

*Medisch handelen  
op een tweesprong*



Aan de minister en de staatssecretaris van  
Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur  
Sir Winston Churchilllaan 362  
2284 JN RIJSWIJK

.....

Onderwerp : aanbieding advies  
Uw kenmerk : DGVGZ/Stabo/JM/U-00136  
Ons kenmerk : U6180/BE/HB-331S2  
Bijlagen : 1  
Datum : 12 december 1991

Bij brief van 11 september 1989, nr DGVGZ/Stabo/JM/U-00136, verzocht de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Gezondheidsraad om advies uit te brengen met betrekking tot de grenzen van de zorg.

De Beraadsgroep Geneeskunde heeft een advies opgesteld inzake dit onderwerp. Ik moge u dat advies hierbij aanbieden.

In de inleiding tot het advies zet de Beraadsgroep uiteen waarom zij heeft gekozen voor een advies dat zich toespitst op het medisch handelen. Om dit medisch handelen in beeld te brengen heeft de staf van de Gezondheidsraad gesprekken gevoerd met ruim vijftig praktizerende artsen en klinisch chemici.

Door de gekozen aanpak geeft het advies een duidelijk antwoord op de vraag waarom het medisch handelen niet altijd beantwoordt aan de eis van doelmatigheid. Er blijken in de praktijk tal van knelpunten te zijn, die slechts voor een deel binnen de medische beroepsgroep liggen. De aanbevelingen van



Vice-voorzitter

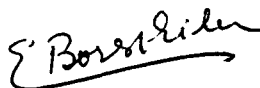
Onderwerp : aanbieding advies  
Ons kenmerk : U6180/BE/HB-331S2  
Pagina : 2  
Datum : 12 december 1991

.....

de beraadsgroep richten zich dan ook vooral op het wegnemen van de vele belemmeringen op de weg naar doelmatig medisch handelen.

In dit verband moge ik met name uw aandacht vragen voor de aanbeveling de principes van doelmatig medisch handelen een duidelijke plaats te geven in het medisch onderwijs en de beroepsopleidingen. Ook de opmerkingen van de beraadsgroep over de beroepskrachtenplanning, de concentratie van bepaalde voorzieningen en de juiste financiële prikkels in het gezondheidszorgsysteem beveel ik in uw bijzondere aandacht aan.

De voorzitter van de Gezondheidsraad,  
Namens deze:



mw dr E Borst-Eilers

.....



.....

.....

.....

Medisch handelen op een tweesprong



.....

.....

MEDISCH HANDELEN OP EEN TWEESPRONG

.....

advies uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde  
van de Gezondheidsraad

aan

.....

de minister en de staatssecretaris van Welzijn,  
Volksgezondheid en Cultuur

.....

Nr 1991/23 Den Haag, 12 december 1991

.....

Medicine is a delicate balance of art,  
science and communication

september 1991, Carole Guzman  
President of the Canadian Medical Association

.....

Deze publikatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medisch  
handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad,  
1991; publikatie nr 1991/23.

.....

auteursrecht voorbehouden



.....

.....

## INHOUDSOPGAVE

.....

TOELICHTING BIJ ENKELE TERMEN 7

.....

SAMENVATTING 9

.....

SUMMARY 17

.....

1 INLEIDING 23

1.1 De adviesaanvraag 23

1.2 De aanpak van de Beraadsgroep 23

.....

2 CONTEXT VAN HET ADVIES 27

2.1 Inleiding 27

2.2 De 'ideale' arts 27

2.2.1 Vakmanschap 28

2.2.2 Kwaliteit en toetsbaarheid 29

2.2.3 De bejegening van de patiënt 30

2.3 Verandering 31

2.4 De werkwijze van de commissie 32

2.5 Een blik over de grenzen 33

.....

3 THEORIE EN PRAKTIJK VAN HET MEDISCH HANDELEN 35

3.1 Inleiding 35

3.2 Goed medisch handelen 35

3.3 De praktijk 36

3.4 Aandachtspunten 36

3.4.1 Toepassing van aanvullende diagnostiek 37

3.4.2 Therapeutisch handelen 39

.....		
3.4.3	Invoering van nieuwe verrichtingen	39
3.4.4	Financiële prikkels	40
3.4.5	Nascholing	41
3.4.6	Evaluatie van het eigen medisch handelen	42
3.4.7	De patiënt	42
3.4.8	Solistisch werken	43
3.4.9	De rol van de huisarts en het samenspel van huisarts en specialist	44
3.4.10	Samenwerking tussen specialisten en afbakeningsproblemen	46
3.4.11	Tijdsdruk	47
3.4.12	Beroepskrachtenplanning	48
3.4.13	Spreading en concentratie	48
.....		
4	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Naar beter medisch handelen	51
4.2.1	Evaluatie van het medisch handelen	52
4.2.2	Effectiviteitsonderzoek	52
4.2.3	Samenwerking, overleg en toetsing	53
4.2.4	Opleiding en nascholing	55
4.2.5	Afbakening van taken	56
4.2.6	Beroepskrachtenplanning	57
4.2.7	Invoering van nieuwe verrichtingen	57
4.2.8	Concentratie van voorzieningen	58
4.2.9	De patiënt	59
4.2.10	Financiële prikkels	59
4.2.11	De rol van de overheid	60
.....		
	LITERATUUR	63
.....		
	BIJLAGEN	73
A	ADVIESAANVRAAG	75
B	SAMENSTELLING VAN DE COMMISSIE	79

RAPPORT: MEDISCH HANDELEN IN DE PRAKTIJK  
Gesprekken met medische beroepsbeoefenaren

.....

.....

TOELICHTING BIJ ENKELE TERMEN

.....

Verrichting

Elke handeling die door of op verzoek van een arts wordt uitgevoerd ten behoeve van diagnostiek of therapie. Dus ook het uitvoeren van lichamelijk onderzoek of het voorschrijven van een geneesmiddel is een verrichting.

.....

Werkzaamheid (efficacy)

Het resultaat van een verrichting onder optimale omstandigheden: homogene groepen patiënten, ervaren en deskundige onderzoekers en uitstekende faciliteiten.

.....

Doeltreffendheid (effectiviteit, effectiveness)

De mate waarin de verrichting het beoogde effect heeft in de praktijk van alledag. De doeltreffendheid van een verrichting staat geheel los van de kosten in geld.

Het onderscheid tussen doeltreffendheid en werkzaamheid geeft aan dat er in de praktijk factoren in het geding zijn die het effect van een verrichting kunnen afzwakken, zoals heterogene groepen patiënten, minder ervaring en kundigheid van de arts of beperkte toegankelijkheid van de verrichting. Een doeltreffende verrichting is per definitie werkzaam, maar een werkzame verrichting hoeft in de praktijk niet doeltreffend te zijn.

.....

.....

Doelmatigheid (efficiency)

De baten van een verrichting afgezet tegen de kosten in geld, mankracht, middelen en tijd.

In het spraakgebruik bedoelt men met de opmerking 'de doelmatigheid van de zorg moet of kan worden vergroot', dat met minder middelen een zelfde kwaliteitsniveau kan worden bereikt of dat met dezelfde hoeveelheid middelen de kwaliteit kan verbeteren.

.....

Kwaliteit

De mate waarin gestelde en bereikte doelen overeenkomen.

.....

Kwaliteitsbeoordeling

Het omschrijven van doelen die men wenst te bereiken en het toetsen van de in de praktijk bereikte doelen om de mate van overeenkomst vast te stellen.

.....

Kwaliteitsverbetering

Het ontplooiën van activiteiten die erop gericht zijn verschillen tussen bereikte doelen en gestelde doelen te minimaliseren.

.....

Kwaliteitsbevordering

Het proces van kwaliteitsbeoordeling en kwaliteitsverbetering.

.....

Geraadpleegde literatuur:

GR86, Rig88, CBO89, Cas90, NRV90, Har91a.

.....

.....

SAMENVATTING

.....

1 Inleiding

De groei van het gezondheidszorgbudget zet het verstrekkingspakket - de medische verrichtingen die ten laste komen van de collectief gefinancierde premies - onder druk. Dit was voor de staatssecretaris aanleiding de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad te verzoeken na te gaan welke verrichtingen niet of nauwelijks effectief zijn of van welke de effectiviteit onbekend is. Het voorliggende advies wordt uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad (de commissie).

In de optiek van de commissie is effectiviteit niet alleen een kenmerk van een verrichting, maar ook van de toepassing ervan door de arts bij patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Bij deze toepassing doen zich de grootste knelpunten voor. Daarom besloot de commissie ditmaal niet de verrichtingen op zich, maar het medisch handelen centraal te stellen.

.....

2 De context van het advies

De commissie schetst de veranderingen die het beeld van de arts sinds het midden van deze eeuw heeft ondergaan. Waar vroeger zijn gezag van nature groot was, solistisch werken heel gewoon en maatschappelijke positie en inkomen vanzelfsprekend hoog waren, is dat beeld nu heel anders.

De groei van de medische mogelijkheden en de grotere mondigheid van patiënten stellen de arts steeds voor nieuwe keuzen. Men verwacht dat hij doelmatig kiest, dus met een bepaalde hoeveelheid geld in beperkte tijd zoveel mogelijk patiënten zo goed mogelijk behandelt. Vakmanschap alleen is

niet genoeg; hij moet samenwerken en overleggen met collega's, hij moet zich toetsbaar opstellen, oog voor kwaliteit hebben en, niet in de laatste plaats, patiënten en familieleden op een prettige en geduldige wijze bejegenen. De moderne arts moet bereid zijn voortdurend van zijn handelen verantwoording af te leggen: tegenover de patiënt, de verzekeraar en de directie van het ziekenhuis. Dit vraagt een andere beroepsinvulling door de arts.

De artsenorganisaties hebben reeds blijk gegeven van hun bereidheid tot verandering. De veranderingen zullen ingrijpend zijn en niet van de ene op de andere dag hun beslag kunnen krijgen. De verantwoordelijkheid voor het veranderingsproces berust overigens niet uitsluitend bij de medische beroepsgroep. Het is een zaak die de hele maatschappij aangaat.

.....

De kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land is in het algemeen nog goed, maar de gevolgen van de groeiende complexiteit, de krappe budgettering en de toegenomen werkdruk worden geleidelijk merkbaar. In Nederland moeten wij, net als in andere landen, constateren dat kwaliteitsverbetering, en dan vooral doelmatigheidsverhoging, van het medisch handelen aan de orde is. Het onlangs verschenen rapport 'Kiezen en delen' van de Commissie 'Keuzen in de zorg' doet daartoe aanbevelingen. Het wees daarmee de rationele weg. De commissie van de Gezondheidsraad probeert in het voorliggende advies te laten zien welke - vaak irrationele - hindernissen er liggen op de weg naar doelmatigheid. Dat verklaart tevens waarom die weg, die al vaker is geweest, zo aarzelend wordt ingeslagen.

