WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911
MC

Redactie
prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofdredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné, *plaatsvervangend hoofdredacteur*
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*
Redactieadres
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact
F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners
Secretariaat bestuur
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:
DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen
Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW); België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost: f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice
Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238
(mw A. van de Meent- van den Ham)
telefax 03465-54287

Advertenties
- Misset uitgeverij bv
  Planetenbaan 100, Postbus 1110
  3600 BC Maarssen
  telefoon 03465-58222/58244
  (P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
  telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58245
  (mw M. Nadorp) fax:03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
- mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk
Tijl Offset, Zwolle

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

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG

NOTU VAKTIJDSCHRIFTEN Lid Nederlandse organisatie van Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 4 november 1994

MEDISCH CONTACT

1385 *C. Spreeuwenberg*
Gezondheidszorgonderzoek

1387 *Ans Ankoné*
KLOZ-voorzitter Wiegel: "Produktverdunning moet fikse overschrijding voorkomen"

1390 *Peter Visch*
Medische aansprakelijkheid voor ziekenhuizen. Aansprakelijkheid voorkomen door kwaliteitsbeleid

1392 *Sabine Wildevuur*
Privacy-bescherming struikelblok voor chipcard

1394 *T.E.D. van der Grinten en R. Huijsman*
Strategische opties voor een transmurale gezondheidszorg. Het niemandsland tussen huis en hospitaal

1399 *G. van der Wal, D.H. den Blaauwen, P.A.E. Sillevis Smitt en L.G. Thijs*
Ontwikkelingen in de Chinese gezondheidszorg. Een studiereis

1401 *M. Limburg, J. Horn en M. Vermeulen*
Acute interventie bij het herseninfarct door huisartsen. Het Venus-onderzoek

1403 *Dorien de Wit*
KNMG-congres 1994. Diversiteit in vergaderstijl

1405 *Jaap Doets*
Arts en praktijk. Het gelijk van de markt. Afstemming numerus fixus-arbeidsmarkt

En verder:

• 1382 Brieven • 1393 Berichten • 1398 Praktijkperikel •
• 1407 Engels dagboek • 1408 Officieel • 1412 Agenda •

KOPIJ OP DISKETTE

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.
De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.

Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' 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 wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Verplichte doorverwijzing

TOT NU TOE lijkt in de actuele ethische kwesties het recht van artsen om een beroep te doen op gewetensbezwaren altijd te zijn gehonoreerd. Bij abortus provocatus hoeft de arts de ingreep niet uit te voeren, noch hoeft hij te verwijzen. In de praktijk komt het erop neer dat, als aan de patiënt de technische gegevens worden verstrekt die relevant zijn bij het uitvoeren van abortus provocatus, met de expliciteering dat het niet gaat om een verwijzing in de zin van de wet, de ingreep toch wordt uitgevoerd zonder tussenkomst van een andere arts. Ook de patiënt verwacht trouwens niet dat de arts medeverantwoordelijkheid wil dragen voor de indicatiestelling zoals in de wet wordt gevraagd. Zo kan de arts blijven openstaan voor een ondersteunend contact na de ingreep, omdat de beslissing tot abortus provocatus meestal een 'fait accompli' is als de patiënt met de vraag komt.

Bij euthanasie ligt dit anders. Van de huisarts wordt niet alleen verwacht dat hij de ingreep uitvoert, maar ook dat hij een beslissende inbreng heeft bij de indicatiestelling. De opbouw hiervan moet zich formeel over langere tijd uitstrekken en de criteria voor euthanasie zijn vaag gehouden. De patiënt moet duurzaam en uitzichtloos lijden; de vraag om euthanasie moet bij herhaling zijn opgekomen en het moet voor de patiënt helder zijn wat hij vraagt. Hier is dus een subjectiviteit bewust ingebracht die niet is te scheiden van de visie op lijden en dood van de behandelend arts en als daarin op principiële gronden nooit euthanasie past, is elke uitspraak over de existentiële situatie van een patiënt tegenover collegae die euthanasie voorbereiden, meewerken aan de indicatie tot euthanasie zoals die door de regelgever is bedoeld.

Doorverwijzen in de traditionele betekenis binnen de medische wereld betekent het verder delen van de verantwoordelijkheid voor een patiënt met collegae, niet het afschuiven van die verantwoordelijkheid. Van verwijzen in geval van een euthanasiewens kan dus bij een gewetensbezwaarde arts geen sprake zijn.

Waar heeft de patiënt met een euthanasiewens dan wel recht op? Op de technische gegevens over zijn diagnose en behandeling bijvoorbeeld. Ook heeft de patiënt er recht op te weten hoe zijn dokter tegenover euthanasie staat. Ongevraagde informatie lijkt echter moeilijk te plaatsen in de voortgang van een begeleiding waarin onzekerheid over de prognose bij de patiënt, ondanks goede informatie, vaak lang blijft bestaan. Misschien is er geen bezwaar tegen een openbare lijst met de standpunten van artsen over euthanasie, hoewel menig voorstander er toch misschien een probleem mee zou hebben op zo'n lijst vermeld te staan.

Bij artsen bestaat de verplichting een goed kaartsysteem bij te houden. Theoretisch houdt dit in, dat strekking en inhoud van gesprekken met patiënten hierin moeten zijn terug te vinden. Dit betekent ook, dat een gewetensbezwaarde arts zijn persoonlijk archief over een patiënt niet aan een andere arts voor euthanasie ter beschikking kan stellen en evenmin een samenvatting daarvan in een verwijsbrief. Bij psychiatrische patiënten zouden er helemaal geen gegevens kunnen worden overgedragen, omdat bij hen iets als 'technische gegevens' niet is af te scheiden uit de ziektegeschiedenis en ook specialisten de optie zouden moeten hebben om op grond van gewetensbezwaren hun brieven niet ter beschikking te stellen.

De regelgever heeft dus de indicatiestelling voor euthanasie bewust vaag en subjectief gehouden. Daarom is een verwijzing of welke manier van behulpzaam zijn of 'niet in de kou laten staan' dan ook, zoals de inspecteurs van de Volksgezondheid het formuleren,[1] al heel gauw coöperatie aan euthanasie, maar dit ligt aan de regelgever en niet aan de gewetensbezwaarde arts die overigens zijn patiënt ook niet in de kou wil laten staan, maar hierbij tot tegengestelde conclusies komt ten aanzien van euthanasie.

De wetgever had het ook anders kunnen oplossen. Als de duurzame wens van de patiënt absoluut was gesteld, onafhan- ➔

Bij de voorplaat

Chirurgisch examen

De drempel naar de wereld van de legale uitoefening van de medische praktijk heeft door alle eeuwen aan beide zijden voor de nodige problemen gezorgd. Aan de kant van de medische beroepsbeoefenaren was er de bekommernis omtrent de vereiste theoretische kennis en praktische vaardigheden waaraan de nieuwkomers moesten voldoen, terwijl aan de kant van de examenkandidaten de aanloop en springhoogte van de examenbarrière hun - hem en later ook: haar - menige druppel hebben doen zweten. In de tijd dat de chirurgijnsgilden in de grote steden de verantwoordelijkheid droegen voor de examinering van de aspirant-heelkundigen, werden de vereisten voor het examen vastgelegd in de ordonnanties op het chirurgijnsgilde. De organisatie van het onderwijs zelf werd grotendeels overgelaten aan de meester-chirurgijns; in sommige steden werd ondersteuning geboden door lectoren die van stadswege waren aangesteld om publieke lessen in de ontleed-, heel- en verloskunde te geven.

Aangezien de omschrijving van de examineisen veelal gebaseerd was op de klassieke hand- en leerboeken, konden de leerlingen chirurgijns hiertoe hun toevlucht nemen om zich meer systematisch op het examen voor te bereiden. De syllabus of klapper is echter niet van vandaag of gisteren, maar was al in de zeventiende en achttiende eeuw populair in de vorm van een soort cathechismus, die in vraag en antwoord een systematisch overzicht van de leerstof bood. De meeste faam genoot het 'Examen der chirurgie' van de Middelburgse chirurgijn Cornelis Hers, dat begin zeventiende eeuw voor het eerst verscheen en midden achttiende eeuw in herziene vorm nog altijd in omloop was.

Minder bekend en qua inhoud ook niet wezenlijk verschillend van het boekje van Hers, was ''t Nieuwe examen der chirurgie na de hedendaagse praktijk' van Bernardus de Bout, waarvan in 1964 te Amsterdam bij Jan ten Hoorn de eerste druk verscheen en waarvan de bibliotheek van de KNMG nog een vijfde druk uit 1730 bezit. Op de titelprent van dit werk zien we de examenkandidaat, beleefd met een hoed onder de arm, staande tegenover vier examinatoren, van wie er één de vragen stelt, terwijl een aantal vrienden en toekomstige collega's het schouwspel op enige afstand geboeid gadeslaan. Het onderhavige examen, althans het theoretische deel, wordt afgenomen in de chirurgijnskamer, waarin we verder een goed gevulde instrumentenkast en een boekenkast zien, geornamenteerd met een serie skeletten van mensen en dieren. Het feit dat de examenkandidaat op de hand begint te tellen, geeft de indruk dat hij de beruchte 'rijtjes' goed in zijn hoofd heeft gezet. •

prof.dr M.J. van Lieburg

kelijk van de mening van de behandelend arts, bestond het probleem van doorverwijzen niet. Maar dat lijkt een nog groter schrikbeeld, zoals concentratie van euthanasie op bepaalde artsen of rondreizende euthanasieartsen dat ook zijn. Euthanasie is echter in de bedoeling van de huidige regelgever nooit een spoedgeval. Daarom blijft er tijd om zorgvuldig, in de zin van de huidige regels, tot euthanasie te komen, ook zonder doorverwijzing.
De gewetensbezwaarde arts zou legalisatie van euthanasie kunnen accepteren op voorwaarde dat hij er niet aan hoeft mee te werken. Als twee mensen, een arts en een patiënt, samen kiezen voor euthanasie, kan iemand dat wel heel verkeerd vinden, maar dat is geen reden om er dan ook maar met het kromzwaard van Justitie tussen te willen komen. Dezelfde religieuze tradities die het heilige en onaanraakbare van het menselijk leven absoluut stellen, bevestigen ons ook de individuele vrijheid van geweten tegenover de gemeenschap, desnoods ook om iets fout te doen, als tenminste medemensen hiermee niet worden geschaad. Anders zou er immers geen ethiek bestaan. En het met geweld opdringen van een ethische beslissing heeft geen waarde, noch voor degene die stuurt, noch voor degene die gestuurd wordt. Méér dan het recht om duidelijk te maken hoe verkeerd hij euthanasie vindt en het recht om er niet aan mee te doen, wordt door de gewetensbezwaarde arts van de gemeenschap eigenlijk niet gevraagd.
De ideale situatie in lijn met onze en andere religieuze tradities zou zijn: euthanasie moet mogen, maar het moet niet gebeuren. Het lijkt erop, dat in feite deze ontwikkeling zich in Nederland nu voordoet. Misschien is wel de reden voor de felle discussie over doorverwijzen, dat in de ogen van de voorstanders euthanasie in Nederland momenteel inderdaad te weinig wordt uitgevoerd. Niettemin vind ik het erg triest dat we er nu serieus voor op de bres moeten staan dat gewetensbezwaren gehonoreerd blijven. Het lijkt toch zo'n grondrecht. Hoewel het standpunt van de inspecteurs van de Volksgezondheid, zoals in dit tijdschrift verwoord, een mitigering inhoudt in vergelijking met wat van hen via de pers tot ons is gekomen, sta ik er toch van te kijken met welk een intensiteit de dreiging met de tuchtrechter door velen is overgenomen. De tuchtrechter zal in mogelijke proefprocessen over gewetensbezwaren niet het laatste woord hebben, zoals de minister suggereerde. Juridisch lijkt het spoor verder te vervolgen dan tot voor het medisch tuchtcollege. Maar tenslotte zal het erop neerkomen, dat er een politiek draagvlak zou moeten bestaan voor het negeren van gewetensbezwaren en het lijkt moeilijk voorstelbaar dat dit er al zou zijn. Ook internationaal zal deze discussie ons geen goed doen en zal zij voeding geven aan de gedachte dat we ons met de huidige Nederlandse euthanasiewetgeving op een hellend vlak begeven, terwijl bij de meeste gewetensbezwaarde artsen het idee van mogelijke escalatie helemaal niet de reden is dat zij euthanasie afwijzen. Die is, dat alle menselijk leven heilig is, nooit verloren en altijd zinvol, hoewel dat lang niet altijd ervaarbaar hoeft te zijn. Mensen zijn geen rechter over hun eigen leven.
Jammer is ook, dat de positieve aspecten van de vormen van begeleiding waarbinnen geen plaats is voor euthanasie, door zo'n overheersende discussie over een marginaal probleem nauwelijks aan de orde kunnen komen. Daarom zou iedereen die schrijft over euthanasie, vóór of tegen, zijn betoog moeten eindigen in analogie met Cato: "Overigens ben ik van mening, dat we toch nog eens moeten spreken over hoe we mensen in existentiële nood nu werkelijk kunnen helpen."

Tegelen, oktober 1994
Wim Beurskens

Literatuur

1. Wal G van der, Siemons GHA, Verhoeff J. Weigeren van Euthanasie. Medisch Contact 1994; 49: 1240-2.

Gemiddelde wachttijd

EEN INSTELLINGSSECRETARIS moest een rapport schrijven en vroeg aan de computerman: "Hoe lang is de gemiddelde wachttijd bij ons?" Al gauw kwam het antwoord: "Ruim drie jaar." Dat was lang, tè lang. Men deed een jaar lang extra zijn best, waarna de secretaris de vraag opnieuw stelde. "Ruim drie jaar", zei de computerman. Hé! Brainstormen, maatregelen ... "Ruim drie jaar."
Organisatieadviseurs erbij ... "Ruim drie jaar." Hardere maatregelen. Dat ging ten koste van derden en enig geestelijk goed ... "Ruim drie jaar."
Hoe ver kan men eigenlijk gaan bij de wachttijdbestrijding? Ethici, juristen en politici ontfermden zich over het vraagstuk. Ruim drie jaar was lang, tè lang, daar was iedereen het wel over eens, maar verder ... Op zekere dag stapte er iemand naar de computerman met de vraag hoe deze de gemiddelde wachttijd berekende. Het bleek, dat hij altijd de actuele wachtlijst nam en naging hoe lang de mensen er al opstonden. Hij keek dus terùg en zag voorbij aan alle wachtlijsten die inmiddels waren geëindigd; zodoende kwam hij voor de dag met een cijfer dat geen maat was voor de bedieningssnelheid na inschrijving. Wist hij ook waar het gegeven voor moest dienen? Er was naar de gemiddelde wachttijd gevraagd. Welnu, voilà.
Vanwaar deze anekdote? MC nr. 36 is daar niet vreemd aan: op blz. 1117 is weer sprake van een gemiddelde wachttijd voor niertransplantatie van ruim drie jaar. Mag ik de formule 'gemiddelde duur = gemiddelde prevalentie/incidentie' nog eens onder de aandacht brengen? Die levert voor 1993 een gemiddelde verblijfsduur op onze wachtlijst op van twee jaar, terwijl met actuele indicatie gemiddeld anderhalf jaar werd gewacht. Het jaar daarvoor: idem. Ruim drie jaar: hoe komt men daarbij? Terugkijken, zoals hierboven werd beschreven? Het is mogelijk, want iedereen vraagt altijd, net als de secretaris in de anekdote, naar de gemiddelde wachttijd nú, en dan kan zoiets gebeuren. Dan wordt er geen (tijd)vakwerk van gemaakt.

Eindhoven, september 1994
J.E. Kooij, arts

Vragen om de dood

Op korte termijn wil de redactie van het VARA-televisieprogramma 'De Ronde van Witteman' een uitzending maken over euthanasie en hulp bij zelfdoding bij mensen die geestelijk lijden. Het programma zal gaan over de dilemma's waar artsen mee te maken krijgen. De redactie zoekt artsen die over dit onderwerp op televisie willen meepraten èn die ooit zelf met een verzoek om euthanasie van niet-terminale patiënten geconfronteerd zijn. Deze artsen kunnen vrijblijvend en in goed vertrouwen contact opnemen met de redactie van 'De Ronde van Witteman', tel. 035-711515 of 711479 (vragen naar Roderick Veelo).

Te assertief, te bezig en nog zo wat

EEN MC nr. 38/1994, blz. 1190, doet Ina Vader verslag van een gesprek van veertien jaar geleden met een internist, om aan te geven dat bij deze internist en daardoor bij medici in het algemeen alle communicatieve vaardigheden ontbre- ➔

ken. Uit de rest van het artikel blijkt, dat daarin naar haar mening de verstreken veertien jaar nog geen verandering is opgetreden.
Opvallend aan de weergave van het gesprek - verbatim nog wel, en dat na veertien jaar! - is, dat mw Vader (die zichzelf bij uitstek deskundig beschouwt op het gebied van de communicatie, getuige het feit dat zij hier anderen in traint) niet in staat bleek dit eenvoudige gesprek tot een naar haar gevoel bevredigend einde te brengen, te meer ook daar het hier een zinnig onderwerp betrof. Het is inderdaad van groot belang voor de medische administratie (of het die nu is van het ziekenhuis of van een maatschap) dat de nota's op de naam worden verzonden waarop de patiënt bij zijn verzekeraar staat ingeschreven, op straffe van niet uitbetalen. Het waren en zijn vooral de gehuwde vrouwen die liever naar hun vader (woordspeling onbedoeld maar onvermijdelijk) dan naar hun echtgenoot willen heten die voor complicaties op dat gebied zorgen.
Toch is er troost voor mw Vader. Een decennium nadat de mondige dokter is verdwenen, is nu ook de mondige patiënt uitgestorven, althans voor zover deze zijn mondigheid trachtte aan te wenden voor het verkrijgen van enige invloed op de gang van zaken. Het zijn tegenwoordig de financiers en de overheid met hun budgetten die de dienst uitmaken, daarbij geholpen door de protocolleerwoede die over het land raast, waardoor de patiënt, mondig of niet, binnenkort slechts de keuze zal hebben (als het budget het überhaupt toelaat) tussen behandeling volgens protocol of geen behandeling. Dit geldt zowel voor de 'cure' als voor de 'care'. Eventueel a-communicatisme van de medici doet er daarbij niet meer toe.

Renkum, september 1994
dr F. Smit

Gedragscode

Geen eenrichtingsverkeer!

IEDERE ARTS KENT mensen met gedragingen of denkbeelden waar hij of zij het moeilijk mee heeft. De patiënt doet, denkt of wil af en toe iets anders dan de arts. Beide partijen hebben helaas ook niet altijd gelijke belangen. De arts heeft naast het directe belang van de patiënt ook te maken met zijn poortwachtersfunctie, de huidige stand van de medische kennis en zijn eigen normen en waarden. De patiënt wil meestal gewoon van zijn klachten af en ziet oorzaak en behandeling daarvan wel eens anders dan de arts. Soms heeft de arts duidelijk gelijk en soms de patiënt, meestal is er echter geen eenduidige oplossing. In dat geval probeer je er samen uit te komen. Soms lukt dit niet en gaat het mis met de arts-patiëntrelatie. Maar hoe gaat het dan verder?
De patiënt die ontevreden is over het gedrag, de werkwijze of de denkbeelden van de arts kan daar dan werk van maken. En enige tijd later kunnen wij daar dan over lezen in dit blad.
Maar wat moet de arts doen als hij ontevreden is over het gedrag, de coöperatie, of de denkbeelden van de patiënt? Dan gaat hij naar een cursus waar hij aan zichzelf gaat werken en beter met deze patiënt leert omgaan. En lukt het dan nog niet, dan heeft hij pech gehad.
Wie beoordeelt nu de redelijkheid van het gedrag en de wensen van de patiënt?
Ik geloof dat patiënten moeilijk het werk van artsen kunnen beoordelen, maar dat artsen ook moeilijk het gedrag van de patiënten kunnen be(ver)oordelen. Daarom stel ik voor een *patiëntenforum* op te richten waarin vertegenwoordigers uit de patiëntenverenigingen plaatsnemen, een soort tegenhanger voor het medisch tuchtrecht. Artsen kunnen patiënten en/of hun gedragingen aanbrengen, die vervolgens door hun collega-patiënten op redelijkheid van gedrag en zienswijze worden getoetst. Dit, zodat het voor iedereen duidelijk wordt hoe er over zaken, die niet zuiver medisch zijn, wordt gedacht. En de 'uitspraken' van het patiëntenforum kunnen dan worden gebruikt als leidraad voor het handelen en de plichten van de patiënten.
Voorbeeld 1. Patiënt X heeft al jaren specifieke pijnen op de borst. Hij is al naar drie perifere en drie academische centra geweest, alwaar ze iedere keer tot dezelfde conclusie komen. Maar deze patiënt is assertief, en waar rook is, is vuur: er moet een oorzaak zijn. Hij heeft iets gelezen over een ander academisch centrum en komt een verwijskaart halen.
Deze patiënt kunnen we dan bij ons op te richten patiëntenforum aanmelden. Daar kunnen ze beoordelen of er in hem (voorlopig) nog meer gemeenschapsgeld moet worden ingestoken, of dat deze patiënt (en de behandeld artsen) moet leren leven met zijn klachten.
Voorbeeld 2. Patiënte die het liefst tijdens de avonddiensten bij de waarnemers belt. Zo belt zij al jaren gemiddeld twee à drie keer in de week. Van de uitvallen van de waarnemers trekt zij zich niets aan, ze blijft gewoon bellen. Er staat toch geen sanctie op.
Ook deze patiënte wordt aangemeld: en dan ben ik benieuwd of een lekenforum dit gedrag normaal vindt.
Voorbeeld 3. Het soort patiënten dat tegen je zegt dat ze je wel even komen halen als je een visite niet nodig acht. Of de mensen die zeggen dat je geen huisarts had moeten worden als je niet om vier uur 's ochtends voor een griepje je bed uit wilt komen. Naar mijn mening gewoon een attitudeprobleem, waarbij de normen ongestraft en naar believen worden overschreden. De artsen staan hier tamelijk machteloos tegenover.
Naar mijn mening kunnen collega-patiënten dit soort meningsverschillen beter oplossen dan de artsen. Wij artsen kunnen naar mijn mening de zuivere medische problemen wel aan, maar dit soort randproblemen zorgt voor veel stress en onduidelijkheid bij beide partijen. Laat collega-patiënten maar bepalen wanneer genoeg genoeg is. Laat de patiënten zelf daar maar eens een consensus voor opstellen. Ik denk dat ze pijnlijk verrast zullen zijn, als duidelijk wordt hoe het consumptiepatroon en gedrag van collega-patiënten af en toe is.
Over eventuele consequenties voor de desbetreffende patiënten kan je filosoferen. Ik geloof echter, dat er een preventieve en educatieve werking uitgaat van het publiek maken van de problemen, omdat dan duidelijker zal worden wat er zich allemaal afspeelt in onze gezondheidszorg. Dit is tenslotte in ieders belang.

Amsterdam, september 1994
H.H. Erdbrink, huisarts-waarnemer

Rectzetting
FOZ 1995
In Medisch Contact nummer 39 is in het artikel over het FOZ 1995 op pagina 1203 een fout geslopen.
Onder het kopje 'Ouderenzorg', staat: "Door de ombouw van somatische huizen in gecombineerde huizen vindt een verschuiving plaats van somatiek naar psychosomatiek, teneinde de langere wachttijden voor psychosomatische zorg te kunnen bekorten." Uiteraard gaat het hier om psychogeriatrie en niet om psychosomatiek.

Natuurlijke dood

EEN MAN VAN 75 jaar krijgt slikklachten. Voedsel blijft steken. Onderzoek volgt en de diagnose slokdarmkanker ➡

Gezondheidszorgonderzoek

DE STAAT VAN de gezondheid van een bevolking hangt niet alleen af van de stand van de medische wetenschap. Medebepalend zijn sociaal-economische factoren en het systeem van gezondheidszorg. Het onderzoek dat zich richt op dit laatste: de organisatie van de gezondheidszorg als systeem, wordt wel aangeduid met de term 'gezondheidszorgonderzoek'. Over de precieze definitie en afbakening van het door dit onderzoek bestreken terrein bestaat geen consensus, maar het bovenstaande vormt in elk geval de kern. En dan gaat het niet alleen om de 'cure' en 'care' activiteiten, maar ook om de op preventie gerichte gezondheidszorg.

Over het beleid ten aanzien van het gezondheidzorgonderzoek in de komende jaren heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een advies opgesteld.[1] Dit advies is voorbereid door een werkgroep onder voorzitterschap van Van der Grinten. De raad had een aantal redenen om dit advies op dit moment uit te brengen. Het is zijn taak over wenselijke ontwikkelingen op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek binnen de sector volksgezondheid te adviseren. De gezondheidszorg is met haar omzet van bijna 60 miljard gulden een produktiefactor van betekenis voor onze nationale economie. De afgelopen jaren hebben commissies, voorgezeten door personen met klinkende namen als Dekker, Dunning, Van der Zwan, Biesheuvel en Welschen veel voorstellen gedaan over de organisatie en de financiering van de zorg. Van deze voorstellen is een groot aantal meer gebaseerd op 'common sense' dan op voorhanden zijnde wetenschappelijke gegevens. De naar voren gebrachte ideeën zijn vaak zo ingrijpend dat er niet valt te ontkomen aan een nadere onderbouwing en toetsing van de te verwachten effecten op de gezondheidszorg en de kosten. Zo zullen voorafgaande aan de definitieve invoering vaak eerst experimenten moeten worden uitgevoerd.

