekomen afspraken leert dat er in het bijzonder ten aanzien van de taakverdeling en advies- en overlegstructuren nogal wat regionale verschillen bestaan. Zo toont de in een afsprakenlijst van eind 1985 opgenomen taakverdeling met betrekking tot de gemeenten in Eindhoven/Kempenland dat deze gemeenten, in tegenstelling tot de gemeenten in de andere regio's, al meteen een gedeelte van de langer durende zorg zouden mogen gaan plannen. Hetzelfde zou gelden voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en een aantal zogenaamde steunfuncties. Ook ten aanzien van de advies- en overlegstructuur werden voor de verschillende invoeringsgebieden verschillende afspraken gemaakt. Voor Limburg bijvoorbeeld kwamen deze erop neer dat provinciale en gemeentelijke overheden weliswaar werden verplicht het veld bij de planning te betrekken, maar dat hun een zekere vrijheid werd gelaten met betrekking tot de wijze waarop zij dit zouden willen doen. Een belangrijk onderdeel van de afspraken in dit verband was de erkenning door gemeenten van de algemene samenwerkingsverbanden gezondheidszorg als vertegenwoordigers van het veld in het zogeheten regionaal overleg. In oostelijk Zuid-Limburg echter kwam deze erkenning als zodanig niet tot stand. Reeds (op grond van de Kaderwet Specifiek Welzijn) bestaande overlegstructuren, alsmede de angst bij gemeenten dat erkenning van het samenwerkingsverband wel eens tot financiële aanspraken zou kunnen leiden, verhinderden dit.

Bij het ontwerpen van de constructie van het regionaal overleg was hetgeen in Kennemerland al bestond in de vorm van een stuurgroep tot voorbeeld genomen. In Limburg kon evenwel een soortgelijke constructie niet tot stand worden gebracht, onder andere vanwege de weigering van de provincie aan regionaal over-

leg in elk der regio's afzonderlijk deel te nemen; de afstemming tussen de provinciale en de gemeentelijke planprocedures verliep hierdoor moeizaam.

Naast de bestuursorganisatorische maatregelen noemde de 'Nota Bouwstenen' nog verschillende andere werkzaamheden die dienden te worden verricht alvorens de WVG in werking zou kunnen treden; deze werkzaamheden betroffen onder meer de ontwikkeling en vaststelling van *richtlijnen, kwaliteitseisen en normen*. In relatie tot de richtlijnen werden tevens *financiële kaders* geïntroduceerd. Een uitgebreide discussie, zowel op landelijk niveau als in de proefgebieden, vond plaats over de vraag hoe gedetailleerd de richtlijnen en kwaliteitseisen zouden moeten zijn. Verschillende concepten werden openbaar gemaakt. Tot vaststelling is men evenwel nooit gekomen. Ook de vaststelling van de (marginale) financiële kaders heeft nooit plaats gehad, in het bijzonder vanwege de onenigheid tussen betrokkenen omtrent de berekenings- en verdelingsmethodiek van het kader.

Vervolgens kent de WVG nog een flink aantal *beleidsinstrumenten*. Het merendeel hiervan is echter nooit in de praktijk toegepast. Voorbeelden hiervan zijn de voortrollende planning, het bouwbeleid en de prijsopgave.

Slechts twee instrumenten zijn daadwerkelijk ontwikkeld en toegepast. In de eerste plaats het Regionaal Financieel Overzicht (RFO), waarvan de ontwikkeling werd afgerond met het verschijnen – in februari 1987 – van een advies voor een handleiding voor het opstellen van dergelijke overzichten⁸. De tot dusver opgestelde regionale financiële overzichten hebben niet geleid tot het vaststellen van marginale financiële kaders, hetgeen wel de bedoeling was. Het tweede instrument betreft het vestigingsbesluit voor huisartsen, dat per 1 februari 1986 in werking trad. In dit instrument wordt het voeren van een vestigingsbeleid aan de gemeenten opgedragen, zowel in de proefgebieden als in de rest van het land.

Van de eerdergenoemde bestuurlijke doelstellingen: decentralisatie, democratisering, samenhang en eenvoud, zijn door de voorbereiding van de integrale invoering van de WVG in het bijzonder de doelstellingen 'decentralisatie' en 'democratisering' enigszins bereikt.

Wat de *decentralisatie* betreft: provincies en gemeenten kregen extra, nieuwe taken toegewezen. Zoals opgemerkt, is deze taaktoedeling evenwel nooit for-

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.

meel vastgesteld en bijgevolg ook nooit echt in werking getreden. Wel is er voortdurend de vrees geweest dat de werkelijke beleidsruimte voor de lagere overheden gering zou zijn, onder meer als gevolg van de richtlijnen en kwaliteitseisen en financiële kaders.

Een zekere mate van *democratisering* leek bereikt doordat de beïnvloedingsmogelijkheden van het veld en van politiek vertegenwoordigende organen in de planning van de gezondheidszorg tamelijk groot zouden zijn. Hun invloed zou onder andere gestalte krijgen via participatie in de advies- en overlegstructuren. Daar deze structuren nooit formeel zijn vastgesteld en in werking getreden, hebben wij niet kunnen vaststellen hoe een en ander in praktijk heeft gewerkt.

Ten aanzien van de *samenhang* valt te constateren dat de bestuurlijke samenhang in de regio's enigermate is toegenomen, gezien het overleg en de samenwerking tussen overheden, binnen het veld en tussen overheden en veld. Dit overleg kende evenwel ook veel dublures en overlappingen. Over samenhang tussen instrumenten kan weinig worden gezegd vanwege het geringe aantal daadwerkelijk toegepaste instrumenten. Hooguit kan men zeggen dat het regionaal financieel overzicht, vanwege zijn beoogde relatie met het marginaal financieel kader, een bijdrage zou kunnen leveren tot het verkrijgen van meer samenhang.

Met betrekking tot de bestuurlijke doelstelling van de *eenvoud* zij opgemerkt dat democratisering en decentralisatie juist hebben geleid tot bestuurlijke complexiteit en dus tot afnemende eenvoud. Het grote aantal overlegstructuren is hier een duidelijke indicatie.

Het voorgaande overziende kan onze

conclusie niet anders luiden dan dat het bereik van de bestuurlijke doelstellingen van de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden gering is geweest.

Zorginhoudelijke doelstellingen

Over het bereik van de zorginhoudelijke doelstellingen kan niets worden gezegd, aangezien deze nog niet aan de orde waren. In een volgend artikel zullen wij trachten enige verklaringen te geven voor dit geringe doelbereik en het trage, moeizame verloop van het invoeringsproces. □

Noten

1. Medisch Contact nr. 46/1987, blz. 1459.
2. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Ontwerp van onderzoek. RL, KHT/TVA, NIPG-TNO, maart 1981.
3. Nota Bouwstenen. Tweede kamer, zitting 1982/1983, 17720, nrs. 1 en 2.
4. A. J. A. Godfroid en R. Verstegen. Evaluatie integrale invoering WVG Eindhoven/Kempenland, deel 1. Tilburg, december 1984.
5. Voor Eindhoven/Kempenland:
 - deel 1: tot september 1984. KHT/TVA, december 1984;
 - Evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten periode juli 1986-juni 1987 NIPG, oktober 1987.
- Voor Kennemerland:
 - deel 1: juni 1983-augustus 1984. NIPG, december 1984;
 - deel 2: september 1984-oktober 1985. NIPG, februari 1986;
 - deel 3: november 1985-juni 1986. NIPG, oktober 1986;
 - deel 4: juli 1986-juni 1987. NIPG, september 1987.
- Voor Limburg:
 - deel 1: tot september 1984. RL, december 1984;
 - deel 2: september 1984-december 1985. RL, februari 1986;
 - deel 3: januari 1986-juni 1986. RL, augustus 1986;
 - deel 4: juli 1986-juni 1987. RL, september 1987.
6. Zie: A. Wassenberg (red.). 'Netwerken: organisatie en strategie'. Meppel 1980.
7. Twijnstra Gudde nv. Project-audit integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deventer, 1987.
8. Rijksuniversiteit Limburg (Project Regionale Begroting). 'Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg. Een advies voor een handleiding'. Maastricht, februari 1987.

Van regionale planning naar een regionaal bestuursmodel

Dit artikel neemt de nadere standpuntbepaling van de regering over de voorstellen van de commissie-Dekker voor de regionale planning tot uitgangspunt¹. Het sluit aan bij het artikel van Drs. P. Stevens over 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' in een eerder nummer van dit blad², waarin veranderingen in de bestuurlijke structuur op basis van de ervaringen in die gebieden nog zijn opengelaten. De auteurs hebben, op grond van hun wetenschappelijke begeleiding in de integrale invoeringsgebieden, niet alleen de ervaringen geïnventariseerd, maar ook een bestuurlijk model in hoofdlijnen ontwikkeld³. Dit model wordt thans in de actuele context van het regeringsstandpunt geplaatst.

SER-MODEL

De brief van het kabinet aan de Tweede Kamer van 3 november jl. bevatte de volgende passage: 'De voorstellen van de commissie-Dekker moeten beoordeeld worden tegen de achtergrond van de wenselijkheid van een betere kostenbeheersing van de volksgezondheid met behoud van een voor ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen'. Er is (...) van velerlei kanten aandacht gevraagd voor de noodzaak naast de uitvoering van de voorstellen van de commissie-Dekker, aandacht te geven aan een goede *capaciteitsbeheersingsstructuur* en de verantwoordelijkheid voor een *regionale planning*'. Over deze belangrijke aspecten, die dus complementair zijn aan het verzekeringsstelsel, zou het kabinet begin 1988 de Kamer berichten.

Een opmerkelijke passage, omdat het kabinet en de Tweede Kamer zich tot op heden met name hebben gericht op de door de commissie-Dekker voorgestelde wijzigingen in het financieringsstelsel van de gezondheidszorg⁴. In deze brief wordt voor de eerste maal op politiek niveau de koppeling gelegd tussen de financiering van de gezondheidszorg en de capaciteitsbeheersing en regionale planning. Expliciet wordt erin verwezen naar de door de Sociaal-Economische Raad (SER) in april 1987 voorgestelde beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur⁵. Dit zogeheten SER-model, waarvan het gedeelte dat direct betrek-

Mw. Drs. C. Willemse,
Mw. E. Jurg en
Drs. J. M. Boot

Medewerkers van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht houden zich bezig met het begeleiden van de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) in de daartoe aangewezen gebieden. Op grond daarvan formuleerden ze hoofdlijnen van een regionaal bestuursmodel dat ook plaats biedt aan marktelementen.

king heeft op de planning in *schema 1* is weergegeven, stelt een aantal wijzigingen voor in de bestuurlijke structuur ten opzichte van de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende participanten (overheden, ziektekostenverzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaren, en patiënten/consumenten).

Overeenkomstig de huidige bestuursstructuur in Nederland blijft in het SER-model de rijksoverheid regels (door middel van richtlijnen) geven voor de kwaliteit, de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg én voor een verantwoorde kostenontwikkeling van de gezondheidszorg als totaal. Op basis van deze *regelgeving* sluiten in het voorstel van de SER de *verzekeraars* op regionaal niveau overeenkomsten met *instellingen en beroepsbeoefenaren*, waarin aanbodvolume, prijs en inkomen worden vastgelegd. De verzekeraars zijn tevens verantwoordelijk voor het opstellen van het *voorzieningenplan* voor de regio. De gemeentelijke en provinciale overheden worden, voortgaande aan de vaststelling van dit plan, in de gelegenheid gesteld daar advies over uit te brengen.

Het SER-model staat dus regionalisatie voor, waarbij de verzekeraars het primaat van de planning hebben. Dat het voorzieningenplan op regionaal niveau moet worden opgesteld en daar zijn werkingssfeer moet hebben, beargumenteert de raad als volgt: Doordat vraag en aanbod in de gezondheidszorg in belangrijke

mate regionaal worden bepaald, vertoont de infrastructuur van de gezondheidszorg regionale verschillen. Het laten aansluiten van het regionale voorzieningenplan op deze regionale infrastructuur past bij de huidige regionale uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Bovendien biedt het regionale voorzieningenplan, aldus de SER, ten opzichte van een landelijk voorzieningenplan meer waarborgen voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg.

ADVISERENDE POSITIE

In het model van de SER hebben de decentrale overheden (provincies en samenwerkende gemeenten) slechts een adviserende positie in de planning. Dit in tegenstelling tot planning volgens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, waarin de decentrale overheden de bepalende rol in de planning is toebedeeld. Over de rol van de georganiseerde patiënten/consumenten wordt in het SER-model in het geheel niet gesproken, terwijl zij vanwege de democratisering in de WVG-plan-procedures expliciet een plaats hebben.

De verantwoordelijkheden van de decentrale overheden en patiënten/consumenten zouden overigens verder moeten reiken dan planning van voorzieningen alleen. Met name de 'Nota 2000' geeft aan⁶, dat beleid dat slechts op gezondheidszorgvoorzieningen is gericht uit volksgezondheidsoogpunt bezien te beperkt is. Gezondheidsbeleid en preventie zijn zaken die tevens en expliciet aandacht behoeven, zeker ook van de decentrale overheden en de georganiseerde patiënten/consumenten. In het kader van regionalisatie betekent dit dat de relatie tussen instellingen en beroepsbeoefenaren, verzekeraars, decentrale overheden en patiënten/consumenten meer moet omvatten dan een procedure voor het totstandkomen van alleen het voorzieningenplan met daarin een adviesfunctie voor overheden. Er moet immers een duidelijke koppeling worden gelegd tussen het provinciale en gemeentelijke gezondheids- en preventiebeleid en de regionale voorzieningenplannen. Het SER-model staat wel erg sterk in het teken van capaciteitsbeheersing, terwijl gezondheids(zorg)beleid veel meer is. Een sterk punt van dit model is wel dat de

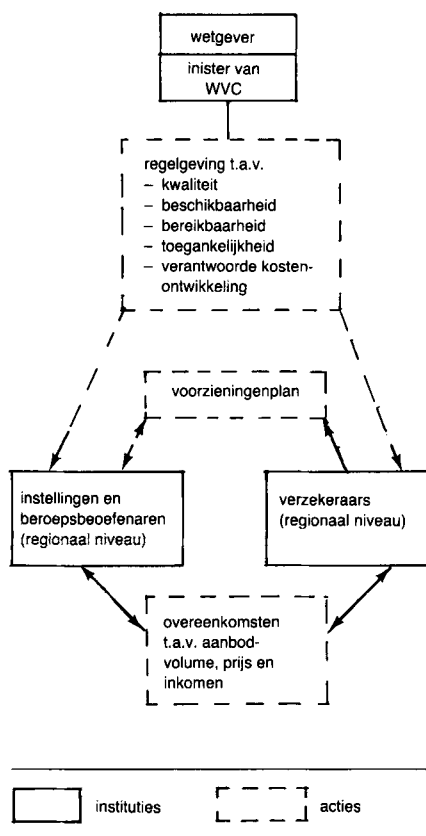
verantwoordelijkheden voor de planning en de financiering van de gezondheidszorg beide in één hand zijn, te weten die van de verzekeraars. Daardoor is het mogelijk de financiering goed te laten aansluiten op de planning van voorzieningen. Juist het spreiden in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van 'bepaalbevoegdheden' (decentrale overheden) en 'betaalbevoegdheden' (verzekeraars) heeft tot veel problemen geleid bij de invoering van deze wet². Wanneer planning en financiering in één hand zijn, zijn er meer mogelijkheden voor substitutie tussen voorzieningen. Zeker wanneer maatschappelijke dienstverlening wordt ondergebracht in het basispakket, zoals voorgesteld in het nieuwe verzekeringsstelsel⁴, kan deze substitutie tot innovatie leiden, in het bijzonder in de eerstelijnsgezondheidszorg en in de thuiszorg. Deze mogelijkheden moeten dan wel, met name door de verzekeraars, (kunnen) worden benut.

REGIONAAL MODEL

Het voorgaande samenvattend gaat het erom, van een model van regionale planning met het accent op capaciteitsbeheersing: het SER-model, te komen tot een regionaal bestuursmodel waarin alle aspecten van volksgezondheidsbeleid tot uitdrukking kunnen komen. Dit betekent dat in het model zoals dat door de SER is gepresenteerd een plaats moet worden ingeruimd voor de decentrale overheden en de patiënten/consumenten, ten behoeve van de afstemming van gezondheids- en preventiebeleid op het voorzieningenbeleid. Dit is bijvoorbeeld van belang omdat epidemiologische analyses in het kader van gezondheids- en preventiebeleid mede ten grondslag horen te liggen aan het voorzieningenplan. Bovendien is gezondheids- en preventiebeleid niet het alleenrecht van de decentrale overheden, maar ook de verantwoordelijkheid van de instellingen en beroepsbeoefenaars (het veld).