De commissie heeft voor de inventarisatie van hindernissen gebruik gemaakt van de literatuur, van de ervaring van haar leden en van gesprekken die de staf van de Gezondheidsraad op haar verzoek met medische beroepsbeoefenaren hield.

.....

### 3 Hindernissen voor doelmatig medisch handelen

Centraal in het medisch handelen horen nog steeds te staan de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Daarna volgt

de aanvullende diagnostiek. Nemen oneigenlijk en overbodig gebruik van aanvullende diagnostiek eerder toe dan af, anderzijds is er ook sprake van onderdiagnostiek. De vaardigheid om uit het groeiende aanbod van diagnostische mogelijkheden de juiste te kiezen, schiet tekort. Tijdgebrek, slechte communicatie, een onzekere of traditionele instelling en financiële belangen staan een rationele toepassing van aanvullende diagnostiek in de weg.

In honorering worden anamnese, praten met de patiënt en het uitvoeren van lichamelijk onderzoek ondergewaardeerd ten gunste van aanvullende diagnostiek. Daardoor brokkelt het fundament van het medisch handelen, dat toch al te lijden heeft van de oprukkende technologie, nog verder af.

Gebrek aan gegevens over de effectiviteit van diagnostiek en therapie vormt een groot knelpunt bij het beoordelen van het medisch handelen en het formuleren van protocollen. Veel verrichtingen worden ingevoerd zonder dat het nut ervan bewezen is. De verzekeraars dragen daaraan bij, omdat zij het gebruikelijkheids criterium hanteren in plaats van bewezen doeltreffendheid bij het beoordelen of een verrichting al of niet wordt vergoed.

Bij complexe verrichtingen die niet veel voorkomen, verdient concentratie de voorkeur boven spreiding op grote schaal. Plannen daarvoor worden nogal gehinderd door de (financiële) belangen van ziekenhuizen en specialisten.

Nascholing door de beroepsverenigingen gaat aan een deel van de artsen voorbij, is te weinig toegesneden op de dagelijkse praktijk, terwijl scholing in effectiviteits- en kwaliteitsonderzoek nauwelijks op het programma staan.

De patiënt stelt steeds hogere eisen aan de arts. De patiënt is consument aan het worden, waardoor de arts een keuze moet maken tussen 'de klant is koning' en 'de dokter heeft het laatste woord'. Dat is een moeilijke positie, waarbij hij bovendien moet oproeien tegen de soms ongenuanceerde voorlichting door de media.

De werkbelasting van artsen wordt, mede door de veel-eisendheid van de patiënt zwaarder, een proces dat, zo meent

de commissie, doorbroken kan worden door te kiezen voor een meer rationele, terughoudende werkstijl van de artsen.

Verantwoording afleggen op basis van systematische evaluatie van het eigen handelen is onder artsen nog niet overal gebruikelijk.

Ook aan de samenwerking met collega's schort nog het nodige. De meeste huisartsen werken solistisch; in specialistenmaatschappen ligt het accent meestal op praktijkorganisatie en niet op het ontwikkelen van een gemeenschappelijk medisch beleid. De samenwerking tussen specialisten en huisartsen laat te wensen over. En hoewel de bereidheid tot overleg tussen specialisten onderling is gegroeid, is dat op tal van plaatsen niet geformaliseerd.

Waar verschillende soorten specialisten dezelfde verrichting toepassen ontstaan spanningen over wat wie mag doen. De problemen zijn nog groter wanneer verschillende soorten specialisten patiënten met dezelfde aandoening anders behandelen. In de discussies over dit soort afbakeningsproblemen staat al te vaak het belang van het specialisme voorop in plaats van dat van de patiënt.

Geneeskunde is een dynamisch vak. De introductie van nieuwe technieken en de voortgaande superspecialisatie doen de grenzen tussen specialismen verschuiven. In de beroepskrachtenplanning, die vrijwel geheel in handen van de beroepsgroepen is, wordt daarmee te weinig rekening gehouden.

.....

#### 4 Conclusies en aanbevelingen

Het medisch handelen bevindt zich op een 'tweesprong'. De beroepsgroep heeft de keuze: of nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuis-management het initiatief overnemen. De commissie hoopt dat de eerste optie wordt gekozen. Zij beseft dat dat geen geringe opgave is. Het gaat om een attitudeverandering van de medische professie, die de nodige tijd en inspanning vergt. De artsen hebben daarbij de steun van hun omgeving - het ziekenhuis, de patiënten, de politiek, of nog breder, de maatschappij - nodig.



Verbetering van het medisch handelen is in de eerste plaats een taak van de beroepsgroep zelf. De commissie adviseert voor de coördinatie hiervan binnen de wetenschappelijke verenigingen onafhankelijke kwaliteitscommissies in te stellen.

Verantwoording afleggen over het medisch handelen op basis van systematische evaluatie moet tot de routine van de arts gaan behoren. De commissie beveelt aan dat de kwaliteitscommissies een visitatieprocedure ontwikkelen die alle maatschappen of huisartsengroepen betreft en waarin de uitkomsten van het medisch handelen centraal staan.

Evaluatie van uitkomsten van complexe verrichtingen die weinig voorkomen, dient prioriteit te krijgen. Blijkt concentratie noodzakelijk, dan moet herverdeling van ziekenhuisbudgetten overwogen worden.

De beroepsgroep heeft tot taak op basis van effectiviteitsonderzoek protocollen te formuleren, niet als dwingende voorschriften, maar om het medisch handelen richting te geven.

Goed medisch handelen kan aanzienlijk bevorderd worden door vertaling daarvan in financiële prikkels, ongeacht welk stelsel van gezondheidszorg er komt.

Bij de invoering van nieuwe verrichtingen mag alleen bewezen doeltreffendheid maatstaf zijn. Elke nieuwe technologie moet een evaluatieprocedure doorlopen. Het programma 'Ontwikkelingsgeneeskunde' van de Ziekenfondsraad biedt daarvoor een aanzet. Daarnaast dragen ook de beroepsgroepen verantwoordelijkheid voor de zorgvuldige invoering van nieuwe methoden.

De commissie wijst een solistische werkwijze af. De door de overheid gestimuleerde vorming van huisartsengroepen is een goed initiatief. De commissie vindt het wenselijk dat de specialisten eveneens overgaan tot geformaliseerde samenwerkingsverbanden. De maatschap is daarvoor een goed uitgangspunt, mits deze meer omvat dan waarneming voor elkaar en financiën. Toetsing van elkaars handelen en afspraken maken over het gezamenlijk te voeren medische beleid zouden in huisartsengroepen en in maatschappen-nieuwe-stijl centraal moeten staan.

Het is van groot belang dat huisartsen en specialisten inzien dat hun optreden als twee sterk gescheiden groepen een ongunstige weerslag heeft op de patiëntenzorg. Streven naar samenwerking is een beter alternatief.

De verreгаande subspecialisatie maakt geformaliseerde samenwerking tussen specialisten van verschillende disciplines onontbeerlijk, zowel lokaal om het medische beleid uit te stippelen als landelijk, om te komen tot op feiten gebaseerde afspraken over taakafbakening.

De commissie vindt verder dat de patiënt een 'advocaat' nodig heeft bij het vinden van de juiste weg in het specialistische 'circuit'. Versterking van de positie van de huisarts is aangewezen om de patiënt te adviseren bij belangrijke keuzen. Hij is degene die het overzicht kan houden, vooral als de patiënt bij verschillende (super)specialisten onder behandeling is.

In het medisch basiscurriculum en de vervolgopleiding moet het onderwijs worden aangepast aan de normen van deze tijd. Het is gewenst dat de klinisch-epidemiologische denktrant vanaf het eerste begin deel uitmaakt van de opleiding en dat de opleiding in theorie en in praktijk doordrongen is van de noodzaak tot evaluatie van het eigen handelen, collegiaal overleg en zich toetsbaar opstellen, het werken met protocollen en een goede bejegening van de patiënt en zijn familie. In de opleiding van huisartsen en specialisten kan intensieve confrontatie met elkaars vakgebied via stages een bijdrage leveren aan een betere samenwerking in de toekomst. Tevens is onderricht in kosten-effectiviteit en management gewenst.

De overheid mag zich niet te veel terugtrekken, aldus de commissie. Zo is grotere overheidsbemoeienis wenselijk op het vlak van de beroepskrachtenplanning en van herverdeling van ziekenhuisbudgetten voor het uitvoeren van plannen tot concentratie. De commissie beveelt aan strenge regels te hanteren voor de invoering van nieuwe technologie en het gevoerde beleid met betrekking tot de bijzondere technologie in het kader van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) voort te zetten. Ook vindt zij het een taak van de overheid

nascholing en herregistratie verplicht te stellen voor de uitoefening van het beroep van arts. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en de komende kwaliteitswet bieden daarvoor aangrijpingspunten. Een actief en goed toegerust Staatstoezicht op de Volksgezondheid vindt de commissie een onmisbaar instrument voor de naleving van de regels van goed medisch handelen. Ten slotte adviseert zij de staatssecretaris tijdig maatregelen te nemen als het proces van kwaliteitsbevordering door het veld niet voorspoedig verloopt.

.....

.....

.....

SUMMARY

.....

1 Introduction

Social health care insurance coverage is under pressure of increasing health care expenditures. As a result the Secretary of State has requested the Health Insurance Executive Board (Ziekenfondsraad) as well as the Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad) to make an inventory of medical procedures the effectiveness of which is non-existent, poor or unknown. The Advisory Committee for Medicine (Beraadsgroep Geneeskunde) of the Health Council was asked to address this question.

In the view of the committee effectiveness is not only an attribute of a medical procedure itself, but also of the application of procedures to patients by doctors. Because most problems arise in the selection of procedures for particular patients, the committee has focused on the practice of medicine instead of on the effectiveness of procedures themselves.

.....

2 Background

The changing image of the physician in the second half of this century is described. While physicians formerly wielded natural authority and usually worked alone, enjoying a high social status and income, the picture is now vastly different.

The increasing number of treatment possibilities and the self-assurance of patients present the physicians with changing and more complicated choices. The physician is expected to treat, within a fixed time and budget, as many

patients as possible to the best of his ability. Professional skill is no longer sufficient. Teamwork, consultations with colleagues and preparedness to defend his actions are now essential features. In addition, not the least important point, patients and their family must be treated with understanding and patience. Moreover, physicians must be prepared to be accountable to patients, insurance companies and the hospital management. This demands new medical practice standards to the physician.

Physicians' professional organisations have already shown willingness to adapt. The changes required are radical and cannot be made from one day to the next. The physicians however do not have the sole responsibility for carrying out these changes; they will need the support of the whole society.