Over de groei van de vraag naar zorg kunnen we vrij betrouwbaar voorspellingen doen; we zijn immers behoorlijk goed geïnformeerd over de demografische ontwikkeling, de voortschrijdende medische kennis en technologie en de autonome factoren. Met recht mogen we verwachten, dat de groei van de vraag niet gepaard zal gaan met een navenante toename van de financiële middelen. Als gevolg valt er niet te ontkomen aan diep insnijdende beleidskeuzes, bijvoorbeeld door te 'trechteren' volgens het model-Dunning. De wetenschappelijke gegevens over werkzaamheid en kosteneffectiviteit van de meeste voorzieningen ontbreken ons echter ten enenmale; om deze boven water te krijgen en verantwoord te kunnen kiezen is 'medical technology assessment' (MTA) nodig. De praktijk heeft geleerd dat verwachtingen over maatregelen lang niet altijd sporen met de realiteit; daarom zal voorts evaluatieonderzoek noodzakelijk zijn.

Een ter discussie staand onderwerp bij gezondheidszorgonderzoek is de verhouding tussen wetenschappelijke kwaliteit en maatschappelijke relevantie. Onderzoek kan alleen maar betekenis hebben als het voldoet aan de eisen van wetenschappelijkheid, zoals aan die van betrouwbaarheid en validiteit. Vervolgens zal het maatschappelijk belang van het onderzoek bij de prioritering zwaar wegen. Immers, uit een voorstudie is gebleken dat 70% van alle gezondheidszorgonderzoek direct beleidsgericht is.[2] Er zal daarom moeten worden gezocht naar een optimale balans. Daarnaast

C. Spreeuwenberg

moeten onderzoekers niet alleen letten op de toepasbaarheid van de resultaten, maar ook op de vertaling daarvan naar de praktijk. Om de doelgroep te bereiken publiceren onderzoekers niet alleen in internationale tijdschriften, maar tevens in breed georiënteerde vaktijdschriften, zoals *Medisch Contact*. De raad constateert overigens, dat het gezondheidszorgonderzoek in ons land het afgelopen decennium kwantitatief en kwalitatief een sterke ontwikkeling heeft doorgemaakt en dat er belangrijke stappen gezet zijn op het gebied van de methodologieontwikkeling en het verkrijgen van consensus over kwaliteit.

Teneinde het gezondheidszorgonderzoek evenwichtig te kunnen programmeren, heeft de RGO het domein vanuit drie gezichtspunten ingedeeld, te weten de *problemen* die zich in de gezondheidszorg voordoen (ordening, verdeling en rationalisering), het *object* van het onderzoek (systeem van de zorg, aanbod aan zorg en vraag naar zorg) en de *aard* van het onderzoek (fundamenteel, strategisch of toegepast). Hiermee is een driedimensionaal stelsel ontstaan.

De raad constateert, dat er op het gebied van de ordening en verdeling allerlei maatregelen worden genomen zonder dat er veel aandacht wordt besteed aan onderzoek. Als voorbeelden worden genoemd het beleid ten aanzien van de ziekenfondsen en de overheveling van de geneesmiddelen naar de AWBZ (en terug!). Nagenoeg onbekend is of artsen nu minder voorschrijven, of de kosten beter in de hand worden gehouden, welke de gevolgen zijn van nominale premies en eigen risico's, of een landelijk werkend ziekenfonds even doelmatig werkt als een regionaal werkend fonds en hoe de relatie is tussen doelmatigheid en spreiding van voorzieningen. De raad zet ook vraagtekens bij de wetenschappelijke fundering bij ideeën van de commissie-Biesheuvel over een andere ordening van het aanbod aan curatieve zorgvoorzieningen. Als thema's voor nadere studie worden genoemd de samenwerking tussen huisarts en specialist, de transmurale zorg en de integratie van de medisch specialisten. Ook de optiek vanuit de patiënt ziet de raad als belangrijk: hij wil studies entameren naar het afnemend vertrouwen van patiënten in de zorg, de wachttijden, de onoverzichtelijkheid van de zorgvoorzieningen en de door patiënten gevoelde dehumanisering van de zorg.

Op het gebied van de langdurige intramurale zorg - zoals de verpleeghuiszorg - wordt onderzoek bepleit naar de as verzorging-verpleging en de nieuwe relatie tussen het verzorgingstehuis en het verpleeghuis. Een opvallend onderwerp is de rol van de verhouding hulpverlener-hulpvrager in het tot stand komen van therapeutische effecten. Over preventie wordt in dit rapport weinig gezegd, omdat daarover een afzonderlijk advies wordt voorbereid. Veel waarde hecht de raad aan studie naar enerzijds de financiële, psychologische, geografische en organisatorische belemmeringen voor het verkrijgen van zorg en anderzijds de negatieve effecten van een ruime toegankelijkheid.

In navolging van Groot-Brittannië wil de RGO bereiken, dat een deel - genoemd wordt 1% à 1,5% - van de omzet in de sector wordt besteed aan onderzoek ter ondersteuning van de sturing van de gezondheidszorg. Het programmatisch aansturen van zijn ambitieuze ideeën wil de raad overlaten aan de in opbouw zijnde organisatie Projecten, Experimenten, Onderzoek en Ontwikkeling (PEOO). Voordat deze operationeel is, moet er nog heel wat water door de Rijn stromen. Vooruitlopend daarop bepleit de raad alvast een stimuleringsprogramma te beginnen. Het bedrag van drie miljoen gulden per jaar dat daarvoor wordt gevraagd is dan wel héél bescheiden in het licht van de grote hoeveelheid onderwerpen die in het advies als belangrijk naar voren worden geschoven. •

Literatuur

1. Advies gezondheidszorgonderzoek. 's-Gravenhage: RGO, 1994 [advies nr. 11].
2. Groenewegen PP, Bensing JM, Bosman JM. Een inventarisatie van gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Utrecht: Nivel, 1993.

wordt gesteld. In vroegere jaren betekende dit dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou overlijden als gevolg van longontsteking door verslikking. Er zou toen uiteraard een verklaring van de natuurlijke dood worden gegeven. Nu wordt een therapie ingesteld, bijvoorbeeld een operatie of bestraling, om de patiënt te genezen respectievelijk de klachten te verminderen. Bij recidief zou patiënt aan verslikpneunomie kunnen overlijden en zou er wederom sprake zijn van een natuurlijke dood. Het recidief kan worden bestreden door het inbrengen van een buis die passage door de slokdarm weer mogelijk maakt. Mocht deze buis een perforatie in de slokdarm veroorzaken met als een gevolg een doorbraak in de borstholte, dan zou er sprake zijn van een natuurlijke doodsoorzaak. Als de patiënt de perforatie zou overleven en er vervolgens levermetastasen optreden waaraan hij overlijdt, is er ook sprake van een natuurlijke dood. Als de patiënt in een van deze fasen behandeling weigert, moet hij dan de 'natuurlijke' dood sterven zoals vroeger, of zou er bij het ontbreken van de wil om verder te leven al sprake kunnen zijn van een terminale fase van het leven en mag patiënt worden geholpen met een zachte dood, en kan deze dood dan als natuurlijk worden beschouwd? Een man van 65 jaar begint te hoesten. Al snel wordt de diagnose longkanker gesteld. Vroeger zou dit betekenen dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou overlijden, bijvoorbeeld aan een longontsteking of aan een grote longbloeding. Er zou geen twijfel bestaan aan de natuurlijke doodsoorzaak. Nu zou de patiënt ongetwijfeld worden behandeld met operatie en/of bestraling en/of cytostatica. Genezing is niet uitgesloten. Zeker is dat in veel gevallen recidief of uitzaaiingen zullen optreden, bijvoorbeeld in hersenen en botten. Deze kunnen voor een deel worden behandeld, maar zullen vrijwel zeker leiden tot de 'natuurlijke' dood. Als de patiënt in een van deze fasen behandeling weigert, moet hij dan een 'natuurlijke' dood sterven, of zou bij het ontbreken van de wil om verder te leven al van een stervensfase sprake kunnen zijn en mag hij worden geholpen met een zachte dood en kan ook deze dood als natuurlijk worden gezien? Van deze voorbeelden zijn er uiteraard nog tientallen andere te vinden. In de toekomst zal mogelijk elke hartpatiënt bijvoorbeeld van een geprepareerd varkenshart kunnen worden voorzien. Is dat natuurlijker dan de wens om een menselijke dood te sterven? Als het mogelijk wordt hart, longen, alvleesklier, lever en darmen te transplanteren, moeten dan al deze mogelijkheden worden gebruikt voordat men mag sterven? Uiteraard is ook voor een zachte dood en de hulpverlening hierbij een goed geregelde toetsing nodig, maar de sfeer van het strafrecht is hiervoor niet passend. We kunnen uit de impasse komen door bij ziekte de zelf gewilde dood ook als natuurlijke dood te beschouwen; dit kan als zodanig aan de overheid worden gemeld.
De wet van 1869, die bepaalde dat er bij twijfel geen verklaring van natuurlijke dood mocht worden gegeven, hoeft dan niet te worden gewijzigd. In 1869 bestond er nog een 'normale' natuurlijke dood; dat begrip moet in 1994 anders worden geïnterpreteerd.

Haarlem, september 1994
dr H. de Jager

Vitamine A en teratogeniteit

HET RECENTE 'ADVIES van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid over de Vitamina A en teratogeniteit' stel ik ter discussie. De wijze van redeneren die wordt gehanteerd is een bijzondere.
Wat te denken van het feit dat enerzijds het advies wordt gegeven aan (potentieel) zwangeren geen lever te nuttigen (want het zou kwaad kunnen voor de vrucht) en anderzijds wordt gesteld dat lever toch weinig wordt gegeten en vrouwen die het toch hebben genuttigd zich geen zorgen behoeven te maken (want het kan toch geen kwaad, omdat er geen gevallen bekend zijn in Nederland en slechts één in de internationale literatuur).
Wat is het betrouwbare, *wetenschappelijke* aan deze redenering? Wat is werkelijk bewezen? Wat is angsthazerij? Wat is je defensief indekken? En wat is de taak van de veterinaire inspectie om betere levers te bezorgen? Is er echt een wezenlijk probleem? Zijn er geen veel grotere risico's? Zoals het zwanger zijn op zich, de huishoudelijke ongelukken, het deelnemen aan verkeer, roken, drinken van alcohol of onderzoek in het ziekenhuis? Mij is duidelijk, dat hoge doseringen van vitamine A tot schade kunnen leiden. Dat levers wel eens te veel vitamine A kunnen bevatten. Maar dat er nog nooit aangetoond is, dat kinderen van zwangeren die normale hoeveelheden lever eten ziek geworden zijn. Wetenschappelijk is er dus geen enkele onderbouwing van het advies.
Tenslotte ter verduidelijking een voorbeeld dat ongeveer dezelfde redeneertrant volgt als de geleerde commissie, die ongetwijfeld bestaat uit een select gezelschap met vele wetenschappelijk gevormde gepromoveerden en professoren: Blijkens resultaten van wetenschappelijk onderzoek overlijden veel mensen in bed. Mede omdat het vermijden van risico's niet al te moeilijk is en liggend slapen niet persé nodig is, vindt de commissie het veiligheidshalve raadzaam dat mensen niet meer in bed gaan liggen om te slapen. Tot op heden zijn er in Nederland geen gevallen bekend van mensen die uitsluitend ten gevolge van liggend slapen schade hebben ondervonden. In de internationale vakliteratuur is één extreem geval bekend dat kon worden toegeschreven aan jaren lang continu liggend slapen. Aangezien de meeste mensen slechts gemiddeld maar 8 uur van de 24 uur slapen, behoeven alle slapende Nederlanders zich daarom niet ongerust te maken als ze tot heden wel liggend hebben geslapen.

Wel te rusten en een goede nachtrust gewenst door de geneeskundig hoofdinspecteur en de gecombineerde commissie van de Voedingsraad en de Gezondheidsraad en ... morgen gezond weer op!

Hoek van Holland, september 1994
G. Freriks, huisarts

(W)otterloo

MET ENIGE SPOED bezocht ik op vrijdagmiddag een van mijn hoogbejaarde patiënten. Zoals gewoonlijk betrof het zijn blaasklachten.
Patiënt is een man met een groot bedrijf en verblijft al weer enige tijd in ons dorp, nu zijn huis in Spanje, zijn andere huis in Nederland en het jacht door de leeftijd moeilijker te gebruiken zijn. En: "O, ja," voegt mevrouw me na afloop toe, "u hoeft geen rekening meer te sturen, want we zitten nu in het ziekenfonds. Daar kan uw rekening dus heen."
Ik heb uitgelegd dat ik nu nog geen *f* 80,- per jaar krijg en dat de 'sigaar van Otterloo' dus door de huisarts wordt betaald.
"Raar is het wel," zegt mevrouw, "maar het scheelt ons bijna tweehonderd gulden per maand."
Mij vermoedelijk meer. •

Wormerveer, oktober 1994
A.J.C. Roling, huisarts

KLOZ-voorzitter Wiegel:

"Pakketverdunning moet fikse overschrijding voorkomen"

Ans Ankoné

H. Wiegel, de nog 'jonge' voorzitter van het KLOZ, profileert zich óók in de wereld van de zorgverzekeraars als een echte liberaal: "Wij zitten op het snijvlak van het pure bedrijfsleven en maatschappelijke oriëntatie." Minister Borst zal de zorgverzekeraars hard nodig hebben, wil zij zich aan haar taakstelling van slechts 1,3 procent groei kunnen houden, meent Wiegel. Budgettering van verzekeraars wijst hij rigoureus van de hand.

Dit is het vijfde interview in een reeks waarin diverse 'kopstukken' die op enigerlei wijze invloed hebben op de gezondheidszorg, hun mening geven over de koers die in het regeerakkoord met deze sector wordt gevaren.

DE VOORZITTERSKAMER van het gebouw van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars, het KLOZ, hangt vol met foto's uit zijn kleurrijk verleden: Hans Wiegel als nauwelijks 26-jarig lid van de Tweede Kamer, Hans Wiegel als minister van Binnenlandse Zaken, Hans Wiegel breed lachend tussen twee vrolijk opgetuigde Friese paarden. En natuurlijk hangt er een linoleumsnede van Hare Majesteit.
De benoeming van deze prominente VVD'er op een dermate centrale plaats in de gezondheidszorg wordt door zowel VNO-voorzitter Rinnooy Kan als exstaatssecretaris Simons als veelbetekenend beschouwd.

De fikse overschrijding

"Het zou heel prettig zijn als we de komende vier jaren met elkaar in deze wondere wereld van de gezondheidszorg een stukje verder komen." Wiegel heeft die wondere wereld het afgelopen half jaar verkend. Hij constateert een kentering in het beleid, bij de ambtenarij, de politiek en het veld. De tijd van blauwdrukken is passé. "De minister heeft dat goed verwoord door te zeggen: met de gezondheidszorg is het als met de Deltawerken, het is af en het is een prachtig bouwwerk geworden, nu moeten we het goed onderhouden en stap voor stap in goed overleg de kwaliteit verbeteren. Iedereen is blij met mevrouw Borst als minister. Met haar habitus en ervaring dwingt zij respect af. Zij is iemand die kan luisteren, ze is niet 'draufgängerisch'. In de afgelopen jaren hebben de verzekeraars stevig verzet geleverd tegen het plan-Simons en soms radicaal tegengelegen. Als deze minister zich voor ons openstelt en met onze belangen rekening wil houden, zal voor ons de kaart keren. We zullen trachten de knelpunten met wat geven en nemen op te lossen. Zo'n houding spreekt mij persoonlijk aan."
Het grootste vraagstuk waar de minister nu voor staat is, volgens Wiegel, bewaking van de slechts 1,3 procent toegestane groei die in het regeerakkoord is vastgelegd. "De minister heeft dat regeerakkoord ondertekend. Bijna alle rekenmeesters en aanbieders zeggen vervolgens dat daar niets van terechtkomt. Het wordt zeker 1,8 procent, dus een fikse overschrijding van honderden miljoenen. De regering staat nu voor de vraag: hebben we die 1,3 procent slechts als een getalsmatige indicatie opgeschreven of willen we ons daar per se aan houden, óók nu blijkt dat de financiële randvoorwaarden niet haalbaar zijn? Misschien is 1,3 procent wel mogelijk, maar dan alléén als de verplichte pakketten worden verdund en een deel ervan wordt doorgeschoven naar aanvullende verzekeringen. De regering moet nu in feite die keuze maken. Dat betekent tevens dat de regering moet dereguleren: daar zitten we al lang op te wachten. Bovendien zijn wij van mening, dat bij de discussie over mogelijke oplossingen in de gezondheidszorg de inkomenspolitieke overwegingen te zeer overheersen. Inkomenspolitiek hoort elders te worden geregeld, dat hoeft beslist niet storend te werken op de sociale rechtvaardigheid. En tenslotte: wordt er van ons verwacht dat wij de kosten beheersen? Dan moeten we ook een deel van de regie in handen krijgen."

Geen convergentiewet

Wiegel spreekt voortdurend in de pluralis majestatis. Maar wie zijn 'wij'? Het antwoord op die vraag is daarom zo belangrijk omdat het een indicatie kan geven voor het succes of de mislukking van de convergentiewet die in het regeerakkoord zo kloek staat aangekondigd. Een convergentiewet zal immers alle zorgverzekeraars over één kam scheren en zal voorzien in overheidsdirectieven die de particuliere verzekeraars soortvreemd zijn.
Op de vraag naar de huidige organisatiegraad van de verzekeraars geeft Wiegel indirect antwoord: "Er zijn een aantal ➡

onafhankelijke maatschappijen, maar de meeste particuliere verzekeringen zijn inmiddels met ziekenfondsen gaan samenwerken of onderling gefuseerd. Er zijn grootscheepse kruisverbanden gelegd, zoals tussen de ING-groep en een groep van nauw samenwerkende ziekenfondsen. In feite zie je overal op een natuurlijke wijze convergentie ontstaan. Misschien heeft de opstelling van staatssecretaris Simons - en dat is niet onaardig bedoeld: Simons is een heel betrokken man, maar hij wilde te veel tegelijk - daartoe wel als katalysator gediend." Wat vroeger niet mogelijk leek, wordt binnenkort een feit. Na 1 januari aanstaande zullen ook de VNZ en het KLOZ onder één vlag verder gaan, als *Zorgverzekeraars Nederland*. Twee organisaties, die vroeger heel gescheiden opereerden en het vaak niet eens waren, zijn in de loop van jaren naar elkaar toe gegroeid.

De overheid wil in de komende regeerperiode de financiële en inhoudelijke convergentie van de verplichte zorgpakketten doorvoeren. Hoewel dit vooral voor de particuliere verzekeraars grote consequenties heeft, zijn zij eensgezind in hun reactie: "Wij hebben de regering laten weten dat de totale branche achter die convergentiegedachte staat. Maar we hebben ook duidelijk gezegd dat, uitgaande van de huidige opvatting dat niet alles in één klap ondersteboven moet worden gegooid, een systeem bestaande uit drie lagen daarvoor de beste oplossing zou zijn. Restaureer die AWBZ weer tot waar hij voor bedoeld was, streef naar een voor iedere verzekerde gelijkwaardig basispakket en laat voor de rest de markt haar werking doen. Maar geef ons wel de ruimte om die convergentiegedachte zèlf vorm te geven. Maak niet, zoals in het regeerakkoord staat aangekondigd, een wet waarin weer precies wordt opgeschreven hoe dat moet worden verwezenlijkt. Dat is de wereld op z'n kop. Misschien is het dienstig dat er uiteindelijk een globale kaderwet komt, maar dan als sluitstuk aan het einde van de rit. Niet aan het begin."

Wereld in beweging

Wiegel noemt nog een reden waarom de verzekeraars in staat moeten worden gesteld zelf hun weg te kiezen. Hij beschrijft de diversiteit in de verzekeringswereld, waarin samenwerking en concurrentie elkaar niet in de weg staan: "De verzekeringswereld balanceert op het snijvlak van het pure bedrijfsleven en van maatschappelijke oriëntatie. Dat is terug te vinden in ons beleid, dat voor de zorgverzekering is gebaseerd op twee trefwoorden: 'solidariteit' en 'eigen verantwoordelijkheid'. Die trefwoorden zeggen ook iets over hoe wij met elkaar omgaan. Het is geen koekoek één zang. De meningen in onze achterban zijn niet altijd dezelfde. Dat vind ik juist aantrekkelijk.

"Vanmorgen stond in de krant dat een Zeeuwse maatschappij samengaat met de CZ-groep, een grote zorgverzekeraar met een heel andere achtergrond en tot nu toe concurrent. De CZ-groep heeft tevens een afspraak gemaakt met Interpolis van de RABO-groep, een maatschappij met ook weer een andere achtergrond. Bij zulke samenwerkingsverbanden bekijken verzekeraars ook of ze zich naast de ziektekostenverzekering wellicht ook moeten bezighouden met de aanpak van ziekteverzuim, de WAO-problematiek. Voorbeelden te over van de dynamiek in onze wereld.

"Bedrijven vragen ons: wat gaat er gebeuren met de - gedeeltelijke - privatisering van de sociale zekerheid? Vanuit de portefeuille 'ziektekosten', vaak een onderdeel van een groot verzekeringsconcern, komen tegenwoordig ook andere maatschappelijke, sociale en economische vragen op ons af. Dat biedt interessante perspectieven, ook voor collectieve contracten met werkgevers. Vóór 1 januari aanstaande gaan we een protocol tekenen met het Verbond van Verzekeraars voor verder overleg en samenwerking op dit gebied. Ons aandachtsgebied zou nog wel eens veel groter kunnen worden. Deze wereld is enorm in beweging, en het beweegt van zelf. Juist daarom moet de overheid er niet doorheen fietsen."

> *"Er komen tegenwoordig ook andere maatschappelijke vragen op de verzekeraars af"*

Stap voor stap

Wiegel verwacht dat de verzekeraars zeker een rol zullen spelen bij de vaststelling van de verplichte pakketten. "Wil de minister, maar ook de gezondheidszorg, haar financiële taakstelling halen, dan moet het ziekenfondspakket worden uitgedund. Een aantal zaken gaat vervolgens naar de vrijwillige aanvullende verzekering. Die tellen dan macro, in het FOZ, niet meer mee. Die kant moet de regering uit willen. Dat geldt ook voor de AWBZ. Daaruit moet een aantal zaken worden overgeheveld naar het verplichte basispakket en een aantal naar de aanvullende verzekering. Wij zullen ons in goed overleg beraden op de voorstellen voor gedeeltelijke overheveling van de tandheelkunde, de fysiotherapie en de medicijnen. Dat zijn verstrekkingen die heel grote financiële brokken vertegenwoordigen. En wat gaat er straks gebeuren met het kruiswerk? Wat is wijs?"

De scheiding tussen 'cure' en 'care' acht Wiegel een bruikbare toets voor de AWBZ. "Is het onverzekerbaar? Dan is het redelijk dat je dat solidair met elkaar betaalt, dus via de progressie in inkomstenbelasting. Een zelfde onderscheid ligt voor de hand bij de tweede laag. Waar kan de eigen verantwoordelijkheid van de mensen een grotere rol spelen? Het antwoord op die vraag geeft tevens de grens aan van het in redelijkheid te betalen nominale deel."

Over de gewenste verhouding nominaal-inkomensafhankelijk spreekt Wiegel zich niet uit: "Ik noem geen getal. Daar wordt ook in onze kring verschillend over gedacht. Dat is een politieke vraag en wij doen niet aan politiek. Maar wij adviseren de overheid wel zoveel mogelijk nominaal te laten betalen en daar niet de inkomenspolitiek doorheen te klutsen. Voor mensen met een laag inkomen zou tot een bepaalde grens, niet direct de ziekenfondsgrens, het nominale bedrag op een wat lager niveau kunnen liggen. Of je zou een mix kunnen bedenken. Dat is een kwestie van politieke onderhandelen met de regering. Wat ik nog wel wil benadrukken is: laten we nu eens gewoon kijken wat vanuit de inhoud van de zorg zelve van belang is. Inkomensplaatjes zijn misschien interessant en de cijfers achter de komma's misschien wel het allerinteressantst, maar het verstoort de inhoudelijke discussie buitengewoon. De overheid moet zich ook daarbij wat terughoudender opstellen. Wij proeven al enige verandering op het departement en zullen daar ook op inspelen. Een van de topambtenaren hield onlangs bij ons een verhaal waarin hij zich duidelijk voor nominalisering 'pur sang' uitsprak: overheveling van het verplichte naar het aanvullende pakket. Ex-staatssecretaris Van der Reijden, een fantastische man, antwoordde hem met: "Als je dit acht jaar geleden had geroepen, was je onmiddellijk ontslagen."

> *"Laten we nu eens kijken wat vanuit de inhoud van de zorg zelve van belang is"*

Tegen budgettering

Wij zullen mee helpen zoeken naar op-

lossingen, maar geef ons dan ook verantwoordelijkheid", luidt Wiegels pleidooi tegenover minister Borst. De stelling: u krijgt verantwoordelijkheid in de vorm van een budget, ontlokt een directe reactie. "Daar zijn wij niet voor. Daarmee zouden de verzekeringsmaatschappijen immers niet meer zijn dan een soort uitvoerders." En het normuitkeringensysteem? "Dat is een hard punt. Daartegen zullen we blijven fulmineren. Met een budgetteringssysteem zou alles van tevoren afgeregeld zijn. Wij zijn geen loket. Wij moeten zelf de regie kunnen voeren over ons eigen beleid, willen we kunnen meehelpen aan kostenbeheersing, willen we aantrekkelijke voorstellen kunnen doen aan onze cliënten. De overheid gaat toch ook andere maatschappijen niet budgetteren. Waarom ons dan wel? Omdat de overheid het ziet als een sociale taak? Precies, dat is de lijn van het centrale gezag. Maar dan ben je niet echt een verzekeraar, die ook ondernemend moet optreden."