Naast het cluster veld-verzekeraars, dat op regionaal niveau tot overeenkomsten met betrekking tot aanbodvolume, prijs en inkomen én tot een voorzieningenplan moet komen, moet er een cluster zijn van regionaal samenwerkende gemeenten (op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen) en regionaal georganiseerde patiënten/consumenten, dat tot een regionale gezondheidsnota moet komen waarin de 'Nota 2000' een beleidsmatige vertaling vindt op regionaal niveau. Hier wordt dus expliciet gekozen

Schema 1. SER-model.



voor het niveau van de *samenwerkende gemeenten*; dit op grond van de ervaringen in de integrale invoeringsgebieden. Ligt binnen het eerste cluster het primaat voor het voorzieningenplan bij de verzekeraars, in het tweede cluster ligt het primaat voor de gezondheidsnota bij de samenwerkende gemeenten. Om tot een samenhangend regionaal zorgbeleid te komen, ontmoeten de beide clusters elkaar in een *regionale commissie*. Daarin worden het *voorzieningenplan* en de *regionale gezondheidsnota* geïntegreerd tot een *regionaal zorgplan*. De regionale overeenkomsten blijven buiten het regionaal zorgplan. De aansluiting van de overeenkomsten op het voorzieningenplan en het regionaal zorgplan is de verantwoordelijkheid van het cluster veld-verzekeraars.

Op het regionale zorgplan zou een toetsing moeten plaatsvinden om te beoordelen of het plan voldoet aan de regelgeving van de rijksoverheid (de richtlijnen). Deze taak kan beter worden uitgevoerd door de provincies dan door de rijksoverheid, omdat in het licht van de regionalisatie de provincies als decentrale overheid een geëigender instantie zijn dan de

rijksoverheid. De provincies zijn in staat de algemene richtlijnen van de rijksoverheid te vertalen in regionale kaders, zowel financieel als beleidsmatig. Hierdoor kan beter worden tegemoet gekomen aan specifieke regionale gezondheids(zorg)-situaties. De provinciale kaders moeten grenzenstellend en richtinggevend zijn voor de regionale clusters veld-verzekeraars enerzijds en samenwerkende gemeenten en patiënten/consumenten anderzijds. Daarnaast hebben de provincies, net als de samenwerkende gemeenten, een eigen verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid conform de 'Nota 2000'. (Zie ook *schema 2*.)

MARKTMODEL

Een vraagpunt met betrekking tot dit model is wel in hoeverre marktelementen kunnen worden ingebouwd, een richting waarin ook de nationale besluitvorming thans, mede naar aanleiding van het advies van de commissie-Dekker, tendeeft. Nu laat het cluster veld-verzekeraars zich in dit model heel wel als markt definiëren. Immers: prijzen, functies, capaciteiten, spreiding en samenhang worden geregeld door de betrokkenen als marktpartijen: de individuele, samenwerkende of concurrerende voorzieningen als aanbieders van zorg en de individuele, samenwerkende of concurrerende verzekeraars als vragers van zorg. De invloed van de patiënten/consumenten verloopt via de consumentenrol (individueel), via het cluster gemeenten-gebruikers en via de regionale commissie; die van de decentrale overheden via beïnvloeding van marktpartijen, bilateraal en in de regionale commissie.

Naarmate voor het cluster van veld-verzekeraars meer marktcondities worden ingebouwd, wordt dit bestuursmodel in toenemende mate ook een marktmodel. Men kan dan spreken van een bestuurlijk marktmodel. De mate waarin er sprake moet zijn van een marktsituatie in de gezondheidszorg is een *maatschappelijk vraagstuk*.

Een bestuursmodel als in *schema 2*, met meer of minder marktelementen in het cluster veld-verzekeraars, kan rekenen op een maatschappelijk draagvlak en er zijn implementatiemogelijkheden voor: Het kabinet heeft zich reeds uitgesproken voor een goede capaciteitsbeheersingsstructuur en regionale planning op basis van het SER-model. In het bovenstaande bestuursmodel blijft het SER-model in essentie gehandhaafd. De toe-

voegingen en koppelingen naar decentrale overheden en gezondheidsbeleid zijn gebaseerd op de beleidsintenties van de rijksoverheid zelf, zoals verwoord in de 'Nota 2000'. Aan deze nota, waarin innovatief beleid gestalte krijgt, wordt in dit model bestuurlijk recht gedaan.

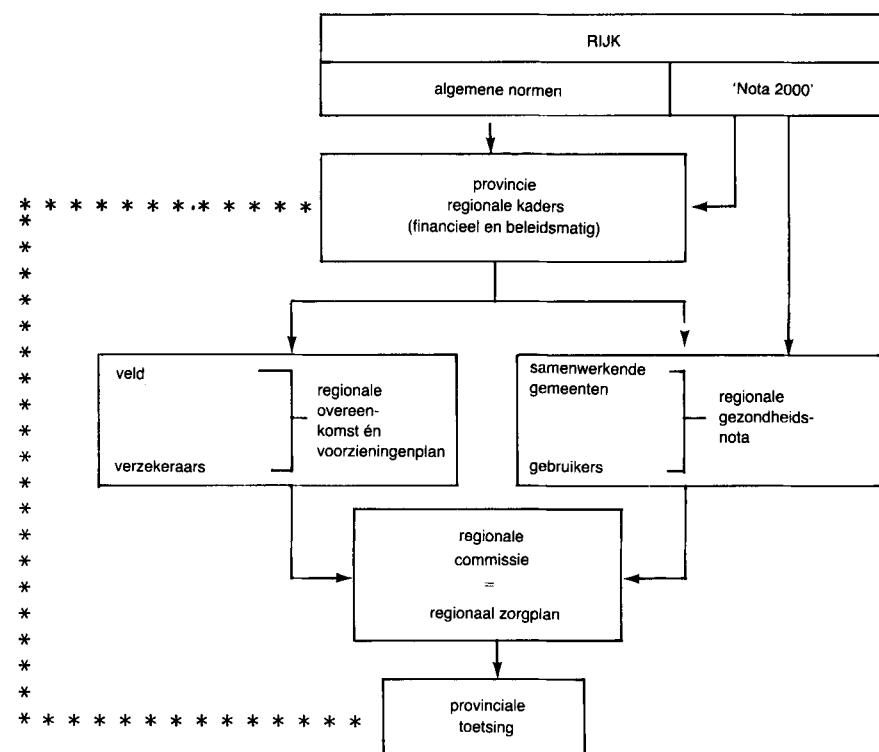
In dit model staat regionalisatie centraal, waarvoor het *gezondheidszorgveld* zelf bij voortdurend heeft gepleit. Zo werd het rapport van de commissie-Dekker bekritiseerd omdat daarin de regiogedachte goeddeels ontbreekt; daarmee wordt volgens het veld tekort gedaan aan de regionale samenwerking, zoals deze binnen het veld op functionele basis al sinds vele jaren is gegroeid.

Implementatie van het model wordt vereenvoudigd door het gegeven dat de regionale structuren, niet alleen van het veld maar ook van de verzekeraars, gemeenten en patiënten/consumenten, die inmiddels zijn ontwikkeld, heel wel kunnen worden aangewend voor de invulling van het bovengeschetste model. Dit wordt ondersteund door de ervaringen in de integrale invoeringsgebieden met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Zowel bestuurlijk als inhoudelijk hebben de diverse participanten in een bestuursmodel elkaar gevonden in hun verantwoordelijkheid voor de regionale gezondheidszorg. Wel vindt in dit model een reallocatie plaats van de bevoegdheden van de diverse participanten ten opzichte van de situatie bij invoering van de WVG. Deze reallocatie heeft in ieder geval als voordeel een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidstoedeling, met name op het vlak van planning en financiering, terwijl toch via de regionale commissie de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid tot uitdrukking wordt gebracht. □

Literatuur

1. Brinkman CC, Dees DJD. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer inzake reactie (2e) op het advies van de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg. 's-Gravenhage, 3 november 1987.
2. Stevens P. Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Medisch Contact 1987; 42: 1459-63.
3. Willemse C, Jurg E, Boot JM. Rapportage over decentrale bestuurs- advies- en overlegstructuren. Utrecht, oktober 1987 (Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht, nr. 87.17).
4. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.
5. Sociaal-Economische Raad. Ontwerp-advies over de beleids-, advies- en besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg. 's-Gravenhage, april 1987.
6. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19500, nrs 1-2.

Schema 2. Regionaal bestuursmodel.



Naar J. Matser in 'Rapportage over decentrale bestuurs-, advies- en overlegstructuren'³.

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

Landelijk onderzoek moedermelkverontreiniging

In 1983 is door het toenmalige Rijksinstituut voor de Volksgezondheid in Bilthoven een onderzoek verricht naar de aanwezigheid van lichaamsvreemde stoffen in moedermelk. De uitkomsten van dit onderzoek gaven geen aanleiding voor ongerustheid, ook al bleken in de praktijk in alle melkmonsters stoffen voor te komen die er van nature niet in huishoren*. Sederdien zijn verschillende maatregelen getroffen om de voortgaande belasting van het milieu met deze verbindingen een halt toe te roepen. Onder andere is het gebruik van polychloorbifenylen (PCB's) in transformatoren en condensatoren (bijvoorbeeld van TL-buizen) aan banden gelegd.

Het is van belang na te gaan of deze maatregelen inmiddels hebben geleid tot een afname van de concentraties van voornoemde stoffen in moedermelk. Daarom wordt, in opdracht van de Geneeskundige Hoofdinspectie, in het voorjaar van 1988 een nieuw onderzoek gedaan. Om een representatief beeld van de situatie te krijgen, worden van circa 300 moeders uit het hele land melkmonsters verzameld. Evenals in 1983 gebeurt dit door tussenkomst van kraamcentra. De monsters zullen door het Rijksinstituut voor de Volksgezond-

heid en Milieuhygiëne worden onderzocht op de aanwezigheid van organochloorbestrijdingsmiddelen, PCB's en dioxinen/dibenzofuranen. Naar verwachting zullen de resultaten van het onderzoek eind 1989 beschikbaar zijn. Aangenomen mag worden dat sommige deelnemers aan het onderzoek hierover vragen zullen stellen aan hun huisarts. Voor zover deze vragen betrekking hebben op de praktische uitvoering van het onderzoek kan het best worden verwezen naar het desbetreffende kraamcentrum. Voor inhoudelijke achtergrondinformatie kan het Bureau Epidemiologie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne worden geraadpleegd (tel. 030-743321).

Wellicht ten overvloede zij vermeld dat het welslagen van dit project mede afhankelijk is van een positieve benadering door huisartsen en specialisten.

J. J. L. Pieters, inspecteur in algemene dienst voor de niet-besmettelijke ziekten en de verkeersveiligheid

* Een samenvattend verslag is op aanvraag bij de Geneeskundige Hoofdinspectie verkrijgbaar.

Regionalisatie, markt en concurrentie

Begrotingsproject van Limburgse gezondheidszorg

Het project 'Regionale begroting', in 1981 begonnen, wordt uitgevoerd door de capaciteitsgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg in opdracht van samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg; het wordt gefinancierd door het ministerie van WVC. Oorspronkelijk beperkte het project zich tot het gebied Zuid-Limburg van het toenmalig Medisch Regionaal Centrum, maar in de tweede fase van dit project – sedert 1983 – werden regionale begrotingen opgesteld voor de regio's Zuid-Limburg, Midden-Limburg en Noord-Limburg, zodat de drie projecten de gehele Limburgse gezondheidszorg omvatten.

Een regionale begroting wordt afgeleid uit de *begrotingen* van alle instellingen van gezondheidszorg gelegen in de betrokken regio's. Die begrotingen worden samengevoegd tot begrotingen van een bepaalde sector, bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen. Deze zogeheten sectorbegrotingen worden op hun beurt samengevoegd tot een intra- en een extramurale begroting. De samenvoeging van de begrotingen was mogelijk omdat instellingen van gezondheidszorg in de regel gebruik maken van hetzelfde rekeningstelsel.

In de tweede fase van dit project werden bij de instellingen *meerjarenbegrotingen* opgevraagd, omdat het meerjarenelement in de regionale context een belangrijke rol speelt. De begrotingen voor het komende jaar van de instellingen worden immers voor het allergrootste deel beïnvloed door het toegestane budget en de interne gang van zaken. Het is aanmerking nemen van regionale elementen heeft bij een dergelijke begroting in de regel een langere tijdshorizon nodig dan het komende jaar: samenwerking met andere delen van de gezondheidszorg, spreiding van functies, etc. vergen voor hun behandeling en oplossing een wat langere termijn.

De instellingen in Limburg hebben meegewerkt door meerjarenbegrotingen in te leveren. Bij de uitwerking van deze begrotingen werd ook een poging gedaan de veranderingen in de begroting in deze meerjarenperiode te traceren naar planning en bouw, budget-, loon- en prijswij-

Prof.Dr. L. M. J. Groot

Medio '87 werden op een symposium in Roermond de resultaten gepresenteerd van het project 'Regionale begroting'. Prof.Dr. L. M. J. Groot, die in Maastricht de economie van de gezondheidszorg doceert, brengt er hier kort verslag van uit.

zigen. Aldus ontstond een beeld van de mogelijke ontwikkeling in de betrokken regio's over de jaren 1983-1988. Door samenvoeging van de resultaten van deze regionale begrotingen tot een provinciaal overzicht krijgt men inzicht in de ontwikkelingen op dit terrein voor de gehele provincie.

De begrotingen van instellingen werden daarnaast gecompleteerd met ramingen van de *kosten* van de vrije beroepsbeoefenaren, waarbij hier het meerjarenelement werd ingebracht door op deze ramingen de beleidsvoornemens, vermeld in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM), op te nemen. Bij de ramingen van deze kosten werd gebruik gemaakt van gegevens die beschikbaar waren bij de algemene ziekenfondsen en ook bij particuliere ziektekostenverzekeraars. Tenslotte werden nog posten opgenomen die betrekking hebben op sommige delen van de preventieve gezondheidszorg en van de kosten van administratie en beheer. Deze posten werden opgenomen in afleiding van de posten uit het FOGM.

Op deze wijze ontstond van iedere regio een meerjarenkostenoverzicht, dat vergelijkbaar is met de uitkomsten van het FOGM. Het is langs deze weg dus mogelijk de kosten van iedere regio met die van andere regio's, met die van de provincie en tenslotte met de nationale FOGM-cijfers te vergelijken. Op deze wijze wordt de positie van de eigen regio afgezet tegen andere situaties; daardoor wint het regionaal element sterk aan profilering.

Op 26 maart 1987 bood de commissie-

Dekker haar rapport 'Bereidheid tot verandering' aan minister en staatssecretaris van WVC aan. In dit rapport worden grote veranderingen in de financiering, de structuur en de werkwijze van de gezondheidszorg aan de orde gesteld. Beperk ik mij tot die aspecten die voor de deelnemers aan het project 'Regionale begroting' het meest relevant lijken te zijn, dan verwoorden de termen 'marktwerking', 'concurrentie' en 'substitutie' de centrale thema's van deze rapportage. De commissie-Dekker wil de planning door de overheden zoveel mogelijk terugdringen en hiervoor in de plaats stellen de marktwerking, die moet leiden tot een aangepaste structuur in de gezondheidszorg. Uitsluitend grootschalige intramurale voorzieningen zouden door de overheid moeten worden gepland. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) dient dan ook niet te worden ingevoerd en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen dient te worden vereenvoudigd. De capaciteiten in de intramurale zorg dienen te worden beheerst en zoveel mogelijk te worden beperkt. Naast de beddenreductie van 8.000 bedden dienen nog 4.000 bedden in algemene ziekenhuizen te worden ingeleverd, met de daarbij behorende functies.

De marktwerking wordt op tweeërlei wijze versterkt. Enerzijds door het verschil tussen ziekenfondsen en andere verzekeraars te laten verdwijnen. Anderzijds door de contracteerplicht voor verzekeraars op te heffen.

Volgens Dekker c.s. moeten de 'verkoerde' structuren in de gezondheidszorg worden doorbroken. Dat geschiedt langs twee wegen, namelijk door maatschappelijke dienstverlening samen met gezondheidszorg in het verzekeringspakket op te nemen en door het beginsel van de substitutie met betrekking tot verschillende vormen van zorg royaal te honoreren. Het gaat daarbij in eerste instantie om de *functies* in de gezondheidszorg. De instellingen krijgen meer vrijheid om functies uit te oefenen, zodat bijvoorbeeld de scherpe scheidslijnen tussen maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg en tussen eerste en tweede lijn gaan vervagen.

Om het beeld compleet te maken dient de

marktwerking nader te worden gerelativeerd door een wetgeving met betrekking tot de kwaliteit, teneinde garanties te bieden voor de zorg zoals deze zich zal ontwikkelen als gevolg van de marktwerking tussen aanbieders en vragers – hier verzekeraars.

Regionalisatie komt in het rapport-Dekker als zodanig niet voor. Kennelijk zien de rapporteurs de regionalisatie eventueel verschijnen in het kader van de marktwerking, indien de gezondheidszorg behoefte heeft aan regionalisatie. Met betrekking tot de marktstructuur bepleit de commissie-Dekker het verdwijnen van regionale monopolies van ziekenfondsen, aldus de weg vrijmakend voor concurrentie tussen verzekeraars; mogelijk spreekt hieruit een zekere terughoudendheid.

REGIONALISATIE

Het is begrijpelijk dat op het symposium de vraag centraal stond, of het gezien de inhoud van het rapport-Dekker nog wel zin heeft in de toekomst aan regionalisatie en regionale begroting te denken. Van verschillende zijden werd dit vraagstuk belicht. Een korte samenvatting van inleidingen en discussie wordt hierbij gegeven.