.....

The quality of Dutch health care remains generally good, but the increasing complexity, the tightening budget restrictions and the increasing workload are making themselves felt. As in other countries improvement of quality and particularly cost-effectiveness of medical treatment, are under discussion. A recent report entitled 'Choices in health care' (Keuzen in de zorg), published by a governmental committee offers rational recommendations for improvements in medical practice. The committee of the Health Council now attempts to point out the often irrational barriers to quality improvement, which have so far impeded progress in effecting changes.

The committee has made an inventory of these barriers, based on the literature, the expertise of its members and discussions of the staff of the Health Council with practicing physicians.

.....

### 3 Constraints on efficiency of medical practice

Patient history taking and physical examination should remain pivotal in medical practice, followed by additional diagnostic testing. Inappropriate use of diagnostic tests is increasing; overuse as well as underuse occur. The skill of

making the appropriate choice from an ever greater number of diagnostic procedures is underdeveloped. Rational testing is hampered by increasing workload, bad communications, an uncertain or traditional approach and financial considerations.

The current fee-for-service payment undervalues history taking, talking with patients and physical examination while it favours diagnostics. This undermines the foundation of medical practice which is already under pressure from technological imperatives.

The paucity of data concerning the effectiveness of diagnosis and treatment is a major obstacle for quality assessment and designing of protocols. A number of procedures have been introduced without proof of their merit. Health insurance companies rely to a greater extent on accepted patterns of practice than on effectiveness when making decisions as to reimbursement.

Seldom used and complex procedures should be offered in only a few centres, rather than be widely available. However, plans for centralization are frequently interfered with by the (financial) interests of hospitals and specialists.

Not all physicians attend post-graduate medical training programs offered by their professional associations. Moreover, post-graduate education is not sufficiently adjusted to everyday practice and barely touch on quality improvement and cost-effectiveness.

Patients are making greater demands from their physicians, thus becoming consumers of medical services. Doctors must choose between 'the customer is always right' and 'the doctor has the last word'. This is a difficult position, made worse by the need to counteract the sometimes biased information from the media.

The trend towards a greater work load of physicians, which is partly due to increasing patient demands can, according to the committee, be reversed by a more critical and conservative attitude of the physicians.

Accountability and peer review are not yet routine among practitioners.

.....

Collaboration between colleagues leaves sometimes to be desired. Most general practitioners practice alone; group practices of specialists (partnerships) are generally focussed on practice organisation rather than development of a common approach to patient management. Specialists and general practitioners do not always cooperate fully. Specialists now tend to consult each other more frequently but this is often on an informal rather than a structured basis.

Specialist who use the same technologies come into conflict about who is allowed to do what. Problems also arise when different specialists treat patients with similar disorders differently. Discussions concerning these kinds of 'territorial conflicts' tend to concentrate on the interests of the specialty rather than on the well being of the patient.

Medicine is a dynamic enterprise. The borderlines of specialties change due to the development of new techniques and ongoing subspecialisation. Manpower planning, which is largely handled by the medical profession, takes far too little account of these changes.

.....

#### 4 Conclusions and recommendations

A clear choice by the medical profession is urgently needed. The question is, as pointed out recently by HG Welch in the Annals of Internal Medicine: 'Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers?' The committee hopes the first option will be preferred, notwithstanding the difficult task of developing new attitudes. Changing the attitude of the medical profession will take time and patience. Physicians will need the support of their environment: hospital management, patients and politicians, in a broad sense, of society as a whole.

Improvement of medical practice is primarily a responsibility of the professional group itself. The committee recommends that the scientific board of each specialty should set up its own independent quality assurance commission.

Accountability and systematic evaluation of medical practice should become routine. The committee suggests that



the quality assurance commissions develop a procedure for medical audit for all specialist partnerships and general practitioner groups and that reviewing outcomes of patient management should be the main aim of these procedures.

Evaluation of the results of rare and complex procedures should get priority. Should this show centralization to be needed, hospital budgets should be re-allocated accordingly.

Based on effectiveness research the profession should design protocols for good medical practice in particular circumstances, not to be applied as strict rules but as guidelines for medical practice.

Changing the remuneration system so that good medical practice is rewarded will best benefit quality of care, regardless of which health care system is chosen in the future.

New technologies should only be adopted if their effectiveness is proven. All new technologies should undergo proper evaluation. The 'Developmental Medicine' program of the Health Insurance Executive Board offers good but limited opportunities for this. It is also the responsibility of the medical profession to exercise supervision of the careful introduction of new procedures.

The committee rejects the solitary work style and applauds the government stimulation of group formation for general practitioners. Specialists also should re-organise their work and establish group practices. Existing partnerships can be a good starting point provided more is involved than duty-roster and finances. Mutual evaluation and agreement about medical practices should be the major concerns.

It is of great importance that general practitioners and specialists realise that cooperation rather than competition is what will impose the quality of patient care.

The ongoing subspecialisation necessitates structured collaboration between specialists in different disciplines, locally, to organize the multidisciplinary treatment of individual patients, and nationally to delineate specialized tasks and responsibilities.

In the opinion of the committee patients need an adviser to guide them through the web of specialties. Improving the status of general practitioners is emphasized so that they are in a good position to advise the patient when important decisions have to be made. It is the family doctor who has the overall picture, particularly when the patient is under treatment by several (sub)specialists at the same time.

The basic medical curriculum and the resident training should be altered to meet changing standards. It is desirable that epidemiological thinking should become part of the program from the beginning. Also, both theory and practice of medical education must be tuned to the importance of self-evaluation and accountability, of collaboration as colleagues, of following protocols and of treating patients and their families with understanding and respect. Collaboration between general practitioners and specialists might be improved by trainee-ships in each others' field during their education. Cost-effectiveness assessment and hospital management should also be included in the curriculum.

The committee feels that the government should not be too passive. Government intervention is desirable with regard to the manpower planning of specialists and to the re-allocation of hospital budgets when facilities are to be centralised. The committee recommends that rigid regulations should govern the acceptance of new technologies and that government policy should continue to be applied according to article 18 of the Law on hospital facilities. In the committee's view the government should make post-graduate education and re-registration compulsory for practicing physicians. The law on 'Professions in the individual health care' (BIG) and the forthcoming law on quality offer possible approaches for this. An active and well equipped Government body (Staatstoezicht op de Volksgezondheid) is essential for insuring the compliance with standards of good medical practice. Finally the committee recommends that the Secretary of State takes appropriate action if improvements in quality assurance by the medical profession itself does not proceed satisfactorily.

.....

.....

1 INLEIDING

.....

1.1 De adviesaanvraag

In het regeringsstandpunt inzake 'Grenzen van de zorg' (TK88a) uitte de toenmalige staatssecretaris nadrukkelijk de wens om de medische verrichtingen die ten laste komen van de collectief gefinancierde premies (het verstrekkingenpakket) kritisch te bezien, met als doel overbodige en ineffectieve onderdelen te schrappen. De noodzaak daartoe werd onlangs nog eens duidelijk onderstreept in het rapport 'Kiezen en delen' van de Commissie 'Keuzen in de zorg' (WVC91).

De staatssecretaris startte in dit verband in februari 1989 een adviesprocedure met een verzoek aan de Ziekenfondsraad om een inventarisatie te maken van verrichtingen die voor een kritische toetsing in aanmerking zouden moeten komen. De Gezondheidsraad zou dan voor deze verrichtingen de stand van de wetenschap moeten aangeven, aldus de adviesaanvraag die onze Raad in september 1989 ontving (Bijlage A).

.....

1.2 De aanpak van de Beraadsgroep

Aanvankelijk was het de bedoeling van de Gezondheidsraad om, zoals de staatssecretaris suggereerde, de lijst van verrichtingen van de Ziekenfondsraad af te wachten en vervolgens te trachten over die verrichtingen een wetenschappelijk oordeel uit te spreken. Na verloop van tijd werd echter duidelijk dat de Ziekenfondsraad zich meer ging richten op de systematiek van de beoordeling van verrichtingen dan op de verrichtingen zelf. Daarom besloot onze Raad, na overleg met de Ziekenfondsraad, zijn adviesaanvraag los van die van de Ziekenfondsraad te behandelen. Daarop nam de Beraadsgroep Geneeskunde (toen nog College van Advies en Beraad geheten en in het

.....

vervolg commissie te noemen) de beantwoording van de adviesaanvraag in september 1990 ter hand. De samenstelling van de commissie is in Bijlage B vermeld.

.....

In de adviesaanvraag aan beide colleges komt de behoefte naar voren aan een concrete en zo volledig mogelijke lijst van verrichtingen die niet of nauwelijks effectief zijn of waarvan de effectiviteit nog niet vaststaat. De commissie gaf er de voorkeur aan een andere invalshoek te kiezen. Zij meent dat het niet alleen de verrichtingen zelf zijn die als niet of nauwelijks effectief bestempeld kunnen worden, maar ook bepaalde toepassingen ervan. Een verrichting is effectief bij een bepaalde categorie patiënten en ineffectief in andere gevallen. Het is de arts die de combinatie tussen patiënt en verrichting tot stand brengt. Het gaat dus in de eerste plaats om het al of niet effectief kiezen van verrichtingen door artsen. Daarom heeft de commissie besloten het medisch handelen centraal te stellen in haar advies, en niet de verrichtingen op zich.

De commissie vindt het een taak van de medische beroepsgroep na te gaan welke verrichtingen bij welke patiënten effect sorteren, omdat artsen de deskundigen bij uitstek zijn. Betrokkenheid van het veld is bovendien een voorwaarde om gewenste veranderingen in praktijk te brengen. Een van bovenaf opgelegde lijst van niet of nauwelijks effectieve verrichtingen zal al te gemakkelijk door het veld als een corpus alienum terzijde geschoven worden.

De commissie meent dat het peil van de medische zorg in ons land in doorsnee goed tot zeer goed is. Maar de gevolgen van de groeiende complexiteit, de krappe budgettering en de toegenomen werkdruk worden geleidelijk merkbaar. In Nederland moeten wij, net als in andere landen, constateren dat kwaliteitsverbetering, en dan vooral doelmatigheidsverhoging, van het medisch handelen aan de orde is. Evenals elders, bestaan in ons land aanzienlijke verschillen in werkwijze tussen artsen, waarbij soms sprake is van ondoelmatig, overbodig of zinloos medisch handelen.

Het voorliggende advies is beschouwend van aard. De commissie geeft eerst een globale schets van de grote veranderingen die het 'artsbeeld' in de afgelopen decennia heeft ondergaan. Zij signaleert een aantal belemmeringen die het voldoen aan het tegenwoordige ideaalbeeld in de weg staan. Zij besluit het advies met conclusies en aanbevelingen die tot doel hebben het door de medische professie reeds in gang gezette proces van verandering te ondersteunen en ontwikkelingen op dit terrein kracht bij te zetten.