Relatie met aanbieders

De verzekeraars onderschrijven in grote lijnen de adviezen uit het rapport-Biesheuvel.

"Een van de heikele punten, en dat is het al jaren, wordt natuurlijk de positie van de medisch specialist ten opzichte van de ziekenhuizen. Daar is de laatste maanden fors over gesproken. Ik zal er niet zoveel over zeggen, want de besprekingen bevinden zich in de laatste fase. Het lukt om het eens te worden of het lukt niet. Het is dus best heel spannend. We moeten een weg zien te vinden waarbij iedereen op een redelijke wijze aan zijn trekken komt."

Een goed voorbeeld ziet Wiegel in de *regio-initiatieven*. Bij een bezoek aan het Medisch Centrum Alkmaar raakte hij onder de indruk van de positieve opstelling van de specialisten die daar hun regio-experiment toelichtten. "Daarin las ik een bevestiging van wat ook wij vinden. Laat zo'n experiment nou eens gedijen. Daaruit kan blijken dat nieuwe situaties best heel werkzaam kunnen zijn."

Wiegel is van mening dat aanbieders en verzekeraars er gezamenlijk wel uitkomen. "Een aantal zaken, zoals de waarborging van de kwaliteit, kan landelijk worden afgeregeld. De financiering van de topklinische zorg, de keuze van wat er in het verplichte pakket moet en bijvoorbeeld de plaats die de huisarts op het totaalveld krijgt, dat zijn overheidstaken. En wat de regionale onderhandelingen betreft: de ziekenhuizen bespreken het plaatselijke aanbod met de specialisten en de verzekeraar: de regionale marktleider, waarbij andere maatschappijen zich aansluiten, onderhandelt verder over de contracten met het ziekenhuis. Welke positie de specialist of de verzameling van specialisten daarin krijgen, laat men daarin wat vrij zijn. Wat de bouwkundige voorzieningen voor de topklinische zorg betreft wil de overheid, gezien de enorme bedragen die daarmee gemoeid zijn, het voor het zeggen houden. Dat is, gezien de noodzakelijke bewaking van het macro-budget, begrijpelijk. Maar het overige zou decentraal tussen aanbieders en verzekeraars geregeld moeten worden. Ik vind in dat opzicht de aanbevelingen van de commissie-Welschen (waarin ook het openbaar bestuur vertegenwoordigd was), dat de verzekeraar en niet de overheden de capaciteit voor de bejaardenzorg moet bepalen, zeer interessant."

"Monopolies werken toch uiteindelijk niet"

Dat brengt ons op het onderwerp van het dreigende beeld van de verzekeraar als monopolist. Wiegel stelt daar het dreigende beeld van de artsen als monopolisten tegenover. "Monopolies werken toch uiteindelijk niet. Ik kan me heel goed voorstellen dat de gezamenlijke huisartsen zeggen: we stellen ons als één man op, regelen dat gauw, dan zijn we mooi van het gedoe af. Maar deze wereld is zo in beweging, dat dergelijke vastgeroeste fenomenen in de toekomst veel moeilijker zullen zijn. Verzekeraars hebben de 'policy' van leven en laten leven. Die zullen, gestuurd door de wensen van hun cliënten en de fikse concurrentie, veelsoortige contracten willen sluiten, bijvoorbeeld een avondspreekuur willen aanbieden. Anders hoef je die ingewikkelde advertentieslag niet te maken. Concurrentie houdt de mensen wakker, een monopolist valt altijd in slaap."

Afsluitend: "Als het de spelers op het veld zèlf lukt om tot vernieuwing te komen, en dan heb ik het ook over de besprekingen in het Platform, dat is dat het zoveelste bewijs dat de overheid zich moet beperken tot het stellen van randvoorwaarden en niet te dirigistisch moet optreden. Ik ben zelf minister geweest en weet hoe een departement werkt. Je moet als ambtenarij niet het doel en zelfs niet de wil hebben alles voor anderen te regelen." •

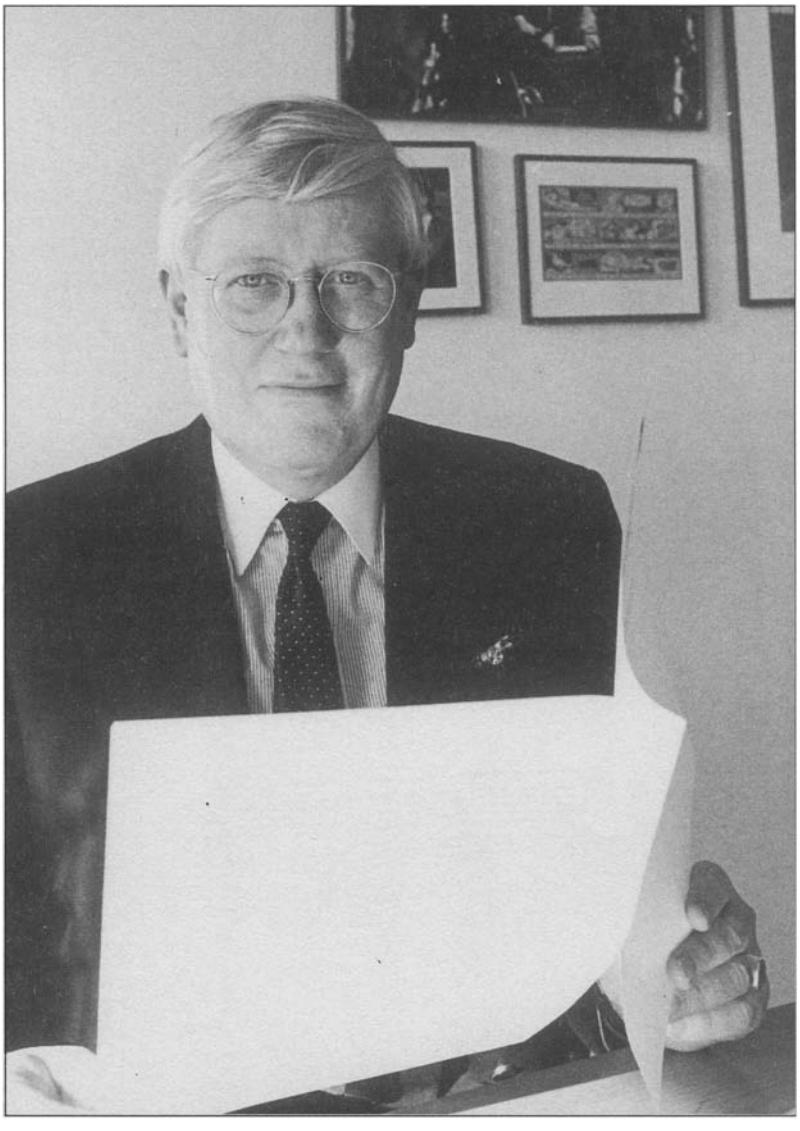


Foto Jan Lankveld

Medische aansprakelijkheid voor ziekenhuizen

Aansprakelijkheid voorkomen door kwaliteitsbeleid

Peter Visch

De premies van aansprakelijkheidsverzekeringen voor ziekenhuizen gaan stijgen teneinde het toenemend aantal claims te dekken. Vandaar dat Centraal Beheer, in navolging van Medirisk van de VVAA, overgaat op een 'onderlinge'. Met een onderlinge denken verzekeraars ziekenhuizen gemakkelijker te kunnen aanspreken op hun kwaliteitsbeleid.

DAT IN EEN ziekenhuis fouten worden gemaakt is niet te voorkomen. Wel kan de kans op fouten zo veel mogelijk worden gereduceerd. Een patiënt die ondanks allerlei preventieve maatregelen toch schade ondervindt ten gevolge van een fout, zal schadevergoeding moeten worden geboden. Omdat niet van tevoren kan worden ingeschat wat de financiële gevolgen zullen zijn, hebben vrijwel alle ziekenhuizen anticiperend op de beoogde centrale aansprakelijkheid (WGBO) een aansprakelijkheidsverzekering afgesloten tegen schadeclaims.
Het terrein van aansprakelijkheidsverzekeringen voor ziekenhuizen wordt voornamelijk beheerst door drie verzekeraars, die ieder bijna een derde van de ruim honderd ziekenhuizen onder hun hoede hebben. Bij de commerciële verzekeraars zijn Centraal Beheer (36 aangesloten ziekenhuizen) en Nationale Nederlanden (35 aangesloten ziekenhuizen) de marktleiders. Bij de onderlinge waarborgmaatschappij van de VVAA, Medirisk, die sinds 1 januari 1993 operationeel is, zijn op dit moment 31 ziekenhuizen verzekerd.

Een nieuwe onderlinge

Het aantal claims is de laatste jaren sterk toegenomen. In 1989 werden twee keer zoveel claims ingediend als in 1984. Recente cijfers zijn er niet, maar volgens Centraal Beheer is het aantal claims groeiende. Men ziet dan ook nauwelijks nog mogelijkheden om de premies betaalbaar te houden, in die zin dat het te lopen risico op commercieel aantrekkelijke wijze kan worden gedekt. Centraal Beheer zal dan ook aan het eind van dit jaar met de huidige opzet stoppen en gaat vanaf 1 januari 1995 verder in de vorm van een andere rechtspersoon: een onderlinge waarborgmaatschappij, naar voorbeeld van Medirisk van de VVAA. De nieuwe onderlinge krijgt de naam Centramed. Bij Centramed hebben zich tot nu toe 16 ziekenhuizen aangesloten, 17 zijn nog in beraad.
Een onderlinge wordt gevormd door de deelnemende ziekenhuizen: de ledenverzekerden. Bij de beoordeling van aspirant-leden wordt gekeken naar de schadehistorie en de wijze waarop met name de klachtenbehandeling is georganiseerd. Mr F.H. Reddering, een van de twee directeuren van Medirisk: "Als een ziekenhuis een schadehistorie heeft die sterk afwijkt van het gemiddelde, kunnen wij bijvoorbeeld zeggen dat acceptatie alleen mogelijk is tegen een hogere premie dan de gebruikelijke. De leden dragen een vaste premie af aan Medirisk. Het voordeel bij een onderlinge is, dat de leden een direct belang hebben bij het zo laag mogelijk houden van het aantal schadeclaims. Het enige middel waarmee men in feite de schadelast kan proberen te beheersen is een goed schadepreventiebeleid. Vandaar dat verzekeraars hieraan steeds weer aandacht besteden en óók van hun leden vragen dit te doen. Een ander voordeel van een onderlinge is, dat de leden nooit te veel premie hoeven te betalen. Wat overblijft vloeit terug naar de leden. Concurrentie op premies is dus niet interessant. De aangesloten leden moeten namelijk uiteindelijk met z'n allen de totaal gegenereerde schade betalen en kunnen elkaar direct op gemaakte schade aanspreken. Oplopende schadebedragen bij een commerciële verzekeraar worden vertaald in een algemene premieverhoging, zonder dat dit vergezeld gaat van corrigerend beleid."

Constructies

Het meest opvallende verschil tussen de diverse aansprakelijksverzekeringen is de wijze van premieheffing.
Medirisk, en Centraal Beheer zal dat althans voorlopig ook nog doen, hanteert de zogenaamde '*losses-occuring*'-constructie. Bij deze methode wordt een premie geheven die alle schadeclaims moet dekken die zich tussen nu en twintig jaar zullen voordoen. Ook langlopende zaken die via de rechter worden afgehandeld zijn daarmee gedekt. Daar het aantal schadeclaims talrijker wordt en de uitgekeerde bedragen hoger, zoekt Centraal Beheer naar mogelijkheden om de schadelast te beperken.
Bij nieuweling Centramed is gekozen voor een methode die eveneens door Nationale Nederlanden wordt gebruikt, de zogenaamde '*claims-made*'-constructie. In deze constructie wordt een premie geheven die de te verwachten schade voor één jaar moet dekken. Bij afwijkingen naar boven of naar beneden kan de premie in de daaropvolgende jaren worden aangepast tot een stabiel gemiddelde. De termijn van één jaar maakt een snelle afhandeling mogelijk. Bij de overstap naar deze constructie hoeft de *inloopschade*, de schade die in voorgaande jaren is veroorzaakt maar pas tijdens de nieuwe verzekeringsperiode wordt gemeld, geen probleem op te leveren. Deze schade is namelijk nog gedekt bij de vorige verzekeraar door òf een dekking op basis van 'losses-occuring' òf een extra uitloopverzekering bij een 'claims-made'-systeem.
Als een ziekenhuis een verzekeraar verlaat die een 'claims-made'-systeem hanteert, kan de zogenaamde *uitloopschade* (schade die is veroorzaakt in de verzekeringsperiode, maar pas daarna wordt gemeld) een probleem opleveren. En dat komt niet zelden voor. Het blijkt dat voor- ➔

al de grotere claims, die het schadevolume in belangrijke mate bepalen, een afwikkelingsperiode van drie tot vijf jaar hebben. Dat komt vooral voor als er een schadevergoeding via een rechterlijke uitspraak wordt geclaimd. Is de verzekerde periode in zo'n geval verstreken, dan moet het ziekenhuis deze claims zelf betalen. De directeur van Centramed, A. van Kempen, meldt dat voor de uitloopschade een aparte uitloopdekking wordt geboden. Deze extra verzekering is afhankelijk van het aantal jaren dat het ziekenhuis verzekerd is geweest. Een ziekenhuis heeft het recht per jaar een uitloopdekking te kopen, tegen van tevoren gestelde voorwaarden. Zo kan van verzekeraar worden veranderd zonder dat er grote financiële risico's worden gelopen.

Medirisk blijft echter bij het oude systeem. Reddering: "Zolang het mogelijk is blijven wij tòch aan 'losses-occuring' vasthouden, omdat wij geloven dat dit voor ziekenhuizen veel gunstiger is. We moeten ervoor oppassen dat we in Nederland allemaal gaan roepen dat het niet meer betaalbaar is. Zelfs in de Verenigde Staten is men nog in staat op veel plaatsen vast te houden aan 'losses-occuring', terwijl de claims daar vele malen hoger zijn. Trouwens, of je nu een 'claims-made'- of een 'losses occuring'-systeem hanteert: het heeft geen enkele invloed op het financiële risico. Op de lange termijn kan het totaal aan premies immers nooit lager zijn in het ene systeem vergeleken bij het andere. In het begin kan een ziekenhuis wellicht voordeel hebben, maar op den duur draait het toch op voor de schade. Als een ziekenhuis na enige tijd wil overstappen naar een andere verzekeraar, moet het immers toch een uitloopdekking kopen, en die kan in zo'n geval behoorlijk duur zijn. Voor een verzekeraar is 'claims-made' echter gunstiger, omdat ziekenhuizen moeilijker een andere verzekeraar kunnen opzoeken. En àls een ziekenhuis vertrekt, is meteen het risico afgelopen."

Kwaliteitsbeleid

De laatste jaren houden ziekenhuizen zich in toenemende mate bezig met integrale kwaliteitzorg. Kwaliteitssystemen doen hun intrede. Ook de overheid draagt bij door het formaliseren van kwaliteitsprocedures in regelgeving. Voorbeelden daarvan zijn de WGBO, de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Ook via de erkenningseisen wordt kwaliteitsbewaking afgedwongen, zoals in de vorm van een FONA-commissie.

Het blijkt echter dat in veel ziekenhuizen de FONA-commissies niet goed functioneren. Verzekeraars haken daarop in. Medirisk wil nu een beter en minder vrijblijvend systeem introduceren. In de Verenigde Staten en in Engeland is men op dat gebied al veel verder. In die landen is men, onder de druk van schadeclaims die vele malen hoger zijn dan in Nederland, ook meer gedwongen het aantal claims zo klein mogelijk te houden. Het voeren van een kwaliteitsbeleid dat gericht is op het zoveel mogelijk voorkómen van fouten, levert goede resultaten op. Volgens Reddering is de winst van het kwaliteitsbeleid zodanig, dat sommige afgehaakte commerciële verzekeraars weer terugkomen op de markt.

Het schadepreventiebeleid van Medirisk rust op vier pijlers: 'riskmanagement', het zogenaamde 'untoward incident reporting' (UIR), klachtenbehandeling en voorlichting.

Riskmanagement is gericht op het elimineren, of tenminste verminderen, van omstandigheden die tot fouten leiden. Het is een kwaliteitssysteem dat de sterke en zwakke plekken zichtbaar maakt. Vooral in het kader van de WGBO wordt het voor een ziekenhuis belangrijker risico's op te sporen, het ziekenhuis is immers aansprakelijk. In de Verenigde Staten en in Engeland blijkt uit onderzoek, dat de meeste claims voortvloeien uit nalatigheden bij het medisch handelen volgens vaststaande protocollen. In die landen heeft men dan ook ruime ervaring opgedaan met riskmanagement.

'Untoward incident reporting' is een rapportagesysteem dat inzicht biedt in structurele ongevallen en complicaties in ziekenhuizen. Het is vergelijkbaar met FONA-meldingen, met dit onderscheid dat eventuele niet-gewenste gevolgen vaker en minder vrijblijvend moeten worden gemeld. Reddering: "De introductie van UIR in Nederland zal een cultuuromslag teweegbrengen. Het heeft in de Verenigde Staten vijf jaar geduurd voordat ze dat systeem konden introduceren. Dat is relatief nog snel. Het was alléén mogelijk omdat het verplichte karakter daar groter is."

Op grond van de WGBO zijn artsen verplicht medische gegevens bij te houden, het medisch handelen vast te leggen en de patiënt deugdelijk voor te lichten. "Als verzekeraar zijn we geïnteresseerd in de wijze waarop dit wordt uitgevoerd. Bij het kijken naar de ziekenhuizen nemen we die gegevens mee en ontwikkelen we activiteiten op het gebied van voorlichting en training. Het ziekenhuis moet weten hoe het kwaliteitsbeleid van een verzekeraar eruitziet en hoe de eigen schadehistorie er over vijf jaren zal uitzien. We hebben gelukkig niet het idee dat ziekenhuizen vluchten in defensieve geneeskunde en verwachten dat in Nederland ook niet."

Op geleide van de Amerikaanse ervaringen heeft Medirisk voorlichtingstrainingen opgezet voor klachtenfunctionarissen en wordt hulp geboden bij het opstarten van projecten in ziekenhuizen. Reddering: "Het blijft natuurlijk de beslissing van een aangesloten ziekenhuis om daaraan wel of niet mee te doen. Omgekeerd kan vanuit een ziekenhuis een project worden gemeld. Zo'n project passeert altijd de kwaliteitscommissie van Medirisk, waarbij in een poging tot harmonisatie van beleid wordt bekeken of het idee geschikt is voor meer ziekenhuizen. Het is bijvoorbeeld beter om de trainingen met een aantal ziekenhuizen gezamenlijk te doen. Medirisk kan daarbij een coördinerende rol spelen. Ik denk dat deze aanpak voor een verzekeraar helemaal nieuw is. Het is een zeer belangrijke ontwikkeling."

> *"We hebben niet het idee dat ziekenhuizen vluchten in defensieve geneeskunde"*

Enige wapen

"We weten dat veel klachten tot claim worden, omdat in het voortraject niet goed met de patiënt is omgegaan. Dan kan een zaak onnodig uit de hand lopen.

"Het enige wapen dat je als verzekeraar in feite hebt, is het verminderen van het aantal gebeurtenissen dat tot claims kan leiden. Daarnaast moet je op het moment dat er toch iets fout gaat, dit zo goed mogelijk afhandelen. Het grootste gevaar is een situatie waarin iets fout gaat dat vervolgens wordt doodgezwegen. Daar gaat een patiënt mee aan de loop en na een tijd komt er een advocaat bij die een beslissing forceert. Het resultaat is dan niet alleen verloren tijd, maar ook het extra leed dat zowel de patiënt als de arts ondervindt. Bovendien betekent een lange procedure vaak hogere kosten voor een ziekenhuis.

"Het gaat erom dat de risico's verzekerbaar blijven. In de Verenigde Staten hebben de meeste ziekenhuizen zich daarom in een onderlinge verenigd. Het preventiebeleid is daar al veel verder ontwikkeld. Daar kunnen we veel van leren. Dat wil niet zeggen dat wij alles overnemen: het moet wel passen in de situatie hier." •

Literatuur

- Baart S. Ziekenhuis krijgt waarborgfonds tegen schadeclaims patiënten. Volkskrant. 17 september 1994.
- Medirisk. Jaarverslag 1993. Utrecht.

Privacy-bescherming struikelblok voor chipcard

Sabine E. Wildevuur

Grootschalige invoering van de chipcard in de gezondheidszorg is voorlopig nog niet aan de orde. De hoge investeringskosten en het onvoldoende kunnen waarborgen van de privacy van de patiëntgegevens staan het gebruik in de weg.

WORDT HET STRIPPEN of wordt het chippen?" Met een knipoog naar het mannelijk bloot van de populaire Chippendales besloot dagvoorzitter dr C. Th. Smit Sibinga het onlangs gehouden congres '(Chip)cards in de gezondheidszorg, grootschalige invoering loont!'

De chipcard, met het uiterlijk van een creditcard, bevat een kleine microprocessor waarop een grote hoeveelheid aan informatie past. Juist de grotere ruimte voor informatie, groter dan de magneetstripkaart die de zorgverzekeraars al op grote schaal gebruiken, zorgt voor problemen. Welke gegevens moeten op de chipcard komen te staan en hoe is de informatie zo te beveiligen dat de privacy van de patiënt gewaarborgd wordt?

Toepassing velerlei

De zorgverzekeraars zijn ervan overtuigd dat de chipcard er zal komen. De zorgverleners en de patiënten daarentegen plaatsen kanttekeningen bij een grootschalige invoering van de chipcard binnen de gezondheidszorg. Secretaris J. van Arkel van het Nationaal Chipcard Platform: "In Nederland treffen we projecten aan op het gebied van administratie en registratie, voor ondersteunende diensten in ziekenhuizen en voor beveiliging van elektronische verbindingen. De baten worden derhalve vooral in de efficiency van de administratieve processen gezocht en nog niet zozeer bij de zorgfuncties."

De woordvoerder van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, J.G. Beun: "Er is geen eenheid in denken wat we met de chipcard willen. Is de chipcard een middel of een doel? Dient de kaart als 'sleutel' voor de zorgverlener om toegang te krijgen tot informatie of als drager van informatie voor de patiënt? Aan dat laatste zijn wij als patiënt nog niet toe." Wordt het een kaart met persoons- of zorgverzekeringsgegevens, bevat de kaart het volledige medische dossier of dient het als 'sleutel'-chipcard waarmee bestanden voor de zorgverlener toegankelijk zijn? Beun wil eerst zien òf en hoe de gegevens op de kaart kunnen worden beschermd, alvorens aan te geven welke gegevens op de kaart zouden moeten komen te staan.

In het onlangs verschenen onderzoeksrapport 'Privacy-aspecten van de zorgpas',[1] vervaardigd in opdracht van het ministerie van VWS, komen de problemen voor de bescherming van het medisch dossier op chipcard aan de orde. Allereerst bestaat er onduidelijkheid wie verantwoordelijk is voor de gegevens op de chipcard. In principe kunnen immers meerdere personen dan wel instellingen informatie op de chip invoeren. Wie mag welke gegevens op de kaart inzien? Wat te denken als bij een aanstellingskeuring wordt gevraagd naar de 'medische' chipcard? De drager van de informatie kan moeilijk weigeren, wil hij in aanmerking komen voor de baan. Het ministerie beraadt zich over te nemen maatregelen voor de privacybescherming van de patiënt.

Het grote voorbeeld

Duitsland en Frankrijk worden regelmatig als voorbeeld aangehaald om de mogelijkheden van de chipcard aan te geven.[2] Door verschillen in verzekeringssysteem en gezondheidszorgstelsel zijn de resultaten in die landen echter niet zonder meer te projecteren op Nederland. In Duitsland is onlangs op grote schaal een 'Versichertenkarte' ingevoerd; een wettelijke verplichting tot het invoeren van een registratiekaart maakte dit noodzakelijk. Een dergelijke stok achter de deur om op grote schaal een kaart in te voeren ontbreekt in Nederland. Het versnipperde verzekeringsstelsel, de noodzakelijke instemming van alle actoren en de gegevensbescherming zijn andere redenen.[3] Duidelijk is, dat de invoering van een chipcard gepaard gaat met een enorme financiële investering. Volgens één van de organisatoren van het congres kan 1 miljoen gulden in de Nederlandse gezondheidszorg worden bespaard door invoering van de chipcard. Prof. dr A.P.W.P. van Montfort wijst erop dat de invoering van de kaart ook extra kosten met zich meebrengt. Het produceren van de kaart 'an sich' is relatief goedkoop, maar de aanschaf van randapparatuur, waaronder een speciale kaartlezer die wordt gekoppeld aan een computer met beeldscherm, brengt enorme kosten met zich mee. Hoogleraar medische informatica prof dr Ir A. Hasman (RUL): "Wil de kaart een kans van slagen hebben, dan moet hij grootschalig worden ingevoerd. De kosten zijn dan relatief laag. Overal moeten kaartlezers staan, zodat de kaart ook overal inleesbaar is."