De vraag of regionalisatie in de gezondheidszorg nu wel mag en moet, is tot op heden vaak te zeer belicht vanuit planingswetgeving. Het antwoord op deze vraag dient echter te worden verankerd in de situatie van de gezondheidszorg zelf: heeft de gezondheidszorg behoefte aan regionalisatie of regionale vormen van samenwerking?

Wanneer men de gang van zaken in de gezondheidszorg nader bezielt, dan stuit men op talrijke vormen van samenhang tussen instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. Algemene en academische ziekenhuizen leven in een netwerk van onderling dienstbetoon. Ieder ziekenhuis verricht diensten ten behoeve van huisartsen. Verpleeghuizen zoeken relaties met de eerstelijnszorg, met ziekenhuizen, met verzorgingshuizen en eisen hun positie op in het circuit van de bejaardenzorg. Zwakzinnigeninrichtingen cultiveren relaties met gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven. De instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben in hun RIAGG's een duidelijke regionale uitstraling. Ook het kruiswerk zoekt de laatste tijd de regio als haar werkgebied. De basisgezondheidsdiensten hebben eveneens de regio als

aandachtsgebied; het valt te verwachten dat deze diensten vooral een rol zullen gaan vervullen bij het in kaart brengen van de epidemiologische kenmerken van hun verzorgingsgebied.

Instellingen en vrije beroepsbeoefenaren werken dus in veel opzichten met elkaar samen om samenhang aan te brengen tussen de verschillende onderdelen van het aanbod. In het veld wordt deze behoefte aan samenwerking en samenhang sterk gevoeld en maakt men zich sterk om de overgang van de ene vorm van zorg naar de andere soepel te laten verlopen. Dat is niet altijd eenvoudig en mensen uit het veld hebben dan ook de verkering als een probleem aan de orde gesteld, in het bijzonder in verband met de bejaardenzorg.

De gedachte van de commissie-Dekker aan functies de voorrang te verlenen boven instellingen is een juiste, omdat zodoende het stelsel mogelijk flexibeler wordt. Deze gedachte brengt wel met zich mee dat er tussen instellingen, die per saldo de taken dienen te vervullen, overleg moet gaan plaatsvinden om deze substitutie tussen vormen van zorg gestalte te geven. Verlangens van cliënten op dit gebied eisen een 'institutionele' vertaling. Ik ben dan ook van mening, dat samenwerking in de gezondheidszorg het wint van de concurrentie.

MARKT EN CONCURRENTIE

Het concurrentie-element is bij de institutionele zorg slechts in bescheiden mate aanwezig. Dit geldt zeker voor die voorzieningen welke een beperkte capaciteit bezitten en waar de positie op de wachtlijst bepalend is voor de mogelijkheid te worden opgenomen! Deze situatie doet zich praktisch in de gehele sector voor de chronische patiënten voor.

Meer mogelijkheden tot concurrentie liggen er bij de algemene ziekenhuizen. Ook nu reeds kiezen patiënten het ziekenhuis dat – naar zij geloven – voor hun verzorging de beste kwaliteit kan bieden. Het valt echter te verwachten dat deze keuzemogelijkheid zal verminderen, indien de capaciteiten van deze instellingen verder worden teruggebracht, zoals geadviseerd door de commissie-Dekker. Daarbij zij erop gewezen dat in het jongste verleden samenwerking en fusie belangrijke elementen zijn geweest bij de beddenreductie, terwijl dergelijke vormen van samenwerking ook een rol hebben gespeeld bij de exploitatieverlagende investeringen. Dit kraptemodel laat zich moeilijk verenigen met concu-

rentie als marktform, waar immers de keuzemogelijkheid alleen reëel is bij een – mogelijk beperkte – mate van overcapaciteit. In een dergelijke situatie doen instellingen er verstandig aan zich niet tegen elkaar te laten uitspelen door financiers, maar gezamenlijk hun marktstrategie te bepalen. Bij het bepalen van die marktstrategie kan de regionale begroting goede diensten bewijzen. Hierbij wil ik opmerken dat het begrip 'regio' bij een dergelijke marktorientatie dient te worden aangewend rekening houdend met de voorzieningen die in het spel zijn. Zo zal de regio voor algemene ziekenhuizen uitgebreider zijn dan bijvoorbeeld voor verpleeghuizen. Nu de regionalisatie is losgekoppeld van bestuurlijke organen als provincies en gemeenten, kan het regiobegrip tegenover de verschillende voorzieningen anders – functioneel – worden gehanteerd.

Waar het bij de regionale gezondheidszorg gaat over verschillende soorten voorzieningen, zal de regionale begroting inzicht kunnen geven in de totaliteit en de onderlinge verhoudingen binnen de regio. De regionale context bij het beleid speelt in het bijzonder bij de algemene en academische ziekenhuizen, waar de verdeling van de functies over de instellingen in een tijd van schaarse middelen zaak van onderling overleg zal moeten zijn. In dit verband is het interessant op te merken dat de functionele budgettering, die met ingang van 1988 wordt ingevoerd, een parameter kent voor de beschikbaarheid van de voorzieningen, welke wordt berekend op basis van het aantal adherente inwoners. Het regionale element krijgt langs deze weg zijn instrumentele verankering.

Hetgeen hier is gesteld geldt uitsluitend voor de instellingen van gezondheidszorg. Mogelijk zijn meer concurrentie-elementen mogelijk bij huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen, enz. De specialisten zijn in de regel verbonden aan ziekenhuizen en zullen betrokken zijn bij de door deze instellingen gevolgde marktstrategie.

Naar mijn opvatting zal de regionale meerjarenbegroting een nuttig instrument blijken te zijn voor de aanbodzijde om aan de markt deel te nemen.

Ook bij de financiers van gezondheidszorg speelt het keuzeprobleem tussen concurrentie en samenwerking. Hier liggen de zaken gecompliceerder, omdat verzekeraars op verschillende markten opereren.

Enerzijds bewerken de financiers de markt van hun cliëntèle, die zij trachten

te winnen met verzekeringspremies en verstrekkingen. De commissie-Dekker hecht sterk aan deze concurrentie om langs deze weg een 'incentive' (prikkel) te creëren dat verzekeraars erop toezien dat de zorg onder zo gunstig mogelijke voorwaarden wordt verstrekt en bovendien de kosten van de verzekering zelf zo laag mogelijk blijven.

Anderzijds opereren deze verzekeraars op de markt van de gezondheidszorg, waar de diensten door aanbieders worden aangeboden. Het lijkt mij, gezien de situatie aan de aanbodzijde met betrekking tot de institutionele gezondheidszorg, weinig waarschijnlijk dat hier de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars sterk kan werken. Aanbieders zullen, gezien de krappe capaciteiten, weinig genegen zijn zich tot prijsonderbiedingen te laten verleiden. Bovendien past een dergelijk beleid slecht in een stelsel van budgettering, zoals dat heden fungeert. Bij de beoordeling van de budgetten zijn de aanbieders het meest gebaat bij een deskundige beoordeling; de deskundigheid ter zake is met name bij de regionale ziekenfondsen aanwezig. Momenteel worden de onderhandelingen gevoerd met een of enkele ziekenfondsen en een vertegenwoordiger van de overige verzekeringen (KLOZ). Dit is een efficiënte wijze van voorbereiden voor het sluiten van overeenkomsten. Samenwerking tussen verzekeraars bij de schadeafwikkeling, mede als reactie op de situatie bij het aanbod, lijkt voor de hand te liggen. Het lijkt weinig efficiënt iedere verzekeraar zijn eigen overeenkomst te laten voorbereiden.

REGIONALE MARKT

Bij het sluiten van overeenkomsten is niet alleen het sluiten van een goede overeenkomst met een instelling in het geding. Daarnaast dienen alle overeenkomsten samen in te spelen op een redelijk kostenniveau. Het waarderen van de gevolgen van substitutie is alleen mogelijk, indien de kosten van regionale vormen van samenhang bij de beoordeling worden betrokken. Bovendien kan de regionale begroting inzicht bieden in de totale kosten van de regionale gezondheidszorg. Door vergelijking van de regionale kosten met andere regionale kosten en landelijke kosten kan hier een mogelijkheid worden geboden om het totaal af te sluiten pakket overeenkomsten op redelijkheid te ijken. Op deze wijze biedt de regionale begroting verzekeraars houvast.

De commissie-Dekker stelt voor op den duur ook verzekeraars te budgetteren, zodat zij een financiële begrenzing ontvangen voor hun af te sluiten overeenkomsten. Dergelijke budgetten zullen aanvankelijk moeten worden opgesteld in het licht van de werkelijke kosten van de gezondheidszorg. Naarmate deze budgetten een eigen leven gaan leiden, kunnen ze gaan fungeren als externe financiële kaders voor de met de aanbieders te sluiten overeenkomsten. De regionale markt voor de gezondheidszorg zal zich dan ook uitkristalliseren in een stelsel van overeenkomsten, waarbij een samenhangend stelsel van functies en voorzieningen wordt bewerkstelligd. Hiertoe is het nodig dat een regionale overeenkomst tot stand komt tussen aanbieders en verzekeraars, die een houvast biedt voor alle te sluiten overeenkomsten. In een dergelijke overeenkomst zouden moeten worden geregeld: de algemene leveringsvoorwaarden – waarbij ieder op gelijke wijze toegang tot de markt krijgt – alsmede de inhoudelijke aspecten van het te leveren dienstbehoefte. Ook in het eerste regeringsstandpunt met betrekking tot 'Dekker' wordt gesproken over regionale overeenkomsten.

De kwaliteitswetgeving zal de randvoorwaarden moeten leveren waaraan de uitkomsten van deze regionale marktwerking kunnen worden getoetst. Voor zover het de planningsaspecten betreft ware hier een taak toe te delen aan de provinciale overheid. In deze regionale marktwerking kan de regionale begroting een belangrijke rol spelen; opgesteld door het veld, kan zij zowel voor het veld als voor verzekeraars een instrument zijn om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen.

**

Het instrument 'regionale begroting' zal nader dienen te worden verfijnd. Zo zullen er begrotingen dienen te worden opgesteld voor bepaalde takken van zorg waarbinnen verschillende instellingen met hun functies een rol spelen, bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg. Dit soort begrotingen is niet georiënteerd op instellingen, maar op functies van instellingen. Hier zal met name de substitutie aan de orde komen.

Ook de loop der patiëntenstromen zal nadere studie vergen. Kennisneming hiervan is nodig om de kosten van de regionale gezondheidszorg te evalueren. Tenslotte zal het nodig zijn de regionale

begroting te stellen tegenover gegevens met betrekking tot de gezondheid van de regionale bevolking om hieruit indicaties voor regionaal beleid te kunnen vinden. □

Het 'grote' verslag van het symposium over het project 'Regionale begroting', 26 mei 1987 te Roermond, alsmede een handleiding voor het opstellen van een regionale begroting, kunnen worden opgevraagd bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Een experiment in Almere (5)

Het Medisch Centrum Almere

Tot op heden verkeert de intramurale gezondheidszorg in Almere nog grotendeels in de planningsfase. Pas zeer recentelijk is er een definitieve beslissing genomen over de bouw van het algemeen ziekenhuis en het (centrum)functiepakket. Het gewenste systeem is wat de tweedelijnszorg betreft in opbouw. Dit geldt niet voor het Medisch Centrum Almere (MCA), reden waarom wij in dit artikel het functioneren van dit centrum willen belichten tegen de achtergrond van de doelstellingen van het experiment.

Teneinde al in de naamgeving tot uitdrukking te brengen dat het niet om een traditionele polikliniek gaat, koos men ervoor de nieuwe tweedelijnsvoorziening 'Medisch Centrum Almere' te noemen. Die naam houdt tevens in dat het niet gaat om een instelling die functioneert als voorportaal van het ziekenhuis, maar om een instelling die functioneert als startpunt van het beoogde veranderingsproces, zoals onder meer is beschreven in de doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA).

Het Medisch Centrum Almere is organisatorisch verbonden aan het Burgerziekenhuis te Amsterdam. In bestuurlijk opzicht is het een zelfstandige stichting. Het bestuur bestaat uit bestuursleden van het Burgerziekenhuis en van het gemeentebestuur Almere.

Aanvankelijk was men in Almere voor specialistische zorg aangewezen op de ziekenhuizen in het Gooi en in Amsterdam met uitzondering van een beperkt aantal specialisten, afkomstig uit ziekenhuizen in het Gooi, die in een gezondheidscentrum in Almere-Haven spreekuur hielden.

In 1985, anderhalf jaar na de opening van het medisch centrum, bleek dat ruim 30% van alle verwijzingen van de huisartsen richting MCA ging¹. De verwijzingen naar de Amsterdamse ziekenhuizen en de ziekenhuizen in het Gooi zijn in omvang ongeveer gelijk. Het aandeel van het 'verderop in de polder' gelegen Zuiderzee Ziekenhuis te Lelystad in het verwijzingspatroon is vrijwel nihil. Conform de gestelde prognoses ontwikkelt het verwijzingspatroon in de richting van het Medisch Centrum Almere zich in gunstige

L. Dekker en
R. K. Pet

Welke plaats is het Medisch Centrum Almere (MCA) toegevalen in het gezondheidssysteem van die stad? NZI-medewerker (afdeling Management en Organisatie), L. Dekker en MCA-hoofd R. K. Pet duiden het uit.

zin. Wij mogen dan ook stellen dat dit centrum zich in betrekkelijk korte tijd een belangrijke positie heeft verworven binnen het Almeerse gezondheidssysteem.

FUNCTIES MEDISCH CENTRUM

Wat is er voorafgegaan aan het huidige functioneren van het Medisch Centrum Almere? Enkele *uitgangspunten* waren:

- Het Medisch Centrum Almere zal voornamelijk functioneren als ondersteuning van de eerste lijn, en als tweedelijnsvoorziening van waaruit hulp wordt verstrekt aan voornamelijk ambulante patiënten.
- Het centrum dient trendsetter te zijn voor het tot stand brengen van verschuivingen van klinische naar poliklinische zorg (bijvoorbeeld dagbehandeling).
- Verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg en verder naar mantel- en zelfzorg. Binnen dit kader is het noodzakelijk dat de verhouding eerste-tweede lijn kritisch wordt bekeken. Het streven is erop gericht protocollen te ontwerpen met betrekking tot verwijzingsprocedures, taakafbakening, consultatiemogelijkheden, etc., welke van toepassing zullen zijn voor alle eerste- en tweedelijns-disciplines.
- Géén verdere uitbreiding van de spreekuren die de specialisten van de Gooise ziekenhuizen in Almere-Haven houden. Het streven zal erop moeten zijn gericht deze activiteit te beëindigen.
- Streven naar een tweedelijnsorganisatie die 'patientcentered' is in plaats van 'doctorcentered'².

De Werkgroep Polikliniek Almere

(WPA) heeft belangrijke beleidsvoorbereidende activiteiten verricht. Deze werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van eerste- en tweedelijnszorg en van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA).

STAND VAN ZAKEN

Het Medisch Centrum Almere is een volwaardig poliklinisch centrum, waarbinnen alle basisspecialismen en urologie zijn vertegenwoordigd. Specialisten houden er spreekuur; verder zijn er een goed geoutilleerd klinisch-chemisch laboratorium, een röntgenafdeling en een functieafdeling. De huidige setting waarborgt het functioneren als diagnostisch centrum waar zonder tussenkomst van de tweede lijn laboratorium-, röntgen- en functieonderzoek kan plaatsvinden, alsmede advisering, beoordeling en consultatie. De diagnostische faciliteiten omvatten voorts audiometrie, echografie, ECG-onderzoek en longfunctieonderzoek, alsmede bij uitbreiding gastro-coloscopie en allergie-onderzoek.

Als tweedelijnsactiviteiten biedt het Medisch Centrum Almere:

- faciliteiten tot het kunnen houden van spreekuren door de medisch specialisten;
- diagnostische activiteiten ten behoeve van de spreekurafdeling;
- behandelingen/verrichting door medisch specialisten.

In het verleden gebeurden alle verrichtingen van enige omvang buiten het centrum dan wel in een ziekenhuis buiten de polder. Voor Almeerse patiënten had dit vervelende consequenties (reistijden, vervoerskosten, etc.). Momenteel is de uitrusting van het medisch centrum adequaat te noemen voor de meest voorkomende verrichtingen en onderzoeken. Dit neemt niet weg dat de wens blijft bestaan het voorzieningenpakket van het centrum uit te breiden. Realisatie hiervan hangt, net als in het verleden, echter af van toestemming van het ministerie. Gewenste voorzieningen zijn bijvoorbeeld apparatuur voor het verrichten van borstonderzoek bij vrouwen (mammografie) en laserapparatuur (oogheelkunde).

FUNCTIONEREN

Alle poliklinische activiteiten van het Medisch Centrum Almere en de daarmee samenhangende bureaufacties zijn onder één organisatorische noemer gebracht. De spreekuurafdeling is georganiseerd volgens de richtlijnen van het Rapport Normen Commissie Ziekenhuispoliklinieken. Specialisten maken gebruik van zogeheten wisselunits; met andere woorden: ze hebben in wezen geen eigen specialistenkamer, maar delen hun kamer met andere specialisten, eventueel van dezelfde professie. De spreekuurassistenten zijn ook niet 'vast verbonden' aan één specialist.