.....

.....

.....

2           CONTEXT VAN HET ADVIES

.....

2.1       Inleiding

De commissie zal haar beschouwing beperken tot het medisch handelen van alledag. De werkvloer van de artsen is immers de plaats waar de keuzen tussen het wel of niet toepassen van bepaalde verrichtingen gemaakt moeten worden.

De samenleving anno 1991 eist van artsen dat zij doelmatig omgaan met de beschikbare middelen. Van de arts wordt verwacht dat hij met een bepaalde hoeveelheid geld in beperkte tijd zoveel mogelijk patiënten zo goed mogelijk behandelt. Doelmatig handelen betekent voortdurend moeten kiezen. Dat roept vragen op. Is de arts voldoende toegerust in wetenschappelijke, technische en maatschappelijke zin om doelmatig te kunnen kiezen en is hij daar in zijn opleiding mentaal voldoende op voorbereid? Heeft anderzijds zijn omgeving - het ziekenhuis, de patiënten, de politiek, of nog breder, de maatschappij, kortom wij allemaal - er begrip voor dat de keuzen waar de arts voor staat niet eenvoudig zijn (Mei90, Edd91) en erkennen wij dat het keuzeprobleem niet uitsluitend door artsen alleen opgelost kan worden, maar dat het de inzet vraagt van ons allen?

.....

2.2       De 'ideale' arts

Het beeld van de arts omstreeks het midden van deze eeuw laat zich als volgt kort schetsen. De arts werd alom als een autoriteit beschouwd, hij had van nature gezag. Mondigheid van patiënten was zeldzaam. Hij werd bewonderd om zijn kennis en kunde. Hij stond in hoog maatschappelijk aanzien, waarbij als vanzelfsprekend een hoog inkomen hoorde. Solistisch werken was heel normaal en de arts hoefde weinig of geen verantwoor-

ding af te leggen. Er werd nauwelijks druk op hem uitgeoefend om zuinig om te gaan met de geldmiddelen.

Dat beeld is verleden tijd. Vakmanschap alleen is niet meer genoeg. Van de arts van nu wordt verwacht dat hij doelmatig handelt en dat is geen geringe eis. Reflectie op het eigen handelen en een enerzijds flexibele, anderzijds kritische houding ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen vereisen wetenschappelijk en maatschappelijk inzicht. Het is noodzakelijk dat hij in een sfeer van openheid met patiënten en collega's communiceert en dat hij voortdurend verantwoording aflegt van zijn handelen. In het beeld van de ideale arts anno 1991 vindt men een reeks verwachtingen van de samenleving terug.

.....

#### 2.2.1 Vakmanschap

Een eerste vereiste is dat de arts vakbekwaam is. De basis daarvoor is zijn vakkennis. Wat hij geleerd heeft tijdens zijn opleiding is niet genoeg, want die kennis veroudert snel. De geneeskunde ontwikkelt zich continu en dat betekent dat de arts voortdurend in staat en bereid moet zijn tot het verzamelen en verwerken van nieuwe kennis en hij moet flexibel genoeg zijn om achterhaalde ideeën overboord te zetten. Met andere woorden 'éducation permanente' is essentieel voor een goede uitoefening van zijn beroep.

Even belangrijk is dat de arts de technische vaardigheden beheerst: wat hij doet, moet hij goed doen en hij moet bereid zijn zich zo nodig nieuwe vaardigheden eigen te maken. Hij moet de wil hebben om ervaring op te bouwen en van zijn ervaring te leren.

Maar, zoals Eddy het uitdrukt: 'it is not enough to do the thing right; it is also necessary to do the right thing' (Smi91). Zo mag een arts de patiënt niet met overbodige onderzoeken belasten, hoe goed deze ook uitgevoerd worden, maar hij mag ook weer niet te weinig diagnostisch onderzoek doen, want dan bestaat de kans dat hij iets belangrijks mist. Gezien de overweldigende groei van de diagnostische mogelijkheden is het maken van de juiste keuzen geen geringe opgave. Voor het instellen van de therapie geldt in feite hetzelfde: hij mag



niet een minderwaardige therapie kiezen of tot een therapie besluiten die zwaarder is dan de kwaal rechtvaardigt.

Om de arts bij dit soort moeilijke beslissingen de helpende hand te bieden worden protocollen en richtlijnen ontwikkeld. Een nadeel van dergelijke voorschriften is dat deze berusten op gemiddelden en betrekking hebben op groepen patiënten. Al te strikte toepassing neemt de ruimte weg om een eigen, op de individuele patiënt toegesneden beleid te voeren en perkt de keuzevrijheid van de patiënt onnodig in (Van89, Ros91). Enerzijds wordt dus van de arts verwacht dat hij zoveel mogelijk overeenkomstig protocollen handelt en zich min of meer volgzzaam opstelt. Anderzijds wordt hij geacht er de betrekkelijkheid van in te zien en mag hij niet aarzelen er van af te wijken als hij daar gegronde redenen voor heeft (Ber91a).

.....

#### 2.2.2 Kwaliteit en toetsbaarheid

Van groot belang is hoe de arts staat tegenover kwaliteitsbevordering in algemene zin. Hij moet bereid en in staat zijn zijn eigen handelen te evalueren en zo nodig aan te passen. Maar zijn eigen ervaringen zijn daartoe niet toereikend. De geneeskunde is in de afgelopen decennia zo complex geworden dat de arts anderen nodig heeft als referentiekader. Dit stelt hoge eisen aan zijn communicatieve vaardigheden.

Collegiaal overleg kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering. De arts zal de tijd moeten nemen om zijn collega's te woord te staan en hij mag niet aarzelen zelf collega's te raadplegen als hij het gevoel heeft dat zijn kennis tekortschiet. Van huisartsen wordt verwacht dat zij als lid van een team functioneren in een groepspraktijk en van specialisten wordt dat eveneens verlangd. De arts moet zich steeds afvragen of hij voor de patiënt in kwestie onder de gegeven omstandigheden de meest aangewezen behandelaar is. Hij zal een goed inzicht moeten hebben in de grenzen van zijn competentie en zo nodig de patiënt moeten verwijzen naar een collega.

Daarnaast moet de arts zich ook in breder verband toetsbaar opstellen. Van hem worden steeds vaker examens ge-

eist om zijn kennis en kunde te toetsen voor hij geregistreerd kan worden als huisarts of specialist. En in de nabije toekomst zal van gevestigde artsen periodiek gevraagd worden een proeve van hun kennis en kunde af te leggen om voor herregistratie in aanmerking te komen.

De arts zal bereid moeten zijn voortdurend verantwoording af te leggen aan de directie van de instelling waar hij werkt en aan verzekeraars. Deze eisen immers van hem dat hij de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk inzet.

Maar de leiding van de instellingen voor gezondheidszorg kan aan de andere kant niet zonder de inbreng van de artsen. De directies vragen hen steeds vaker bij te dragen aan het beleid, omdat hun inbreng van groot belang is voor de kwaliteit van de zorg.

Bovendien wordt van artsen binnen de instellingen in de gezondheidszorg gevraagd deel te nemen aan tal van besprekingen en zitting te nemen in commissies van allerlei aard. Dat kunnen besprekingen zijn voor patiënten die een multidisciplinaire behandeling behoeven (oncologie-bespreking bijvoorbeeld) of overleg over medische zaken van meer algemene aard, zoals in de infectiecommissie, de antibioticacommissie, de geneesmiddelencommissie, de FONA-commissie\* of de medisch-ethische commissie, allemaal aangelegenheden die de kwaliteit van de zorg betreffen.

.....

### 2.2.3 De bejegening van de patiënt

Bij de grote stroom van informatie die op de arts afkomt en de eisen van technische competentie en een op kwaliteit gerichte instelling mag hij niet vergeten om wie het gaat: de patiënt. Die moet centraal staan bij alles wat de arts doet. Dat betekent in de eerste plaats dat de arts de tijd moet nemen om naar de patiënt te luisteren en met hem te praten. Van de dokter wordt verwacht dat hij de patiënt deskundig uitlegt en voorlicht over wat hij wil doen en waarom, en wat hij denkt dat er aan de hand is. Daartoe moet hij de

.....

\* FONA: Fouten, Ongevallen en Near Accidents

.....

beginselen van de didaktiek beheersen. Hij moet voor elke patiënt opnieuw kunnen inschatten hoe hij deze het beste kan benaderen, wil zijn boodschap overkomen. Het is vaak nodig contact met de familie te onderhouden, omdat familieleden daar om vragen of omdat de situatie van de patiënt (ernst of onbegrip) dat vereist. Dat betekent dat de arts mensenkennis moet hebben.

De bejegening van de patiënt en zijn familie moet kalm, menselijk en prettig zijn, ook als de arts zich onder grote tijdsdruk gehaast, nerveus en prikkelbaar voelt. Daarbij dient hij de autonomie van de patiënt te respecteren en diens kritiek te kunnen verdragen. Als de patiënt te kennen geeft een andere arts te willen raadplegen voor een 'second opinion', moet de dokter zich niet gaan verdedigen of aan zich zelf gaan twijfelen en hij moet de patiënt al helemaal geen verwijten maken.

.....

Ondanks al deze hooggespannen verwachtingen en de lange werkweken van artsen vindt de maatschappij dat de arts anno 1991 geen overdreven inkomenseisen mag stellen.

.....

### 2.3 Verandering

De commissie concludeert dat het beeld van de arts en de inhoud van zijn beroep in enkele decennia een gedaanteverwisseling hebben ondergaan. Anno 1991 worden volstrekt andere eisen aan hem gesteld dan een halve eeuw geleden. Dat betekent dat van de medische beroepsgroep een nieuwe instelling wordt verlangd. Deze constatering is niet nieuw en sluit aan bij de opvattingen van de 'Commissie-Dekker', die haar rapport in 1987 presenteerde onder de titel 'Bereidheid tot verandering' (WVC87).

De medische beroepsgroep heeft bij verschillende gelegenheden blijk gegeven bereid te zijn deze ommezwaai te maken, getuige de nota's en de uitspraken op congressen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst en de Landelijke Specialisten Vereniging (LHV88, KNMG89b,90, LSV90). Ook uit het in 1989 bereikte Vijf-Partijen-Accoord (VPA89) blijkt bereidheid tot verandering.

Het veranderingsproces zal ingrijpend en allerm minst eenvoudig zijn. De commissie meent dan ook dat men er begrip voor moet hebben dat de veranderingen niet van de ene op de andere dag hun beslag kunnen krijgen. De samenleving en de organisatie van de gezondheidszorg zijn voor een groot deel nog afgestemd op de oude rolpatronen. Er zijn tal van knelpunten die het functioneren van artsen volgens het nieuwe ideaalbeeld belemmeren, ook op terreinen waarop zij zelf weinig invloed kunnen uitoefenen. De verantwoordelijkheid van het veranderingsproces berust dan ook niet uitsluitend bij de medische beroepsgroep.