Praktische problemen

In de gemeente Simpelveld loopt onder apothekers en huisartsen één van de vele chipcard-projecten. Negenduizend chipcards met daarop persoonsgegevens, (naam, adres en woonplaats), SOS-gegevens, verzekeringsgegevens en medicatiegegevens zijn verspreid onder de inwoners. Bij bezoek aan huisarts of ➡

apotheek moet de patiënt de chipcard meenemen, zodat actuele informatie op de chip kan worden bijgeschreven. De informatie is op verschillende niveaus gerangschikt: algemene gegevens, medicatiegegevens en gegevens uit het medisch dossier. Alle niveaus zijn toegankelijk voor de huisarts; de apotheker heeft slechts toegang tot de algemene gegevens en de informatie over de medicatie. De automatiseringsgraad van de deelnemers in deze gemeente is hoog, dankzij een eerder experiment op het gebied van informatietechnologie, het 3-I-project. Bij de huisartsen is de hard- en software intussen aangepast. De informatie van de 'groene kaart' is omgezet in een elektronisch medisch dossier, vanwaaruit gegevens kunnen worden overgeschreven op de chipcard. "Een enorme klus", aldus deelnemende huisarts P.H.M. Schepers. De meerwaarde van de chipcard voor de medicatiebewaking door uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en apothekers is op dit moment niet geheel te bepalen. De medicatiehistorie kan niet altijd worden bijgewerkt. De apotheker levert soms medicijnen thuis af - waar geen kaartlezer aanwezig is - of anderen dan de patiënt komen de medicijnen halen en hebben de kaart niet bij zich. De huisarts kan tijdens diensten of huisbezoeken de kaart niet lezen en bijwerken aangezien ter plekke een kaartlezer ontbreekt. Aan deze problemen wordt gewerkt.

Doordat mensen niet gewend zijn aan het gebruik van de chipcard, wordt deze volgens Schepers nog wel eens vergeten. "Bij bezoek aan de huisarts bleek zeventwintig procent van de patiënten nog niet in het bezit te zijn van een kaart en zeventien procent was de kaart vergeten. Van zesenvijftig procent kon de kaart worden beschreven bij het bezoek aan de huisarts."

Vraagteken

Technische problemen, investeringskosten en problemen met de beveiliging van de gegevens zorgen er vooralsnog voor dat het uitroepteken achter de titel van het congres '(Chip)cards in de gezondheidszorg, grootschalige invoering loont!' beter kan worden vervangen door een vraagteken. •

Literatuur

1. Houtepen E, Mosshammer A. Privacy-aspecten van de zorgpas [ISBN 90-802140-1-9].
2. Westert GP, Kerkhoff, AHM. Medische 'smartcards' in Frankrijk. Medisch Contact 1993: 14: 439-42.
3. Renger, CEL. Duitsland in de kaart gekeken. Universiteit Twente/Ministerie van WVC, september 1993.

Ankoné A. Honorering via de 'care card': toekomstmuziek. Medisch Contact 1992; 46: 1343-4.

Doppegieter RMS. Chipcards in de zorg: zorgpas en privacy. Medisch Contact 1993; 39: 1199-1202.

Skolnick AA. Protecting privacy of computerized patiënt information may lie in the cards. JAMA 1994; 3: 187-9.

B E R I C H T E N

Centraal Medisch Tuchtcollege blikt terug en kijkt vooruit

Aan de zaken die het Centraal Medisch Tuchtcollege vorig jaar te behandelen heeft gekregen, is te merken dat er een tekort aan oogartsen heerst. Blijkens de ingekomen beroepen nemen sommige oogartsen basisartsen in dienst; het college wijst erop, dat èn verwijzend arts èn patiënt ervan moeten kunnen uitgaan dat patiënten die naar de oogarts worden doorverwezen ook door een oogarts worden gezien. Nadelig noemt het CMT in zijn jaarverslag over 1993 ook de lange wachttijd, die in een aantal gevallen risico met zich zou meebrengen. Een enkele oogarts tenslotte wenst patiënten alleen te behandelen, als ze hun bril kopen bij een bepaalde opticien: wie daarover klaagt, klaagt terecht, stelt het centrale college.

Een groot probleem vormt volgens het Centraal Medisch Tuchtcollege de bewijslast in zaken met betrekking tot ongewenste intimiteiten. Elk jaar zijn er wel een paar gevallen. Wordt het aannemelijk geacht dat er sprake is geweest van ongewenste intimiteiten, dan volgt doorgaans schorsing voor langere duur. Zaken die door het college in eerste aanleg niet en door het college van beroep, vaak na het horen van getuigen in vooronderzoek, wel aannemelijk worden geacht, stuurt het CMT door naar het Gerechtshof. Bij het Centraal Medisch Tuchtcollege bestaat de indruk, dat de terughoudendheid die hulpverleners in acht behoren te nemen in het contact met patiënten tijdens de opleiding met grotere nadruk naar voren zou dienen te worden gebracht.

In 1993 zijn bij het Centraal Medisch Tuchtcollege in totaal 214 beroepen ingesteld, waarvan 190 tegen artsen. Dat jaar zijn 92 zaken op een hoorzitting behandeld en 128 zaken afgewikkeld in de raadkamer. Het aantal beroepen is de laatste jaren stationair: 214 (1993), 212 (1992), 218 (1991).

Van de 174 beslissingen over de in 1993 ingekomen beroepen hielden er 140 een bevestiging van de beslissing van het college in eerste aanleg in. In 34 gevallen werd die beslissing gewijzigd: 7 maal een waarschuwing verkeerde in 5 maal een afwijzing van de klacht, 1 maal een berisping en 1 niet-ontvankelijkverklaring; 5 maal een berisping werd in hoger beroep 4 maal een waarschuwing, terwijl in 1 geval de klacht alsnog werd afgewezen; 9 afwijzingen in eerste instantie leverden van de kant van het CMT 1 berisping, 5 waarschuwingen, 1 'stuiting' en 2 niet-ontvankelijkverklaringen op; in 9 gevallen waarin de klacht in eerste aanleg kennelijk ongegrond was verklaard, werd de zaak 7 maal terugverwezen voor verdere behandeling en werd 2 maal klager alsnog niet ontvankelijk verklaard; van 4 klagers die eerst niet ontvankelijk waren verklaard, werd de klacht in hoger beroep in 2 gevallen wel ontvankelijk, maar alsnog ongegrond verklaard, terwijl het college in de beide andere gevallen bepaalde dat nadat de praktijk was neergelegd het algemeen belang voortzetting van de klacht niet vorderde.

De meeste klachten worden ingediend tegen huisartsen. Vaak gaat het dan om een waarneming; in een aanzienlijk aantal gevallen betreffen de klachten dan het niet of niet tijdig afleggen van een visite of het niet tijdig doorverwijzen naar een specialist. Ook psychiaters zien verhoudingsgewijs veel klachten tegen zich ingediend. In een aantal zaken kwam het CMT voor ethische vragen te staan, zoals op het gebied van euthanasie; die zaken werden doorgaans gepubliceerd. In 1993 publiceerde het centrale college 10 zaken, in 1992: 2, en in 1991: 15.

Binnenkort komt er ander en/of meer werk aan de winkel voor het Centraal Medisch Tuchtcollege. Op 1 juli 1996 zal de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in werking treden voor de beroepen die nu onder het tuchtrecht vallen, een half jaar later voor de beroepen waarvoor dat nu nog niet zo is. Dit laatste brengt mee dat er voor de nieuw in te stellen tuchtcolleges leden zullen moeten worden gezocht. Ook worden bij de colleges in eerste aanleg één en bij het CMT twee leden-juristen benoemd, terwijl daarnaast nog juridische leden moeten worden aangetrokken omdat degeen die het vooronderzoek doet niet aan de zitting mag deelnemen. •

Strategische opties voor een transmurale gezondheidszorg

Het niemandsland tussen huis en hospitaal

T.E.D. van der Grinten en R. Huijsman

Een 'bottom up'-benadering, veel experimenteren en het creëren van leerpunten voor de betrokkenen lijken de beste kansen te bieden voor het overbruggen van de grenzen tussen thuiszorg en intramurale zorg.

TUSSEN THUISZORG EN intramurale zorg bevindt zich het gebied van de transmurale zorg: de zorg voor de (meestal thuisverblijvende) patiënt met (meestal) complexe problemen waarvoor generalistische èn specialistische hulpverleners *samen* de verantwoordelijkheid dragen. Het gaat bij transmurale zorg dus om tweerichtingsverkeer, om hulp tussen huis en hospitaal. De *locatie* van zorg is bij transmurale zorg van ondergeschikt belang.

Transmurale zorg staat momenteel sterk in de belangstelling. Dat wekt geen verbazing, want de beloften zijn aanzienlijk: transmurale zorg brengt de realisatie van het zo begeerlijke doel van 'zorg op maat' dichterbij, ze levert een bijdrage aan de doelmatigheidsvergroting van de gezondheidszorg en biedt de ondernemende instellingen en hulpverleners nieuwe uitdagingen.

Transmurale zorg betekent voor de *patiënt* de mogelijkheid zonder de belastende 24-uurs-opname en zonder verlies van kwaliteit toch de noodzakelijke specialistische hulp te ontvangen. Voor de *overheid* betekent de transmurale zorg een aantrekkelijke mogelijkheid om (duurdere) ziekenhuiszorg te vervangen door (goedkopere) zorg buiten het ziekenhuis. De *ziekenhuizen* krijgen de mogelijkheden hun dienstenpakket uit te breiden. En de *thuiszorgorganisaties* ... Ja, wat is eigenlijk de betekenis van de transmurale zorg voor de thuiszorgorganisaties?

Natuurlijk, iedereen onderschrijft het uitgangspunt mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te helpen en daar is uitbreiding en intensivering van de thuiszorg voor nodig. Maar dit is nog iets anders dan transmurale zorg. Zowel inhoudelijk als organisatorisch moet dit domein nog worden ingevuld. Het is nog te vroeg voor welke organisaties dan ook (thuiszorg, ziekenhuizen) of hulpverleners (verpleegkundigen, huisartsen, specialisten) om een claim te leggen op de transmurale zorg.

De natuurlijke neiging in deze situatie - althans in Nederland - is te proberen het nieuwe gebied snel in te polderen en vervolgens over de verschillende aanbieders te verkavelen, met een stelsel van afspraken over de afstemming van de zorg. Maar als men denkt aan de competitie die momenteel voor de gezondheidszorg wordt nagestreefd, kan het beeld er anders komen uit te zien. Dan zou de transmurale zorg wel eens het jachtterrein van de verschillende belanghebbenden bij deze zorg kunnen worden. Gedreven door prikkels van omzetgroei en machtsuitbreiding, zou men slechts geïnteresseerd kunnen zijn in het verwerven van een zo gunstig mogelijke positie op deze nieuwe markt. En wat is dan de betekenis van de transmurale zorg voor de thuiszorgorganisaties?

Het is kortom nog niet zo duidelijk welke bijdrage aan de transmurale zorg van de thuiszorg wordt verwacht, welke rol zij op dit terrein kan spelen en aan welke voorwaarden daarvoor moet zijn voldaan.[1-3] Het zijn vragen die de thuiszorgorganisaties dwingen zelf strategische keuzen te maken. Dit zijn ook de vragen die het aangrijpingspunt vormen voor de nu volgende beschouwing.

We starten met een korte typering van het wezen van strategisch beleid. Dit verschaft het kader voor het vervolg van het betoog, met als eerste een strategische analyse van enkele relevante factoren en actoren in de omgeving van de thuiszorg. Aan de hand daarvan gaan we vervolgens in op twee denkbare scenario's voor de toekomstige vormgeving van de transmurale zorg. Dit geeft aanknopingspunten voor een nadere positionering van thuiszorgorganisaties in het transmurale veld. We sluiten af met enkele conclusies.

Strategisch beleid

Door na te gaan waarin strategisch beleid zich van operationeel beleid onderscheidt komen drie wezenskenmerken van strategisch beleid in beeld.[4-6]

Allereerst draait het bij strategisch beleid om de *toekomstige positie* van de organisatie in zijn geheel. Het gaat niet om het functioneren van dag tot dag, maar om de missie, de doelstellingen, de produkten en de structuur van de organisatie, of belangrijke onderdelen daarvan.

Hieruit volgt, dat strategisch beleid vooral betrekking heeft op vraagstukken met een *lange-termijnkarakter*. Dit impliceert ook aandacht voor het historisch perspectief, om zicht te krijgen op de lange-termijnbewegingen van de eigen organisatie, van andere organisaties en van de markten waarop men zich beweegt.

> *Als activiteit is strategische beleidsvorming een dynamisch proces*

Het antwoord op de strategische vraag: doen we nog wel het goede?, is vervolgens voor een belangrijk deel afhankelijk van de omstandigheden in de omgeving van de organisatie en de veranderingen die zich daarin afspelen. 'Omgeving' is in dit verband een containerbegrip, waarin alle factoren en actoren worden begrepen die op enigerlei wijze van betekenis zijn voor het functioneren of voortbestaan van de organisatie. Zo stuiten we op het derde belangrijke verschil met het operationele beleid. Bij operationeel beleid gaat het om omstandigheden binnen de actieradius van de organisatie die in principe beheersbaar zijn door het management. Bij strategisch beleid gaat het om *omstandigheden buiten en binnen de organisatie* (de 'contingencies') *die niet direct te beheersen zijn* door of vanuit de organisatie. Deze omstandigheden zijn hoogstens in enige mate door de organisa- ➡

tie te beïnvloeden, bijvoorbeeld via lobbywerk, overleg, gerichte voorlichting en dergelijke. Als activiteit is strategische beleidsvorming een dynamisch proces van in elkaar overlopende en weer terugkerende fasen.

Methoden van 'trial and error' en van het proefondervindelijk met elkaar een strategie uitstippelen zijn onlosmakelijk verbonden met strategische beleidsvorming in de thuiszorg. Het is daarbij nuttig de verschillende stappen in dit proces analytisch te onderscheiden. Dit maakt het mogelijk te herkennen in welk stadium de organisatie zich bevindt en welke inspanning nog nodig is.

De start ligt bij een goede analyse van de maatschappelijke ontwikkelingen en trends, voor zover op enigerlei wijze relevant voor de organisatie.

Na deze analyse van de externe ontwikkelingen kan worden nagegaan welke kansen en bedreigingen zich nu en in de (nabije) toekomst aandienen. Externe ontwikkelingen dienen niet alleen in absolute termen te worden bezien, maar ook in relatieve termen te worden gewogen tegen de sterke en zwakke punten van de eigen organisatie. Immers, een bepaalde ontwikkeling kan voor de ene organisatie een bedreiging vormen maar voor de andere organisatie juist een kans, zelfs binnen dezelfde sector. Analyseren van de eigen sterke en zwakke punten vergt een gedegen reflectie op het functioneren op allerlei niveaus van de organisatie. De uitkomsten kunnen bepaald confronterend zijn; daarom is het des te belangrijker dat het niet beperkt blijft tot een management-exercitie, maar als een gezamenlijk belang dwars door de gehele organisatie wordt ervaren.

Het gezamenlijk nagaan waaraan de markt behoefte lijkt te hebben, levert de potentiële produkt-marktcombinaties (waar zijn wij goed in?) op en de daaruit voortvloeiende concurrentiepositie (waar zijn zij goed in?). Dit resulteert in een keuze van de missie van de organisatie en de daarvan af te leiden produkt-marktcombinaties.[7]

Omgevingsverkenning

Veelal beperkt men zich in de gezondheidszorg bij een verkenning van de relevante ontwikkelingen in de omgeving tot demografische veranderingen en de belangrijkste sociaal-culturele trends. Maar ook andere terreinen, zoals de arbeidsmarkt, de kapitaalmarkt, de ordening van de zorg, het overheidsbeleid en ontwikkelingen met betrekking tot milieu en technologie in de ruimste zin des woords, worden steeds belangrijker voor organisaties in de gezondheidszorg. Op elk van die terreinen dient de organisatie zich steeds weer af te vragen of de ontwikkelingen aanleiding geven tot een specifieke reactie. Overigens is men hiermee in de praktijk al lang aan de gang. Zo zijn steeds meer instellingen bezig met een eigen arbeidsmarktbeleid, bijvoorbeeld gericht op herintredende vrouwen en met een eigen personeelsbeleid, onder andere gericht op deskundigheidsbevordering en na- of bijscholing. Voor een positionering op het gebied van de transmurale zorg is deze kennisvergroting in het bijzonder van belang. De bijdrage van de thuiszorg aan dit werkgebied staat of valt immers met de expertise die men op dit terrein weet te verwerven. Laten we enkele ontwikkelingen relevant voor het terrein van de transmurale zorg eens uitvergroten en de invloed daarvan op de thuiszorg nagaan.

De kwaliteit van de thuiszorg voor mensen met complexe problemen staat of valt met de aanwezigheid van mantelzorg

Demografische trends

De demografische trends, in het bijzonder de vergrijzing van de bevolking, hebben grote consequenties voor de thuiszorg. Er moet rekening worden gehouden met een groeiende zorgconsumptie, met name van de groep van hoogbejaarden. Hun vraag zal dan vooral ingegeven zijn door de problemen van chronisch-degeneratieve ziekten en de behoefte aan terminale thuiszorg. In het algemeen betekent dit meer 'care' dan 'cure'. Het toenemende beroep op hulp waar de thuiszorg momenteel mee wordt geconfronteerd, wordt grotendeels door deze factor verklaard.[8]

Sociaal-culturele trends

Ook de thuiszorg is onderworpen aan *verzakelijking* van het maatschappelijk verkeer (voor wat hoort wat; waar voor je geld).

Nauw hiermee verwant is de *individualisering*. Deze ontwikkeling is in de zorgverlening al lang (h)erkend, maar de consequenties hiervan voor de thuiszorg beginnen nu pas goed duidelijk te worden.[9] Een grotere behoefte aan privacy en autonomie en sterkere individuele preferenties vragen om een eigentijds, op de specifieke wensen en voorkeuren afgestemd aanbod van zorg.[10] Dit is een facet dat initiatieven op het gebied van de transmurale zorg stimuleert (zorg op maat), maar er ook bijzondere eisen aan stelt. Daarbij heeft individualisering nog een heel ander effect: er moet rekening worden gehouden met een waarschijnlijk afnemende omvang van informele zorg. Individualisering heeft namelijk ook geleid tot toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen, een grotere afstand tussen buitenshuis wonende kinderen en ouderen, veranderende samenlevingsvormen en uit- of afstel van 'het nemen van' kinderen. Gezinsverdunning maakt de omvang van mantelzorg steeds kleiner, maar bovendien komt het steeds vaker voor dat àls er informele hulpverleners zijn die in principe de zorg voor hun hoogbejaarde ouders op zich zouden willen nemen, dezen zelf al de gevolgen van het klimmen der jaren ervaren. Deze ontwikkelingen leiden tot een verminderend potentieel aan informele zorg, hetgeen slechts ten dele wordt gecompenseerd door de veranderende rolopvatting bij mannen.[11] Dit effect is van groot belang voor de transmurale zorg, omdat de kwaliteit van de thuiszorg voor mensen met complexe problemen staat of valt met de aanwezigheid van mantelzorg. Is deze afwezig, dan lijkt dat op zichzelf een contra-indicatie voor transmuralisatie.[12]

Technologische trends

Op het gebied van de technologie lijkt zich in de gezondheidszorg niets minder dan een revolutie af te spelen. Diagnostische technologieën (ondersteund door informatietechnologie) en curatieve technologieën hebben samen met de communicatietechnologie, een hoge vlucht genomen. Ook zijn er hoge verwachtingen op het terrein van aangepaste woningen ('smart houses') en hulpmiddelen. Door deze ontwikkelingen is concentratie van de hulpverlening in het ziekenhuis vaak niet meer nodig. Een scala van diagnostische en curatieve behandelingen kan nu in principe buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Daarmee speelt deze factor een beslissende rol in de transmuralisatie van de gezondheidszorg.[13]

Voor de organisaties op het gebied van de thuiszorg blijft vervolgens echter de vraag welke toegang zij (direct of door middel van regie) tot deze technologie kunnen verwerven. Hoe afhankelijk blijven zij van het ziekenhuis? Anders gezegd: in hoeverre zal het ziekenhuis de regie blijven voeren over deze uit het ziekenhuis te verplaatsen zorg?[14] Naast de technologische mogelijkheden zijn de reeds genoemde factoren, zoals de wensen en voorkeuren van de patiënten en de beschikbaarheid van mantelzorg, van belang. Daarnaast hangt het antwoord ➡

af van de (markt)ordening van de gezondheidszorg en het beleid dat de overheid voert.

Lessen uit de geestelijke gezondheidszorg

Het is leerzaam naar sectoren te kijken waar men al langer ervaring heeft met transmuralisatie. Hoe pakte men dat daar aan? Hoe verliep het proces?
Eén van die sectoren is de geestelijke gezondheidszorg. Daar kent men een lange traditie van (pogingen tot) de-institutionalisering van de zorg.[15] Onder andere de Verenigde Staten en Italië waren in de jaren zeventig het toneel van forse ontmantelingsprogramma's van psychiatrische ziekenhuizen.[16] In andere landen, waaronder Nederland, ging het er minder heftig aan toe, maar ook hier zette men koers naar een ordening van de zorg, die we nu 'transmuralisatie' zouden noemen. De hervormingsprogramma's die hiervoor werden ontwikkeld steunden allemaal, meer of minder expliciet, op drie ordeningsprincipes, die naderhand ook elders in de gezondheidszorg zijn toegepast:
- continuïteit van zorg;
- een functionele benadering;
- substitutie van intensieve door minder intensieve zorg.[17]

De Amerikaanse sociologe Leona Bachrach heeft het begrip 'continuïteit van zorg' in verschillende publikaties verduidelijkt.[18] Zij spreekt van continuïteit van zorg, indien de individuele patiënt toegang heeft tot al die voorzieningen die hij behoeft gedurende het beloop van zijn stoornis. 'Continuïteit van zorg' is een ordeningsprincipe voor die hulpverlening waarin meerdere instellingen en hulpverleners zich met een verschillend aanbod op één patiënt(encategorie) richten. De hulpverlening volgt dus de verschillende ziekte-episodes met een zo nodig wisselend aanbod, in plaats van dat de patiënt met zijn problemen in een gegeven, vastliggend aanbod wordt geperst. Deze belangrijke notie geldt voor alle sectoren die met een slecht voorspelbaar beloop van stoornissen worden geconfronteerd: geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, verpleging en verzorging en een deel van de algemene, curatieve zorg.
Continuïteit van zorg vraagt om een *functionele benadering* van de zorg, dat wil zeggen dat niet het bestaande stelsel van voorzieningen maar de functies die dit geheel moet vervullen, uitgangspunt voor de organisatie dienen te zijn.
Uitwerking van dit idee botste, althans in Nederland, frontaal met de vigerende wet- en regelgeving. Die maakte een functionele benadering erg moeilijk. De inspanningen richten zich daarom op het wegwerken van deze blokkades, maar dat bleek geen sinecure. Dit gaat slechts heel geleidelijk.
Mede hierdoor vindt *substitutie* van intramurale zorg door hulp buiten het psychiatrische ziekenhuis slechts geleidelijk plaats. Maar het is de vraag of dit een ernstig probleem is. De ervaringen in met name de Verenigde Staten, waar het radicale ontmantelingsprogramma van de psychiatrische ziekenhuizen onvoldoende rekening hield met het ontbreken van professionele opvang en mantelzorg buiten het ziekenhuis, rechtvaardigt behoedzaamheid. En die wordt in Nederland ook betracht. De ervaringen relativeren bovendien het hanteren van substitutie als doel in zichzelf.[19] Dit zijn lessen waarmee ook de transmuralisatieprogramma's in andere sectoren hun voordeel kunnen doen.

Ordening van de zorg en beleid van de overheid

Vergeleken met landen als Zweden en Italië, trekken in Nederland de thuiszorg en de ziekenhuissector nogal gescheiden op. Afgeschermd door specifieke financiële regelingen, eigen bestuurlijke structuren en organisatorische kaders kan men in deze twee domeinen betrekkelijk ongestoord zijn gang gaan. Beide niveaus communiceren in hoofdzaak met elkaar via verwijzing naar en ontslag uit het ziekenhuis en daarmee samenhangende consultatie. Voor zover er ordening wordt nagestreefd, tendeert deze naar *horizontale integratie* en *verticale differentiatie*. Zo realiseert men 'economics of scale' binnen de horizontale niveaus en stimuleert men 'countervailing powers' tussen de niveaus.
Een door de Nederlandse overheid krachtig ondersteund programma van schaalvergroting in de thuiszorg en in de ziekenhuiszorg is geheel in lijn met deze ordening. In de thuiszorg is het aantal organisaties inmiddels afgenomen (van 292 in 1990 tot 154 in 1993) en in de ziekenhuissector voltrekt zich een zelfde proces. Door fusies en samenbrengen van ziekenhuizen op één locatie is ook hier het aantal organisaties teruggebracht (van 144 in 1988 tot 113 in 1993).[20] Het wekt geen verbazing, dat deze horizontale integratie eerder een belemmering dan een stimulans voor samenwerking van ziekenhuis en thuiszorg is. Beide werelden raakten er nog meer door naar binnen gekeerd.
Maar de laatste jaren begint hierin geleidelijk aan toch verandering te komen. Onder druk van de eerder aangeduide demografische en sociaal-culturele trends en de technologische ontwikkeling worden de scheidslijnen tussen ziekenhuis en thuiszorg overschreden, bestaande integratiekaders opengebroken en nieuwe verbindingen aangelegd. Met behulp van dezelfde principes die we eerder bij de geestelijke gezondheidszorg tegenkwamen - continuïteit van zorg, functionele benadering en substitutie - zien we nu een tendens naar een *verticale integratie* tussen ziekenhuis en thuiszorg.
Er staan vervolgens verschillende wegen open om aan deze verticale integratie tussen ziekenhuis en thuiszorg vorm te geven. Deze verschillende wegen kunnen worden verhelderd met behulp van scenario's die 'mogelijke toekomsten' schetsen.[12 13]
We nemen er voor de duidelijkheid twee extremen uit het 'ontvlechtingsscenario' en het 'netwerkscenario'. Wat er gebeurt als we deze twee scenario's contrasteren op enkele parameters, is te zien in het bijgaande *overzicht*.
Welk van deze twee scenario's heeft nu de beste kansen?
Het is niet eenvoudig om dit vast te stellen, want de ontwikkelingen laten tegenstrijdigheden zien. Hetzelfde geldt voor het beleid van de Nederlandse overheid. Daarmee gokt zij op verschillende paarden:
- Met haar pogingen de medisch specialisten verder in het ziekenhuis te integreren,[21] en met haar financiële stimuleringsregelingen voor samenwerkingsprojecten, zit de overheid duidelijk op het spoor van het transmurale circuit.
- Tegelijkertijd steunt de overheid (om op zich goede redenen!) experimenten met het cliëntgebonden budget, en dat tendeert weer naar het ontvlechtingsscenario.
- De wet- en regelgeving op het gebied van de financiering, bekostiging en planning gaat nog grotendeels uit van de hoogtijdagen van de scheiding van intramurale zorg en thuiszorg (*verticale differentiatie*).
- Het klimaat rond het gezondheidszorgbeleid is (nog steeds) doortrokken van het ontvlechtingssenario.