Het laatste anderhalf jaar is het aantal bezoekers op de spreekuurafdeling met circa 50% toegenomen³. Dit ondanks enkele belangrijke beperkingen; zo zijn er geen klinische faciliteiten aanwezig; indien de huisarts een opname verwacht, zal hij of zij de patiënt waarschijnlijk naar elders verwijzen. Dit heeft echter ook een positieve keerzijde. Door het ontbreken van klinische faciliteiten, bijvoorbeeld opnamefaciliteiten, vinden steeds meer diagnostische, maar ook therapeutische verrichtingen poliklinisch plaats, een werkwijze die volledig past binnen de doelstellingen van de Almeerse gezondheidszorg. Mede door de lange fase van poliklinisch functioneren van het Medisch Centrum Almere kunnen alle betrokkenen een aanzet geven tot het bereiken van een evenwicht tussen poliklinische en klinische zorg: vooruitlopend op de opening van het ziekenhuis, met volgens plan een relatief klein beddenhuis, wordt men in concreto gestuurd naar een zorgbeleid dat voornamelijk poliklinisch geaard zal moeten zijn.

Een andere belemmering voor de ontwikkeling van het Medisch Centrum Almere is de min of meer historisch gegroeide band tussen huisartsen in Almere-Haven en specialisten afkomstig uit de Gooise ziekenhuizen die in Almere-Haven spreekuur houden. Het centrum vervult een belangrijke functie in de ondersteuning van de huisartsen. In vergelijking met de landelijke situatie vindt in Almere beduidend meer diagnostisch onderzoek plaats op aanvraag van de huisarts⁴; dit betreft voornamelijk het laboratorium- en röntgenonderzoek en in mindere mate longfunctie- en audiometrisch onderzoek. Welke factoren hieraan ten grondslag liggen is (nog) onbekend. Mogelijk kan het werken uit een andere minder traditionele invalshoek of de praktijkomvang enige verklaring bieden.

In de relatie tussen de huisarts en de specialist kan een aantal samenwerkingsniveaus worden onderscheiden. Het overleg met betrekking tot individuele patiënten wordt vaak als laagste niveau van samenwerking gezien. Bij consultatie, nascholing, patiëntenbesprekingen en werkafspraken wordt gesproken van een intensievere samenwerking. Protocolen en onderlinge toetsing worden wel gezien als het hoogste niveau van samenwerking.

In de beginjaren was het niveau van samenwerking tussen huisarts en specialist laag te noemen⁴. Hiermee wordt evenwel geen inhoudelijke kwalificatie van het overleg tussen de huisarts en specialist gegeven. Geconstateerd werd dat de samenwerking beperkt bleef tot (schriftelijk) overleg over individuele patiënten. Overigens is het gezien de 'beperkte' aanwezigheid van een aantal specialisten begrijpelijk dat de samenwerking moeizaam tot ontwikkeling komt: de specialisten die in het Medisch Centrum Almere werken zijn tevens werkzaam in het Burgerziekenhuis in Amsterdam waar de deels door de omgeving bepaalde cultuur wezenlijk verschilt van die in Almere. Ook de grote onzekerheid rond de start van de bouw van het Almeerse ziekenhuis kwam de motivatie niet ten goede. Het loondienstverband en de daarmee gepaard gaande goodwill-problematiek veroorzaakten voorts de nodige stagnatie. Enerzijds diende dus opbouw plaats te vinden, anderzijds vroegen de omstandigheden om consolidatie van posities en functioneren. Inmiddels heeft een commissie goodwill Burgerziekenhuis haar eindrapport uitgebracht; daarin worden de mogelijkheden beschreven voor de financiering van de praktijkuitkoop, rekening houdend met het verzoek van de staatssecretaris het Almeerse ziekenhuis te vrijwaren van goodwill-aanspraken. Deze ontwikkeling, alsmede de eerder genoemde toestemming tot bouw van het ziekenhuis en de vaststelling van het functiepakket, moeten garanties bieden om zich voor 100% in te zetten voor de opbouw van de tweedelijnszorg in Almere. In de praktijk blijkt zich dan ook een stijgende lijn voor te doen bij alle vormen van samenwerking. De sedert een jaar bestaande huisartsen/specialistenbijeenkomsten, waarbij aan de hand van een patiëntencasus werkafspraken worden gemaakt en die regelmatig leiden tot individuele vervolgbijeenkomsten, leiden tot verdere uitdieping. Wellicht dat de drempeel voor disciplinegerichte protocollen minder hoog is geworden.

In welke mate het Medisch Centrum Almere erin slaagt een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg te bewerkstelligen, laat zich niet makkelijk beschrijven. Misschien kan de relatief lage herhalingsfactor van de polibezoeken als een aanwijzing worden gezien⁵.

Reeds enkele jaren wordt in Almere de discussie gevoerd over de wijze waarop de EHBO zou moeten worden geregeld. Diverse instanties hebben zich de afgelopen jaren met deze problematiek beziggehouden. De destijds gedane aanbeveling, de EHBO door de eerste lijn te laten vervullen, wordt in Almere algemeen onderschreven. In concreto houdt dit in dat de eerste hulp wat Almere betreft door de huisartsen moet worden verleend, en niet zoals landelijk gebruikelijk door de ziekenhuizen. Het medisch centrum vervult hierin volgens de afspraken geen functie: voor 'algemene klachten' en kleine traumatologie is er de wachtregeling van de huisartsen; de categorie 'grote traumatologie' wordt voornamelijk via de ambulance aangemeld in de omliggende ziekenhuizen⁶.

Bij de opening van het nieuwe ziekenhuis zal het medisch centrum worden gesloten. Mede in verband hiermee is recentelijk afgezien van het operationeel maken van een afdeling Dagbehandeling. Ook in zogeheten experimentsituaties kunnen financiële argumenten van doorslaggevende betekenis zijn. Wellicht rijst de vraag of het centrum in Almere afwijkt van een traditionele polikliniek. Het antwoord op deze vraag is voor ons minder interessant. Wij constateren dat het MCA erin is geslaagd een adequate zorgverlening te bieden die door huisartsen en bevolking wordt gewaardeerd⁷.

De *poliklinische functies* van het Medisch Centrum Almere en die van het nieuwe ziekenhuis zijn het visitekaartje van de intramurale zorg. Zeker in het kader van de Almeerse gezondheidszorg, waarin veel poliklinische en weinig klinische activiteiten zijn gepland, zal de poliklinische functie van het ziekenhuis organisatorisch autonoom moeten functioneren. In de organisatiestructuur van het nieuwe ziekenhuis zal het 'patiëntgericht' werken tot uitdrukking moeten komen. Wellicht verdient het aanbeveling de disciplinegerichte organisatiestructuur los te laten. Alle poliklinisch geaarde activiteiten kunnen dan op een juiste operationele en functionele wijze worden gecoördineerd. Versnippering van her en der verspreide onderdelen binnen de organisatie wordt hiermee voorkomen. De beoogde verschuiving van twee-

de- naar eerstelijnszorg en de noodzakelijke onderlinge samenwerking geeft voor de poliklinische activiteiten een soort brugfunctie te zien.

De landelijke algemene productiegegevens geven aan dat de groei van de poliklinisch geaarde activiteiten zich heeft ontwikkeld onafhankelijk van de klinische productie. Desondanks mag nog niet worden gesproken van een substitutie-effect.

De verregaande ondoorzichtigheid van de landelijke organisatiestructuur voor de polikliniek, die haar oorzaak vond in de veelheid van disciplines en de sterk wisselende activiteiten, bepaalt veelal de organisatorische beeldvorming van de organisatie. Binnen de poliklinische structuur kan men summier drie disciplines onderscheiden: de medische, de verpleegkundige en de administratief/organisatorische. Doordat iedere discipline een eigen werkwijze hanteert, zien we de bekende spraakverwarring, het ontbreken van overleg, ad hoc-beslissingen, enkel disciplinegericht aandacht, het aanspreekbaar c.q. verantwoordelijk zijn van iedereen en (vooral) niemand. Door de disciplinegerichte organisatiestructuur los te laten wordt voorkomen dat er onvoldoende beleidsafstemming plaatsvindt tussen gelijksoortige afdelingen.

Een ander uitvloeisel van de keuze voor zo'n duidelijke organisatiestructuur is dat vragen en problemen op operationeel gebied niet direct op de directietafel worden gedeponeerd, maar op de tafel van de daarvoor verantwoordelijke functionaris; ons inziens moet de directie in eerste instantie gevrijwaard blijven van operationele en functionele problemen. Of het voornoemde poliklinische organisatiefacet gestalte zal krijgen binnen het Almeerse ziekenhuis zal, wellicht na vele discussie, de tijd ons leren. □

Noten

1. Dekker L. Evaluatie-onderzoek Medisch Centrum Almere. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut 1986.

	röntgen		lab.punten	
verwijzers	1984	1985	1984	1985
huisarts	78%	76%	47%	49%
specialist	22%	24%	53%	51%

2. Werkgroep Polikliniek Almere. Nota Poliklinische Voorzeningen in Almere, 1983.

3. Pet RK. Spreekuurbezoeken (totaal):

	1984	1985	1986
oogheelkunde	3.279	2.367	2.907
kindergeneeskunde	936	1.125	1.412
interne geneeskunde	1.048	1.723	2.015
chirurgie	896	2.032	2.646
gynaecologie	331	968	1.168
dermatologie	653	1.025	1.431
KNO	921	1.249	1.337
neurologie	584	828	997
orthoptiek	1.101	1.293	1.481
diëtetiek	171	311	319
totaal	9.920	12.921	15.713

4. Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986. Project evaluatie gezondheidszorg Almere nr. 4.

5. Een vergelijking van de herhaalfactor van het MCA en de landelijk gemiddelde herhaalfactoren 1985, op basis van 'intramurale gezondheidszorg in cijfers', NZI 1987.

	Almere 1986	Ned. gem. 1985
interne geneeskunde	5,5	6,3
kindergeneeskunde	7,7	4,6
dermatologie	2,8	4,1
chirurgie	2,6	3,3
gynaecologie	3,0	5,2
oogheelkunde	1,1	1,5
KNO	1,6	3,4
neurologie	2,1	3,4

6. Pet RK. De rol van het Medisch Centrum Almere heden en toekomst gericht. Almere, 1986.

7. Sixma H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL 1986. Evaluatie Medisch Centrum Almere, 1986.

Ontwikkelingssamenwerking of struisvogelpolitiek?

In augustus 1987 heeft het ministerie van Buitenlandse Zaken een rapport voorgelegd aan de Tweede Kamer. Uit dit rapport blijkt dat de steun die als 'ontwikkelingssamenwerking' wordt verleend aan ziekenhuizen in arme landen geen duidelijke verbetering oplevert van de klinische hulp, laat staan van de eerstelijnszorg; een positieve invloed van deze steun op het gezondheidspeil is in het geheel niet aannemelijk gemaakt. We hebben het over het 'Samenvattend Rapport inzake Nederlandse Activiteiten op het gebied van Ziekenhuisgezondheidszorg 1975-1985', geschreven door de Inspectie Ontwikkelingssamenwerking te Velde van het genoemde ministerie. Het is een samenvatting van een reeks rapportages van evaluatiecommissies¹, die voortgang en resultaten van vijftientwintig

F. Duijm

Als struisvogelpolitiek is: een strategie van niet-kiezen bij gebrek aan een visie, dan bedrijft men in Den Haag struisvogelpolitiek waar het gaat over de ontwikkelingssamenwerking ten behoeve van ziekenhuizen. De Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) analyseerde een rapport daarover, dat enigszins was zoekgeraakt. Werkgroepslid F. Duijm, arts, vat de uitkomsten samen.

intramurale, tweede- en derdelijnsprojecten inspecteerden². De onderzochte

projecten kostten samen ruim f 170 miljoen, 43% van de besteding aan intramurale projecten in de desbetreffende periode. Waarom juist deze vijftientwintig projecten waren onderzocht, is niet beschreven; we moeten dus maar aannemen dat ze representatief waren.

De projecten omvatten leveranties van medische apparatuur en andere ziekenhuisuitrusting, nieuwbouw van (delen van) ziekenhuizen en stafwoningen en/of onderhoud van gebouwen of apparatuur. Aan de leveranties werd ongeveer f 140 miljoen besteed. Röntgenapparatuur vormde de belangrijkste afzonderlijk te onderscheiden component. Daarnaast ging het onder meer om wasmachines, kooktoestellen en communicatieapparatuur. Het grootste project, de 'rehabilitatie' van ziekenhuizen in Indonesië, kost-

te tenminste f 72,5 miljoen en bestond bijna geheel uit leveranties; helaas zijn de resultaten van dit project, dat zo'n groot aandeel had, niet expliciet gerapporteerd.

Het hele rapport blijft bij de algemene, niet-onderbouwde veronderstelling dat de kwaliteit van diagnostiek en dus therapie door betere apparatuur wel moet zijn verbeterd. Maar tevens wordt geconstateerd dat de verwachte uitbreiding van de hulpverlening goeddeels is uitgebleven. Bovendien deden zich in allerlei projecten onvoorziene exploitatielasten voor, die schadelijk waren voor andere activiteiten. Verder wordt vastgesteld dat de versterkende invloed op de eerstelijnszorg die was verhoopt geheel is uitgebleven.

Bij de evaluaties deed zich het probleem voor dat de helft van de onderzochte projecten was uitgevoerd zonder omschreven doelstelling waaraan resultaten konden worden getoetst. Dit was onder meer het geval bij een Kenya-programmahulpproject ter waarde van f 7 miljoen, aangenomen op voorstel van een Nederlands bedrijf³.

Het rapport stelt dat 'niet het Nederlandse aanbod bepalend moet zijn voor de samenwerking, maar de behoeften van de gezondheidszorg van het ontwikkelingsland', terwijl daarentegen uit de onderliggende inspectierapportages naar voren komt dat het ministerie 'te weinig eigen medisch inzicht had en daardoor onvoldoende tegenwicht kon bieden aan potentiële leveranciers'.

Heel eerlijk wordt in het rapport dan ook geconcludeerd dat, hoewel de verbetering van de verleende gezondheidszorg tegenviel, 'het effect op de Nederlandse industrie en handelshuizen positief is geweest'. En er staat nog bij dat het effect op de lokale nijverheid overwegend negatief was.

Niet alleen werden er vaak geen behoorlijke projectdoelen geformuleerd, voor zover ze er wel waren ging het om verbeteringen van materiaal of zorgverlening. Het betrof derhalve de kwaliteit van 'input' of proces, niet de kwaliteit van de 'output'. Er is zelfs niet getracht het effect van de ontwikkelingssamenwerking te meten in termen van gezondheid.

Al met al is het dus evident dat niet de lokale bevolking er beter van is geworden, maar de Nederlandse leveranciers, Philips voorop.

In het licht van het voorgaande zijn de in het rapport gedane aanbevelingen kwetsus. Veel constatering uit het onderzoek zijn niet in de aanbevelingen ver-

werkt. Verder zijn sommige aanbevelingen strijdig met constatering. Er wordt bijvoorbeeld aanbevolen hulp te richten op preventie en stimulering van eerstelijnszorg vanuit ziekenhuizen, nadat eerder in het rapport is vastgesteld dat zulks niet kon worden gerealiseerd. De overige aanbevelingen zijn gericht op het bijstellen van wat organisatietechnische uitvoeringsaspecten. Een uitzondering vormt de eerste aanbeveling, waarin wordt gesteld dat aan de hulp aanzienlijke beperkende voorwaarden moeten worden gesteld. Er staat dat financiering van gebouwen of levering van apparatuur aan een ziekenhuis slechts kan worden overwogen 'indien het kleine, eenvoudige ziekenhuizen betreft - die passen in een reeds functionerend, dan wel zich gunstig ontwikkelend verwijssysteem van patiënten uit de eerste lijn; - die zonder hoge financiële drempels toegankelijk zijn voor iedereen; - waarbij de financiering van (waarschijnlijk oplopende) terugkerende kosten voor gebruik en onderhoud is gegarandeerd uit lokale budgetten'. Indien deze aanbevelen voorwaarden strikt waren toegepast, zou driekwart van de hulpprojecten niet zijn uitgevoerd. Dit zou veel middelen hebben vrijgemaakt voor projecten die wel positieve effecten hebben op de volksgezondheid.

De laatste tijd is enige verbetering zichtbaar⁴. Helaas laat de formulering van de voorwaarden de ruimte voor een veel minder strikte interpretatie. In de toekomst verdient het beleid derhalve een kritische toetsing om niet opnieuw in de oude fouten te vervallen.

Een groot gebrek van het rapport is het ontbreken van een hoofdstuk 'Beoordelingsgrondslagen en -methodiek'. Nu is er niet duidelijk getoetst aan de wel weergegeven grote lijnen van het beleid van ontwikkelingssamenwerking in de aan-gegeven periode: integrale, multisectoriële benadering van gezondheidsproblematiek, rechtvaardige verdeling, verzelfstandiging, participatie van de lokale bevolking, enz. Evenmin zijn er beoordelingscriteria opgepikt uit de beleidsstukken (bijvoorbeeld met betrekking tot het emancipatoir effect en het bereiken van de armsten). En een afweging van het belang van de beoordeling van onderdelen van een project om tot een eindoordeel te komen, is helemaal verre te zoeken.