.....

#### 2.4 De werkwijze van de commissie

Om te beginnen heeft de commissie een veldonderzoek laten verrichten door stafleden van de Gezondheidsraad met als doel het medisch handelen van dit moment in beeld te brengen. Dit onderzoek betrof een verkenning van de knelpunten en belemmeringen die het 'ideale werken' in de weg staan. Het verslag van dit onderzoek is als bijlage opgenomen (Gele Bijlage).

Dat verslag is een weergave van wat er leeft onder artsen in het veld. De aangehaalde uitspraken zijn voor een deel objectief te onderbouwen, voor een deel weerspiegelen ze gevoelens van onvrede en onmacht. De commissie wil geen waarde-oordeel uitspreken over deze gevoelens. Zij wil slechts duidelijk maken dat die gevoelens bestaan en dat ze een grote invloed hebben op de praktijk van de gezondheidszorg en daarmee op de slaagkans van veranderingen in de praktijk van het medisch handelen.

De commissie heeft vervolgens op grond van de resultaten van het veldonderzoek en op grond van de literatuur en de ervaringen van haar leden een inventarisatie gemaakt van punten die de aandacht verdienen, wil het 'ideale handelen' vorm kunnen krijgen (Hoofdstuk 3). Zij meent dat een oplossing voor de gesignaleerde problemen niet gezocht moet worden in het ontnemen van beslissingsbevoegdheden aan de medische beroepsgroep. De voorkeur verdienen oplossingen die de artsen in staat stellen betere beslissingen te nemen (Hoofdstuk 4).

.....

De commissie heeft niet gestreefd naar volledigheid. Daartoe ontbrak de nodige tijd en menskracht.

.....

## 2.5 Een blik over de grenzen

De door de commissie beschreven situatie van het medisch handelen op dit moment treft men in alle westerse landen aan. De commissie geeft hier enkele van de vele voorbeelden uit de literatuur over de noodzaak tot verandering.

Vijf jaar geleden publiceerde Cassell zijn artikel 'The changing concept of the ideal physician' (Cas86). Cassell beschrijft de ingrijpende wijzigingen die het artsbeeld in de tweede helft van deze eeuw in Amerika heeft ondergaan tegen de achtergrond van meer algemeen culturele ontwikkelingen. Vooral de voortschrijdende invloed van techniek en wetenschap op arts en patiënt ziet hij als essentieel.

Eddy verwoordde onlangs de wens en de noodzaak om het medisch handelen aan te passen aan de eisen van deze tijd in een publikatie getiteld 'The challenge' (Edd90a). Op basis van onderzoek naar variatie in het medisch handelen komt hij tot de conclusie dat de oude opvatting 'whatever a physician decides is, by definition, correct' niet meer geldt. Dit houdt in dat een patiënt naar verschillende artsen kan gaan, die hem verschillende dingen vertellen en hem verschillend behandelen. Weliswaar zijn niet al die verschillen van wezenlijk belang, maar het is de kunst om uit te maken wanneer het er wel toe doet welke benadering men kiest. Andersen en Mooney gaan wat uitgebreider in op deze problematiek in hun boek 'The challenge of medical practice variations' en komen tot dezelfde slotsom (And90).

Beresford, die met vijftientig praktizerende Canadese artsen sprak (een onderzoek dat sterke overeenkomsten vertoont met het onderzoek dat de commissie liet verrichten), concludeert dat de artsen bereid zijn zich aan de eisen van deze tijd aan te passen (Ber91b). Bij de praktische uitvoering gaan zij echter gebukt onder veel onzekerheid bij het maken van keuzen: onzekerheid die voortkomt uit een gebrek aan wetenschappelijke gegevens, onzekerheid over hoe men gestalte

kan geven aan de wensen van de patiënt en onzekerheid over het toepassen van protocollen in concrete situaties. Dus juist daar waar men van de artsen veranderingsbereidheid verwacht, missen zij de aangrijpingspunten om die veranderingen te verwezenlijken.

Tot slot legt Welch in een onlangs verschenen artikel, getiteld 'Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers' de nadruk op de verantwoordelijkheid van de individuele arts bij het maken van keuzen in de gezondheidszorg (Wel91). De rode draad in zijn betoog is dat het credo van de beroepsgroep 'doe wat het beste is voor de patiënt' te vaak ten onrechte gehanteerd wordt als 'doe alles wat mogelijk is'. Hij adviseert de beroepsgroep zich te bezinnen en zelf maatregelen te nemen: anders zullen medische beslissingen gedicteerd worden door de verzekeraars.

.....  
.....  
3 THEORIE EN PRAKTIJK VAN HET MEDISCH HANDELEN

.....  
3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de commissie eerst globaal wat zij onder goed medisch handelen verstaat. Vervolgens licht zij toe dat bezinning op het medisch handelen nodig is, omdat een blik op de praktijk van alledag en bestudering van de literatuur leren dat tussen ideaal en werkelijkheid een kloof gaapt. Tot slot geeft zij een inventarisatie van concrete punten die de aandacht verdienen.

.....  
3.2 Goed medisch handelen

In de schets van de ideale arts in het vorige hoofdstuk kwamen zaken naar voren die goed medisch handelen kenmerken: competentie, een op kwaliteit gerichte instelling en een goede bejegening van de patiënt. Brook geeft in een recent artikel in Annals of Internal Medicine treffend weer wat de commissie onder kwalitatief goed medisch handelen verstaat (Bro91a):

.....  
'...we need to pay attention to three components of quality: the appropriateness of care; the technical competence with which a particular procedure is carried out; and human dignity. When you or I visit a doctor, we want to be assured that we will receive the services that we need (that is the application of the service is expected to produce more health than harm) and, likewise, that we will not receive services that we do not need. That is what is meant by appropriateness. When we receive a procedure we want it to be done skillfully so that the best outcome is obtained (for example, the roentgenogram is exposed correctly so that the lesion is recognized or the arteries are sewn together carefully so that patency for 10 years is assured). Finally, we all want to be informed about what is being done and to be treated with dignity.'  
.....

.....

.....

### 3.3 De praktijk

Variatie in de toepassing van verrichtingen is een wereldwijd en al jaren bekend verschijnsel (Cha87, Bun90, And90, Wen89,90, Phe90, Edd90a, Rya91). Ook in ons land doet deze variatie zich voor (KNMG89a, Mac90, Spe90, Wes90, Cas91, Har91b,c,d, Pos91).

Het feit dat de ene arts een bepaalde verrichting veel vaker toepast dan de andere, roept de vraag op wie het bij het rechte eind heeft. De arts die terughoudendheid betracht? Of juist hij die de verrichting op grote schaal toepast? Het antwoord op die vraag is vaak niet te geven. Zo is voor sommige aandoeningen meer dan één diagnostische route en meer dan één therapie beschikbaar, zonder dat bekend is of de ene aanpak beter is dan de andere. Variatie hoeft dus niet in alle gevallen te betekenen dat het medisch handelen te wensen overlaat. Afwezigheid van variatie betekent overigens ook niet automatisch goed medisch handelen. Onjuist gebruik van bepaalde verrichtingen over de hele linie is immers niet uitgesloten.

In ons land is van een beperkt aantal, vrij strikt te omschrijven verrichtingen de toepassing in de praktijk onderzocht. De uitkomst was steeds dat er variatie is in toepassing. Voor de overige verrichtingen ontbreken harde gegevens over de toepassing in de praktijk, en dus over de mate van variatie, maar de commissie heeft geen aanleiding om te veronderstellen dat zich hier geen variatie voordoet. Integendeel, zij vermoedt dat de variatie eerder regel is dan uitzondering voor grote delen van het medisch handelen.

De commissie ziet een grote interdoktervariatie als een signaal dat de kwaliteit van het medisch handelen wisselt. Waar het om gaat is te achterhalen waarom de praktijkvoering zo sterk varieert en in welke gevallen dat invloed heeft op de uitkomsten van het medisch handelen.

.....

### 3.4 Aandachtspunten

In het rapport 'Kiezen en delen' van de Commissie-Dunning wordt gesteld dat de medische professie het kaf van



het koren moet scheiden (WVC91). De auteurs doen een reeks van rationele aanbevelingen om het medisch handelen te verbeteren. De vraag is of dat wat moet gebeuren zonder meer te realiseren valt. De commissie die het voorliggende advies opstelde, ziet nogal wat - vaak irrationele - hindernissen. Dat zal zij in deze paragraaf toelichten. De belemmeringen worden één voor één kort beschreven, wat de indruk kan wekken dat elk van de genoemde problemen op zich zelf staat. Het tegendeel is het geval: er is veeleer sprake van een complex van factoren.

.....

#### 3.4.1 Toepassing van aanvullende diagnostiek

Onder aanvullende diagnostiek verstaat de commissie alle diagnostische verrichtingen met uitzondering van anamnese en lichamelijk onderzoek. Dus laboratoriumtests en functieonderzoeken, zoals het elektrocardiogram (ECG), elektro-encefalogram (EEG), pathologisch-anatomisch onderzoek, beeldvormend onderzoek (röntgenfoto, echogram, computertomogram (CT-scan), etcetera) vallen onder aanvullende diagnostiek.

Veel aanvullende diagnostiek is eenvoudig en betrekkelijk goedkoop, zodat de arts deze onderzoeken gemakkelijk op grote schaal toepast. Maar juist daardoor is deze zogeheten 'kleine technologie' kostbaar, goed voor ongeveer 12 procent van het gezondheidszorgbudget (WVC91, pagina 140).

Evenals in andere westerse landen is in ons land sprake van overmatig gebruik van diagnostiek. De commissie heeft de indruk dat, ondanks de ruime aandacht die dit onderwerp geniet (Vri88, Eis89, GR89, Kas89, Lam89, Woo90), zowel oneigenlijk gebruik als overbodig gebruik eerder toe- dan afneemt. Met oneigenlijk gebruik wordt bedoeld dat de toegepaste diagnostiek niet geschikt is om antwoord te geven op de gestelde vraag. Van overbodig gebruik spreekt men als de diagnostiek niet nodig is omdat de aanvrager al over voldoende informatie beschikt, of als de diagnostiek geen consequenties heeft, omdat voor de gevonden afwijking geen zinvolle therapie bestaat (GR89). De vaak zeer intensieve nacontrole van patiënten die voor bepaalde vormen van kanker behandeld zijn, is van dat laatste een voorbeeld.