Dit verwarrende beeld treffen we ook elders aan. Veel Westeuropese landen verkeren in een overgangsperiode, op zoek naar een nieuw evenwicht tussen vrij-

> *Horizontale integratie is eerder een belemmering dan een stimulans voor samenwerking van ziekenhuis en thuiszorg*

Overzicht. Twee scenario's voor de verticale integratie tussen ziekenhuis en thuiszorg.

I ontvlechtingssenario

veranderingen ziekenhuis
- verdergaande differentiatie van ziekenhuisorganisatie en medisch specialisten (horizontale differentiatie)
- ook buiten het ziekenhuis is er een markt voor gespecialiseerde medische diensten
- ook andere medewerkers uit het ziekenhuis, zoals verpleegkundigen, gaan naar buiten

veranderingen thuiszorg
- zorg wordt door vele hulpverleners en instellingen geboden (horizontale differentiatie)
- er is géén overkoepelende regie voor deze zorg, het is 'free for all'
- er is plaats voor zorgmakelaars en cliëntgebonden budgetten

rol overheid
- beperkt zich voornamelijk tot spelregels voor een ordentelijk marktgedrag (onder andere door een actief anti-kartelbeleid)
- waarborgt een minimale set van randvoorwaarden (toegang, spreiding, kwaliteit)

rol verzekeraar
- centrale rol in de sturing van de zorg door contracteren
- verregaande vrijheid om te contracteren

II netwerkscenario

veranderingen ziekenhuis
- het ziekenhuis blijft dominant voor gespecialiseerde zorgfuncties
- verdere integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie
- ziekenhuis en specialisten zelf zijn slechts beperkt actief buiten het ziekenhuis.
- bestaande organisaties consolideren hun centrale rol in de thuiszorg
- intensiveren van de samenwerking met huisartsen

transmuraal circuit
- inbreng van verschillende organisaties en hulpverleners
- coördinatie en regie door interorganisationele samenwerking (federatieve structuren)
- afspraken, protocollen en procedures voor overgang tussen thuiszorg en gespecialiseerde zorg

rol overheid
- schept (min of meer gedetailleerd) voorwaarden in wet- en regelgeving, financiering en bekostiging, onder andere voor het transmurale circuit
- stimuleert actief samenwerking en coördinatie (incidenteel en structureel)

rol verzekeraar
- stuurt door middel van contracteren, ingekaderd door de uitgangspunten van het transmuraal circuit

heid en gebondenheid, tussen overheid en markt, tussen ontvlechting en samenwerking.[22] We verkeren voorlopig in een 'permanente overgangsperiode'.[23] Dit dwingt de thuiszorgorganisaties om, waar mogelijk, zelf positie te kiezen, hoe moeilijk dat in de gegeven omstandigheden ook is.

Positie kiezen

In Nederland wordt de gezondheidszorg weliswaar door private organisaties uitgevoerd, maar deze waren tot voor kort bijna volledig afhankelijk van publieke financiering. In zo'n systeem bleef strategisch beleid nogal vrijblijvend, omdat het overleven van de organisatie in een gesubsidieerd systeem zelden echt aan de orde was. Het veld was verkaveld, de taken van de verschillende organisaties en sectoren waren goed afgeperkt en vaak zelfs wettelijk vastgelegd. Hoewel de stelselwijziging een verwarrend beeld laat zien, of misschien wel juist daardoor, is het bestaansrecht van organisaties lang niet meer zo vanzelfsprekend. Instellingen in de gezondheidszorg moeten steeds duidelijker aangeven wàt zij leveren, hoe effectief en doelmatig dat is, welke doelgroepen zij bedienen en tegen welke condities (onder andere de verhouding prijs-kwaliteit). Hoewel de concurrentie lang niet zo scherp is als in het bedrijfsleven, komen er in de zorgsector steeds meer competitieve elementen. Sommigen spreken dan ook van een 'bedrijfstak in wording'.[24] Verschillende organisaties kunnen vaak min of meer dezelfde soort diensten leveren of vormen zodanige strategische allianties dat zij gezamenlijk een zelfde pakket kunnen aanbieden als de traditionele leverancier.

Voor de analyse van de positie kan gebruik worden gemaakt van het model dat Porter ontwikkelde om de verschillende concurrerende krachten in kaart te brengen.[25] Concurrentie komt van *concollega's*: in Nederland worden bijvoorbeeld steeds meer commerciële thuiszorgbureaus opgezet, en krijgt de traditionele thuiszorg ook een steeds geduchtere concurrentie van de verzorgings- en verpleeghuizen, die sinds enige jaren vrij zijn bepaalde vormen van transmurale thuiszorg te leveren. Ook de ziekenhuizen komen eraan.[26] Bovendien is er concurrentie van andere produkten en produktcombinaties (substituutdiensten). Dan is er nog de concurrentie, in Porters bewoordingen, van de doelgroep zelf, die men vaak over het hoofd ziet: sommige cliëntgroepen, zoals ouderen, worden draagkrachtiger en ontwikkelen eigen initiatieven, zoals groepswonen, waardoor de onderlinge hulpverlening beter tot stand komt.

Elk van de beschreven krachten kan met een eigen concurrentiestrategie worden aangepakt. Wij zien dan ook dat het voormalige standaardpakket van thuiszorgorganisaties is verlaten: het assortiment is verbreed, zowel door produktontwikkeling als door marktontwikkeling en diversificatie, waardoor nieuwe doelgroepen zijn aangeboord. Het resultaat is een scala van diensten en produkten: binnen en buiten de kantooruren en in de weekeinden, individuele zorgverlening of in groepsverzorging en, op het gebied van de transmurale zorg, intensieve en terminale zorg, zorg voor speciale patiëntgroepen, zoals kankerpatiënten en lijders aan diabetes, CARA en AIDS; dat wil zeggen hulp die vroeger alleen in instellingen kon worden geleverd.[27 28]

Moderne (managers van) thuiszorgorganisaties doen derhalve méér dan 'op de winkel passen'. Zij gaan letterlijk zelf de markt op en zoeken actief naar mogelijkheden om nieuwe markten aan te boren en nieuwe produkten te ontwikkelen. Dat kàn eventueel in samenwerking met andere organisaties, zoals verpleeghuizen of ziekenhuizen. Echter, ook dat zal geen blind automatisme kunnen worden 'omdat iedereen het doet' of 'omdat het moet'. Ook hier zijn strategische kansen en bedreigingen in het geding die goed moeten worden overwogen. Instellingen die een eigen visie en missie hebben, gestoeld op een goede analyse van maatschappelijke ontwikkelingen (externe omgeving) en een goed inzicht in de zwakke en sterke punten van de eigen organisatie, verwerven zich een betere uitgangspositie om op de toekomstige ontwikkelingen te anticiperen. Strategische analyse en een voortdurend (intern en extern) gecommuniceerd strategisch beleid zijn noodzakelijk voor versteviging van de onderhandelings- en concurrentiepositie van de moderne thuiszorgorganisaties.

Conclusies

Het bepalen van de eigen positie in het ➡

domein van de transmurale zorg is voor een thuiszorgorganisatie niet simpelweg

De machtsbalans is scheef

een kwestie van kiezen. Het gaat om een doorlopend zoekproces naar de beste 'fit' tussen de kansen in de omgeving van de organisatie en de mogelijkheden die men zelf heeft. Verder investeren in strategische beleidsvorming is daarom geboden. De rol van de thuiszorgorganisatie op het terrein van de transmurale zorg zal geworteld moeten zijn in de eigen expertise en professionaliteit. Het is dus niet (alleen) een kwestie van méér geld.

Transmuralisatie valt of staat met de beschikbaarheid van mantelzorg. Aan deze voorwaarde blijkt steeds minder te worden voldaan. Het zijn naar verwachting vooral de thuiszorgorganisaties die hierin een monitorende en innovatieve rol zullen moeten spelen. Thuiszorgorganisaties zijn op het terrein van de transmurale zorg grotendeels afhankelijk van het ziekenhuis en de mate waarin men zorg uit het ziekenhuis kan en wil verplaatsen. De thuiszorg lijkt ten aanzien van de transmurale zorg meer veroordeeld tot het ziekenhuis dan andersom. De machtsbalans is scheef. De thuiszorgorganisaties doen er daarom goed aan een tweesporenbeleid te voeren: actief zoeken naar een eigen positie, maar met een open houding ten aanzien van samenwerking en afstemming met anderen. Een koers enkel gericht op competitie en 'ieder voor zich' biedt in de huidige situatie de minste kansen op een kwalitatief voldoende en ook voldoende toegankelijke zorg.

Het streven naar een centrale regie voor de transmurale zorg lijkt in de huidige omstandigheden evenmin realistisch. Het staat haaks op de wens tot deregulering en meer flexibiliteit van de zorg. Een 'bottom up'-benadering, veel experimenteren en het creëren van leerpunten voor de betrokkenen lijkt, in een klimaat van kritische coöperatie, de beste kansen te bieden voor het overbruggen van de grenzen tussen thuiszorg en intramurale zorg. •

Deze tekst is de bewerking van een lezing op het congres 'Het overbruggen van de grenzen tussen thuiszorg en intramurale zorg' van de Europese Vereniging van Thuiszorgorganisaties, Maastricht 6 oktober 1994.

prof.dr T.E.D. van der Grinten,

dr R. Huijsman,
instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam

Literatuur

1. Huijsman R et al. Ziekenhuisverplaatste zorg: wiens zorg? Gezondheid en Management 1994; 3 (2): 18-20.
2. Mur-Veeman I et al. Dutch home care: towards a new organization? Health Policy 1994; 27: 141-56.
3. Linden BA van der et al. De financiële (on)mogelijkheden van transmurale zorg. Medisch Contact 1994; 49 (39): 1211-4.
4. Mintzberg H. Mintzberg on management: Inside our strange world of organisations. New York: The Free Press, 1989.
5. Mintzberg H. Strategy Formation: Schools of Thought. New York: The Free Press, 1990.
6. Wit B de, Meyer R. Strategy. Process, Content, Context. An international perspective. St Paul (USA): West Publishing Company, 1994.
7. Johnson G, Scholes K. Exploring corporate strategy. New York: Prentice Hall, 1994.
8. Huijsman R et al. Ouderenzorg in berekend perspectief. Erasmus Universiteit Rotterdam [rapport nr. 1994²].
9. Walker A. Domiciliary care and older people in the European Community. Handboek Thuiszorg. Den Haag: Vuga, 1993.
10. Commissie Keuzen in de Zorg (commissie-Dunning). Kiezen en delen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
11. Sociaal Cultureel Planbureau. Sociaal Cultureel Rapport. Den Haag: Vuga, 1994.
12. Schadé E et al. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg (3 delen). Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
13. Lems P. Het ziekenhuis in de 21e eeuw. Een aanzet tot discussie. Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg, Utrecht, 1990.
14. Stichting Ziekenhuis Verplaatste zorg. Bruggen bouwen door transmurale zorg. Nijmegen, 1993.
15. Grinten TED van der. Integratie en differentiatie in de geestelijke gezondheidszorg; het moeilijke evenwicht. In: Gersons BPR et al, red. In het spoor van Kees Trimbos. Denkbeelden over preventieve en sociale psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1990: 65-76.
16. Gersons BPR et al. Geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Utrecht: NcGv, 1982.
17. Functies in de GGZ. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1989.
18. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. American Journal of Psychiatry 1981; 138 (11): 1449-56.
19. Grinten TED van der et al, red. Kan het eenvoudiger? Over substitutie in de gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1989.
20. Financieel Overzicht Zorg. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1993-1994 stuk 23 407, nrs 1-2, 1994.
21. Commissie modernisering curatieve zorg (commissie- Biesheuvel). Gedeelde zorg: betere zorg. Den Haag, 1994.
22. Saltman R, Otter C von. Planned markets and public competition. Buckingham: Open University Press, 1992.
23. Grinten TED van der. Delen van de macht. Bewegingen in het beleidsbestel van de Gezondheidszorg. Beleid en Maatschappij 1994; 4: 182-8.
24. Roo A de. Gezondheidszorg als bedrijfstak in wording. Tilburg University Press, 1992.
25. Porter ME. Competitive Strategy. New York: The Free Press, 1980.
26. Janssen R, Hartog M den. Meer markt, minder concurrentie, meer strategie. Vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg, z.j.
27. Gezondheidsraad. Thuiszorg voor patiënten met kanker. Den Haag, 1991.
28. Groot R de et al. Innovaties in de zorgsector. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.

P R A K T I J K P E R I K E L

AWBZ als cadeaupot

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie.

Bij het ziekenfonds komt de volgende brief binnen, gedateerd 16 december:

"Geachte heer/mevrouw,
Mijn schoonvader is op 30 december jarig en omdat hij diabetis is, willen wij hem als kado de accutrent mini geven. Aangezien die nogal duur is (*f* 198,-) wil ik u vragen wat hij vergoed krijgt van het ziekenfonds. Wilt u dit met spoed behandelen, in verband met zijn nadere verjaardag? De huisarts is van alles op de hoogte.
Alvast mijn dank voor de snelle afwerking.
Met vriendelijke groeten,"

Helaas moest er weer een verzekerde worden teleurgesteld.

Ontwikkelingen in de Chinese gezondheidszorg

Een studiereis

G. van der Wal, D.H. den Blaauwen, P.A.E. Sillevis Smitt en L.G. Thijs

Gemeten naar westerse maatstaven is de Chinese gezondheidszorg sober, maar wel voor iedereen behoorlijk toegankelijk. De verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in de laatste decennia mag opmerkelijk worden genoemd; hopelijk zal de nieuwe economische politiek hieraan verder bijdragen.

OP DE DAG DAT de Chinese minister van Buitenlandse Zaken Qian Qichen zijn officiële bezoek aan Nederland aflegt en op de voorpagina van de China Daily de gezondheidszorg in Nederland als een socialistisch paradijs wordt beschreven, bezoeken wij het ministerie van Volksgezondheid van China. We worden door de viceminister van Volksgezondheid, mw dr He Jiesheng, ontvangen en - samen met enkele ambtenaren - uitvoerig door haar te woord gestaan.

Het was een van de vele informatieve ontmoetingen tijdens een studiereis in mei 1993 van een gezelschap functionarissen uit de Nederlandse gezondheidszorg. Behalve aan het ministerie werden bezoeken afgelegd aan academische ziekenhuizen in Xian en Beijing, aan het Longhua-ziekenhuis voor Traditionele Chinese Geneeskunde in Sjanghai, aan gezondheidszorgvoorzieningen van enkele communes en van het grootste hoogovenconcern van China (de corporatie Shougang met 260.000 werknemers) en aan een farmaceutische 'joint-venture'. Voorts waren er diverse bijeenkomsten met hoogleraren, managers, artsen, juristen, ethici en verzekeraars. Enkele ervaringen van deze studiereis worden, aangevuld met gegevens van de WHO, Wereldbank en Chinese overheid, in dit artikel weergegeven.

Geografische gegevens

Qua oppervlakte is China 230 keer zo groot als Nederland. Het aantal inwoners is 1,2 miljard; dat is 80 maal zoveel inwoners als in ons land, zodat de bevolkingsdichtheid drie keer zo klein is. Circa 95% van de bevolking leeft in een 1.500 kilometer brede strook langs de oostkust; 80% van de bevolking woont op het platteland. Niettemin zijn er diverse miljoenensteden, zoals Sjanghai en Beijing, met beide meer dan 10 miljoen inwoners. Het land is verdeeld in 23 provincies, 5 autonome gebieden en 3 grootstedelijke gebieden die direct onder de centrale regering vallen. China kent 56 nationaliteiten; 92% van de bevolking behoort tot de Han-nationaliteit.

Politiek en bestuurlijk is van hoog tot laag de macht in handen van de Chinese Communistische Partij. De vrijheid van meningsuiting en van vereniging is beperkt. De materiële levensomstandigheden zijn echter voor de meeste Chinezen, vooral nadat sinds 1979 de economie zich marktgericht kon gaan ontwikkelen, sterk verbeterd. Daarmee gepaard ontstaan overigens snel toenemende verschillen tussen arm en rijk. Hoe het ook zij: China heeft de snelst groeiende economie ter wereld. Met name Sjanghai is het - zichtbare - centrum van deze economische 'boom'.

Organisatie gezondheidszorg

Een Chinees kan bij ziekte hulp inroepen van een *blotevoetendokter* (thans 'dorpsdokter' geheten) op het platteland, van een *straatdokter* in de stad of van een *arbeider-dokter* in de fabriek. Al deze dokters zijn leken die drie tot zes maanden opleiding hebben gehad. Zij helpen bij kleine trauma's, maag-darmstoornissen, verkoudheden en dergelijke. Ook verzorgen zij immunisaties en eenvoudige anticonceptie. Als de ziekte te ernstig of te ingewikkeld is, roepen zij de hulp in van een mobiel medisch team (op het platteland) of verwijzen ze de patiënt naar een 'gezondheidscentrum' (soms met enkele bedden) of ziekenhuis van de commune, wijk, stad of fabriek. In de gezondheidscentra wordt veel aan preventieve gezondheidszorg gedaan: voorlichting, vaccinaties, moeder- en kindzorg, geboorteregeling, en in de bedrijven keuringen, controles en specifieke programma's gericht op hart- en vaatziekten, borstkanker enzovoort.

Huisbezoek door een dokter kent men niet. Bevallingen vinden doorgaans in het ziekenhuis plaats. Thuis ernstig ziek zijn komt weinig voor. Mensen sterven meestal in de ziekenhuizen; kinderen en andere familieleden zouden niet graag in het huis blijven wonen waar iemand anders gestorven is. De huizen zijn ook meestal te klein om iemand goed te kunnen verzorgen. Een reden is ook, dat vanuit het ziekenhuis de crematie of begrafenis kan worden geregeld, hetgeen vanuit huis zeer moeilijk zou zijn. Tenslotte: verpleegkundigen die aan huis komen zijn er in China niet.

Voor het overige blijkt er eind 1993 een Chinese Maatschappij voor Huisartsgeneeskunde te zijn opgericht.[1]

Instellingen en personeel

Er zijn in China 63.000 ziekenhuizen, 129.000 poliklinieken/gezondheidscentra en zo'n 6.500 centra voor moeder- en kindzorg of/en preventie (van vooral) infectieziekten. Het aantal ziekenhuisbedden bedraagt bijna 3 miljoen, dat is 2,35 per duizend inwoners (Nederland 3,4). Dit zijn enorme aantallen, niet alleen absoluut maar ook in vergelijking met wat er aan voorzieningen was vóór 1949, het jaar van de revolutie.

Iets dergelijks geldt voor het personeel in de gezondheidszorg. Zo zijn er thans 1,8 miljoen dokters ('medical doctors') en 1,3 miljoen blotevoetendokters in China. Grote aantallen blotevoetendokters werden tijdens maar ook na de Culturele Revolutie getraind om op een doelmatige manier tegemoet te komen aan het tekort aan artsen, met name op het platteland. Opvallend is, dat de verhouding dokters: verpleegkundigen 2 : 1 is.

De artsen zijn in loondienst van de overheid (grotere instellingen), de commune of de fabriek. In het ziekenhuis van de '1 juli Landbouwgemeenschap' vlakbij Sjanghai verdienen de dokters 500 yuan per maand (1 yuan = 33 cent) en de leden van de commune 350 yuan. Een ➡

gewone werknemer in China verdient zo'n 300 yuan per maand. In de nieuwe economische politiek is ook ruimte voor zelfstandig gevestigde artsen; van hen zijn er nu ruim 62.000.
Wat de westerse bezoeker in de ziekenhuizen, met uitzondering van de academische, het meest opvalt, is het gebrek aan hygiëne en privacy. De mensen in het wit en de bedden zien er over het algemeen smoezelig uit; de vloeren zijn stoffig en vuil. De deuren van de dokterskamers staan open. De dokters houden meestal met z'n tweeën aan tafeltjes tegenover elkaar spreekuur en diverse mensen luisteren of discussiëren mee.
Op de verpleegafdelingen zijn zes- of driebedskamers; soms is er een eenpersoonskamer. Bij de kinderen is bijna altijd de vader of de moeder aanwezig. De meeste patiënten lijken veel minder ziek dan in onze ziekenhuizen. In diverse ziekenhuizen is de ligduur meer dan 30 dagen.
De meest gebruikte medicamenten in de niet-academische ziekenhuizen zijn antibiotica, 'pro injectione' en 'made in China'. In de academische ziekenhuizen zien we onder meer een CT, een MRI, een kleuren-Doppler en een niersteenvergruizer. Er worden coronaire 'by pass'-operaties verricht, PTCA's gedaan en pacemakers geïmplanteerd. Kortom, de door ons bezochte academische ziekenhuizen lijken behoorlijk op de Nederlandse.

Volksgezondheid

De gemiddelde levensverwachting in China is van 35 jaar in 1949 verdubbeld naar bijna 70 jaar in 1987. Voor Beijing was de levensverwachting in 1991 zelfs 76 jaar (mannen ruim 73 en vrouwen bijna 77 jaar). De kindersterfte (0-1 jaar) daalde van circa 25% rond 1950 tot 3,5% in 1990 en de maternale sterfte daalde in diezelfde periode van 15% naar iets minder dan 1% nu.
De ernstige infectieziekten en endemische aandoeningen zijn grotendeels onder controle. De pokken zijn uitgeroeid (1960) en pest, cholera, malaria en schistosomiasis komen weinig meer voor; dit laatste geldt ook voor endemische krop. Dankzij immunisatieprogramma's is de incidentie van difterie, kinkhoest, mazelen en poliomyelitis sterk afgenomen. Het streven is polio in 1995 te hebben uitgeroeid. Als doodsoorzaak zijn de infectieziekten gezakt van de eerste naar de negende plaats. In de welvarende delen van China wordt de aandacht dan ook in toenemende mate verplaatst naar chronische ziekten.
Deze verbeteringen van de gezondheidstoestand van de bevolking mogen gerust opmerkelijk worden genoemd, zeker indien over dezelfde periode een vergelijking met een land als India wordt gemaakt.[2] Behalve de vrije toegang tot de gezondheidszorg hebben vooral de algehele verbetering van de levensomstandigheden (drinkwatervoorziening, voeding, scholing) en preventieprogramma's (zwangerschapscontroles, moeder- en kindzorg, vaccinaties) hiervoor gezorgd. Overigens gaat men wat preventie betreft soms ver: onlangs werd bekend, dat er een wet wordt voorbereid die moet bewerkstelligen - zij het meer door drang dan door dwang - dat vrouwen zich laten steriliseren of aborteren, zodat geboortes van, op grond van prenataal onderzoek, te verwachten 'inferieure kwaliteit' worden voorkomen.

Gestreefd wordt naar co-existentie en synergetische integratie van westerse en traditionele geneeskunde

Traditionele geneeskunde

De traditionele Chinese geneeskunde heeft een geschiedenis van duizenden jaren. Bij deze vorm van geneeskunde moet men vooral denken aan acupunctuur, Chinese massage en kruidentherapie. De instandhouding en ontwikkeling ervan wordt door de Chinese regering gestimuleerd. Een belangrijk argument is, dat de traditionele geneeskunde goedkoop is.
Een van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid is co-existentie en zo mogelijk synergetische integratie van westerse geneeskunde en traditionele geneeskunde. Dit wordt doorgevoerd van de dorpsdokter tot aan de academische ziekenhuizen. Er zijn meer dan 2.000 ziekenhuizen waar uitsluitend de traditionele geneeskunde wordt bedreven; bijna alle ziekenhuizen hebben speciale afdelingen hiervoor. Er zijn tientallen medische hogescholen en research-instituten voor de traditionele geneeskunde; er worden therapeutische 'trials' opgezet en er vindt farmacologisch onderzoek van kruiden plaats; een voorbeeld is Qinghaosu (artemisine), een kruid dat wordt ingezet tegen de multiresistente malariaparasiet.[3]

Opleiding

In China zijn er dokters en dokters. Het is niet eenvoudig om daar goed hoogte van te krijgen. Een dokter in China kan een opleiding van 1 tot 8 jaar hebben gehad. Men moet dat zo zien, aldus een van onze gesprekspartner, dat "China een land met een lange en ingewikkelde geschiedenis is".
Na de voltooiing van de communistische revolutie in 1949 besloot de regering dat het tekort aan artsen zo snel mogelijk moest worden ingelopen. Het Sovjet-opleidingsmodel werd overgenomen, waardoor artsen werden afgeleverd van wie de opleiding kon uiteenlopen van 5 tot 8 jaar.
Tijdens de Culturele Revolutie (1966-1976) echter werden aan de medische faculteiten geen nieuwe studenten meer toegelaten. Studenten die al waren begonnen, kregen een stoomcursus en werden naar het platteland gestuurd. Het gevolg was, dat de kwaliteit en de kwantiteit van de afgestudeerde medisch studenten fors was teruggelopen. In het begin van de jaren '70 werden er weer studenten toegelaten, van wie velen binnen twee tot drie jaar hun diploma kregen; sommigen van hen waren voorheen 'slechts' blotevoetendokter geweest. In de tweede helft van de jaren '70 werd ingezien dat dit zo niet langer kon en werd opnieuw de 5- tot 8-jarige opleiding ingevoerd. Deze artsen hebben een opleiding in de westerse geneeskunde gehad, maar ook de traditionele dokter in China heeft een academische opleiding van 5 jaar achter de rug.
Er zijn 122 medische faculteiten/hogescholen met bijna 200.000 studenten. Aan 85 faculteiten/hogescholen en 30 research-instituten kan men na het basiscurriculum verder studeren; dit betreft thans 240.000 'graduates'.