Het ministerie zou nog iets kunnen leren van de Consumentenbond.

Dat laatste klinkt wat badinerend, maar er schuilt een wezenlijk probleem onder.

Voor een goede beoordeling is het nodig een visie te kiezen en in criteria vast te leggen, bijvoorbeeld door een *medisch-technisch model* te onderscheiden van een *sociaal-economisch gezondheidsmodel*: gaat het om bestrijding van wat ziektes of gaat het om integrale bevordering van de gezondheid? Nu hebben we te maken met een rapport dat hinkt op twee benen: conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op het als eerste genoemde model, de inleiding op het tweede. De tussenstap: hoe kunnen ziekenhuizen en ziektebestrijding eventueel bijdragen aan verbetering van de volksgezondheid?, ontbreekt. Gezondheidszorg wordt niet vooral opgevat als een systeem in interactie met gezondheidsproblemen, maar eerder als a priori nuttige handelingen van een reeks instituten; hierdoor was het natuurlijk onmogelijk de (gezondheids)relevantie van projecten te toetsen.

Verder wordt in het rapport geen onderscheid gemaakt naar effectiviteit in verschillende soorten systemen van gezondheidszorg en verschillende sociaal-economische systemen. Men had beter kunnen weten. Onder andere in de notaschoon is beschreven dat dit soort factoren zozeer van invloed is op de volksgezondheid dat de doelmatigheid van de gezondheidszorg in diverse landen sterk uiteenloopt⁵. Het belang van doelmatigheid in ontwikkelingssamenwerking wordt algemeen erkend, mits men de kosten afmeet aan het gezondheidseffect en niet slechts aan de hoeveelheid zorgverlening. Er had een aanbeveling uit kunnen rollen dat ondersteuning van de gezondheidszorg vooral zinvol is bij bepaalde systemen - maar zo'n keuze zal politiek wel ongewenst zijn.

Zo'n strategie van niet-kiezen bij gebrek aan visie heeft een naam: struisvogelpolitiek. □

Noten

1. De rapportages waren in de bekende bureaulade verdwenen, totdat Tweede-Kamerleden aandrongen op bespreking ervan.

2. Een soortgelijk samenvattend rapport over extramurale projecten is toegezegd. Misschien komt daarin aan de orde dat 'verbetering' van ziekenhuizen strijdig kan zijn met 'primary health care' en dat deze dus bewust tegen elkaar moeten worden afgewogen.

3. Hiervan bleek volgens het rapport bovendien de helft van de geleverde apparatuur nooit te bestemd plaatse te zijn aangekomen. Dit overkwam ook een project in Noord-Jemen.

4. Tegelijk echter is het aandeel van gezondheidsprojecten gedaald van 7% tot 1% van het totale budget van ontwikkelingssamenwerking.

5. Schoon EM. Nederlands ontwikkelingsbeleid op het gebied van de gezondheidszorg. 1986 (Notitie 19456).

Adres WEMOS: Minahassastraat 1, Amsterdam, tel. 020-653115.

Ongevallen in het jaar 2000

Hoofdpijnen van het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie'

Voor het uitstippelen van een lange-termijnbeleid op het gebied van de volksgezondheid dient de Nederlandse overheid inzicht te hebben in mogelijke toekomstige ontwikkelingen en de problemen die deze met zich mee kunnen brengen. Voor het tot stand brengen van een aantal toekomstverkenningen werd daarom in 1983 de onafhankelijke Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg ingesteld¹. Deze stuurgroep stelde in 1985 een commissie in voor het verkennen van de toekomstige ontwikkelingen op het vlak van ongevallen en traumatologie. Het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft voor deze commissie een scenario-onderzoek uitgevoerd². In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van de gedachtenvorming over te volgen beleidsstrategieën op middellange en lange termijn.

DOEL EN AANPAK

Het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie' had twee *doelstellingen*:

1. het verkennen van mogelijke 'autonome' ontwikkelingen op het gebied van ongevallen en de zorg voor ongevalsgevonden. Dit zijn ontwikkelingen die zich onafhankelijk van overheidsingrijpen voordoen;
2. het aangeven van de effecten van mogelijke beleidsmaatregelen. Hierbij gaat het zowel om de preventie van ongevallen als om verbeteringen in de zorg voor ongevalsgevonden.

Het onderzoek had een verkennend, niet een voorspellend karakter. Het ging niet verder dan het jaar 2000, omdat verder kijken dan een periode van tien tot vijftien jaar, gezien de snelheid waarmee veranderingen op dit terrein plaatsvinden, onverantwoord werd geacht. In de studie werd een onderscheid gemaakt tussen verkeersongevallen, bedrijfsongevallen en ongevallen in de privé-sfeer. (Daarnaast werd ook enige aandacht besteed aan ongevallen tijdens medische behandeling, zelfmoord en geweld; deze onderwerpen blijven in dit artikel buiten beschouwing.)

Het onderzoek werd in een aantal *stappen* uitgevoerd. In eerste instantie werd

E. F. van Beeck en
J. P. Mackenbach

Ongevallen brengen grote schade toe, ook aan de volksgezondheid. Het beslag dat ze leggen op de gezondheidszorg is daardoor groot. Om het beleid ter zake op de middellange en lange termijn van een solide fundering te voorzien, bestudeerde de scenariocommissie 'Ongevallen en traumatologie' de ontwikkelingen in het verleden en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst. Van de auteurs is E. F. van Beeck, arts, als wetenschappelijk medewerker ten behoeve van dit scenario-project verbonden aan het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. J. P. Mackenbach, universitair docent aan hetzelfde instituut, is als hoofdonderzoeker belast met de projectleiding van het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie'.

de huidige omvang van het probleem van de ongevallen in kaart gebracht en werden trends in de sterfte door ongevallen sinds 1950 onderzocht. Vervolgens werden mogelijke toekomstige ontwikkelingen geïnventariseerd met behulp van een Delphi-onderzoek³; er werd in twee rondes een anonieme, schriftelijke enquête uitgevoerd onder tachtig vooraanstaande Nederlandse deskundigen. Op basis van deze inventarisatie werd een aantal verschillende toekomstscenario's ontworpen, die onderling verschillen in de veronderstelde 'autonome' ontwikkelingen en in de mate van overheidsbemoeienis. Tenslotte werden met behulp van een rekenmodel de gevolgen van de verschillende toekomstscenario's voor de situatie in het jaar 2000 berekend.

TRENDS

Ongevallen vormen een groot probleem voor de volksgezondheid (tabel 1). Zowel in het verkeer (circa 50.000 gewonden) als in de arbeidssituatie (circa

60.000 gewonden) als in de privé-sfeer (circa 660.000 gewonden) worden grote aantallen gewonden geregistreerd. Rekening moet worden gehouden met verschillen in registratieprocedures en -criteria én met onderregistratie op (vermoedelijk alle) deelterreinen. Hierdoor blijft de precieze verhouding tussen de deel-terreinen en het totale aantal ongevalsgevonden onduidelijk. De gevolgen van ongevalsletsels zijn vaak ernstig. Daarvan getuigen de circa 3.900 doden en bijna 100.000 ziekenhuisopnamen die jaarlijks worden geregistreerd. De meeste ongevalsdoden vallen in de privé-sfeer; het aantal verkeersdoden komt daar dichtbij; de ongevalssterfte in de arbeidssituatie is relatief gering. Bij de ziekenhuisopnamen wordt dezelfde rangorde aangetroffen; het aandeel van de privé-ongevallen springt hier zelfs nog meer in het oog.

Uit CBS-publikaties is bekend dat de sterfte ten gevolge van ongevalsletsels sinds 1950 een bijzonder dynamische ontwikkeling heeft vertoond⁴. Tot ongeveer 1970 is er sprake geweest van een stijging, die vervolgens omsloeg in een spectaculaire daling (figuur 1a). (De piek in 1953 weerspiegelt de watersnoodramp.)

Aan de waargenomen sterfte-trends hebben zowel ontwikkelingen in de incidentie (het aantal ongevalsgewonden per 1.000 inwoners) als ontwikkelingen in de letaliteit (het aantal doden per 1.000 ongevalsgewonden) ten grondslag gelegen. Incidentie-ontwikkelingen zijn op hun beurt weer het gevolg geweest van ontwikkelingen in exposities (bijvoorbeeld in het aantal reizigerskilometers, gewerkte uren en dergelijke per 1.000 inwoners) en ongevalskansen (bijvoorbeeld het aantal ongevalsgewonden per reizigerskilometer en de arbeidsduur). Een aantal verschillende achterliggende factoren is hierbij van belang geweest.

In het verkeer nam het aantal doden tussen 1950 en 1970 explosief toe, vooral door een stijging van de incidentie onder invloed van een enorme toename van het autogebruik en een groeiende populariteit van de bromfiets. Verscheidene preventieve maatregelen van de overheid zorgden na 1970, in combinatie met de veranderde economische omstandighe-

den na de eerste oliecrisis, de toenemende ervaring met het drukker verkeer en de vooruitgang op technologisch gebied, voor een daling van zowel incidentie als letaliteit en daarmee van het aantal verkeersdoden (figuur 1b).

Ook het aantal niet-verkeersongevalsdoden is sinds 1970 gedaald (figuur 1c). Deze daling heeft zich zowel bij de bedrijfsongevallen als bij de privé-ongevallen voorgedaan. Bij de bedrijfsongevallen is vooral een aanzienlijke incidentiedaling van betekenis geweest, die overigens vermoedelijk al langer aan de gang was. Wat de sterfte betreft zijn echter ontwikkelingen op het gebied van ongevallen in de privé-sfeer veel belangrijker. Bij de belangrijkste sterfteoorzaak op dit deel terrein, de heupfractuur, kan de sterftedaling na 1970 vermoedelijk worden toegeschreven aan een dalende letaliteit onder invloed van verbeteringen in de medische zorg⁵.

MOGELIJKE TOEKOMST

Uit de bespreking van de trends in het recente verleden is wel gebleken dat de ontwikkelingen op dit terrein door een groot aantal factoren worden bepaald. Om enige lijn te brengen in het grote aantal verschillende mogelijkheden dat de toekomst nu eenmaal in zich draagt, werden op grond van de resultaten van het Delphi-onderzoek acht toekomstscenario's uitgewerkt (tabel 2). In het Delphi-onderzoek werden vier panels van elk twintig deskundigen ondervraagd. Deze panels bestreken de volgende terreinen: verkeersongevallen, bedrijfsongevallen, ongevallen in de privé-sfeer en de medische zorg voor ongevalsgewonden. De deskundigen werd gevraagd toekomstverwachtingen te formuleren omtrent ontwikkelingen in exposities, ongevals-kansen en letaliteit onder verschillende omstandigheden. Daarnaast werd hun gevraagd pakketten mogelijke beleidsmaatregelen samen te stellen en aan te geven welke effecten daarvan zouden kunnen worden verwacht. De opinie van een tweederde meerderheid van de panels werd vervolgens als uitgangspunt genomen bij de uitwerking van de scenario's. Hierbij werden de resultaten van de vier panels gecombineerd tot scenario's die het hele terrein van de ongevallen omspannen. Deze scenario's beschrijven hoe het aantal ongevalsletsels en de belangrijkste gevolgen daarvan (ziekenhuisopname, sterfte, handicap) zich zullen ontwikkelen onder verschillende omstandigheden.

Tabel 1. Geschatte jaarlijkse aantallen gewonden, ziekenhuisopnamen en overledenen ten gevolge van ongevallen, omstreeks 1984.

	gewonden*	ziekenhuisopnamen	overledenen
verkeer	50.000	23.500	1.750
bedrijf	60.000	3.000	100
privé	660.000	71.500	2.050
totaal	?	98.000	3.900

* Door verschillen in registratieprocedures en -criteria leveren de getallen in deze kolom geen informatie over de kwantitatieve verhoudingen tussen de drie sectoren.

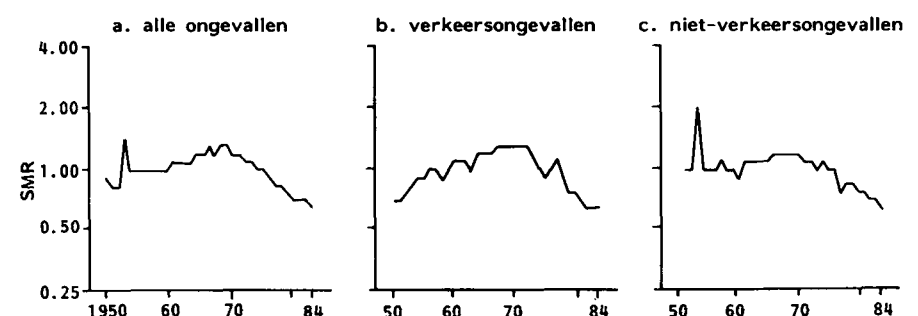
Tabel 2. Ontworpen Scenario's en kenmerken.

SCENARIO	KENMERK
meest waarschijnlijke autonome scenario	
referentiescenario	lage economische groei (1½%) lichte toename risicogedrag
alternatieve autonome scenario's	
hoge groeiscenario	hoge economische groei (4%)
stagnatiescenario	economische stagnatie (0%)
risicozoekend scenario	sterke toename risicogedrag
risicomijdend scenario	sterke afname risicogedrag
beleidsscenario's	
preventiescenario	krachtige voortzetting preventie
medische zorgscenario	nieuwe initiatieven medische zorg
combinatiescenario	krachtige voortzetting preventie + nieuwe initiatieven medische zorg

Tabel 3. Omvang van het probleem van de ongevallen in het jaar 2000 volgens het referentiescenario, vergeleken met de omvang van het probleem in 1985.

	incidentie per 100.000 van de bevolking	
	uitgangssituatie (1985)	referentiescenario (2000)
gewonden	5.500	6.025
ziekenhuisopnamen	643	721
overledenen	25	24
gehandicapten	65	66

Figuur 1. Sterfte ten gevolge van ongevallen in Nederland, 1950-1984 (gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht; 1.00 is het gemiddelde over de gehele periode).



REFERENTIESCENARIO

Te midden van de ontworpen scenario's neemt het referentiescenario een centrale plaats in. Dit scenario beschrijft de meest waarschijnlijke ontwikkeling tot het jaar 2000 volgens de in het Delphi-onderzoek ondervraagde deskundigen, uitgaande van minimaal overheidsbeleid (dat wil zeggen geen nieuwe initiatieven van de overheid op het gebied van ongevalspreventie en zorg voor ongevalsgewonden), een bescheiden economische groei (1½% per jaar) en een lichte verdere ontgroening en vergrijzing van de bevolking (conform de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose van 1985). Dit scenario wordt gekenmerkt door een combinatie van gunstige én ongunstige ontwikkelingen. Het is geen simpele extrapolatie van trends uit het recente verleden. De effecten worden kort samengevat in tabel 3.

Het aantal ongevalsgewonden zal, als dit scenario werkelijkheid wordt, stijgen. Dit is een gevolg van ontwikkelingen in de privé-sfeer: hier is een grote stijging van het aantal ongevalsgewonden te verwachten, vooral door een groeiende belangstelling voor (riskante) sport en doe-het-zelven. In het verlengde van de stijging van het aantal ongevalsgewonden zal ook het aantal ziekenhuisopnamen flink toenemen. Daarbij speelt ook de vergrijzing van de bevolking een rol: op hogere leeftijd is de noodzaak na een ongeval opgenomen te worden vaker aanwezig. Het aantal overledenen en gehandicapten ten gevolge van ongevallen zal ongeveer op het huidige niveau blijven, ondanks de stijging van het aantal ongevalsgewonden en de vergrijzing van de bevolking. Dit is te danken aan een groot aantal verbeteringen dat deskundigen verwachten op het gebied van veilig-

heidsbevorderende én medische technologie.

ALTERNATIEVE SCENARIO'S

Om de effecten van mogelijke andere ontwikkelingen in beeld te brengen, is een viertal contrasterende scenario's uitgewerkt. Deze wijken in de veronderstelde 'autonome' ontwikkelingen drastisch af van het referentiescenario, maar gaan net als het referentiescenario uit van een minimaal overheidsbeleid. Ook deze scenario's zijn gebaseerd op de opinies van de in het Delphi-onderzoek ondervraagde deskundigen.

Het *hoge groeiscenario* gaat uit van een bijzonder gunstige economische ontwikkeling. Volgens de ondervraagde deskundigen zal dit gepaard gaan met een hoger niveau van risicoacceptatie in de samenleving. In dit scenario zullen de aantallen ongevalsgewonden in het verkeer en in de arbeidssituatie zich veel ongunstiger ontwikkelen dan in het referentiescenario. De ongevallen in de privé-sfeer ontwikkelen zich nagenoeg hetzelfde als in het referentiescenario. Het totaaleffect van dit scenario is dat in het jaar 2000 het aantal ongevalsgewonden, overledenen, gehandicapten en ziekenhuisopnamen flink (circa 10% tot 30%) hoger zal uitkomen dan in het referentiescenario.