Daarnaast komt ondergebruik van diagnostiek (het ten onrechte niet benutten van diagnostische mogelijkheden) voor. Zo maken sommige huisartsen nooit gebruik van de faciliteiten van het huisartsenlaboratorium, terwijl dat in bepaalde gevallen een verwijzing naar de specialist kan voorkomen. Ook is merkbaar, nu van de artsen gevraagd wordt zuinig om te gaan met de beperkte middelen, dat de neiging groeit goedkope alternatieven toe te passen, ook bij patiënten voor wie een dure vorm van diagnostiek uiteindelijk goedkoper en beter, dus doelmatiger is. Een voorbeeld is het toepassen van conventionele radiodiagnostische methoden, terwijl voor de patiënt in kwestie MRI (Magnetic Resonance Imaging) aangewezen is. Het kan dan voorkomen dat men eerst een reeks van relatief goedkope vormen van diagnostiek toepast, zoals het maken van een röntgenfoto (al of niet met contrastmiddeltoediening), echografisch onderzoek eventueel gevolgd door een CT-scan, en dan tot de slotsom komt dat alsnog MRI nodig is, omdat het om een aandoening gaat die alleen met die techniek goed beoordeeld kan worden (bijvoorbeeld bepaalde vormen van kanker in de wervelkolom). Bij MRI speelt overigens mee dat deze techniek in ons land slechts op beperkte schaal beschikbaar is.

Onjuist gebruik van diagnostiek heeft een complex van oorzaken. De hoofdreden is het met de dag groeiende aanbod van diagnostische mogelijkheden. Veel artsen beschikken niet over de medisch-besliskundige vaardigheden om uit al die mogelijkheden goed te kiezen. Daarvoor is kennis van de waarde van de tests, begrip van de klinische epidemiologie en inzicht in het natuurlijk beloop van ziekten vereist; de praktijk vertoont wat dat betreft lacunes. Andere belemmeringen voor rationele toepassing van diagnostiek liggen binnen de organisatie van het werk van de arts (tijdgebrek, slechte communicatie), of hebben te maken met zijn werkstijl (een onzekere houding (Kas89), een traditionele instelling (Eis89)) of met financiële belangen (Hem90, Hil90, Kra90, Wri91, zie 3.4.4 en Gele Bijlage). Het Jaaradvies 1989 van de Gezondheidsraad bevat meer informatie over het onjuist gebruik van diagnostiek (GR89).

.....

.....

### 3.4.2 Therapeutisch handelen

Men hoeft maar enkele exemplaren van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde op te slaan om te ontdekken dat voor veel aandoeningen een bonte variatie bestaat aan therapeutische verrichtingen. Deze variatie is voor een belangrijk deel een gevolg van het ontbreken van kennis. Het gaat hierbij niet primair om gebrek aan kennis van de individuele arts, hoewel dat niet onbelangrijk is (3.4.6), maar om een fundamenteel tekort aan wetenschappelijke gegevens over het nut van bepaalde behandelwijzen. Veel therapieën worden in de dagelijkse praktijk ingevoerd zonder dat de effectiviteit ervan onomstotelijk bewezen is (Fee86, She88, Edd88, Sox89, Ban90, Hei90, Lin90, McP90, Wen90, Bro91a,b, Gin91, Smi91, WVC91). Soms is de werkzaamheid wel vastgesteld onder ideale omstandigheden bij een zeer streng geselecteerde groep patiënten, maar dat betekent niet dat toepassing ook doeltreffend is in de dagelijkse praktijk, bij andere groepen patiënten en bij andere indicaties. Ook zijn er tal van kwalen en gebreken die vanzelf verdwijnen, maar waarvoor de patiënt toch de hulp inroept van de arts. De meeste artsen zullen in zo'n geval een of andere therapie instellen, al was het alleen maar omdat zij in hun opleiding leerden dat het goed is om altijd 'iets te doen voor de patiënt'.

.....

### 3.4.3 Invoering van nieuwe verrichtingen

Er zijn veel oorzaken van overhaaste invoering van nieuwe diagnostische en therapeutische methoden. Zo kan het zijn dat er voor een bepaalde aandoening nog geen behandeling bestaat of dat de bestaande behandeling niet goed voldoet. Een nieuwe verrichting krijgt dan het voordeel van de twijfel, zeker als de theorie waarop zij berust, aannemelijk lijkt en men voor een sterk aandringende patiënt geen bevredigend alternatief heeft. Soms is van bepaalde ingrepen of medicijnen wel vastgesteld dat ze effectief zijn in vergelijking met niets doen, maar is een goede vergelijking met bestaande, algemeen geaccepteerde alternatieven achterwege gebleven. De

invloed van de industrie op de invoering van nieuwe zaken is groot. Niet elk nieuw geneesmiddel, diagnosticum of medisch hulpmiddel is een verbetering, al propageren de producenten dat wel.

Als medische handelingen eenmaal hun weg gevonden hebben naar de dagelijkse praktijk, verslapt de wetenschappelijke aandacht. De verzekeraars dragen daaraan bij, omdat zij bij het vaststellen of een verrichting in aanmerking komt voor vergoeding nog steeds meer waarde hechten aan het gebruikelijkheids criterium\* dan aan bewezen doeltreffendheid. Een dergelijke gang van zaken scheidt alle ruimte voor 'schoolvorming' en 'geloof' in plaats van wetenschappelijke onderbouwing als basis voor medisch handelen (Eps84).

.....

#### 3.4.4 Financiële prikkels

De wijze waarop het gezondheidszorgsysteem wordt gefinancierd is onvermijdelijk van invloed op het medisch handelen (WVC87, Wie88, Lee89, Spa89, Hem90, Hol90, Kra90, Fli91, Wri91).

De commissie meent dat van de huidige tariefstructuur financiële prikkels uitgaan die soms een averechtse invloed op de kwaliteit van het medisch handelen hebben. Idealiter staan een uitvoerige anamnese - met verstand van zaken luisteren naar en praten met de patiënt - en een deskundig lichamelijk onderzoek voorop. Om uiteenlopende redenen hechten artsen voor het stellen van de diagnose steeds meer waarde aan de technologie ten koste van dit fundament van het medisch handelen. De huidige tariefstructuur, waarin 'doen'\*\* goed wordt gehonoreerd, terwijl denken, praten en lichamelijk onderzoek juist slecht worden beloond, stimuleert deze negatieve ontwikkeling. Dit doet zich niet alleen voor bij specialisten die hun eigen verrichtingen kunnen declareren (de zogeheten zelfverwijzende specialisten (Hil90)), maar ook bij artsen die over weinig

.....

\* Hiermee wordt bedoeld dat een verrichting die algemeen aanvaard is onder beroepsgenoten vrijwel automatisch in het verstrekkingspakket wordt opgenomen.

\*\* Met 'doen' wordt hier bedoeld het doen van aanvullend diagnostisch onderzoek.

.....

declarabele verrichtingen beschikken, zoals internisten en reumatologen. Het handelen van deze groep kan toch onder financiële druk komen te staan, zij het indirect. Hun inkomen wordt sterk bepaald door het aantal verwijskaarten (lees: patiënten) dat zij kunnen verwerken. De neiging bestaat dan zich te verlaten op diagnostiek die uitbesteed kan worden aan anderen, zoals de klinisch chemicus of de radiodiagnost, in plaats van uitvoerig aandacht te besteden aan de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Ook de tijdsdruk waaronder artsen dikwijls staan, speelt hierin mee (3.4.11).

.....

#### 3.4.5 Nascholing

De arts moet bijblijven in zijn vak. Door gebrek aan tijd (3.4.11) krijgt het bijhouden van de wetenschappelijke literatuur niet steeds de gewenste prioriteit. Bovendien maakt de enorme groei van het aantal publikaties in de afgelopen decennia het de arts niet altijd even gemakkelijk om door de bomen het bos te blijven zien (Hay86a,b,c, Hay90). De wetenschappelijke verenigingen hebben tot taak de artsen hierbij behulpzaam te zijn (Mei90). Deze instanties organiseren tal van nascholingsactiviteiten met het doel de deskundigheid van hun leden te bevorderen. Dat vindt de commissie een goede zaak. Wel zijn er enkele problemen.

Deelname aan nascholingsbijeenkomsten is misschien wel een morele, maar geen wettelijke plicht. In de praktijk blijkt dat een deel van de artsen altijd, een deel incidenteel en de rest nooit aan deze activiteiten deelneemt. Dat kan wederom liggen aan tijdgebrek (3.4.11), maar ook de beroepsopvatting van de arts speelt hierin mee.

Hoewel de commissie het belangrijk acht dat de artsen op de hoogte blijven van nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen binnen hun vakgebied, meent zij dat de experimentele geneeskunde te veel aandacht krijgt in vergelijking met nascholing gericht op de dagelijkse praktijk.

Voorts staat scholing in effectiviteits- en kwaliteitsonderzoek nauwelijks op het programma. De commissie vindt dat dit soort onderzoek moet uitgroeien van een activiteit

.....

voor artsen, zoals dat nu meestal het geval is, tot een activiteit die ook door artsen wordt uitgevoerd (Gum88, Rel90, Bro91a). Een grotere betrokkenheid van het veld is geboden (3.4.6), maar artsen zijn hierop nauwelijks voorbereid (RGO88).

.....

#### 3.4.6 Evaluatie van het eigen medisch handelen

Met het pleidooi in de vorige paragraaf voor meer betrokkenheid van praktizerende artsen bij effectiviteits- en kwaliteitsonderzoek bedoelt de commissie allerm minst dat elke arts zich omvormt tot een wetenschappelijk onderzoeker die elke patiënt als proefpersoon behandelt en betreft in wetenschappelijk onderzoek; wel dat de arts de uitkomsten van zijn handelen systematisch evalueert, openlijk bespreekt met zijn collega's en zijn handelwijze zo nodig bijstelt.

Hoe competent de arts ook is en hoe goed de organisatie van de zorg en het niveau van de nascholing ook zijn, de werkelijke kwaliteit van het medisch handelen blijkt uit de uitkomsten ervan (Don88, Ell88, Roo90, Wen90, Bro91b). De uitkomsten in brede zin: niet alleen het opheffen van pijn, ziekte, ongemak en onrust, maar ook de complicaties en bijwerkingen van diagnostiek en behandeling. Het meten van de uitkomsten is verre van eenvoudig. Weinig artsen zijn voldoende getraind in een systematische evaluatie van hun handelen, waardoor het gevaar bestaat dat zij hun oordeel baseren op dat wat eenvoudig na te gaan is. Een eenzijdig beeld is dan het gevolg.

.....