Financiering en verzekering

De financiering van en verzekering tegen ziektekosten doet in China merkwaardig weinig 'socialistisch' aan. Er blijken grofweg vier verschillende vormen van verzekering te bestaan:
1. De overheid betaalt alle gezondheidszorgkosten voor functionarissen in overheidsdienst (onder wie van de universiteiten) en de studenten. Dit betreft ongeveer 100 miljoen mensen; hun gezinsleden krijgen 50% van de gemaakte kosten terug.
2. Werknemers in de fabrieken en staatsbedrijven kunnen eveneens gratis gebruik maken van de gezondheidszorg (enkele percenten van het totale bedrijfsinkomen worden daarvoor 'weggezet'); ook hun gezinsleden krijgen 50% van de kosten terug. In een toenemend aantal bedrijven echter, betaalt men premie en krijgt men een bepaalde restitutie. Afhankelijk van de afspraken binnen het bedrijf moeten ➡

vele werknemers nu 10% tot 50% van de ziektekosten zelf betalen.
3. Op het platteland heeft men in circa 50% van de dorpen en communes een soort onderlinge waarborgmaatschappij. Dit percentage was voorheen veel hoger (tot 90%), maar is door de nieuwe economische politiek snel gedaald. Communeleden moeten meestal zo'n 70% van de ziektekosten zelf betalen; in uitzonderingsgevallen springt de commune bij.
4. Een verzekering die eigenlijk geen verzekering is: men spaart en betaalt alles zelf. Dit systeem bestaat vooral op het platteland.
Voor 1991 bestond er in China geen specifieke ziektekostenverzekering. Op de zoëven geschetste ontwikkeling: steeds minder mensen voor een steeds kleiner deel verzekerd tegen ziektekosten, wordt sinds enige jaren echter actief ingespeeld door de 'Volks Verzekerings Maatschappij China' (VVMC). Dit is een bedrijf dat vooral in levensverzekeringen doet en vrijwel de gehele Chinese markt beheerst: 300 miljoen verzekerden! Als gevolg van de nieuwe politiek is de VVMC overigens niet meer de enige verzekeringsmaatschappij, maar zijn er sinds kort nog twee andere, die intussen elk 1% van de markt hebben veroverd. Tussen 1991 en 1993 is de VVMC erin geslaagd 15 miljoen Chinezen zich tegen ziektekosten te laten verzekeren; in de Chinese verhoudingen nog niet zoveel, maar wel een aantal gelijk aan de gehele Nederlandse bevolking.
Er wordt voor de ziektekostenverzekeraars een 'bright future' voorzien, ondanks het feit dat het Chinese volk weinig idee zou hebben van verzekeren, omdat men gewend is te sparen.

Regeringsbeleid

China geeft 3,65% van zijn bruto nationaal produkt uit aan gezondheidszorg (1992). Dat is veel minder dan ons land (8,3% in 1992), maar de kosten voor gezondheidszorg worden door de regering toch als een zware last beschouwd. China is enerzijds een wereldmacht, anderzijds echter een ontwikkelingsland. De regering erkent, dat vooral op het platteland nog veel armoede en onderontwikkeling is. Ook de aanschaf van dure westerse 'high-tech' en geneesmiddelen is, wegens het tekort aan buitenlandse valuta, een probleem; dit wordt dan ook slechts aan een beperkt aantal ziekenhuizen toegestaan. Daarom is het beleid voor de komende vijf tot tien jaar gericht op:
- het intensiveren van de preventie;
- de verdere ontwikkeling van de traditionele Chinese geneeskunde;
- extra aandacht voor het platteland;
- het versterken van het (inspectie)toezicht op de gezondheidszorg.

Besluit

Gemeten naar westerse maatstaven is de Chinese gezondheidszorg sober, maar tot voor kort wel voor iedereen behoorlijk toegankelijk. Een vergelijking met de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden kan China goed doorstaan, hetgeen evenzeer geldt voor de gezondheidstoestand van de bevolking. De nieuwe economische politiek kan bijdragen aan een verdere verbetering van de gezondheidstoestand en gezondheidszorg. Deze worden echter ook ernstig bedreigd door een snel toenemende kloof tussen rijk en arm, tussen wel verzekerd en niet of deels verzekerd zijn, en tussen gezond en ziek. •

dr G. van der Wal,
geneeskundig inspecteur Noord-Holland

drs D.H. den Blaauwen,
directeur patiëntenzorg
Waterlandziekenhuis, Purmerend

prof.dr P.A.E. Sillevis Smitt,
vice-voorzitter International Health Development Foundation

prof.dr L.G. Thijs,
hoofd afdeling Acute Inwendige Geneeskunde Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam.

Behalve de auteurs namen aan de studiereis deel: I. Bergsma, huisarts, Purmerend; J.G. de Bruyn, directeur Patiëntenzorg Ruwaert van Puttenziekenhuis, Spijkenisse; J.L. Ket, kinderarts Waterlandziekenhuis, Purmerend; dr ir. P. Ros, voorzitter Raad van Bestuur AZVU, Amsterdam; prof.mr F.C.B. van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Limburg; A.M.C. van de Zandt, directeur zorg PWZ-verzekeringen, Purmerend.

Literatuur

1. Pearson CA. General Practice in China (News). The Lancet 1993; 341: 1356.
2. Navarro V. Has socialism failed? An analysis of health indicators under socialism. Intern J Health Services 1992; 22: 583-601.
3. Kager PA. Qinghaosu (artemisinine), Chinees kruid tegen multiresistente malariaparasiet. Ook voor Nederland belangrijk. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 1083-5.

Acute interventie bij het herseninfarct door huisartsen

Het Venus-onderzoek

M. Limburg, J. Horn en M. Vermeulen

Oproep aan huisartsen om mee te doen aan een onderzoek dat wordt gesubsidieerd door het Praeventiefonds en ondersteund door de Nederlandse Hartstichting.

EEN ACUUT HERSENINFARCT leidt tot een aanzienlijke ziektelast voor patiënt en samenleving. Beroertes (85% herseninfarcten en 15% hersenbloedingen) vormen de derde doodsoorzaak in Nederland, komen hier ongeveer 26.000 maal per jaar voor en leiden in bijna de helft van de gevallen tot de dood of ernstige invaliditeit. Ongeveer een kwart van alle verpleeghuisbedden in ons land (ongeveer 52.000) wordt bezet door patiënten die lijden aan de gevolgen van een beroerte.
Doordat zoveel mensen die door een beroerte getroffen zijn afhankelijk blijven van zorg, wordt een groot beslag gelegd op de aanwezige middelen. Een effectieve interventie zou niet alleen grote waarde hebben voor het individu, maar ook voor de gezondheidszorg.

Nimodipine, een calcium-instroomblokkeerder

Hoewel uit in vitro onderzoeken en dierexperimenten vele mogelijke interventies voor het acute herseninfarct naar voren komen,[1] is de effectiviteit van geen van deze behandelingen aangetoond.
Na enkele minuten totale afwezigheid van zuurstof zijn neuronen waarschijnlijk ➡

irreversibel beschadigd. Daaromheen bevindt zich een gebied waarin het zuurstofgebrek niet compleet is: de ischemische halfschaduw.[2] In dit 'schemergebied' kunnen hersencellen gedurende vele uren overleven. Hersencellen zijn elektrisch inactief, maar kunnen hun normale functie en toestand hervatten als de bloedvoorziening zich herstelt. Zeer vroeg toedienen van weefselbeschermende stoffen kan de hersenschade beperkt houden. Lichaamscellen die zuurstoftekort hebben zijn niet goed in staat de metabole intracellulaire processen te onderhouden. De extracellulaire calciumconcentratie bedraagt 10.000 maal die van de intracellulaire calciumconcentratie. Bij ernstig energiegebrek slaagt de lichaamscel er niet in de intracellulaire calciumconcentratie laag te houden. Op een bepaald moment treedt een massale influx van calcium in de cel op. Dit calcium heeft in deze concentratie vele schadelijke gevolgen voor het celmetabolisme. De celwand degradeert, de mitochondriën raken ontregeld en uiteindelijk sterft de cel.

Door middel van experimenteel onderzoek is aangetoond, dat de ischemische celschade kan worden beperkt door calcium-instroomblokkerende middelen, zoals Nimodipine, toe te dienen.[3]

Nimodipine is effectief bij mensen, als het wordt toegediend vóór het ontstaan van de cerebrale ischemie: dit is gebleken uit goed klinisch onderzoek bij patiënten die een subarachnoïdale bloeding hadden gehad. Een dergelijke hersenbloeding wordt vaak gecompliceerd door ischemieën, die een fatale afloop kunnen hebben. Blijkens een gerandomiseerd onderzoek kan Nimodipine de uiteindelijke functionele toestand van de patiënt aanzienlijk verbeteren:[4] het aantal gevallen waarin het gecombineerde eindpunt 'dood en ernstige invaliditeit' zich in de behandelde groep voordeed, nam met 30% af. Omdat het effectief is in het bestrijden van ischemieën, is Nimodipine een standaardbehandeling bij patiënten met een subarachnoïdale bloeding geworden.

Onderzoek naar de behandeling van patiënten met een herseninfarct met de calcium-instroomblokkeerder Nimodipine heeft tot nu toe onduidelijke resultaten opgeleverd. In 1988 publiceerden Gelmers c.s. de resultaten van een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek waarbij 186 patiënten binnen 24 uur na het begin van de neurologische uitvalsverschijnselen Nimodipine of een placebo kregen voor een periode van 4 weken;[5] zowel wat betreft de mortaliteit als wat betreft de functionele uitkomst deed de Nimodipinegroep het beter dan de placebogroep; bij mannen leek Nimodipine beter te werken dan bij vrouwen. In nieuwe onderzoeken werd geen op zichzelf staand gunstig effect van behandeling met Nimodipine gevonden.[6-9]

Een belangrijke recente ontwikkeling is de publikatie van een meta-analyse van alle 'trials' die met Nimodipine bij het acute herseninfarct zijn verricht.[10] Al met al kon geen nuttig effect worden aangetoond. Echter, in de groep patiënten bij wie het middel was toegediend binnen 12 uur nadat de verschijnselen van een acuut herseninfarct zich hadden voorgedaan, was er een sterk gunstig effect. De relatieve risicoreductie van een slechte uitkomst bedroeg ongeveer 38%. Dat geen van de onderzoeken dit separaat liet zien, kan worden verklaard uit het feit dat in al deze onderzoeken de behandeling betrekkelijk laat was ingesteld: de periode die mocht verstrijken tussen het begin van de beroerte en de behandeling bedroeg 24 tot 48 uur.

Dit illustreert ook hoe moeilijk het is tot een acute interventietherapie bij herseninfarcten in het ziekenhuis te komen. Het duurt enige tijd voor een patiënt in het ziekenhuis is en vervolgens de behandeling krijgt. Vanzelfsprekend heeft dit te maken met het tot nog toe ontbreken van een effectieve therapie in de acute fase.

Literatuur

1. Limburg M, Herderscheê D, Hijdra A. Nieuwe inzichten in de behandeling van het acute herseninfarct. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 1392-6.
2. Astrup J, Symon L, Siesjö BK. Thresholds in cerebral ischemia. The ischemic penumbra. Stroke 1981; 12: 723-5.
3. Gelmers HJ. De betekenis van calcium bij ischemische celbeschadiging en de rol van calciumantagonisten bij de behandeling van acute hersenischemie. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 2230-2.
4. Pickard JD, Murray GD, Illingworth R, Shaw MD, Teasdale GM, Foy PM, Humphrey PR, Lang DA, Nelson R, Richards P. Oral Nimodipine and cerebral ischaemia following subarachnoid haemorrhage. Br J Clin Pract 1990; 44 (2): 66-7.
5. Gelmers HJ, Gorter K, de Weerdt CJ, Wiezer HJA. A controlled trial of Nimodipine in acute ischemic stroke. N Eng J Med 1988; 318: 203-7.
6. Martinez-Vila E, Guillen F, Villaneuva JA, Matias-Guiu J, Bigorra J, Gil P, Carbonnel A, Martinez-Lage JM. Placebo-controlled trial of Nimodipine in the treatment of acute ischemic cerebral infarction. Stroke 1990; 21: 1023-8.
7. Bogousslavsky J, Regli F, Zumstein V, Kobberling W. Double-blind study of Nimodipine in non-severe stroke. Eur Neurol 1990; 30: 23-6.
8. Trust Study Group. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial of Nimodipine in acute stroke. Lancet 1990; 336: 1205-9.
9. The American Nimodipine Study Group. Clinical trial of Nimodipine in acute ischemic stroke. Stroke 1992; 23: 3-8.
10. Mohr JP, Orgogozo JM, Harrison MJG, Hennerici M, Wahlgren NG, Gelmers JH, Martinez-Vila E, Dycka J, Tettenborn D. Meta-analyse of oral Nimodipine trials in acute ischemic stroke. Cerebrovascular Diseases 1994; 3: 197-203.
11. Schuling J, Greidanus J. De acute fase van het cerebrovasculair accident; kenmerken en beleid. Ned Tijdschr Geneeskd 1992; 136: 420-5.
12. Panzer RJ, Feibel JH, Barker WH, Griner PF. Predicting the likelihood of hemorrhage in patients with stroke. Arch Intern Med 1985; 145: 1800-3.

Het Venus-onderzoek

De tijd lijkt rijp om te onderzoeken of zeer vroege behandeling met Nimodipine inderdaad tot een verminderde sterfte en tot een verminderde handicap na een herseninfarct leidt.

Nederland heeft een uniek gezondheidszorgsysteem, met een sterke eerste lijn, en huisartsen zijn de eerste artsen die zeer vroeg bij een patiënt met een beroerte komen.[11] Een huisarts is in het algemeen goed in staat een beroerte te herkennen. Als patiënten met symptomen duidend op een hematoom worden uitgesloten, zal de diagnose 'herseninfarct' bijna altijd juist zijn. Een intracerebraal hematoom is niet goed van een herseninfarct te onderscheiden; wel gaan intracerebrale hematomen vaker gepaard met een bewustzijnsdaling, braken en hevige hoofdpijn.[12] Overigens komen hematomen minder vaak voor dan infarcten.

In 1995 willen wij met een grote groep huisartsen de effectiviteit van Nimodipine bij een acute beroerte onderzoeken: het zogeheten Venus (= 'very early Nimodipine use in stroke')-onderzoek. Wordt een aan dit onderzoek meewerkende huisarts bij een patiënt met een plotseling ontstane halfzijdige verlamming geroepen, dan zal hij of zij na beoordeling aan de patiënt en de naaste omgeving vragen of zij aan het onderzoek willen meedoen. Na verkregen toestemming geeft de huisarts 'geblindeerd' een tablet van het geneesmiddel of placebo en laat voor tien dagen medicatie achter. Bij opname in het ziekenhuis zal die medicatie worden gecontinueerd. De uiteindelijke effectiviteit van het middel zal na drie maanden telefonisch worden gemeten.

Met dit door het Praeventiefonds gesubsidieerde onderzoek willen wij de vraag beantwoorden of door het toedienen van Nimodipine, naast de gebruikelijke behandeling, mortaliteit en handicap na een beroerte zijn te voorkómen.

Voor deze ernstige en veel voorkomende ziekte - één op de zeven Nederlanders zal een beroerte krijgen - bestaat thans nog geen effectieve therapie. Wij verwachten samen met Nederlandse huisartsen in staat te zijn een werkzame interventie te ontwikkelen. •

dr M. Limburg,
neuroloog, klinisch-wetenschappelijk onderzoeker Nederlandse Hartstichting

mw drs J. Horn,
arts-onderzoeker

prof.dr M. Vermeulen,
neuroloog Academisch Medisch Centrum, afdeling Neurologie

KNMG-congres 1994

Diversiteit in vergaderstijl

Dorien de Wit

Mannen en vrouwen verschillen in vergadergedrag. Daar is mee om te gaan. Sterker nog: die verschillen zijn te benutten. Maar dan moet men ze wèl toelaten.

OOIT ALS ENIGE MAN te midden van vrouwen vergaderd? Ooit als enige dame met verder alleen heren bestuurd? Misschien viel u niets op, vond u alles heel gewoon verlopen. En misschien heeft u af en toe gedacht dat u liever met wat meer van uw 'eigen soort' zou zijn geweest. Want de enige, of een kleine minderheid, zijn in een groep heeft consequenties. Bijvoorbeeld, dat het vrijwel niet mogelijk is om uw eigen stempel te drukken op de vergadercultuur.

Zijn de stempels van mannen en vrouwen dan zo verschillend? Ongenuanceerd en gegeneraliseerd gesproken: ja, behoorlijk verschillend. En hoewel de eerste de beste mannelijke lezer zich wellicht beter in de aan vrouwen toegeschreven stempels herkent dan de gemiddelde vrouwelijk lezer (en andersom), ga ik hier de verschillen benadrukken in plaats van nuanceren. En ik ben erop uit de verschillen te beschrijven zonder waardeoordelen.

Verschillen

Ik onderscheid vier soorten verschillen.

De eerste soort heeft te maken met *ambities en verwachtingen.* Vrouwen zitten om andere redenen in een bestuur dan mannen. Natuurlijk, de afdeling moet bestuurd worden, maar het kan - denken mannen - ook een mooie opstap zijn naar een landelijke functie. Vrouwen denken veel minder na over de volgende stap; zij gaan in het bestuur omdat ze gevraagd worden, omdat iemand het toch moet doen en het misschien een mogelijkheid biedt enkele van haar ideeën aan de man te brengen. Wil die volgende stap hogerop er echt van komen, dan moet je zorgen dat je gehoord wordt. Dus zorg je als man dat datgene wat jij te zeggen hebt goed uit de verf komt: een anekdote, een voorbeeld, je standpunt en nog eens een illustratie van je goede idee. En dat terwijl je vrouwelijke collega meent zich te moeten beperken tot het weergeven van haar standpunt. Dat doet ze soms zelfs zo kort dat het pas wordt opgepakt als haar mannelijke collega's haar idee nog eens benadrukken in hun verhalen. Een man beschouwt zijn bijdrage niet als onderdeel van een groepsproces, maar als een presentatie van zichzelf en zijn visie. Hij profileert zich, bewust als hij zich is van de hiërarchie in de groep. Zijn vrouwelijke collega slaat haar beurt over, als zij haar idee al door een ander heeft horen verwoorden. En als ze kritiek krijgt, betrekt ze dat op zichzelf. Haar mannelijke collega daarentegen beschouwt kritiek als een onvermijdelijke hobbel op zijn pad naar boven.

De tweede soort verschillen heeft te maken met de *rollen van de vergaderaars.* Vrouwen vertonen meer ondersteunend en bindend gedrag. Als deelnemers zijn ze actiever in het non-verbale: ze knikken de spreker toe, luisteren actief aandachtig. Als ze een statement doen, verwijzen ze naar de spreker die iets vergelijkbaars zei: ze noemen vaker namen van andere vergaderaars. Ook op het meta-niveau van de vergadering opereren vrouwen vaak bindend: schenken meer aandacht aan iemand die ongelijk krijgt, delen complimentjes uit, bewaken de sfeer en het proces van de vergadering. Soms maken vrouwen mannen groot, door de rol van aangever te pakken: "Weet je nog, dat idee van jou, dat je me laatst vertelde?" - en met een aanmoedigend knikje geeft ze het woord aan haar collega. Vrouwen maken zich klein: korte spreektijd, korte zinnen, zachte stem. En soms maken mannen vrouwen klein: zien hen over het hoofd, wachten niet net als zij op hun beurt, vallen hen in de rede, nemen fysiek en qua stemgeluid flink wat ruimte in. Behalve als het om lachen gaat: dat doen vrouwen vaker en meer.

Dan de derde soort: de verschillen die te maken hebben met *taalgebruik en codes.* "Voorzitter, ik doe het volgende voorstel!" poneert de een, terwijl de ander zegt: "Tja, misschien zouden we het anders eens op manier X kunnen proberen?" De verschillen zijn duidelijk: uitroepteken en vraagteken, ik en wij, voorzichtigheid en stelligheid, 'is' en 'misschien zouden kunnen', gericht op de voorzitter en gericht op het hele gezelschap. Het interessante is, dat geen van beide zinnen op zichzelf niet deugt. En tegelijkertijd is duidelijk, dat wanneer deze verschillen in een groep bestaan één van beide benaderingen dominant zal worden en de andere dus ondergeschikt.

Een andere taalkwestie is seksisme. Waar taalseksisme is, worden de leden van de andere sekse buitengesloten: of het nu gaat om onbedoeld seksistisch taalgebruik of om seksistische grappen.

De vierde soort verschillen heeft te maken met *omstandigheden buiten de vergadering*, zoals tijd. Vrouwen hebben vaker minder tijd. Vrouwen met zorg voor partner, kinderen en/of ouders hebben strak geplande agenda's en kunnen zich niet permitteren tijd te verspillen. Daardoor zijn ze ongedurig over uitlopende vergaderingen, nemen geen tijd voor informele borrels en napraten in wandelgangen. Moderne mannen halen twee keer per week hun kind uit de crèche en plannen hun vergaderingen met uitloop dus bij voorkeur op andere dagen; zij hebben meer oog voor de informele communicatiekanalen en nemen daar ook de tijd voor.

Wetmatigheden

Lang niet alle verschillen tussen mannen en vrouwen zijn van nature gegeven en over de precieze bijdrage van 'nature' en 'nurture' is nog niemand uitgepraat. Als het gaat om het hanteren van verschillen, is het in ieder geval belangrijk ook kennis te hebben van wetmatigheden. Wetmatigheden die optreden in een groep waar sprake is van een meerderheid en een minderheid.

In de theorie van het tokenisme ('token' = symbool) wordt een drietal wetmatigheden onderscheiden: het 'spotlight'-effect, de groepsvorming en de stereotypering.

Onder het *'spotlight'-effect* wordt verstaan, dat de schijnwerpers altijd gericht zijn op de minderheid, de enkeling. De enkeling valt op en wordt als symbool gezien. Vooral als er iets verkeerd gaat; dan denkt men ➡

al snel: "Zie je wel, die vrouwen kunnen ook geen leiding geven." Als het goed gaat, wordt het succes juist niet aan de hele groep toegeschreven, maar aan deze toevallige persoon: "Wat een geluk hebben wij dat wij juist deze vrouw getroffen hebben, dat is echt een gunstige uitzondering."
De tweede wetmatigheid is *groepsvorming van de meerderheid*. Pas als er een andere persoon (een minderheid) in een groep komt, wordt de meerderheid zich bewust van de kenmerken en gewoonten van de eigen groep. Alsof men zich ineens realiseert dat men man, of wit, of hogere klasse of gezond is, door de aanwezigheid van iemand die dat juist niet is. Doordat men zich sterk bewust wordt van de meerderheidskenmerken, gaat men zich er ook naar gedragen, waardoor de ander, de enkeling, wordt buitengesloten. Voor de enkeling lijken er dan weinig aantrekkelijke reactiepatronen over te blijven: zich onzichtbaar maken, zich aanpassen ('one of the boys'), een radicale anti-opstelling, of supersuper worden (zo goed in alles dat niemand, meerderheid noch minderheid, commentaar op je kan hebben).
En dan is er de *stereotypering*: het plaatsen van leden van de minderheidsgroep in vaste rollen die overeenkomen met stereotiepe verwachtingspatronen: die buitenlander zal wel niet zo'n hoge opleiding hebben, die vrouw zal wel de 'zachtere' onderwerpen willen, de gehandicapte zal wel heel veel aanpassing van iedereen vergen. Lastig voor de persoon uit de minderheidsgroep is, dat deze als reactie hierop steeds zelf de stereotypering zal moeten aanvechten, als hij of zij niet in die patronen ingepast wil worden.
De interessante vraag is natuurlijk in welke omstandigheden deze wetmatigheden zich voordoen. Dat is namelijk niet altijd. De wetmatigheden treden op als de minderheid minder dan 15% van de groep uitmaakt. Vormen de leden van de minderheid meer dan circa 30% van een groep, dan is de kans al veel groter dat ten eerste de wetmatigheden niet optreden en ten tweede zijzelf ook hun invloed kunnen doen gelden en de dominante cultuur kunnen beïnvloeden.
Een andere factor van belang is de maatschappelijke positie van de minderheid. Er is onderzoek gedaan (M. Ott) naar de positie van mannelijke verpleegkundigen te midden van vrouwelijke collega's; deze is vergeleken met de positie van vrouwelijke agenten onder mannelijke collega's. De conclusie luidt, dat de wetmatigheden van het tokenisme vooral optreden als de maatschappelijke positie van de minderheid lager is dan die van de meerderheid. En andersom niet. De mannelijke verpleegkundigen blijken het een stuk prettiger te hebben dan de agentes.
De derde factor die het effect van de wetmatigheden beïnvloedt, is de mate waarin de betrokkenen inzicht hebben in de wetmatigheden en verschillen en bereid zijn in te grijpen.