Het *stagnatiescenario* is gebaseerd op de veronderstelling dat er totaal geen economische groei zal zijn. Onder deze omstandigheden zal de in het referentiescenario beschreven vooruitgang op (medisch-)technologisch gebied onmogelijk zijn. Veiligheidsbevorderende technologie wordt te duur; de gezondheidszorg krijgt te kampen met forse budgetbeperkingen. De aantallen ongevalsgewonden en ziekenhuisopnamen zullen in dit scenario niet veel afwijken van die in het referentiescenario. Het aantal ongevalsdoden en gehandicapten zal echter in het jaar 2000 veel (circa 45% respectievelijk circa 30%) hoger uitvallen, met name door ongunstige ontwikkelingen in de privé-sfeer.

Het *risicozoekende scenario* gaat uit van een, volgens sommige deskundigen waarschijnlijke, afname van het gevaarbesef ten gevolge van de overwegend gunstige ontwikkelingen in het recente verleden. Hiervan afgeleid zullen mensen meer risico's nemen. Vooral bij de verkeersongevallen zijn de verschillen met het referentiescenario erg groot. Dit

Tabel 4. Beleidsmaatregelen preventiescenario.

VERKEERSVEILIGHEID

- uitvoering landelijk beleidsplan verkeerseducatie
- uitvoering beleidsplan waarneembaarheid
- verdere scheiding/categorisatie van verkeersdeelnemers
- 'black spot'-bestrijding/verdere inschakeling van lagere overheden
- verlaging van de maximumsnelheid binnen de bebouwde kom
- stimulering van de invoering van veiligheidsbevorderende technologie
- alcoholwet gericht op distributie- en gebruiksbeperking

BEDRIJFSVEILIGHEID

- verplicht jaarplan bedrijfsveiligheid
- verplichte bedrijfsveiligheidsdienst
- uitbreiding Arbo-wet tot gehele werkzame bevolking
- uitbreiding capaciteit en bevoegdheden Arbeidsinspectie
- invoering toxische stoffen wetgeving
- veiligheidsbevoegdheden voor ondernemingsraad
- advies/voorlichtingsbureau veiligheid midden/kleinbedrijf
- meldings/registratieplicht storingen en bijna-ongevallen
- verplichte risico-analyses
- wettelijke regulering risico-aansprakelijkheid

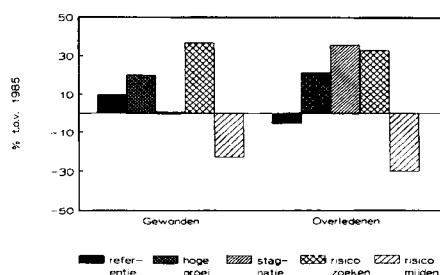
VEILIGHEID IN DE PRIVÉ-SFEER

- uitvoering landelijk beleidsplan veiligheidseducatie
- veiligheidseducatie in het basisonderwijs
- veiligheidseisen voor de meest bij ongevallen betrokken producten
- wettelijke regulering produkt-'recall'
- wettelijke regulering produktaansprakelijkheid
- uitbreiding taken en capaciteit Rijkskeuringsdienst van Waren
- veiligheidskeurmerken/certificatie
- verbetering produktvoorlichting
- bij wet verplichte kinderveilige verpakkingen geneesmiddelen
- meewegen toxiciteit bij overdosering bij toelatingsbeleid geneesmiddelen
- aanpassing sportreglementen aan veiligheidseisen
- betere instructie inzake sportletselpreventie

Tabel 5. Beleidsmaatregelen medische zorgscenario.

- landelijk alarmnummer
- verplichte aanwezigheid van een verpleegkundige met een aanvullende 'trauma-opleiding' op iedere ambulance
- ontwikkeling van behandelprotocollen voor ambulancepersoneel
- bundeling van specifieke voorzieningen voor de opvang en behandeling van ongevalspatiënten in ziekenhuizen
- aanwezigheid coördinator traumatologie in ziekenhuizen
- echelonnering en regionalisatie van de traumazorg
- uitbreiding capaciteit van de revalidatiegeneeskunde tot 1 revalidatie-arts op 500 bedden

Figuur 2. Procentuele verandering van het aantal gewonden en overledenen ten gevolge van ongevallen tussen 1985 en het jaar 2000 in het referentiescenario en vier alternatieve autonome scenario's.



scenario leidt in het jaar 2000 tot veel (circa 30%) meer ongevalsgewonden, overledenen, gehandicapten en ziekenhuisopnamen dan het referentiescenario. Het *risicomijdende scenario* gaat uit van een extreem toenemend besef voor veiligheid en een sterk afnemende neiging om risico's te lopen. In zijn gevolgen is dit scenario min of meer het spiegelbeeld van het risicozoekende scenario. Het leidt tot veel (circa 30%) minder ongevalsgewonden, overledenen, gehandicapten en ziekenhuisopnamen in het jaar 2000 dan het referentiescenario.

Hoe de gevolgen van het referentiescenario en de vier alternatieve autonome scenario's zich verhouden tot de situatie in 1985 is voor de aantallen gewonden en overledenen in beeld gebracht in *figuur 2*. Zichtbaar is dat rondom het referentiescenario een tamelijk brede marge van mogelijke andere ontwikkelingen moet worden gedacht. Opvallend is dat drie van de vier alternatieve autonome scenario's tot een niet onaanzienlijke stijging van de ongevalssterfte zullen leiden.

DRIE BELEIDSSCENARIO'S

Om de mogelijke effecten van overheidsingrijpen te kunnen aangeven werden tenslotte drie beleidsscenario's uitgewerkt. Deze scenario's gaan uit van dezelfde 'autonome' ontwikkelingen als het referentiescenario. Waar het referentiescenario echter uitgaat van het achterwege blijven van overheidsbemoeienis met ongevalspreventie en zorg voor ongevalspatiënten, worden de beleidsscenario's gekenmerkt door een zeer grote mate van overheidsinspanning.

Het *preventiescenario* gaat uit van een bijzonder krachtige voortzetting van het huidige beleid van de overheid met betrekking tot ongevalspreventie. Het bevat een scala aan wenselijk geachte maatregelen voor de drie verschillende sectoren, die volgens de ondervraagde deskundigen alle vóór het jaar 2000 kunnen worden gerealiseerd (*tabel 4*).

Nieuwe initiatieven op het gebied van educatie en voorlichting worden voor alle sectoren van groot belang geacht. Ter vergroting van de verkeersveiligheid wordt een aantal nieuwe maatregelen noodzakelijk gevonden, gericht op verbetering van gedrag, voertuigen én infrastructuur. De ondervraagde deskundigen op het gebied van de bedrijfsveiligheid vinden een verdere uitwerking van de arbeidsomstandighedenwetgeving es-

sentieel. Voor het terrein van de privé-ongevallen wordt veel verwacht van een aantal (wettelijke) maatregelen dat de veiligheid van consumentenproducten moet vergroten.

Aan enkele van deze maatregelen wordt inmiddels uitvoering gegeven. Bij effectuering van al deze maatregelen vóór het jaar 2000 kan het aantal ongevalsgewonden in alle sectoren flink (circa 20% tot 30%) lager uitkomen dan in het referentiescenario. Ditzelfde geldt voor het aantal sterfgevallen, gehandicapten en ziekenhuisopnamen. De ongevalssterfte zal in dit scenario in het jaar 2000 circa 26% lager zijn dan in het referentiescenario.

Het *medische zorgscenario* omvat een aantal drastische wijzigingen in de zorg voor ongevalspatiënten. Het omvat een groot aantal mogelijke maatregelen dat betrekking heeft op verschillende fasen van het hulpverleningsproces: alarmering, ambulancehulp en transport, behandeling in het ziekenhuis en revalidatie (tabel 5). In dit pakket ligt de nadruk op maatregelen ten behoeve van patiënten met ernstige levensbedreigende letsels (bijvoorbeeld letsels van het centraal zenuwstelsel, inwendig letsel van borst-, buik- of bekkenorganen, multitrauma). De invoering van een landelijk alarmnummer – waartoe de overheid inmiddels heeft besloten – zal kunnen bijdragen aan een bekorting van het therapievrije interval; dit wordt voor de prognose van de patiënt van groot belang geacht. In veel gevallen kan reeds ter plaatse van het ongeval de eerste adequate professionele medische hulp worden geboden. Hiertoe is echter noodzakelijk dat het personeel dat ter plaatse hulp verleent goed geschoold is. Voorgesteld wordt onder andere in de toekomst de verplichting in te stellen dat in iedere ambulance een verpleegkundige aanwezig is die een aanvullende opleiding 'spoedeisende medische hulpverlening' heeft gevolgd. Ook voor de opvang en behandeling van ongevalspatiënten in ziekenhuizen wordt een aantal wijzigingen voorgesteld. De meest ingrijpende hiervan betreft echelonnering en regionalisatie van de traumazorg; in de Verenigde Staten zijn hiermee gunstige ervaringen opgedaan^{6, 7}. Tenslotte zij vermeld dat het pakket ook uitgaat van een uitbreiding van de capaciteit van de revalidatiegeneeskunde; dit om vroegtijdige herkenning en behandeling van (dreigende) functiebeperkingen en handicaps te bevorderen.

Van de voorgestelde maatregelen worden uiteraard geen effecten verwacht op

Verdere beleidsontwikkeling ongevallen en traumatologie

Symposium 18 maart 1988

De in het artikel hiernaast besproken conclusies en aandachtspunten voor het beleid kunnen een leidraad vormen voor de verdere beleidsontwikkeling op het terrein van ongevallen en traumatologie. Een eerste aanzet zal hiertoe worden gegeven tijdens een symposium dat op 18 maart 1988 zal worden gehouden in de Jaarbeurs te Utrecht. Tijdens dit symposium zullen de resultaten van het scenario-onderzoek uitgebreid worden toegelicht. Daarnaast zal door leden van de scenario-commissie worden aangegeven hoe de aandachtspunten voor het beleid zouden kunnen worden ingevuld op de diverse deelterreinen en zal hierop vanuit het beleid worden gereageerd. Iedereen die zich betrokken voelt bij het streven het belangrijke volksgezondheidsprobleem van de ongevallen verder terug te dringen wordt uitgenodigd deze bijeenkomst bij te wonen.

Informatie, programma en aanmeldingsformulier: congresbureau Jaarbeurs Utrecht, tel. 030-955466.

het aantal ongevalsgewonden en ziekenhuisopnamen. De reductie van het aantal sterfgevallen en gehandicapten zal echter vermoedelijk aanzienlijk zijn, zij het iets geringer dan in het preventiescenario. De ongevalssterfte zal volgens dit scenario in het jaar 2000 circa 17% lager zijn dan in het referentiescenario.

Het *combinatiescenario* bundelt een krachtige voortzetting van het huidige preventiebeleid met een drastische verbetering van de opvang, behandeling en revalidatie van ongevalspatiënten. De positieve effecten van dit scenario zijn erg groot. Voor de ongevalssterfte is de reductie ten opzichte van het referentiescenario maar liefst 38%. Gewezen moet echter worden op het feit dat er zelfs in dit scenario in het jaar 2000 nog altijd sprake zal zijn van forse aantallen slachtoffers: 39.000 verkeersongevalsgewonden, 36.000 bedrijfsongevalsgewonden, 580.000 poliklinisch behandelde privé-ongevalsgewonden, 81.000 ziekenhuisopnamen en ruim 2.200 ongevalsdoden.

Ook voor de beleidsscenario's is in beeld

gebracht hoe de aantallen gewonden en overledenen zich verhouden tot de situatie in 1985 (figuur 3). Zichtbaar is onder andere dat deskundigen verschillende mogelijkheden zien om een verdere substantiële vermindering van de ongevalssterfte te bewerkstelligen.

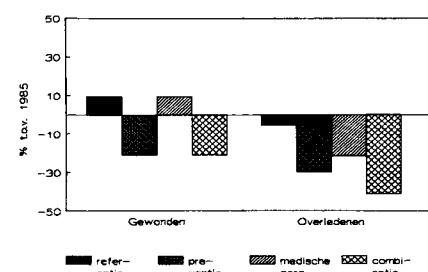
BESLUIT

Het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie' levert de volgende conclusie op:

Duidelijk is dat beleidmakers niet zonder meer kunnen uitgaan van gunstige 'autonome' ontwikkelingen. Volgens het meest waarschijnlijke scenario (het referentiescenario) zal tussen 1985 en 2000 het aantal gewonden en ziekenhuisopnamen stijgen, terwijl het aantal overledenen en gehandicapten zich ongeveer op het huidige niveau zal handhaven. De effecten van drie van de vier andere 'autonome' scenario's zijn ongunstiger dan die van het referentiescenario; slechts één scenario heeft gunstiger gevolgen. Hieruit volgt dat een verdere substantiële reductie van het aantal ongevalsslachtoffers zonder een krachtig gericht overheidsbeleid waarschijnlijk niet zal worden bereikt. Deskundigen zien verschillende mogelijkheden om dit wél te realiseren, maar dit zal grote inspanningen vereisen.

Op de middellange termijn, dat wil zeggen in de periode voor het jaar 2000, zal een *krachtige voortzetting van het huidige preventiebeleid* moeten plaatsvinden. Nagestreefd zal moeten worden dat een aantal nieuwe initiatieven waarvan de uitvoering door deskundigen technisch mogelijk wordt geacht, doorgang vindt. In dit beleid is onder meer een belangrijke plaats weggelegd voor voorlichting en educatie, verbetering van de verkeersin-

Figuur 3. Procentuele verandering van het aantal gewonden en overledenen ten gevolge van ongevallen tussen 1985 en het jaar 2000 in het referentiescenario en drie beleidsscenario's.



frastructuur, een nadere uitwerking van de arbeidsomstandighedenwetgeving en maatregelen ter vergroting van de veiligheid van consumentenprodukten.

Verder zal de effectiviteit van het beleid vergroot kunnen worden door een zorgvuldige *prioriteitenstelling*. De resultaten van het scenario-onderzoek, waarin het hele veld van de ongevallen wordt gebundeld, leveren hiertoe een eerste aanzet. Uit de onderzoekresultaten komt naar voren dat ongevallen in de privé-sfeer een relatief hoge prioriteit verdienen: deze zijn op dit moment van het grootste kwantitatieve belang, een belang dat in het meest waarschijnlijke scenario alleen maar zal toenemen (en ook in de andere scenario's zullen de privé-ongevallen bovenaan blijven staan).

Tenslotte lijkt een actievere opstelling van de overheid ten aanzien van het terrein van de *medische zorg voor ongevalsgewonden* aangewezen. Volgens deskundigen liggen ook hier nog mogelijkheden om het aantal overledenen en gehandicapten ten gevolge van ongevallen omlaag te brengen. Deze mogelijkheden sluiten echter niet duidelijk aan bij bestaande voornemens. Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar de toepasbaarheid en mogelijke effecten van de voorgestelde maatregelen in de Nederlandse situatie. Het opstellen van samenhangende plannen van de overheid met betrekking tot de zorg voor ongevalsgewonden zou zo spoedig mogelijk moeten plaatsvinden.

Zelfs bij het meest uitgebreide pakket van maatregelen zullen ongevallen in het jaar 2000 echter nog steeds een volksgezondheidsprobleem van grote omvang zijn. Daarom moeten reeds de komende jaren de voorwaarden worden geschapen om de slachtofferaantallen *ná het jaar 2000* verder terug te dringen.

De discussie dient nu al in gang te worden gezet omtrent *verdergaande maatregelen* dan waar op dit moment aan wordt gedacht. Hierbij kan worden gedacht aan maatregelen gericht op expositiebeïnvloeding (maatregelen die erop zijn gericht dat mensen riskante activiteiten mijden of door minder riskante vervangen). Dergelijke maatregelen zijn niet opgenomen in het preventiescenario, omdat zij voor de middellange termijn niet haalbaar worden geacht. Overwogen zou kunnen worden op punten waar de overheid in feite toch al sturend optreedt (denk aan het vervoersbeleid en het sportbeleid) meer met volksgezondheidsaspecten rekening te houden. Een

andere mogelijkheid is een sterke verscherping van de toelatingseisen voor produkten die op de consumentenmarkt komen, bijvoorbeeld vervoermiddelen, woningen en huishoudelijke apparaten. Gestreefd zou moeten worden naar een situatie waarin de regelgeving gelijke tred houdt met de vooruitgang in technische mogelijkheden, zodat veilige technologie zo snel mogelijk op grote schaal wordt toegepast.

Ook vraagt een effectief beleid ná 2000 in feite om een aantal *voorwaarden* waaraan reeds vanaf nu zou moeten worden voldaan. Overkoepeling en verbreding van het beleid, verbetering van de informatievoorziening en vergroting van kennis over het probleemveld door middel van wetenschappelijk onderzoek lijken noodzakelijk om een effectief beleid voor de lange termijn te kunnen ontwikkelen.

SAMENVATTING

Ongevallen brengen veel schade toe aan de volksgezondheid. Zo worden in Nederland jaarlijks circa 50.000 verkeersongevalsgewonden, circa 60.000 bedrijfsongevalsgewonden en circa 660.000 slachtoffers van een ongeval in de privé-sfeer geregistreerd. Het jaarlijks aantal doden bedraagt circa 3.900. Door dit grote aantal slachtoffers is ook het beslag op de gezondheidszorg groot. Het aantal ziekenhuisopnamen in verband met ongevallen bedraagt bijvoorbeeld bijna 100.000 per jaar.