#### 3.4.7 De patiënt

De veranderende houding van het 'publiek' tegenover gezondheid en ziekte is van grote invloed op de medische praktijkvoering. De toenemende mondigheid is een zeer groot goed, maar er is ook een keerzijde. De patiënt is consument aan het worden en men spreekt dan ook wel van consumentengeneeskunde als niet de medische noodzaak, maar de wens van de patiënt het medisch handelen bepaalt. Het publiek stelt meer en hogere eisen dan vroeger. Men gaat eerder naar de huisarts en vraagt sneller en vaker om verwijzing naar de specialist, niet alleen bij klachten, maar ook om ziekte uit te sluiten (Kro85,

Arm91). Men wil behandeld worden voor afwijkingen die geen klachten geven, zoals bij toeval gevonden galstenen. Ook aarzelt men niet een tweede of derde arts te raadplegen als de klachten niet snel genoeg verdwijnen ('shoppen'). Daar komt bij dat de patiënt verlangt dat de arts in zijn handelen geen rekening houdt met de kosten die daarmee gemoeid zijn; daarvoor betaalt men immers premie (Van89, Mei90, Gev91).

Gezondheid en ziekte staan veel meer in de belangstelling dan vroeger (Cas86). Voorlichting door de media heeft een grote bijdrage geleverd aan het mondiger worden van de patiënt. Op de manier waarop de media informatie verstrekken, valt echter wel wat af te dingen. De medische rubrieken in kranten en weekbladen gaan niet zelden mank aan fouten, oppervlakkigheid, onvolledigheid en vatbaarheid voor reclame (Con91). Ook leggen de media nogal eenzijdig de nadruk op het beeld van de moderne mens, die altijd fit is en geen pijn of andere klachten kent. Wie niet aan dat beeld voldoet, moet een arts raadplegen. De voorlichting over nieuwe behandelmethoden zou eveneens genuanceerder kunnen: niet alleen aandacht voor de positieve kanten van een nieuwe ontwikkeling, maar ook voor kosten, beschikbaarheid, complicaties en bijwerkingen. Anders gaat het publiek steeds hogere, vaak irreële eisen aan de geneeskunde stellen.

De arts komt regelmatig in de positie dat hij moet kiezen tussen 'de klant is koning' of 'de dokter heeft het laatste woord'. Bij deze moeilijke afweging krijgt hij nog te weinig steun van zijn omgeving: de instelling waar hij werkt, de beroepsvereniging, de overheid en de maatschappij.

.....

#### 3.4.8 Solistisch werken

De solistische werkwijze, vroeger zo gebruikelijk, past volgens de commissie niet meer bij de eisen van deze tijd. Toch is bij huisartsen de solopraktijk nog de meest voorkomende organisatievorm: in 1989 werkte 69 procent van de huisartsen als solist en 31 procent in een of ander gestructureerd samenwerkingsverband (groepspraktijk, 'home team', gezondheidscentrum) (TK91b). En hoewel specialisten voor het

.....

overgrote deel in maatschappen verenigd zijn, is de eenmans-specialistenpraktijk nog niet volledig van het toneel verdwenen. Bovendien is het werken binnen maatschapsverband geen garantie voor de samenwerking die de commissie bedoelt. In veel maatschappen is de samenwerking beperkt tot de praktijkorganisatie (waarnemen voor elkaar en financiën) en is ieder volledig vrij een eigen medisch beleid te voeren.

De commissie wil niet beweren dat individueel werkende artsen zich aan overleg en samenwerking op medisch gebied onttrekken. Deze contacten scheppen evenwel te weinig wederzijdse verplichtingen. De commissie staan meer geformaliseerde en gestructureerde samenwerkingsverbanden voor ogen, waarin de ruimte en de sfeer geschapen worden voor wederzijdse ondersteuning, terugkoppeling en toetsing van elkaars handelen.

.....

#### 3.4.9 De rol van de huisarts en het samenspel van huisarts en specialist

Sinds de Tweede Wereldoorlog is het aantal specialisten en specialisten geweldig gegroeid. De specialisatie gaat nog door: uit de specialismen zijn weer superspecialismen (ook wel deel- of subspecialismen genoemd) voortgekomen en dat proces is niet ten einde. Hierdoor dreigt de rol van de huisarts op de achtergrond te raken.

De commissie vindt dat de patiënt een 'advocaat' en steunpunt nodig heeft om zijn weg te kunnen vinden in het specialistische 'circuit'. De huisarts is de persoon bij uitstek om de patient te beschermen en te adviseren bij belangrijke keuzen. De huisarts is voor patiënten die meer dan één aandoening hebben - wat steeds vaker voorkomt bij toenemende ouderdom - de enige die het overzicht kan houden over de behandeling van de patiënt, juist als daar verschillende (super)-specialisten bij betrokken zijn.

Een tiental jaren geleden begon men dat langzaam maar zeker in te zien (TK83a,b) en de overheid besloot in de loop van de jaren tachtig middelen ter beschikking te stellen voor de versterking van de eerstelijns: voor praktijkverkleining, vorming van groepspraktijken en deskundigheidsbevordering (TK87,88b,89,90,91b).



De huisartsen hebben zich ingezet om de beoogde doelen te bereiken. Het aantal huisartsen is tussen 1983 en 1990 gegroeid van ruim 5700 naar bijna 6400, het aantal gestructureerde werkverbanden is toegenomen (al gaat die ontwikkeling langzaam, zie 3.4.8), de gemiddelde praktijkomvang neemt gestaag af (TK89,90,91b) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) spant zich in richtlijnen voor de werkwijze van de huisarts te formuleren (NHG89).

De commissie juicht deze ontwikkelingen toe, maar tekent er bij aan dat zij alleen tot hun recht kunnen komen bij een goed samenspel tussen huisartsen en specialisten. Hun samenwerking laat evenwel nogal eens te wensen over. De mogelijkheid van telefonische consultatie van de specialist wordt door de huisarts te weinig benut, mede doordat de specialist er niet altijd open voor staat. De verwijsbrief van de huisarts is niet altijd even duidelijk gesteld en als dat wel het geval is, handelt de specialist vaak niet in overeenstemming met de vraagstelling (Ker90, Eng91). De terugrapportage door de specialist is dikwijls niet optimaal. De klacht van de huisartsen is niet zozeer dat de inhoud van de antwoordbrieven van de specialist niet goed is, maar dat de specialist hen te lang, weken tot soms wel maanden, in het ongewisse laat over zijn oordeel en zijn beleid met betrekking tot de naar hem verwezen patiënten (Wes91). Daarbij komt dat beide partijen het lang niet altijd eens zijn over wat tot wiens terrein behoort. Consensus over opname in het ziekenhuis van patiënten met bepaalde aandoeningen ontbreekt, wat soms aanleiding geeft tot wrijvingen tussen huisartsen en specialisten. Huisartsen menen dat patiënten vaak langer dan nodig onder specialistische behandeling blijven en specialisten vinden dat de deskundigheid van huisartsen op bepaalde deelgebieden tekortschiet, waardoor zij geneigd zijn de patiënt niet al te snel terug te verwijzen. Gebrek aan inzicht van de specialist in het functioneren en de werkwijze van huisartsen (Gil87, Jac90) en omgekeerd ziet de commissie als een belangrijke oorzaak van de gebrekkige communicatie tussen de eerste- en de tweedelij.

.....

.....

3.4.10 Samenwerking tussen specialisten en afbakeningsproblemen

De toename van het aantal specialisten en de voortschrijdende specialisering maken intra- en interdisciplinair overleg en samenwerking tussen specialisten onontbeerlijk. De commissie constateert dat de bereidheid tot collegiaal overleg in de afgelopen jaren is gegroeid. Toch heeft dat overleg nog vaak een gelegenheidskarakter. Een meer gesystematiseerde en gestructureerde aanpak zou effectiever zijn.

.....

Daarnaast signaleert de commissie knelpunten in de afbakening tussen specialismen. Hoewel competitie een prikkel kan zijn tot vooruitgang en kwaliteitsverbetering, doen zich tussen specialismen problemen voor die aanleiding geven tot competitie en competentiestrijd waarbij niet altijd het belang van de patiënt vooropstaat.

Spanningen tussen specialismen kunnen ontstaan wanneer dezelfde verrichting door specialisten van verschillende disciplines uitgevoerd wordt. Zo was voorheen beeldvorming het monopolie van de radiodiagnost, maar tegenwoordig behoort een echo-apparaat tot de praktijkuitrusting van specialisten van uiteenlopende disciplines. Andere voorbeelden zijn endoscopie van het spijsverteringskanaal, die door internisten, gastroenterologen en chirurgen gedaan kan worden (Mee91), de behandeling van fracturen, die aanleiding geeft tot spanningen tussen algemeen chirurgen en orthopeden, en chirurgie van de wervelkolom, waarmee zowel orthopeden als neurochirurgen zich bezighouden. Bij de concilia voor de opleiding en de beroepsverenigingen bestaat nog te weinig constructieve bemoeienis met afbakeningsproblemen en zelfs als men tot landelijke afspraken komt, laat de lokale invulling daarvan dikwijls te wensen over.

Ook als er voor een bepaalde aandoening meer dan één behandelingsmogelijkheid bestaat en de alternatieven op het terrein van verschillende specialismen liggen, kunnen verschillen van opvatting en spanningen tussen disciplines ont-

.....

staan. Sprekende voorbeelden zijn de behandeling van patiënten met maag- en darmaandoeningen, waar de keuze is medicamenteuze behandeling door de internist of operatieve behandeling door de chirurg, en de behandeling van patiënten met atherosclerotische aandoeningen, waar de 'strijd' zich afspeelt tussen medicamenteuze behandeling door de cardioloog, PTCA\* door de interventiecardioloog of een coronaire bypass-operatie (CABG\*\*) door de chirurg. Doordat de alternatieven op het terrein van verschillende disciplines liggen, is onderzoek naar de effectiviteit van de diverse behandelingsmogelijkheden extra moeilijk.

Verder doen de introductie van nieuwe technieken en de voortgaande specialisatie de grenzen tussen specialismen verschuiven. Het ene vakgebied krimpt in ten koste van het andere en dat is moeilijk aanvaardbaar voor het specialisme dat een deel van zijn terrein moet prijsgeven. Het gevaar dreigt dat men koste wat het kost zijn eigen discipline in volle omvang wil handhaven, een streven dat de patiënten niet altijd ten goede komt. Algemene chirurgie, keel-, neus- en oorheelkunde en klinische neurofysiologie zijn voorbeelden van inkrimpende vakgebieden.

.....

De genoemde situaties worden gekenmerkt door de neiging het belang van de specialist of het specialisme centraal te stellen in plaats van dat van de patiënt. De beschrijvingen zijn bedoeld als illustraties; de commissie heeft niet gepoogd een complete inventarisatie van afbakeningsproblemen tussen specialismen te geven. Zij heeft het vermoeden dat vergelijkbare problemen tussen andere disciplines spelen.

.....