Omgaan met verschillen

Zodra men zich bewust is van de 'token'-wetmatigheden, zijn er mogelijkheden om het effect ervan af te zwakken. Wie het 'spotlight'-effect herkent, kan pogen de schijnwerpers zachter te draaien of uit te zetten, bijvoorbeeld door geen onredelijke (kwaliteits)eisen te stellen aan de minderheid waar ook de meerderheid zelf niet aan voldoet. Wie het eigen meerderheidsgedrag herkent, kan zich afvragen wat juist overeenkomsten zijn tussen hem of haar en de 'token', in plaats van de verschillen te benadrukken. Men kan zich medestander betonen in plaats van tegenstander, bijvoorbeeld als het gaat om vergadertijden die te combineren zijn met zorgtaken. En het helpt als men door het eerste etiket heen kijkt en mensen op meer aspecten van hun identiteit aanspreekt: iemand is niet alleen een vrouw, maar ook een goeie arts, of een kundig voorzitter of een slimme netwerker.
Een tweede mogelijkheid om goed om te gaan met verschillen, is het inzien van de *voordelen van diversiteit*. Verschillen tussen mensen en groepen kunnen worden gezien als lastig. In toenemende mate is echter duidelijk dat het in Nederland afgelopen is met de eenheidsworst. Er woont niet langer maar één kleur en cultuur in Nederland. Er staan niet langer alleen grijze pakken aan het roer van het schip van staat. De verhoudingen in een organisaties worden niet langer gekenschetst door het enkele feit dat iemands vader grote aanzien had. Anders gezegd: er is steeds meer diversiteit in groepen, in geledingen en op straat. En behalve dat dat een feit is, groeit het inzicht dat diversiteit veel voordelen heeft. Diversiteit in een vergadering levert frisse inzichten, nieuwe informatie, andere creativiteit op. Diversiteit maakt het gemakkelijker buiten gebaande paden te denken, risico's te nemen en taboes te doorbreken.
Het benutten van verschillen vraagt een vergaderstijl die verschillen ook werkelijk toelaat. De voorzitter en de deelnemers kunnen daar gezamenlijk voorwaarden voor creëren. Bijvoorbeeld door te zorgen voor een veilige sfeer, waarin ruimte is voor creativiteit en niet elk nieuw idee als onorthodox wordt afgeschoten. Door meer ruimte te geven voor meningsvorming dan voor het verklaren van standpunten. Door belangen en verwachtingen van de vergaderdeelnemers te expliciteren. Door ervoor te zorgen dat de vergaderdeelnemers elkaar kennen en weten wie wat in huis heeft. Door vooronderstellingen over elkaar te toetsen. Kortom, door de bereidheid om verschillen te benutten te vertalen in vergadertechnische afspraken en een expliciete intentie om ruimte en veiligheid te bieden voor diversiteit. Dat maakt ook de weg vrij om kritisch te kijken naar ongewenste of onproduktieve verschillen tussen vergadergedrag van mannen en van vrouwen. •

De bereidheid om verschillen te benutten maakt de weg vrij om kritisch te kijken naar ongewenste of onproduktieve verschillen tussenvergadergedrag van mannen en van vrouwen

Dorien de Wit,
organisatieadviseur De Beuk,
Hippolytushoef

Sekse-specifieke kenmerken van "huisarts-patiënt"-gesprekken.

Vakgroep Taal en communicatie, RUG

Dokter wordt nou eens sensibel voor sekse-specifiek taalgebruik!

Kom naar het KNMG-congres 'Als u begrijpt wat ik bedoel, de onbegrepen taal van de andere sekse' op 18 en 19 november 1994 te Tilburg.
Voor meer informatie en inschrijfformulier:
030-474450 (VVAA-congressecretariaat) of
030-823202 (KNMG Verenigingszaken en PR)

De onbegrepen taal van de andere sekse

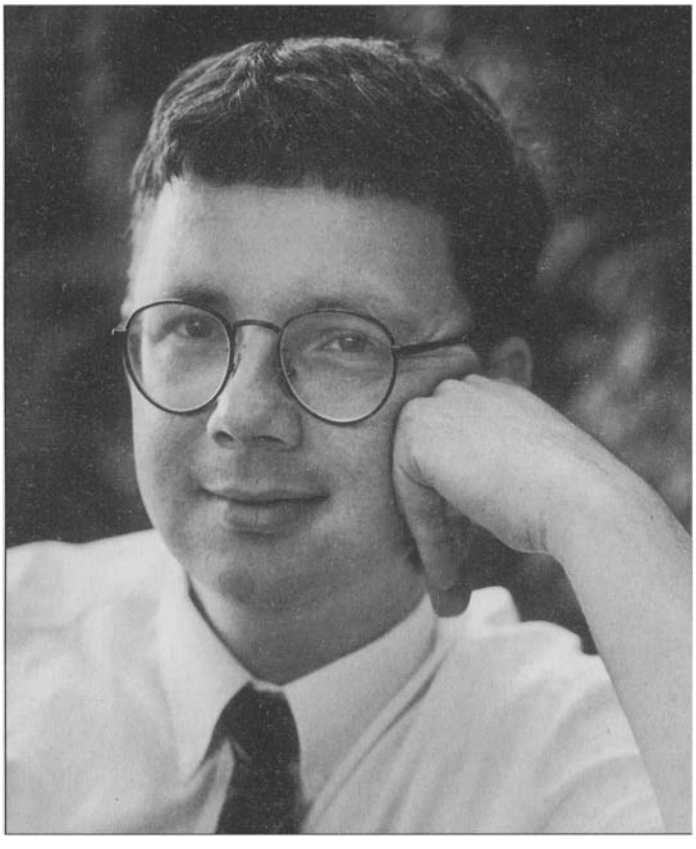
ARTS EN PRAKTIJK

Het gelijk van de markt

Afstemming numerus fixus-arbeidsmarkt

Jaap Doets

DE LAATSTE JAREN is er sprake van een positieve ontwikkeling op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen. Het vinden van een baan levert weinig problemen meer op, zo blijkt uit contacten met studenten en pas afgestudeerde artsen. Het merendeel van de afgestudeerde artsen vindt binnen enkele maanden na het behalen van het artsdiploma een werkkring, meestal als assistent-geneeskundige niet in opleiding (agnio). Soms is een telefoontje genoeg om uitgenodigd te worden voor een sollicitatiegesprek en kan het schrijven van een sollicitatiebrief achterwege blijven. Er zijn zelfs studenten die reeds met werken kunnen beginnen vóórdat zij de artsenbul daadwerkelijk uitgereikt krijgen!
De huidige situatie op de arbeidsmarkt is zo ongeveer het tegenovergestelde van de situatie zoals die zich een tiental jaar geleden voordeed. Toen kostte het veel moeite en tijd om een baan als agnio te bemachtigen en er was dan ook sprake van een aanzienlijk aantal werkloze (pas afgestudeerde) artsen. In betrekkelijk korte tijd heeft zich een omslag voltrokken naar een situatie waarin er van werkloosheid onder pas afgestudeerde artsen nauwelijks nog sprake is. Ook voor de komende jaren zijn de vooruitzichten in dit opzicht gunstig te noemen. Vandaar dat er op dit moment onder studenten die verwachten de komende jaren het artsdiploma te behalen een zekere positieve stemming heerst.
Toch is enige relativering op zijn plaats. Zoals opgemerkt, gaat het in het merendeel van de gevallen om het vinden van een baan als agnio. Hoe zinvol en belangrijk de aanwezigheid van agnio's in de huidige gezondheidszorg ook is, het gaat in het algemeen om een functie van tijdelijke aard met weinig carrièreperspectief. Uiteindelijk ambieert het merendeel van de artsen daarom een loopbaan met meer toekomstmogelijkheden, bijvoorbeeld als huisarts of medisch specialist. Het vinden van een opleidingsplaats is echter ook nu nog aanmerkelijk moeilijker dan het vinden van een baan als agnio. Voor de erkende opleidingsplaatsen dient zich nog steeds een groot aantal gegadigden aan. Dit wordt nog versterkt door de vaak eenzijdige voorkeur onder pas afgestudeerde artsen voor bepaalde specialisaties; zo registreerde de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) in 1993 voor de circa 285 beschikbare plaatsen 2.190 gegadigden. Geconcludeerd kan worden dat, hoewel de kansen op een baan (als agnio) zijn toegenomen, het vinden van een werkkring met toekomstmogelijkheden nog problemen kan opleveren.



J. Doets Foto: Erwin de Leeuw

De rubriek 'Arts en praktijk' omvat bijdragen van stafmedewerkers van de KNMG, die aanbevelingen doen op grond van hun ervaring met het adviseren van leden.

De uitkomsten van verschillende onderzoeken naar de behoefte aan artsen laten de conclusie toe, dat de situatie op de arbeidsmarkt zich de komende jaren verder in gunstige zin zal ontwikkelen. Naar verwachting zullen we aan het begin van de volgende eeuw worden geconfronteerd met een merkbaar tekort aan artsen.

Arbeidsmarktfixus

Er zijn veel factoren aan te wijzen die van invloed zijn (geweest) op de ingrijpende wijzigingen die zich voordoen op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen. Het voert te ver daarop hier uitvoerig in te gaan.
Eén factor die van grote invloed is geweest, en die ook de komende jaren een stempel zal drukken op de arbeidsmarkt, is de numerus fixus. In 1984, toen de werkloosheid onder artsen zo ongeveer het hoogtepunt naderde, is de numerus fixus voor de studie geneeskunde verlaagd van 1.980 tot 1.485 eerstejaarsstudenten per jaar. Uitgaande van een studieduur van tenminste zes jaar, is het effect van deze maatregel na 1990 merkbaar geworden. Vanaf die tijd is de uitstroom uit de medische opleiding afgenomen. De numerus fixus van 1.485 eerstejaarsstudenten per jaar is van kracht geweest tot en met het studiejaar 1993/1994. Op 31 augustus 1993 is de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, de WHW, van kracht geworden. Deze wet regelt onder meer de toelating tot het hoger onderwijs. Uitgangspunt van de WHW is, dat iedere student die ➔

voldoet aan de algemene toelatingseisen de studie van zijn of haar keuze kan volgen. In de wet is een tweetal artikelen opgenomen waarin is aangegeven op welke wijze de capaciteit zal moeten worden afgestemd op de vraag. Bij een toenemende vraag zal de capaciteit van de studie moeten groeien. Een beperking van deze 'automatische' groei is echter mogelijk, en wel op grond van art. 7.56 WHW. De minister van Onderwijs en Wetenschappen kan een arbeidsmarktfixus voor een studierichting instellen, indien er sprake is van een aanmerkelijk overschot op de arbeidsmarkt en dit naar verwachting een reeks van jaren het geval zal zijn. Begin 1993 heeft het Hoofdbestuur van de KNMG zich op het standpunt gesteld, dat een aantal ontwikkelingen op de arbeidsmarkt een verhoging van de instroom voor de studie geneeskunde naar circa 2.000 tot 2.200 studenten per jaar noodzakelijk maakte. Tevens sprak het HB als zijn oordeel uit, dat het in de WHW neergelegd instrumentarium niet geschikt is om op een verantwoorde wijze tot een regulatie van de instroom voor de studie geneeskunde te komen.
In januari 1994 kwam de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in zijn advies 'Beroepskrachtenvoorziening artsen' tot de conclusie, dat er op grond van de verwachte behoefte aan artsen op dit moment geen reden is voor het instellen van een arbeidsmarktfixus voor de studie geneeskunde. In april 1994 heeft de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen niettemin besloten op grond van de arbeidsmarktsituatie voor artsen een arbeidsmarktfixus voor de studie geneeskunde in te stellen. Voor het studiejaar 1994/1995 en 1995/1996 is die arbeidsmarktfixus vastgesteld op 1.619 studenten.

Flexibele en gedoseerde instroom

Op 20 april heeft het Hoofdbestuur van de KNMG in een brief aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen herhaald, dat naar zijn oordeel het huidige wettelijke instrumentarium niet geschikt is om een verantwoorde afstemming tussen de behoefte aan artsen en de instroom in de studierichting Geneeskunde te bereiken. Naar het oordeel van de KNMG is het noodzakelijk om in samenwerking met betrokken partijen tot een advies inzake de instroom in de medische basisopleiding te komen. Uitgangspunt hierbij zou een flexibele en gedoseerde instroom moeten zijn .
Op 31 augustus 1994 heeft de president van de rechtbank te Utrecht een positieve uitspraak gedaan op het verzoek van een voorlopige voorziening van het College van Bestuur van de Universiteit van Utrecht. Het College van Bestuur heeft bezwaar gemaakt tegen de door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ingestelde arbeidsmarktfixus en heeft de rechtbank verzocht om 30 studenten extra te mogen inschrijven voor het studiejaar 1994/1995. Half oktober 1994 besliste de president van de rechtbank te Maastricht in een kortgeding, dat de Rijksuniversiteit Limburg 37 studenten extra mag toelaten voor het studiejaar 1994/1995. Beide uitspraken leiden ertoe, dat voor het studiejaar 1994/1995 in totaal 1.619 + 30 + 37 = 1.686 eerstejaarsstudenten geneeskunde worden toegelaten.
Uiteraard is dit verheugend nieuws voor de 67 studenten die alsnog de studie van hun eerste keus kunnen gaan volgen. Daarnaast is, gelet op de verwachte behoefte aan artsen aan het begin van de volgende eeuw, deze extra uitbreiding positief te noemen. Echter, beide uitspraken stellen wel in het licht dat met de huidige regelgeving van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek geen verantwoorde afstemming tussen de verwachte behoefte aan artsen en instroom in de studie geneeskunde mogelijk is. Indien deze situatie zich een aantal jaren herhaalt, zal er sprake zijn van een ongecontroleerde toename van het aantal eerstejaarsstudenten. Na een tekort aan het begin van de volgende eeuw zal er dan over een vijftiental jaren weer sprake zijn van een overschot aan artsen. Op korte termijn zal derhalve moeten worden getracht een alternatief te creëren voor de huidige regeling met betrekking tot de toelating voor de studie geneeskunde. De KNMG en het Discipline overlegorgaan Medische Wetenschappen van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (DMW/VSNU) hebben gezamenlijk reeds initiatieven ontwikkeld om tot een verantwoorde capaciteitsbepaling te komen.

Excesbestrijding

De numerus fixus is een belangrijke factor die invloed uitoefent op de situatie op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen. Tot op heden is er evenwel slechts in beperkte mate sprake geweest van afstemming tussen de behoefte aan artsen en de hoogte van de numerus fixus. Het hanteren van het instrument van de numerus fixus heeft het karakter van excesbestrijding. Pas indien er sprake is van grote overschotten c.q. tekorten kan er worden ingegrepen. Deze ingrepen zijn dan vaak te rigoureus en schieten na verloop van tijd het doel voorbij. Het gevolg is een afwisseling van tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt.
Gelet op de ervaringen uit het verleden, is het van belang dat aan de afstemming tussen arbeidsmarkt en numerus fixus structureel op verantwoorde wijze wordt vormgegeven. Aan een evenwichtige arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen kan hiermee een niet onaanzienlijke bijdrage worden geleverd.

Jaap Doets,
stafmedewerker-arts KNMG

HULPVERLENING AAN ARTSEN

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute
Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland, Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren, tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen, tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht,tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregseiaan 18, 3055 RG Rotterdam, tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer, gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.), tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 0546-833110/833333 (overdag), 0546-574774 ('s avonds)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/ 070-3559547

HUISARTS IN OPLEIDING IN ENGELAND

Drankproblemen

BIJ MIJN DAGELIJKSE ronde op de revalidatieafdeling klampte één van mijn patiënten mij aan. "Dokter," zei hij, "als je 't niet goed vindt, doe ik het niet, hoor, maar mijn vrouw neemt vanavond een half litertje wijn voor me mee. Zou ik misschien morgen bij de lunch een glaasje mogen hebben?" "Ach ja," zei ik, "zolang het geen half litertje wodka is." Nee, dat beloofde hij. Ik wenste hem veel plezier.
Toen ik na het weekend op de afdeling kwam, bleek zich een heel drama te hebben afgespeeld. Nick had zijn flesje niet voor zichzelf willen houden en had het verdeeld over de zes mannen op zijn kamer. Op het toppunt van de feestvreugde was echter een hoge piet van de directie de afdeling op gekomen en deze had aanstoot genomen aan het alcoholmisbruik op zaal. (Wat hij trouwens op de afdeling deed, mag Joost weten: ik heb noch daarvoor noch daarna ooit meer een manager op de afdeling waargenomen.) Op het bureau in de zusterspost lag een boze brief, waarin mijnheer ons nog eens herinnerde aan de anti-alcoholpolicy van het ziekenhuis; een kopie hiervan sloot hij bij. Ik vond het nogal kleinzielig van mijnheer Piet om te gaan zeuren over die paar druppies wijn. Hij had makkelijk praten: híj kon elke dag het ziekenhuis vaarwel zeggen en zich thuis bezatten als hij dat wou, maar voor onze patiënten lag dat wel even anders: de meesten waren maandenlang bij ons.
Bij nadere bestudering bleek de anti-alcohol-policy trouwens toch niet absoluut: bij speciale gelegenheden mocht een kleine hoeveelheid genuttigd worden. "Dus, mannen," zei ik streng tegen de zaal, "de volgende keer wens ik van tevoren te weten wiens vrouw jullie hebt aangewezen als jarige." Daarna was het probleem opgelost. Ze hebben zich voortaan keurig gehouden aan twee verjaardagen per echtgeno(o)t(e) per jaar.
Dit was echter niet mijn enige ervaring met de alcohol-policy van de Health Authority. Enige weken later werd ik geroepen bij Mr West, die op het laatste moment weigerde een endoscopie te ondergaan, terwijl hij er al vanaf middernacht voor nuchter was gebleven. Dit bleek trouwens het grote struikelblok.
"Ik heb er genoeg van!", schreeuwde hij, toen hij mee aan zag komen. "Ik heb al geen ontbijt gehad, en nou willen ze me ook al niks te drinken geven!"
Nou had ik hem de dag daarvoor uitgebreid uitgelegd wat de ingreep inhield, inclusief het vasten, en hij had toen zonder enige aarzeling zijn handtekening gezet onder het toestemmingsformulier.
"Gisteren zei u nog dat u er nou wel eens vanaf wilde, van die misselijkheid!", herinnerde ik hem.
"Huh!", zei hij.

Corien Borst

"En u zei dat u daar àlles voor overhad", voegde ik er nog een beetje gemeen aan toe.
"Alles behalve dit", zei hij kwaad.
"Maar met het ontbijt word je toch meteen weer misselijk", zei ik.
"Ja, nou?", zei hij, terwijl hij zijn schoenen begon aan te trekken.
"Maar man, wat wil je dan?", riep ik, terwijl ik probeerde niet te denken aan de uren die ik eraan had besteed om een urgente endoscopie te organiseren.
"Ik wil een neut!" zei hij, zijn schoenen uit het nachtkastje halend, "en ik ga 'm hálen ook!"
Gut, was dit dezelfde man die gisteren nog zei dat de gedachte aan alcohol hem al deed overgeven?
"Maar u krijgt wel te eten als u terugkomt", probeerde ik nog, maar hij was niet te stuiten.
Even dacht ik het hier dan maar bij te laten, want per slot van rekening deden we de endoscopie niet voor onszelf, maar voor Mr West, en als Mr West het dan niet wilde ... Maar dit was maar even. Toen dacht ik aan alle moeite die erin was gaan zitten om de endoscopie te regelen en aan Mr West, die dan helemaal voor niks in het ziekenhuis had gelegen. En hij wou toch eerst de endoscopie wèl. Ik gooide mijn principes overboord en startte actieplan II: chantage.
"Als u gaat, dan krijgt u van mij na afloop een borrel", beloofde ik hem.
Hij was al bijna de afdeling af op weg naar de pub, maar hiervoor bleef hij toch staan.
"Echt waar?", zei hij ongelovig.
"Echt waar."
"Vooruit dan maar", zei hij en keerde terug naar z'n bed.
Hè, dat was opgelost. Maar waar kreeg ik zo gauw die borrel vandaan? Een slijter was er niet dichtbij het ziekenhuis en bovendien kon ik niet zo makkelijk van de afdeling af. Toen ik het probleem aan één van de verpleegkundigen voorlegde, kwam zij met de oplossing: de medicijncardex. Klaarblijkelijk kon je op kosten van de NHS een regelmatige dosis whiskey voorschrijven. Nu had ik slechts eenmalig een glas nodig, maar 1 dd 1 glas whiskey is natuurlijk gemakkelijk na de eerste dosis te stoppen.
De voorlopige uitslag van de endoscopie toonde een op het eerste gezicht goedaardig uitziende maagzweer in het pylorusgebied. Niet zo best voor 'm dus, die whiskey. Nou ja, beloofd was beloofd. Ik toog dus op hem af met een medicijnbekertje whiskey, keurig afgetekend op de cardex. Tevreden sloeg hij het achterover.
"Dit is wel uw laatste," waarschuwde ik hem, "anders komt u nooit van uw maagzweer af!"
Hij smakte met halfgesloten ogen nog een beetje na. Plotseling leek de betekenis van de laatste woorden tot hem door te dringen. Hij sperde zijn ogen wijd open en riep verontwaardigd: "Maar dàt was niet de bedoeling!" •

Corien Borst,
bericht om de vier weken over haar opleiding tot huisarts in Engeland

Jaarverslag 1993

C S G

Algemeen

Prof.drs E.W. Roscam Abbing en prof.dr H. Smits hebben op 1 januari 1993 dr H. Rengelink en H.J.B.M. Leliefeld opgevolgd als respectievelijk voorzitter en ondervoorzitter van het College voor een periode van drie jaar. Tijdens een vergadering met een feestelijk slot, waarvoor alle leden en plaatsvervangende leden waren uitgenodigd, is afscheid genomen van de scheidende leden en zijn de nieuwe leden begroet. Geconstateerd werd dat het College zich de afgelopen periode een voortrekker had getoond door de takken- en twijgenstructuur te willen omvormen tot een denken in stromen die niet uitwaaieren, maar in een brede sociaal-geneeskundige delta bij elkaar komen.

De discussie over de sociaal-geneeskundige opleidingen, gestart in 1990, heeft in 1992 geleid tot een beleidsnotitie, die in januari 1993 in Medisch Contact is verschenen met als titel 'De toekomst van de sociaal-geneeskundige opleidingen'. De Collegeactiviteiten in het verslagjaar zijn een nadere uitwerking van de door het College gekozen en door het veld gedragen beleidslijn. Enkele van de in de beleidsnotitie genoemde punten hebben in het verslagjaar aanleiding gegeven tot uitspraken of activiteiten van het College:

- Hoe kunnen werkgevers en andere groeperingen in het College nieuwe stijl een inbreng hebben?

Het College is van mening dat het veld waarin de beroepsgroep werkzaam is eerder dan gewend bij de besluitvorming van het College moet worden betrokken om te voorkomen dat bijvoorbeeld werkgevers met besluiten worden geconfronteerd die in de praktijk niet uitvoerbaar blijken of waar geen behoefte aan bestaat.

- Aanpassing algemene opleidingseisen.

Het College besloot eerst de opleidingsbehoeften en opleidingsbereidheid van het veld te verkennen aan de hand van nieuw te ontwikkelen (experimentele) opleidingen en deze in de praktijk te toetsen alvorens nieuwe algemene opleidingseisen te formuleren.

- Voorbereiding besluitvorming 'twee stromenbesluit'.

Tijdens het verslagjaar zijn enkele concept-besluiten aan het College voorgelegd ter voorbereiding van het definitieve besluit dat in 1994 zal verschijnen (zie hierna).

- Werkgevers inventariseren per hoofdstroom.

Na inventarisatie besloot het College tot een informatieronde bij vijf grote werkgevers in de 'community medicine' om wederzijds meer inzicht te krijgen in wensen en verwachtingen ten aanzien van opleidingen en bij- en nascholing.

Over de besluiten

Concept-aanpassingen opleidingseisen arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde heeft in het verslagjaar een voorstel voor herziening van de opleidingseisen arbeids- en bedrijfsgeneeskunde aangeboden, waarbij het vooral gaat om strakkere eisen ten aanzien van de praktijkscholing en een forse vergroting van het aantal uren theoretisch onderwijs. Het College kon zich in beginsel in het voorstel vinden, maar had vragen over de haalbaarheid ervan en met name over de gedragenheid door het veld. Van NVAB-zijde zal worden nagegaan of de werkgevers aan de voorgestelde verzwaring van de opleiding willen meewerken. Het College wacht de resultaten van dit onderzoek af.

Concept-besluit 'hoofdstromen'

Het College is, met een aantal kanttekeningen en wijzigingen, accoord gegaan met het voorstel met betrekking tot het opleidingsbesluit inzake hoofdstromen en heeft besloten dit concept-besluit, na aanvulling en bijstelling, de gebruikelijke adviesrouting te laten volgen.

Het besluit herschikt, in aansluiting op de Europese regelgeving, de bestaande opleidingen in de hoofdstromen 'occupational medicine' en 'community medicine', mede onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen en de behoefte aan meer flexibiliteit en differentiatie. Daarnaast geeft het besluit een kader waarbinnen op korte termijn experimentele opleidingen mogelijk zijn.