Voor het uitstippelen van een beleid voor de middellange en lange termijn op het gebied van de ongevallen en de zorg voor ongevalsgewonden is inzicht in de huidige stand van zaken onvoldoende. Nodig is ook een zo goed mogelijk inzicht in mogelijke toekomstige ontwikkelingen en de problemen die deze met zich mee kunnen brengen. Deze mogelijke toekomstige ontwikkelingen zijn het onderwerp geweest van een voor de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg uitgevoerd onderzoek.

Het onderzoek wijst uit dat de volgens deskundigen meest waarschijnlijke ontwikkeling bij afwezigheid van overheidsingrijpen (referentiescenario) zal leiden tot een toename van het aantal gewonden en ziekenhuisopnamen in verband met ongevallen en tot een nagenoeg stabiel blijven van het aantal overledenen en gehandicapten. Behalve dit scenario zijn vele andere combinaties van ontwikkelingen denkbaar, waarvan sommige met nog veel ongunstiger gevolgen voor het aantal ongevalsslachtoffers.

Zonder actief overheidsingrijpen zal waarschijnlijk geen belangrijke reductie van het aantal ongevalsslachtoffers worden bereikt. Een krachtige voortzetting van het huidige overheidsbeleid op het gebied van de ongevalspreventie en uitvoering van een aantal nieuwe initiatieven op het gebied van de zorg voor ongevalsgewonden kan echter wel tot een dergelijke afname leiden. □

Onderzoekteam

De onderzoekcommissie voor het scenario-onderzoek 'Ongevallen en traumatologie' was als volgt samengesteld:

J. P. Mackenbach, arts
E. F. van Beeck, arts
Ir. G. J. van Oortmarssen
Drs. J. J. M. Barendregt
Prof. Dr. Ir. J. D. F. Habbema
Prof. Dr. P. J. van der Maas

Scenariocommissie

De door de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg ingestelde scenariocommissie 'Ongevallen en traumatologie' telde de volgende leden:

Prof. Dr. R. M. Lapré (voorzitter)
Prof. Ir. E. Asmussen
Prof. Dr. R. J. A. Goris
Ing. C. J. van Leeuwen
C. Pons, revalidatiearts
Dr. W. H. Rogmans
Prof. Dr. B. Sangster
Prof. Dr. W. A. Wagenaar

Literatuur

- Schreuder RF. Scenario's op het terrein van de volksgezondheid. Medisch Contact 1987; 42: 42-3.
- Lapré RM, Mackenbach JP (red). Ongevallen in het jaar 2000. Scenarioreport 1988. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema 1988.
- Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method. Technique, and applications. Massachusetts: Addison Wesley 1975.
- Ginniken JKS van. Sterfte ten gevolge van uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging, 1950-1983. Mndber Gezondheid (CBS) 1985; 8: 5-13.
- Hoogendoorn D. Heupfracturen; operatieve behandeling en klinische sterfte. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 326-9.
- West JG et al. Systems of trauma care. A study of two countries. Arch Surg 1979; 114: 455-60.
- West JG et al. Impact of regionalization. The Orange County experience. Arch Surg 1983; 118: 740-4.

J. D. Querido. *In een stadspraktijk*. Bunge, Utrecht 1988. 205 blz. ISBN 90 6348 344 9. (Serie Practicum voor de huisarts). Prijs: gebonden f 45,—, ingenaaid f 35,—.

Het boek van Querido lag met enkele boeken van Oliver Sacks op mijn nachtkastje om er 's avonds voor het slapen een hoofdstuk van door te nemen. Lang heeft het er niet gelegen, want ik heb het in één adem uit gelezen. Voor wie gewend is afstandelijk, meestal via onderzoekverslagen, kennis te nemen van de huisartsgeneeskunde is het boek van Querido een verademing. Was in 1979 zijn artikel 'Een bewerkelijk praktijkje' in Medisch Contact al een 'eye-opener', thans betoont hij zich niet alleen als een huisarts in hart en nieren, maar daarnaast ook als een scherp observator en denker.

Sinds 1973 is Querido huisarts in de Staatsliedenbuurt in Amsterdam, een buurt die mij goed bekend is doordat ik er ben geboren en opgegroeid. De buurt is verpauperd en wordt bewoond door een mengelmoe van 'echte' Amsterdammers, allochtonen en intellectuelen-met-problemen.

In het eerste hoofdstuk worden de praktijkomstandigheden en het uitgebreide netwerk waarmee huisartsen in Amsterdam te maken hebben uiteengezet. Wat bijvoorbeeld te denken van 22 ziekenhuizen c.q. klinieken? In het volgende hoofdstuk volgt een nuchtere beschrijving van 24 uur praktijk. Daarna komt het hoofdstuk van het boek: 'breuken', aan de orde. Er zijn breuken in de tijd: elk jaar wisselt 20% van de praktijkpopulatie. Querido geeft aan hoe hij op deze discontinuïteit anticipeert, bijvoorbeeld door een uitgebreide 'intake', en hoe hij waar mogelijk toch continuïteit weet te scheppen. Knap is hoe hij zijn bevindingen toetst aan de huisartsgeneeskundige theorie en hoe hij die op sommige punten bijstaaft. Sterk is zijn hoofdstuk over breuken in de eerste lijn, waarin hij aangeeft dat ook (of juist) in een grotestadspraktijk eerste hulp, verloskunde, en baby-, peuter- en kleuterzorg belangrijk zijn; bij de 'primaire' fragmentering voegt zich anders de 'secundaire' fragmentering, de verwijzingen buiten de huisarts om. Uit het hoofdstuk 'Breuken in de tweede lijn' blijkt dat Querido een attente dokter is, die zijn patiënten tot in het ziekenhuis vervolgt en daarbij functies als 'tolk' en 'advocaat' waarmaakt. Het werk wordt voor een groot deel bepaald door de 'demografische breuken', die steeds weer een specifieke aanpak vragen. Sociaal bewegen toont Querido zich in 'Drie accenten', waarin hij ingaat op de deprivatie en gezondheidsachterstand van de buurt waar hij werkt en waarin hij ook duidelijke en pragmatische richtlijnen geeft voor het omgaan met verslavingen.

Er is de laatste tijd nogal wat geschreven over stadsdokters die zich het slachtoffer van hun patiënten voelden. Querido heeft dit gevoel allerm minst: hij kent zijn mensen en zijn vak en weet knap te onderhandelen. Het boek is uitstekend geschreven. Het heeft

BOEKEN

zo'n niveau dat ik er niet van zou opzien als de schrijver zou worden gevraagd voor het programma van Adriaan van Dis. Bij het lezen drong zich op verschillende punten de vergelijking op met het mooie boek van Huygen: 'Family Medicine'. Hoewel de tegenstellingen extreem zijn, een longitudinale versus een transversale (1984) beschrijving en een dorps-versus een stadspraktijk, is het beide auteurs gelukt het wezen van de huisartsgeneeskunde zichtbaar te maken. Huisartsgeneeskundig zijn er meer overeenkomsten dan vermoed en de verschillen blijken, overigens duidelijk gemarkeerde, nuances te zijn. De vergelijking van deze twee boeken laat veel in stand van wat men de harde kern van het vak kan noemen.

Met dit boek heeft Querido zich geplaatst in de rij van geëngageerde artsen die Amsterdam heeft gekend. Ik beveel het nadrukkelijk aan, niet alleen voor huisartsen, maar ook voor specialisten en sociaal-geneeskundigen die willen weten wat er zich in de huisartspraktijk voordoet.

Dr. C. Spreeuwenberg

Alfred Lange, *Strategieën in directieve therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1987. ISBN 90 368 0013 7. 274 blz. Prijs f 49,50.

Zou het door de veranderingen in de cultuur komen dat directieve therapie weer meer 'in de lift' zit? Of eer meer 'in de lift' zit? Of door betere resultaten? Of omdat die vorm van therapie 'dichterbij de mensen' staat? Ik weet het niet, maar een feit is dat, na het tijdperk van 'doorgesloten democratisering', er ook meer aandacht komt voor zakelijker ingestelde behandelingsvormen. Welnu: dit heldere en overzichtelijke boek is zo'n specimen van moderne therapieopvattingen.

Kenmerken van directieve therapie, in dit boek beschreven, zijn: korthed, directheid, probleemgerichtheid, actieve deelname van de behandelaar, afstemming op de 'karakteristiek' van de cliënt, pragmatisme, beperking van het aantal zittingen, eclecticisme, nadruk op het positieve, het meegeven van 'therapeutisch huiswerk'. Ziedaar, hetgeen we in de huidige cultuurperiode op psychotherapeutisch gebied in veel gevallen juist nodig hebben. Maar: het lijkt allemaal zo simpel, zo gemakkelijk uit te voeren... Dat is, dunkt me, een gevaar. Deze vorm van behandeling vereist deskundigheid en/of deskundige supervisie.

Achtereenvolgens behandelt de auteur: toepassing van verschillende interventies in een

behandelingsplan, motivatievormen (onder andere voor paradoxale opdrachten), een aantal voorbeelden over het verwerken van het verleden, het betrekken van relaties van cliënten bij de therapie, uitvoerige casuïstiek en ten slotte ook de relativiteit van de behandeling (wat betekent het therapie-uur ten opzichte van de vele malen langere en mogelijk grotere invloed op de cliënt in de tijd buiten het therapiegebeuren?).

Indicaties: onder andere hyperventileren, fobieën, dwanghandelingen, onhandelbare kinderen, rouw, oorlogsgetroffene zijn.

Doelgroep: psychologen, pedagogen, psychiaters (assistenten in opleiding zeer zeker!), psychiatrisch verpleegkundigen, huisartsen, pastores, maatschappelijk werkers.

Ik hoop dat velen (zowel werkers als cliënten!) aan het lezen van dit boek net zoveel genoeg beleven als ik!

Dr. D. Jacobs

Jos Frenken en Bram van der Stolk, *Hulpverleners en incestslachtoffers*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1987. ISBN 90 368 0045 5. 207 pag. Prijs: f 39,—.

In dit boek worden de resultaten gepubliceerd van een onderzoek door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) naar hulpverlening aan incestslachtoffers en de problemen die zich daarin voordoen. Het project omvat twee onderzoeken en werd gesubsidieerd door het ministerie van WVC.

In het eerste onderzoek werden 130 hulpverleners uit de eerste en de tweede lijn van de somatische en geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening, de 'alternatieve' hulpverlening en politie en kinderscherming geïnterviewd. Het ging om 47 mannen en 83 vrouwen, die allen ervaring hadden met hulpverlening aan incestslachtoffers.

Het tweede onderzoek werd gedaan onder 50 incestslachtoffers die ervaring hadden met hulpverleners. Zij konden zich aanmelden na een oproep in twee dagbladen.

De auteurs beschrijven de knelpunten in de hulpverlening aan incestslachtoffers van twee kanten: van de kant van de hulpverleners en van de kant van de slachtoffers. Waar mogelijk geven zij aanbevelingen om de helaas nog gebrekkige hulpverlening te verbeteren.

Hoewel zowel de geïnterviewde hulpverleners als de geïnterviewde slachtoffers zeker niet representatief zijn voor alle hulpverleners en alle slachtoffers, wil ik het boek van harte aanbevelen. Het is duidelijk en helder geschreven. Het geeft veel informatie over het schrijnende probleem van de incest. Menig hulpverlener in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg zal er veel uit kunnen leren.

Mariëtte C. T. Moors-Mommers



Besluit nr. 5 – 1987 – Heelkunde

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publicatie van besluit CC nr. 5 – 1987 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme heelkunde bevat. Het besluit treedt in werking op 7 maart 1988.

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

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 21 september 1987;

gezien het voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme heelkunde;

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde op 10 maart 1984 haar instemming heeft betuigd met de herziene opleidingseisen;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Besluit no. 2 – 1969 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme heelkunde bedraagt zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit no. 2 – 1966 – laatstelijk gewijzigd besluit no. 1 – 1982 – vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C) in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt toegevoegd:

De opleiding in de heelkunde is regionaal gestructureerd. De regionale opleiding wordt verzorgd door samenwerking van een academische opleidingsinrichting en twee of meer erkende niet-academische opleidingsinrichtingen.

De erkende opleiders uit een regio vormen tezamen de Regionale Opleidingsgroep, waarvan taak en samenstelling nader worden omschreven in een huishoudelijk reglement. Zij heeft in elk van de in een huishoudelijk reglement genoemde regionen de functie van overlegorgaan van erkende opleiders.

Van de zes jaar opleiding heelkunde wordt drie jaar gevolgd in een academische opleidingsinrichting en drie jaar in een niet-academische opleidingsinrichting, volgens een schema dat wordt opgesteld door de Regionale Opleidingsgroep. De opleiding wordt in het algemeen in twee erkende opleidingsinrichtingen gevolgd.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

Gedurende de opleiding moet de opleider erop toezien dat de assistent-geneeskundige:

- f. een standaardlijst bijhoudt van de door hem verrichte operaties, onderverdeeld in de verschillende zwaarteklassen. Jaarlijks wordt deze lijst ter beschikking gesteld van de Regionale Opleidingsgroep en de plenaire visitatiecommissie. De standaardlijst dient bij visitaties en aan het einde van de opleiding ter beschikking te worden gesteld aan de Specialisten Registratie Commissie (SRC);
- g. de zorg heeft voor ten minste 15 en ten hoogste 25 patiënten;
- h. gedurende de opleiding ten minste een voordracht de heelkunde betreffende houdt voor de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde of een van haar subverenigingen;
- i. gedurende de opleiding ten minste een artikel de heelkunde betreffend publiceert in een wetenschappelijk, zo mogelijk buitenlands tijdschrift of een promotie-onderwerp bewerkt, afgerond door een dissertatie.

De in de algemene eis A.17. genoemde beoordeling wordt gegeven aan het einde van het eerste en het tweede opleidingsjaar. Ingevolge de algemene eis A.20. geven beide opleiders de noodzakelijke beoordeling af; de opleider bij wie de assistent-geneeskundige de eerste drie jaar van de opleiding heeft gevolgd, brengt zijn beoordeling ter kennis van de opleider bij wie de opleiding wordt voortgezet.

B. Te stellen aan de opleiders

Aan B. van de algemene eisen wordt het volgende toegevoegd: Elke voor de heelkunde erkende opleidingsinrichting kent een opleidersgroep. De opleidersgroep bestaat uit die chirurgen welke, mede ten behoeve van de opleiding, in maatschapsverband of een daarmee gelijk te stellen situatie samenwerken. De opleidersgroep draagt uit haar midden een opleider en een plaatsvervangend opleider voor aan de SRC voor erkenning. Zij worden beiden benoemd voor een gelijklopende periode van ten hoogste vijf jaar. Als de opleider of zijn plaatsvervanger tussentijds zijn werkzaamheden beëindigt wordt binnen zes maanden een opvolger aan de SRC voorgedragen. De erkenning van de plaatsvervangend opleider en de opleidingsafdeling vervalt twee jaar na het tijdstip waarop de plaatsvervangend opleider de taak van de opleider heeft overgenomen, of eerder indien de na de voorafgaande visitatie vastgestelde erkenningstermijn verstreken is of binnen een jaar verstrijkt. Gedurende het laatste jaar kunnen geen nieuwe assistenten in opleiding worden aangenomen.

Een opleidersgroep uit een opleidingsinrichting dient aan de volgende eisen te voldoen:

- a. te bestaan uit ten minste vier chirurgen, die daar allen in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn;
- b. de kennis en de vaardigheden van de leden van de opleidersgroep moeten daadwerkelijk de inhoud dekken van de delen van de opleiding, die volgens de Regionale Opleidingsgroep binnen de opleidingsinrichting moeten worden verzorgd;
- c. ten minste de helft van de leden van de opleidersgroep moet gepromoveerd zijn;
- d. de opleider moet gepromoveerd zijn en regelmatig publiceren over het vakgebied. De opleider dient namens de opleidersgroep in de Regionale Opleidingsgroep zitting te nemen;

OFFICIEEL

e. uit de opleidersgroep dient regelmatig gepubliceerd te worden en dienen regelmatig voordrachten te worden gehouden op wetenschappelijke bijeenkomsten.