Besluit EG-richtlijnen

In 1993 nam het College besluit CSG no. 1 - 1993, dat een wijziging bevatte op besluit CSG no. 1 - 1991 (opleiding arbeids- en bedrijfsgeneeskunde) in verband met een eerdere aanvulling van de EG-richtlijnen, te weten met richtlijn 89/594/EEG, waarin de SGRC wordt aangewezen als registrerend orgaan en waarin de Nederlandse opleiding arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in Europees verband wordt erkend. De richtlijn is thans mede opgenomen in het onderhavige besluit.

Andere onderwerpen

Wet BIG

De gevolgen die de Wet BIG voor de

Gebruikte afkortingen

AAG: rapport 'Eén arts voor arbeid en gezondheid'
ABC: rapport 'Artsen buiten curatie'
BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
CSG: College voor Sociale Geneeskunde
EG: Europese Gemeenschap
KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LOSGIO: Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen In Opleiding
LVSG: Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
NIPG-TNO: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
NSPH: Netherlands School of Public Health
RGO: Raad voor Gezondheidsonderzoek
SGRC: Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
WVC: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

sociaal-geneeskundige opleidingen en registraties zal hebben is in het College kort besproken. Geconstateerd werd dat deze wet de neerslag is van reeds bestaande of gewenste ontwikkelingen. De beroepsbescherming wordt titelbescherming, waarbij alleen opgeleide en geregistreerde artsen de daarbij behorende titel mogen voeren. De ook door het College en de SGRC gewenste herregistratie krijgt in de wet een onderbouwing. De wet wordt de komende vier jaar gefaseerd ingevoerd.

Visitatie opleidingsinstituten
Het College heeft het rapport 'Visitatie van opleidingsinstituten' van de SGRC besproken. Het College ziet grote voordelen in de voorgenomen structuur, waarbij de eisen van de Raad voor de Certificatie richtinggevend zijn. De aandacht richt zich hierbij op de kwaliteit van de organisatie en de beschreven processen en procedures en niet op het geleverde produkt, in casu de opleiding zelf. De effecten hiervan worden met spanning afgewacht.

Certificatie
Aan de hand van een notitie over de eisen, die door de Raad voor de Certificatie worden gesteld aan structuur en werkwijze van certificerende instituten, heeft het College besloten na te gaan welke organisatorische consequenties certificatie volgens het systeem van de Raad voor de Certificatie kan hebben. Het College zal daarop bij de reorganisatie van Colleges en Registratiecommissies wijzen.
Tijdens de Collegevergaderingen van oktober en december 1993 heeft er een discussie plaatsgevonden naar aanleiding van een brief van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 10 september 1993, waarin werd gesteld dat "binnen de KNMG het organisatiedeel dat toezicht houdt op de opleiding en registratie van beroepen als bedoeld in de Wet BIG, geaccrediteerd wordt bij de Raad voor Certificatie en aldus als certificerende instantie zal functioneren".
In het College bestond onduidelijkheid over de vraag, in hoeverre de systematiek van de Wet BIG en de systematiek van de Raad voor de Certificatie met elkaar in strijd zijn. Tussen het ministerie van WVC en dat van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft terzake overleg plaatsgevonden, waarbij is vastgesteld dat vooralsnog de Wet BIG wordt beschouwd als de belangrijkste basis voor verdere maatregelen op het gebied van de certificatie.

Sociaal-geneeskundigen in Nederland en Europa
Op verzoek van de LVSG heeft een studie plaatsgevonden naar de positie van de sociale geneeskunde in Europa. In het verslag van de studie wordt beschreven op welke wijze de huidige sociaal-geneeskundige opleidingen in Nederland aansluiten bij in Europa bekende taken en functies, aan de hand van de in bestuurlijke kringen levende meningen.
Naar aanleiding van de bespreking van de studie besloot het College de wetenschappelijke verenigingen en de KNMG-vertegenwoordiger in het Raadgevend Comité voor de Medische Opleidingen in de EG te attenderen op de noodzaak van afstemming van sociaal-geneeskundige opleidingen in Europees verband.

Studiedag occupational medicine SGRC d.d. 1 april 1993
Op 1 april is in Domus Medica een studiedag georganiseerd voor afvaardigingen van opleidingsinstituten, arbeids- en verzekeringsgeneeskundigen en leden van Commissies van Deskundigen arbeids- en verzekeringsgeneeskunde, om te bezien hoe aanpassingen en experimenten mogelijk kunnen worden gerealiseerd, onder andere met het oog op de nagestreefde integratie op relatief korte termijn van de opleidingen arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. De secretaris heeft vanuit het College aan deze studiedag deelgenomen. Conclusie van de studiedag was, dat het op dat moment nog te vroeg was experimenten te starten, aangezien op korte termijn geen criteria konden worden ontwikkeld aan de hand waarvan kon worden afgemeten waaraan deze experimenten moesten voldoen.

AAG-rapport
De SSG en het NIPG-TNO hebben het opleidingsplan 'Arts voor arbeid en gezondheid' gepresenteerd, leidend tot de registratie occupational medicine. In dit plan worden de opleiding tot bedrijfsarts en die tot verzekeringsgeneeskundige geïntegreerd in één opleiding. Gedeelten van deze opleiding zullen kunnen worden gebruikt voor de noodzakelijke bij- en nascholing van verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen, mogelijk leidend tot eenzelfde registratie. Tijdens het ontwikkelingsproces is gepoogd het draagvlak van deze opleiding zo breed mogelijk te maken, waarbij het geneeskundig element in de opleiding een duidelijk accent heeft gekregen. De zeven onderwijskundige uitgangspunten geven duidelijk inzicht in de wijze waarop aan de opleiding vorm wordt gegeven.
Met dit opleidingsplan wordt voldaan aan de door het CSG in de beleidslijn gehanteerde uitgangspunten, te weten: aansluiten op de behoefte in het veld, voldoende flexibel, vier jaar. Ten aanzien van de differentiatie is niet duidelijk op welk moment de ontwikkeling tot meer bedrijfsgeneeskundig werk of meer verzekeringsgeneeskundig werk wordt gekozen.

Toetsen
Over het toetsen van en tijdens sociaal-geneeskundige opleidingen is mede aan de hand van een door het NIPG gemaakte notitie gesproken. Deze discussie is tijdens het verslagjaar niet afgerond.

ABC-rapport
Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) heeft, gefinancierd door het ministerie van WVC en mede geïnitieerd door het College voor Sociale Geneeskunde, een onderzoek gedaan naar artsen die volledig niet-curatief en partieel niet-curatief werkzaam zijn.
Dit rapport is op 17 juni 1993 tijdens een minisymposium officieel overhandigd aan het ministerie van WVC (de heer Kaasjager). Deze gaf het daarna door aan de voorzitter van het College, omdat het College in 1989 reeds de basis voor dit onderzoek heeft gelegd.
Na een eerste bespreking in het College, waarbij met veel waardering over dit belangwekkende rapport werd gesproken, is besloten het rapport aan de beroepsgroep en het veld voor te leggen. Aan de leden van het College werd gevraagd het rapport te verspreiden binnen de eigen gelederen, met name de ministeries van WVC en Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Nederlandse delegatie in het Raadgevend Comité voor de medische opleidingen. Geconstateerd werd, dat de geproduceerde gegevens van wezenlijk belang zijn bij de verdere ontwikkeling en vormgeving van de beleidslijn van sociaal-geneeskundige opleidingen

binnen de twee hoofdstromen. Aan de geadresseerden is gevraagd aan te geven welke gegevens zij van belang achten om te worden betrokken bij de vormgeving van sociaal-geneeskundige opleidingen in de toekomst.

Werkgroep Herstructurering Organisatie (Her)registratie

Sinds 1992 wordt gesproken over de positie van de Colleges en de Registratie Commissies. Aanleiding daarvoor was een vraag vanuit specialistenkring naar de onderbouwing van de hoogte van de kosten van herregistratie. Het onderzoek door Bureau Berenschot leidde tot het, in overleg met de Colleges en de Registratie Commissies, instellen van de ambtelijke werkgroep Herstructurering Organisatie (Her)registratie, de HO(H)R.

Deze werkgroep heeft in september 1993 verslag uitgebracht aan het HB en aan de Colleges en de Registratie Commissies. Om een goede afstemming van de besluitvorming te bereiken, stelde het HB een tussentijds overleg voor. Dit gesprek vond op 14 december 1993 plaats en leidde tot het initiatief vanuit de Colleges en Registratie Commissies om te komen tot een gemeenschappelijk advies aan het Hoofdbestuur. Dit advies zou vooral betrekking hebben op de door allen gewenste scheiding tussen de verenigingstaken van de KNMG en de semi-publiekrechtelijke taken van Colleges en Registratie Commissies. Ook de Wet BIG gaat van deze structuur uit en verstevigt op deze wijze de positie van het (her)registratiestelsel binnen de KNMG.

Wat betreft het rapport van de werkgroep heeft het College een vraagteken gezet bij de niet-opneming van de Commissies van Beroep in het orgaan. Andere opmerkingen waren:

- naast de beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten, moeten ook de werkgevers hierbij worden betrokken;
- voorlopig geen bestuurlijke samenvoeging van de Colleges;
- de samenstelling van het College dient met afnemers en financiers te worden uitgebreid conform de systematiek van de Raad voor de Certificatie;
- het College gaat ervan uit dat het Hoofdbestuur zich zal beperken tot een marginale toetsing van besluiten van de Colleges;
- het College wijst verzwaring van de beheersstructuur voor de Colleges af.

Advies Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)

De minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van WVC hebben in een gezamenlijke adviesaanvraag de RGO verzocht een 'brede analyse van het gezondheidsonderzoek' uit te voeren. Doel van de analyse is aan te geven welke aanpassingen uit het oogpunt van doelmatigheid in het geheel van het niet-universitaire en het universitaire gezondheidsonderzoek in Nederland mogelijk en nodig zijn.

De RGO stelde ter voorbereiding van zijn advies een stuurgroep in. Het College heeft in zijn vergadering van 1 oktober 1993 het advies van de stuurgroep, gericht op de eerste fase van het onderzoek, uitgebreid besproken.

Hoewel fase 1 zich beperkt tot gezondheidsonderzoek in niet-universitaire instituten en het College een voorstander is van samenhang tussen universitaire en niet-universitaire activiteiten op dat gebied, achtte het College het van belang over fase 1 reeds een uitspraak te doen. Het College is van mening dat onderzoek en onderwijs ten nauwste met elkaar dienen te zijn verbonden. Herschikking van onderzoek mag er niet toe leiden dat de opleidingen nog meer worden versnipperd en de onderlinge samenhang nog verder wordt verbroken. Dit zou het zoeken van het College naar een eenvoudiger ordening en meer eenheid in sociaal-geneeskundige opleidingen kunnen frustreren. Het College heeft het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verzocht dit bij zijn overwegingen te willen betrekken.

Overleg met andere organen binnen en buiten de KNMG

Tijdens het verslagjaar heeft een kennismakingsgesprek plaatsgevonden tussen het presidium van het College en de nieuw gekozen voorzitter en ondervoorzitter van de KNMG. Dit gesprek had uitsluitend een informatief karakter.

Een bestuurlijk overleg vond plaats tussen het presidium van het CSG en de staven van NSPH en SSG. In dit overleg werd onder andere gesproken over de opleiding 'master of public health' en de opleiding 'één arts voor arbeid en gezondheid' (AAG). Het overleg werd door partijen als zeer waardevol ervaren.

Een afvaardiging van het College was aanwezig bij een studiedag van de SGRC op 30 september 1993, gewijd aan de rol en de positie van de commissies van deskundigen.

Er werd een conferentie georganiseerd door de NSPH over 'community medicine', waarbij het College was vertegenwoordigd. Tijdens deze conferentie werd met name aandacht besteed aan de richting waarin deze stroming zich zou moeten of kunnen ontwikkelen en aan de definiëring van het begrip 'community medicine'. •

A.L.J.E. Martens,
secretaris e.t.

mr J.C. de Hoog,
secretaris

Bijlage

Vergaderingen en samenstelling

Het College voor Sociale Geneeskunde kwam in het verslagjaar achtmaal bijeen.

In de samenstelling van het College deed zich tussentijds een aantal wijzigingen voor:

De heer S. Buma, adviserend lid namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, trad in het verslagjaar af. In de hierdoor ontstane vacature werd voorzien door benoeming van mevrouw J.A. Ringelberg.

In de vacature van plaatsvervangend adviserend lid namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, in 1992 ontstaan door het aftreden van de heer Blott, werd in het verslagjaar voorzien door benoeming van mevrouw S. van Neede.

In de reeds bestaande vacature van plaatsvervangend lid namens de minister van WVC werd ook in dit verslagjaar nog niet voorzien.

Tevens werd niet voorzien in de, sinds 1992, bestaande vacature van plaatsvervangend adviserend lid namens het LOSGIO.

De samenstelling van het College voor Sociale Geneeskunde was op 31 december 1993 als volgt:

Benoemd door de medische faculteiten en niet-universitaire instituten

prof.drs E.W. Roscam Abbing (voorzitter); prof.dr F.J.H. van Dijk (plv.);

W.P.M. Dols; mw dr J.G. Schopman-Geurts van Kessel (plv.);

mw prof.dr L.J. Gunning-Schepers; prof.dr D. Post (plv.);

prof.dr P.J. van der Maas; prof.dr W.J.A. Goedhard (plv.).

Benoemd door de KNMG

prof.dr H. Smits (ondervoorzitter); A.C. Lansen (plv.);

mw E.A. Brouwers-de Jong; mw M.S.A.C. Bouvy-Verbeeten (plv.);

H.J. Docter; dr J.C. van Gooswilligen (plv.);

E.L. Smits; P.C.M. den Bieman (plv.).

Adviserende leden

Namens de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI):

mw dr R.R.R. Huijsman-Rubingh; J. Verhoeff (plv.).

Namens de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC):

mr P.J.W.M. de Kroon; vacature (plv.).

Namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe):

mw J.A. Ringelberg; mw S. van Neede (plv.).

Namens het Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding (LOSGIO):

R.W. Haneveld; vacature (plv.).

Namens de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC):

mw mr P.A. van Tilburg-Hadders.

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

Mogelijkheden na het artsexamen

K N M G

De KNMG organiseert sinds enkele jaren informatiemarkten met de titel 'Mogelijkheden na het artsexamen' om studenten geneeskunde te informeren over de mogelijkheden na het artsexamen en het perspectief op de arbeidsmarkt. Opvallend is dat er steeds meer belangstelling voor deze informatiemarkten is.

De drie bijeenkomsten die dit jaar traditiegetrouw in samenwerking met de medische faculteitsverenigingen werden gehouden, werden door een kleine 1.200 studenten bezocht. De grootste uitschieters waren Groningen en Amsterdam (VU), met elk meer dan 400 belangstellenden. Ook de derde bijeenkomst, die op donderdag 29 september plaatsvond in de Medische Faculteit Hoboken (Erasmus Universiteit), werd door ruim 350 medisch studenten bezocht.
Onderwerpen die tijdens deze laatste bijeenkomst aan de orde kwamen, waren: 'Wat zijn de mogelijkheden na het artsexamen?', 'Hoe kun je de kans vergroten om toegelaten te worden tot de vervolgopleiding van je eerste keuze?' en: 'Wat zijn de kansen op de arbeidsmarkt voor pas-afgestudeerde artsen?'
R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR van de KNMG, sprak over de mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Hij vertelde onder meer, dat het aantal werkeloze basisartsen vrijwel nihil is. Dit is onder andere te danken aan het terugbrengen van de numerus fixus in 1984 van 1.950 tot 1.485. De KNMG en de beroepsverenigingen hebben in het verleden veel gedaan om de werkloosheid onder artsen terug te brengen; zo riep de LAD een vacaturebank in het leven en werd de Stichting Werkgelegenheid Geneeskunde (SWG), een non-profit uitzendbureau voor artsen, opgericht. Maar ook deeltijdarbeid en kortere werkweken hebben ertoe bijgedragen dat geleidelijk aan sprake was van een toename van de werkgelegenheid voor artsen.
Jaap Doets, stafmedewerker-arts van de KNMG, schilderde een optimistisch beeld van de toekomstmogelijkheden, al hield hij wel enkele slagen om de arm. Zo stelde hij dat, hoewel de verwachtingen gunstig zijn, niet iedere basisarts terechtkomt in het specialisme van zijn of haar eerste keuze. Uit onderzoek blijkt, dat slechts ongeveer 10 procent van de pas afgestudeerde artsen de voorkeur geeft aan een baan in de niet-curatieve sector, terwijl 25 procent van de Nederlandse artsen in deze sector werkt. Doets pleitte dan ook voor een bredere oriëntering tijdens de basisopleiding.
Naast deze meer theoretische beschouwingen waren er ook verhalen uit de praktijk. Prof.dr. J.C. Birkenhäger, opleider interne geneeskunde, besprak over het onderwerp 'De opleidingssollicitatie: een precaire situatie?' Mw M. Kolff, agnio cardiologie, en mw M. van Veelen, agio neurochirurgie, vertelden over hun ervaringen om in de opleiding te komen, met wisselend succes.

Voor meer informatie over het studentenbeleid van de KNMG kunt u contact opnemen met mw M. de Kruijff, tel. 030-823391.

... steeds meer belangstelling voor KNMG-informatiemarkten ...
(Rotterdam 29 september, achter het katheder: prof.dr J.C. Birkenhäger)
Foto: De Jong & Van Es

KNMG-COLOFON

KNMG
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres
Postbus 20051
3502 LB Utrecht
Postgironummer
58083-AMRO banknummer 45 64 48 969
KNMG-informatielijn
030-823339
KNMG-antwoordapparaat
030-823201
Telefax
030-823326
Dagelijks bestuur
R.H. Levi, *voorzitter*;
mw J.G.M. Lanphen, *ondervoorzitter*;
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
mw H.A. Bouwman
Secretariaat
Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische en administratieve zaken*

LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr.R.J. Laffrée, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

LSV
Landelijke Specialisten Vereniging
drs F.W.M. Hol, *directeur*
J.H. v. Doorn-Knul, *hoofd communicatie*

LAD
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*
mw J.C. Steenbrink, *secretaresse*

LVSG
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw J.A. van Walderveen-van der Louw, *secretaresse*

CC
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CSG
College voor Sociale Geneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CHVG
College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

SRC
Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, *secretaris, bureauhoofd*
mw J.M. Koornneef, *hoofd sector visitatie, wnd bureauhoofd*

SGRC
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*
mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC
Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*
N.F. de Pijper, *secretaris*
mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau*

Bibliotheek
prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
1012 WP Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
E. Iwema Bakker, *voorzitter*
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

AMBULANT

- 7 NOVEMBER - MA.
De Rode Hoed te Amsterdam:
congres 'Vrouwen hoeven niet alles te slikken. Vrouwen en verantwoord medicijngebruik'.
Inlichtingen: Congressecretariaat, tel. 03456-9844.

- 7 T/M 9 NOVEMBER - MA.-WO.
Hotel Oranje te Noordwijk:
internationaal congres over spierziekte ALS, georganiseerd door de Motor Neuron Disease Association en de Vereniging Spierziekten Nederland.
Inlichtingen: VSN, tel. 02154-24867.

- 8 NOVEMBER - DI.
Biologisch Centrum te Haren:
studiedag 'Aandacht en onmacht. Ziekenhuiszorg voor ouderen in Noord-Nederland'.
Doelgroep onder anderen: (verpleeg)huisartsen, medisch specialisten, directies van verpleeghuizen en verzorgingshuizen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 10 NOVEMBER - DO.
Holiday Inn Hotel te Rotterdam:
studiedag over de WGBO; juridische, praktische en ethische kwesties. Met medewerking van: Ministerie van WVC, KNMG, Nauta Dutilh, Rijksuniversiteit Leiden, VVAA, NVZ en NP/CF.
Inlichtingen: RPMS Management Informatie Centrum, tel. 020-6186674.

- 11 NOVEMBER - VR.
De Uithof te Utrecht:
studiedag 'Sterven in de grote stad'.
Doelgroep: onder anderen huisartsen en wijkverpleegkundigen.
Inlichtingen: mw L. Boonekamp, tel. 030-538111.

- 11 NOVEMBER - VR.
Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht:
symposium 'Eetproblemen bij kinderen', georganiseerd door de psychosociale afdeling van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht.
Inlichtingen: mw M. Thomas-Holtus/ mw drs I. de Vos, tel. 030-320262.

- 11 NOVEMBER - VR.
Universiteit Twente te Enschede:
cursus 'Pijn: nieuwe inzichten in mechanismen, therapie een preventie'.
Doelgroep: (plastisch) chirurgen, revalidatie- en kinderartsen, gynaecologen, neurologen, internisten, anaesthesisten en orthopaeden.
Inlichtingen: Dr. G.J. Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

- 15 NOVEMBER - DI.
Erasmus Universiteit Rotterdam:
bijeenkomst 'Variatie in beleid. De kwaliteit van de medische besluitvorming', georganiseerd door het Landelijk Forum Medische Besliskunde.
Inlichtingen: RUL, sectie Medische Besliskunde, mw E. Jansen, tel. 071-276780.

- 16 NOVEMBER - WO.
De Reehorst te Ede:
congres 'Zakelijke zorg - zorgelijke zaak?'
Doelgroep: managers, (para-)medici, verpleegkundigen, pastores, zorgverzekeraars en ethici.
Inlichtingen: KVZ, tel. 073-137272.

- 17 NOVEMBER - DO.
Sophiaziekenhuis te Zwolle:
studiedag 'Overleven. Dwarsverbanden tussen kindermishandeling, beroepstrauma's en vluchtelingenproblematiek'.
Doelgroep: medewerkers GGD's en RIAGG's, ziekenhuispsychologen, maatschappelijk werkers en huisartsen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 17 EN 18 NOVEMBER - DO./VR.
Koningshof te Veldhoven:
Gezond Onderwijs Congres 1994, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs en Faculteit der Geneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.
Inlichtingen: RU-Groningen, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, dhr J. Pols/mw A. de Vries-de Jong, tel. 050-613008.

- 18 NOVEMBER - VR.
Congrescentrum Engels te Rotterdam:
symposium 'Epilepsie: seksualiteit en relaties', georganiseerd door de Nederlandse Liga tegen Epilepsie in samenwerking met Bureau Epilepsia van de vereniging Humanitas.
Inlichtingen: Nationaal Epilepsie Fonds, tel. 030-660144.

- 18 NOVEMBER - VR.
RAI te Amsterdam:
najaarsconferentie 'Suïcidaliteit in de geestelijke gezondheidszorg: levenshulp of stervenshulp?', georganiseerd door het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid.
Inlichtingen: NcGv, tel. 030-971100.

- 18 NOVEMBER - VR.
De Uithof te Utrecht:
studiedag 'De Wet Voorzieningen Gehandicapten: de eerste ervaringen'.
Inlichtingen: Lydia Boonekamp, tel. 030-538111.

- 18 NOVEMBER - VR.
Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'Onbegrepen gedragsveranderingen bij ouderen'.
Doelgroep: huisartsen en verpleeghuisartsen.
Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 080-617051.

- 18 EN 19 NOVEMBER - VR./ZA.
Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg:
KNMG-CONGRES 1994: 'Als u begrijpt wat ik bedoel. De onbegrepen taal van de andere sekse.'
VVAA-congresservice, tel. 030-474450 (inschrijving)/KNMG Verenigingszaken & PR, tel. 030-823202 (algemeen).

- 19 NOVEMBER - ZA.
Hogeschool Amsterdam:
symposium 'Chronisch ziek zijn en toch bewegen', georganiseerd door Sportservice Noord-Holland en het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid.
Inlichtingen: Sportservice Noord-Holland, Caroline Keizer, tel. 023-319475.

- 21 NOVEMBER - MA.
Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Gehoorzaal Interne Geneeskunde:
lezing met discussie 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in de psychiatrie', georganiseerd door de Nijmeegse Colloquia voor Medische Ethiek.
Inlichtingen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Ethiek, tel. 080-615320.

- 22 NOVEMBER - DI.
Academisch Ziekenhuis Groningen:
symposium ' Cystic fibrosis zorg thuis: de praktische consequenties van een transmurale aanpak'.
Inlichtingen: Congresmanagement, tel. 050-636503.

- 23 NOVEMBER - WO.
De Rode Hoed te Amsterdam:
studiedag 'Video-interactievebegeleiding, babies en jonge kinderen'.
Doelgroep: verloskundigen, huisartsen, kraamwerk en andere belangstellenden.
Inlichtingen: Stichting Lichaamstaal, mw M. Lenarts, tel. 04756-2473.

- 24 NOVEMBER - DO.
Domus Medica te Utrecht:
Algemene vergadering van de NVMETC met als thema 'Wetenschappelijk onderzoek bij wilsonbekwamen' bestemd voor de leden van de Medisch Ethische Toetsingscommissies die lid zijn van de NVMETC en andere belangstellenden.
Inlichtingen: Secretariaat, mw V.J. Stein-Postma, tel. 030-739348.

- 24 NOVEMBER - DO.
Medische bibliotheek Erasmus Universiteit Rotterdam:
bijeenkomst, georganiseerd door de Vereniging tot Instandhouding ener Medische Bibliotheek en het Rotterdams Medisch Gezelschap; lezingen 'Uit de geschiedenis der medische boekillustratie' (prof.dr M.J. Lieburg) en 'Multimedia in het medisch onderwijs en de medische praktijk' (prof.dr C.F. van der Klauw).
Inlichtingen: prof.dr J. Huisman, tel.010-4187505/ dr J. ridderikhoff, tel. 010-4528069.

- 25 NOVEMBER - VR.
de Trefkoel dependance Morgenster te Groningen:
studiedag 'Kind tussen wal en schip'.
Doelgroep: jeugdartsen, CB-artsen, hoofdverpleegkundigen.
Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.