Ingevolge B.12. van de algemene eisen moet in een opleidingsinrichting:

1. het aantal opnamen per jaar ten minste 2500 bedragen, met inbegrip van een voldoende aantal opnamen van kinderen tot en met 14 jaar, met een gevarieerde pathologie. Zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie;
2. het aantal operaties per jaar ten minste 2000 bedragen, met een evenwichtige verdeling over de zwaarteklassen en verdeeld over de verschillende aandachtsgebieden; zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie;
3. het aantal nieuwe polikliniek-patiënten ten minste 3000 per jaar bedragen;
4. het aantal poliklinische operaties ten minste 900 per jaar bedragen. Deze dienen te worden geregistreerd naar aantal en aard;
5. een optimaal functionerende afdeling Eerste Hulp aanwezig zijn; zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie. Het aantal eerste-hulpbezoeken (chirurgische ongevalspatiënten) dient ten minste 5000 per jaar te bedragen;

Aan de algemene eis B.13. wordt toegevoegd:

- f. belangstelling te hebben en bekwaam te zijn tot het verrichten van opleidingsactiviteiten en voldoende tijd te besteden aan de opleidingstaken en actief deel te nemen aan de bijeenkomsten van de opleidersgroep;
- g. bereid zijn bij de inrichting van de opleiding en het verrichten van opleidingsactiviteiten overleg te voeren met de Regionale Opleidingsgroep;

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

Ingevolge C.2. van de algemene eisen geldt bovendien het volgende:

- a. In de opleidingsinrichtingen dient werkzaam te zijn een specialist die voor het specialisme anesthesiologie in het register van erkende specialisten is ingeschreven.
- b. In een academische en een niet-academische opleidingsinrichting moeten alle erkende specialismen te consulteren zijn.
- c.1. In een academische opleidingsinrichting dienen werkzaam te zijn erkende opleiders voor ten minste 7 specialismen, waaronder de inwendige geneeskunde.
- c.2. In een niet-academische opleidingsinrichting dienen werkzaam te zijn erkende opleiders voor in totaal ten minste drie specialismen, waaronder de inwendige geneeskunde.
- d. Een opleidingsinrichting dient te beschikken over voldoende opnamemogelijkheid voor getraumatiseerde patiënten.
- e. In de opleidingsinrichting staat de behandeling van chirurgische patiënten in de afdeling voor intensieve behandeling onder verantwoordelijkheid van de chirurg.
- f. In de opleidingsinrichting dient de chirurg er verantwoordelijk voor te zijn dat ongevalspatiënten op adequate wijze worden behandeld.
- g. In de opleidingsinrichting dienen de volgende conferenties te worden gehouden:
 - a. dagelijkse conferenties:
 - de ochtendoverdracht;
 - de indicatie-bespreking;
 - de bespreking met de radiodiagnost(en);
 - b. wekelijkse conferenties:
 - ten minste een maal per week 'grote' visite.
 - interdisciplinaire besprekingen, waarbij patiënten van en naar andere specialismen kunnen worden overgedragen.

– bespreking van de aandachtsgebieden der chirurgie voor zover die in de opleidingsinrichting worden beoefend.

c. maandelijkse conferenties:

- die welke betrekking hebben op de recente literatuur (refereer-avonden c.q. -middagen) te verzorgen door de assistenten;
- voordrachten over actuele vraagstukken;
- bespreking van de ziektegeschiedenis van de patiënten die overleden zijn, tezamen met andere specialisten die bij de behandeling van de patiënten betrokken waren.
- bespreking met de patholoog-anatoom aan de hand van diapositieven, film, videobanden e.d. omtrent verwijderde preparaten, alsmede obductiebesprekingen.
- bespreking van de complicaties die zijn opgetreden bij de behandeling van patiënten.

De bepalingen C.12. sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. Aan de opleidingsinrichting dient een bibliotheek ter beschikking te staan. In de bibliotheek dienen ten minste acht specifiek chirurgische tijdschriften, en voorts tijdschriften o.a. op het terrein van orthopedie, plastische chirurgie en urologie aanwezig te zijn. Tevens dienen handboeken aanwezig te zijn over anatomie, klinische chirurgie, chirurgische technieken en de boeken die noodzakelijk zijn voor de bestudering van de Basiscursus Heelkundige Specialismen. De bibliotheek dient onder deskundige leiding te staan.
2. Het instrumentarium moet voldoen aan moderne eisen en adequaat worden verzorgd.
3. De opleidingsinrichting dient te voldoen aan de moderne eisen wat betreft de inrichting van de Eerste-Hulpafdeling, polikliniek, verpleegafdeling, operatiekamers en de afdeling voor intensieve behandeling.

Nadere voorschriften

In een academische opleidingsinrichting zijn aandachtsgebieden voor: experimentele chirurgie, gastro-enterologische chirurgie, hoofd-hals-chirurgie, intensieve behandeling van chirurgische patiënten, kinderchirurgie, oncologische chirurgie, thoraxchirurgie, traumatologie en vaatchirurgie.

In een academische opleidingsinrichting dient gelegenheid te bestaan voor experimenteel-chirurgisch onderzoek.

De academische en niet-academische opleidingsinrichtingen dienen aan de Regionale Opleidingsgroep een programma te presenteren dat omvat:

A. Theoretisch onderwijs:

- Door het geven van begeleiding bij de voorbereiding voor het deelnemen aan het examen van de Basiscursus Heelkundige Specialismen. Dit examen wordt in de eerste twee jaar van de opleiding afgelegd. Het dient met succes afgelegd te zijn binnen de eerste drie jaar van de opleiding.
- Door erop toe te zien dat bij in het schema genoemde conferenties voldoende aandacht wordt besteed aan onderwijskundige aspecten.
- Door onderwijs te geven in: chirurgische oncologie, experimentele chirurgie, gastro-enterologische chirurgie, hoofd-hals chirurgie, intensieve behandeling van chirurgische patiënten, kinderchirurgie, thoraxchirurgie, traumatologie en vasculaire chirurgie.
- Door stimulering tot regelmatige deelname aan de vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en haar subverenigingen.

B. Praktisch onderwijs:

Begeleiding bij het verrichten van operaties, verdeeld over de verschillende zwaarteklassen, zodat voldaan wordt aan een evenwichtige opleiding in handvaardigheid; alsmede door het persoon-

lijk geven van instructie bij door de assistent uitgevoerde operaties. Een en ander in overeenstemming met de door de vergadering van plenaire visitatiecommissies opgestelde criteria.

C. Stimulering en begeleiding van wetenschappelijk onderzoek.

Opleidingsschema

1.a. Gedurende de opleiding moet de assistent-geneeskundige kennis van en praktische ervaring verkrijgen in:

- de basis van het heelkundig handelen; sepsis, asepsis en anti-sepsis, wondbehandeling;
- de diagnostiek;
- de niet-operatieve en operatieve behandeling;
- de post-operatieve zorg, inclusief de complicaties;
- de leer van de apparaten;
- de fysiotherapie, de revalidatiegeneeskunde en de problemen rond werkhervatting.

Op het terrein van de hieronder genoemde aandachtsgebieden: gastro-enterologische chirurgie, hoofd-hals-chirurgie, intensieve behandeling van chirurgische patiënten, kinderchirurgie, oncologische chirurgie, thoraxchirurgie, traumatologie en vaatchirurgie.

b. De assistent-geneeskundige moet zo mogelijk experimenteel werk kunnen verrichten.

2. Indien de opleidingsinrichtingen niet voldoen aan de gestelde eisen met betrekking tot de opnames van kinderen, dient de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding een stage kinderchirurgie (niet-neonatale chirurgie) te volgen. Deze stageperiode kinderchirurgie dient niet in de eerste twee jaar van de opleiding te worden gevolgd. Gedurende de opleiding zijn geen andere stages in andere heelkundige specialismen verplicht, doch op verzoek kan na verkregen toestemming van de Regionale Opleidingsgroep en de SRC gedurende ten hoogste een half jaar een stage in een ander specialisme worden gevolgd.

3. De assistent-geneeskundige moet zich tijdens de opleiding op de hoogte stellen van de complicaties die zich tijdens anesthesie kunnen voordoen. Hij moet zich – onder leiding van een anesthesioloog – die verschillende handgrepen eigen maken die bij de resuscitatie nodig kunnen zijn.

4. De assistent-geneeskundige dient gedurende de opleiding actief deel te nemen aan de conferenties als genoemd in C.2.g. Voorts dient de assistent-geneeskundige regelmatig deel te nemen aan de vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en haar sub-verenigingen.

5. De assistent-geneeskunde dient gedurende de eerste twee jaar van de opleiding de theoretische basiscursus heelkundige specialismen zoals die onder auspiciën van het Collegium Chirurgicum wordt gegeven te volgen en aan de aan deze cursus verbonden examens met goed gevolg af te leggen binnen de eerste drie jaar van de opleiding.

6. Gedurende de gehele opleiding dient de assistent-geneeskundige betrokken te zijn bij c.q. de verantwoordelijkheid te dragen voor de opvang van de acute chirurgische patiënten in de breedste zin van het woord.

7. De assistent-geneeskundige heeft de zorg voor ten minste 15 en ten hoogste 25 patiënten.

8. De assistent-geneeskundige houdt de klinische en poliklinische ziektegeschiedenissen nauwkeurig bij en verzorgt de op de patiënten betrekking hebbende medische correspondentie.

9. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige een minimum aantal klinische operaties te verrichten, verspreid over de verschillende zwaarteklassen en wel als volgt:

klasse 1 t/m 7: ten minste 600; klasse 3: 125; klasse 4: 125; klasse 5: 75; klasse 6/7: 25.

Het totaal aantal verrichtingen in de zwaarteklassen 3 t/m 7 dient ten minste 350 te bedragen; zulks ter beoordeling van de plenaire visitatiecommissie.*

10. De assistent-geneeskundige dient een standaardlijst bij te

houden van de door hem verrichte operaties, onderverdeeld in de verschillende zwaarteklassen. Jaarlijks wordt deze ter beschikking gesteld van de Regionale Opleidingsgroep en de plenaire visitatiecommissie. De standaardlijst dient bij visitaties en aan het einde van de opleiding ter beschikking te worden gesteld van de SRC.

11. De assistent-geneeskundige dient gedurende de opleiding ten minste een voordracht de heelkunde betreffend te houden voor de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde of een van haar subverenigingen.

12. De assistent-geneeskundige dient gedurende de opleiding ten minste één artikel de heelkunde betreffend te publiceren in een wetenschappelijk, zo mogelijk buitenlands tijdschrift. De assistent-geneeskundige kan in plaats van dit artikel een promotie-onderwerp, afgerond door een dissertatie, bewerken.

Slotbepalingen

Voor elke in de regio aangenomen assistent-geneeskundige stelt de Regionale Opleidingsgroep, in overleg met de assistent-geneeskundige, een opleidingsschema vast; de assistent-geneeskundige legt dit schema ter goedkeuring voor aan de SRC. Een wijziging van het opleidingsschema kan slechts in overleg met de Regionale Opleidingsgroep geschieden; wijzigingen behoeven de goedkeuring van de SRC.

Het programma dat de assistent-geneeskundige heeft gevolgd voor het verwerven van de theoretische kennis, wordt jaarlijks voorgelegd aan de Regionale Opleidingsgroep evenals een overzicht van zijn praktische ervaring. Beide dienen te worden gevalueerd door de opleider.

De assistent-geneeskundige is verplicht alle gegevens betreffende de vorderingen van zijn opleiding schriftelijk bij te houden, opdat deze ter beschikking staan van de Regionale Opleidingsgroep en desgewenst van de SRC. Voorts dient de assistent-geneeskundige elke wijziging in de door hem verstrekte gegevens van administratieve aard direct schriftelijk aan de Regionale Opleidingsgroep en de SRC mede te delen.

In de Regionale Opleidingsgroep wordt in elk geval aan het einde van de opleiding een oordeel over de assistent-geneeskundige besproken. Het C-formulier wordt door de laatste opleider getekend.

Bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten dient de assistent-geneeskundige aan de SRC de volgende gegevens te verstrekken:

- een overzicht van de inhoud en duur van de opleidingsperiode/stages en van de opleidingsinrichtingen waar de opleiding werd gevolgd;
- het bewijs dat de basiscursus heelkundige specialismen met goed gevolg werd afgelegd;
- een overzicht van de operatieve ervaringen, onderverdeeld in de verschillende zwaarteklassen, geparafeerd door de opleider;
- de publikaties, de voordrachten en eventueel de dissertatie;
- gevolgde cursussen.

* De verschillende zwaarteklassen van operatieve verrichtingen zijn opgenomen in een handleiding van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Naar gelang de stand der wetenschap kunnen de genoemde aantallen op verzoek van de plenaire visitatiecommissie na verkregen goedkeuring der SRC worden aangepast.

LAD

CAO ambulante geestelijke gezondheidszorg

Werkgevers en werknemers hebben onlangs overeenstemming bereikt over een CAO voor het personeel werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). Hieronder vallen met name de psychiaters werkzaam in de RIAGG's. Aanvankelijk waren er over het principeakkoord dat tussen werkgevers- en werknemersorganisaties was overeengekomen enige problemen ontstaan. Met name betrof dit de tegemoetkoming in de ziektekosten, waarbij de nieuwe uitvoeringsregeling tot een negatief resultaat zou leiden. Zou een en ander echter worden gewijzigd, dan zou dit consequenties kunnen hebben met betrekking tot de afspraak over een salarisverhoging van 1%. Daarnaast waren er problemen gerezen over de duur van de CAO. In de vergadering van werkgevers- en werknemersorganisaties d.d. 9 februari 1988 is uiteindelijk definitief overeenstemming bereikt over de CAO-AGGZ.

Belangrijkste bepalingen uit de CAO:

- Indien de werknemer structureel gedurende drie maanden meer dan 10% boven de overeengekomen arbeidstijd overwerkt heeft verricht, kan de werkgever de betrokken werknemers voorstellen het dienstverband voor onbepaalde tijd uit te breiden of voor bepaalde tijd tot maximaal één jaar.
- De CAO wordt voor de duur van één jaar vastgesteld met terugwerkende kracht tot 1 januari 1988 en eindigt op 31 december 1988.
- Indien de werknemer gebruik maakt van de regeling ouderschapsverlof (onbetaald verlof tot maximaal één jaar) en hij of zij zet gedurende deze periode de deelneming in het pensioenfonds vrijwillig voort, dan zal de werkgever voor de duur van het verlof, maar ten hoogste zes maanden, de pensioenpremie (werkgevers- en werknemerslasten) voor zijn rekening nemen.
- De garantieregeling in het kader van de functiewaarde-

ring wordt uitgebreid tot de intramurale gezondheidszorg. Dat betekent dat werknemers afkomstig van bijvoorbeeld een instelling vallend onder de CAO voor het ziekenhuisweten een garantieregeling meenemen naar de nieuwe CAO (CAO-AGGZ). Omgekeerd geldt de garantieregeling echter niet. Als een werknemer overgaat van een RIAGG naar een ziekenhuis, dan is er geen garantieregeling van toepassing.

- Voor de assistent-geneeskundigen in opleiding is een aparte salarisschaal overeengekomen (11a) met negen periodieken (0 tot 8) lopend van f 4.113,71 tot f 5.430,78 per maand. Daarmee is zowel het aanvangssalaris als de uitloop verhoogd; deze bedroegen namelijk respectievelijk f 3.222,— en f 5.110,—.

- De salarisbedragen worden met 1% verhoogd.

- Naast relevante ervaringsjaren in dezelfde functie worden ook ervaringsjaren in een andersoortige functie voor ten minste de helft meegeteld bij de inschaling als men wordt aangesteld.

Gezien de negatieve consequenties voor sommige werknemers werd besloten de regeling tegemoetkoming premie ziektekostenverzekering niet te wijzigen. Wel zal een en ander in de eerstvolgende CAO-besprekingen wederom aan de orde worden gesteld.

De stichting landelijk bureau vertrouwensartsen, die oorspronkelijk zou vallen onder de werkingsfeer van de CAO, zal hiervoor alsnog buiten worden gehouden. Met betrekking tot de rechtspositie van de vertrouwensartsen is namelijk nog geen definitieve regeling bereikt.

Met betrekking tot de kwestie rond de psychiater die op vrijwillige basis de opleiding tot psychoanalyticus volgt is overeengekomen dat voor deze psychiater met de betrekking tot de salariering schaal 13 zal gelden, echter dat de ervaringsjaren als psychiater bij de bepaling van het inpassingsnummer meetellen.

LHV

Afbouwregeling van kracht

Per 1 maart a.s. worden de zogenaamde afbouwregeling en de praktijkmaximeringsregeling van kracht. Bij het ter perse gaan van dit nummer van MC ontbraken ons nog nadere gegevens, maar het lijkt erop dat de afbouwregeling (een artikel uit het op 1 februari 1986 van kracht geworden Besluit vestiging en praktijkomvang, dat toen op dit punt nog niet in werking was getreden) er nu als volgt gaat uitzien:

- afbouw via natuurlijk verloop, met een vast maximum aantal af te bouwen patiënten per jaar. Dat maximum aantal bedraagt 235 patiënten. Het dient ter voorkoming van een te snelle afbouw, waardoor huisartsen in problemen zouden kunnen komen.

De invoering van deze regeling werd vertraagd door het honoreringsconflict, waarbij het ging om met name het verrichtingengetal. Bij de besprekingen rond deze kwestie kwam de overheid met de suggestie dat huisartsen het hun

toegedachte inkomen ook door vergroting van de normpraktijk zouden kunnen verwerven. Deze voorstelling was totaal tegenstrijdig met wat tot dan toe door zowel de overheid als de LHV werd voorgestaan met betrekking tot het beleid gericht op praktijkverkleining. In verband met de onduidelijkheid die hierdoor ontstond brak de LHV de gedachtenwisseling over een afbouwregeling af.

Nadat het conflict rond het verrichtingengetal was opgelost, heeft de LHV bij staatssecretaris Dees opnieuw aangedrongen op een spoedige totstandkoming van de regeling. Omdat de LHV groot belang hecht aan de totstandkoming van bedoelde regeling – die zowel functionele/kwalitatieve voordelen biedt als de instroommogelijkheden voor afstuderende huisartsen vergroot – is nadrukkelijk alle medewerking aangeboden om een snelle invoering mogelijk te maken.