#### 3.4.11 Tijdsdruk

De werkbelasting van artsen is groot. Werkweken van 60 tot 80 uur zijn geen uitzondering. Dit schaadt volgens de commissie de kwaliteit van het medisch handelen. Onder tijdsdruk

.....

\* Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek, ook wel 'dotteren' geheten.

\*\* Coronary Artery Bypass Graft

nemen laboratorium- en andere aanvullende diagnostiek gemakkelijk de plaats in van anamnese en lichamelijk onderzoek en komen nascholing, evaluatie van het eigen handelen en collegiale contacten in het nauw.

De veeleisendheid van de moderne patiënt is een belangrijke oorzaak van de grote werkbelasting. Maar ook andere factoren spelen een rol, zoals de wijze van honoreren van de arts, de organisatie van zijn spreekuur en de beroepskrachtenplanning. De spiraal zou doorbroken kunnen worden door een meer rationele, terughoudende werkstijl van de artsen.

.....

#### 3.4.12 Beroepskrachtenplanning

De beroepskrachtenplanning is tot nu toe vrijwel uitsluitend een zaak van de specialisten zelf. De uitvoering wisselt sterk per specialisme en verloopt volgens de commissie niet optimaal. Zij vindt dat traditie en beroepsbelangen te veel gewicht in de schaal leggen, waardoor de planning onvoldoende is afgestemd op de behoefte aan gezondheidszorg. Men houdt verder nauwelijks rekening met (toekomstige) grensverhuivingen tussen disciplines. De neiging bestaat nieuwe ontwikkelingen die uitbreiding voor het specialisme kunnen betekenen wel in de planning te betrekken, maar met inkrimping geen rekening te houden. Bovendien is lange-termijnplanning niet eenvoudig; hiervoor is een onafhankelijk oordeel nodig over het hele terrein van de geneeskunde en een goede kennis van demografische ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor het ziektepatroon van de bevolking.

.....

#### 3.4.13 Spreiding en concentratie

Een ruime spreiding van voorzieningen over de ziekenhuizen in ons land bevordert de toegankelijkheid. Maar voor sommige zaken leidt een spreiding tot ongewenste versnippering van kennis en kunde. Om voldoende kennis en ervaring op te bouwen en te onderhouden is een zeker aanbod nodig van patiënten die voor de verrichting in kwestie in aanmerking komen. Bij zeldzame, moeilijk te diagnostiseren aandoeningen en bij weinig voorkomende complexe ingrepen tellen deskundigheid en ervaring zwaarder dan ruime verspreiding.

De commissie bespeurt een te grote spreiding van sommige verrichtingen, met een suboptimale kwaliteit van zorg als gevolg. Over concentratie en spreiding van voorzieningen en het vormgeven van een adequaat spreidingsbeleid, wordt door de professie te weinig nagedacht. Als de discussie al wordt gevoerd, staan dikwijls de (financiële) belangen van artsen of ziekenhuizen meer op de voorgrond dan de belangen van de patiënt.



.....

.....

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

.....

4.1 Inleiding

Het medisch handelen bevindt zich op een 'tweesprong'. De beroepsgroep heeft de keuze: of nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuis-management het initiatief overnemen. De commissie pleit voor de eerste optie. Zij vindt het van het grootste belang dat de medische beroepsbeoefenaren met spoed het nodige in het werk stellen om de barrières die goed medisch handelen in de weg staan, te slechten. Als de professie dat nalaat zullen anderen gaan voorschrijven wat artsen wel en niet mogen doen. Daar zijn noch de patiënten, noch de artsen zelf bij gebaat (Alp87, Ber87, Coo91, Bri91, Wel91). Goed medisch handelen vereist grote deskundigheid. Het zijn de artsen die over die deskundigheid kunnen beschikken. Zij zijn het die dagelijks met patiënten geconfronteerd worden en zij zijn daarom de aangewezen personen om vast te stellen wat tot goed medisch handelen behoort en wat niet.

Een en ander vraagt de volledige inzet van de beroepsgroep en van de medische faculteiten. Een aantal beroepsverenigingen heeft een begin gemaakt met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid, zij het nog aarzelend en fragmentarisch. Om een werkelijk goed kwaliteitsbeleid tot stand te brengen is een meer systematische aanpak dringend gewenst.

.....

4.2 Naar beter medisch handelen

Hieronder zet de commissie uiteen wat er moet gebeuren, wil verbetering van het medisch handelen gestalte krijgen. Het betreft de grote lijn; de gedetailleerde invulling is een taak van de beroepsgroep zelf, waarbij soms de medewerking van de overheid of de verzekeraars nodig zal zijn.

.....

De commissie sluit niet uit dat haar voorstellen financiële consequenties hebben en mogelijk zelfs financiële offers vragen. Zij laat die kant buiten beschouwing in de hoop dat de overheid, de medische professie en de ziekenhuizen bereid zijn deze gevolgen te accepteren, als daarmee de kwaliteit van de gezondheidszorg gediend is.

.....

#### 4.2.1 Evaluatie van het medisch handelen

Systematische evaluatie en openlijke bespreking van de uitkomsten van het eigen handelen met collega's (4.2.3) moeten tot de dagelijkse routine van de arts gaan behoren. Dat is een eerste voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van het medisch handelen. Toch is dat minder eenvoudig dan het op het eerste gezicht lijkt (Nix90, Smi90, Ber89).

Onzekerheid over waar en hoe te beginnen met deze evaluatie werkt verlamdend op de individuele arts, zelfs als de noodzaak hem duidelijk voor ogen staat. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om deze onzekerheid weg te nemen. De beroepsverenigingen moeten individuele artsen behulpzaam zijn door hun in nascholingsprogramma's de werktuigen aan te bieden die nodig zijn voor een systematische aanpak en zij zullen moeten aangeven waar de prioriteiten liggen (Cas90, Mei90).

De commissie meent dat elke wetenschappelijke vereniging over een onafhankelijke kwaliteitscommissie moet beschikken. Dat mag geen vrijblijvende zaak zijn, maar moet verplicht worden gesteld. In deze commissies moeten evaluatie en bevordering van professioneel medisch handelen centraal staan.

.....

#### 4.2.2 Effectiviteitsonderzoek

Het tekort aan kennis van de effectiviteit van grote delen van het medisch handelen is de grootste belemmering voor verbetering van de kwaliteit van dat handelen. Het is van vitaal belang dat deze kennis er komt. Voor het scheiden van het kaf van het koren is de medewerking van de artsen op de werkvloer essentieel, omdat zij de verrichtingen toepassen en de positieve en de negatieve uitkomsten ervan zien (Ebe90, RGO90).



.....

De resultaten van dergelijk onderzoek moeten waar mogelijk vertaald worden in protocollen (standaarden of richtlijnen\*) voor het medisch handelen in welomschreven situaties. De bereidheid om met protocollen te werken zal groter zijn, naarmate de artsen nauwer betrokken zijn bij de totstandkoming ervan.

Protocollen zijn bedoeld om het medisch handelen richting te geven. Ze mogen niet opgevat worden als dwingende voorschriften, die ten doel hebben het verstand uit te schakelen bij het nemen van beslissingen. De arts moet de vrijheid behouden van een protocol af te wijken, als hij daar gegronde redenen voor heeft. Bij de keuze tussen medisch gelijkwaardige alternatieven, kan de voorkeur van de patiënt de doorslag geven.

Behalve als middel om het nemen van therapeutische beslissingen te verbeteren ziet de commissie protocollen ook als waardevolle instrumenten voor het terugdringen van onjuist gebruik van aanvullende diagnostiek.

.....

#### 4.2.3 Samenwerking, overleg en toetsing

De kwaliteit van het medisch handelen van de arts hangt sterk af van zijn beroepsopvatting. Bereidheid tot overleg en samenwerking, tot toetsen en getoetst worden - dus bereidheid om kritiek te geven en te ontvangen - zijn kenmerken van een op kwaliteit gerichte attitude.

De vorming van samenwerkingsverbanden is dringend gewenst. De commissie juicht het recente initiatief van de regering toe om gelden beschikbaar te stellen voor de reorganisatie van de huisartsenpraktijken tot zogeheten huisartsengroepen, die naast waarneming voor elkaar ook taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, samenwerking en beleidsvorming op zich nemen (TK91b).

De commissie vindt dat ook specialistenmaatschappen, voor zover nog niet op een dergelijke leest geschoeid, verplicht moeten worden tot geformaliseerde samenwerking, waarin

.....

\* Zie voor een bespreking van de termen bijvoorbeeld Edd91b, Jen91.

plaats en aandacht is voor informatieoverdracht en het maken van gezamenlijke afspraken over het te voeren medische beleid.

In huisartsengroepen en maatschappen moet men streven naar een sfeer waarin onzekerheden in de besluitvorming en de resultaten en complicaties van het medisch handelen bespreekbaar zijn. Een grotere openheid is geboden.

Overleg en samenwerking kunnen niet beperkt blijven tot de eigen discipline. Huisartsen en specialisten vormen nog steeds twee sterk gescheiden groepen, die weinig inzicht in elkaars functioneren en werkwijze hebben. Dat belemmert een goede communicatie over patiënten. Deze zijn er de dupe van als de contacten slecht verlopen.

Overleg en samenwerking tussen specialisten van verschillende disciplines vragen meer aandacht. Binnen de ziekenhuizen groeit de belangstelling voor besprekingen die tot doel hebben een beleid uit te stippelen voor patiënten voor wie een multidisciplinaire benadering aangewezen is. Necrologiebesprekingen, waarin men gezamenlijk nagaat waarom een bepaalde patiënt overleden is, en fotobesprekingen van de radiodiagnost met de behandelend specialist zijn eveneens van grote waarde. Daar waar dergelijke besprekingen nog een incidenteel karakter dragen, moet men streven naar gestructureerd interdisciplinair overleg. Interdisciplinair overleg is ook dringend gewenst om te komen tot goede afspraken over taakafbakening.

.....

De bedoelde samenwerkings- en overlegvormen leggen een basis voor interne toetsing en dat is essentieel. Daarnaast vindt de commissie de invoering van externe toetsing onontbeerlijk. Zij meent dat visitatie van maatschappen en huisartsengroepen door onafhankelijke beroepsgenoten krachtig ter hand genomen moet worden door de (kwaliteitscommissies van de) wetenschappelijke verenigingen. Visiteren, wat nu - enkele specialismen uitgezonderd - beperkt is tot de opleiders en de opleidingsklinieken, moet uitgebreid worden tot een activiteit die alle artsen en alle instellingen betreft. In de visitatieprocedure moet de nadruk komen te liggen op de beoordeling van uitkomsten van het medische beleid van de gevisiteerde arts of instelling.

.....

Verder pleit de commissie voor invoering van examens voor de herregistratie van specialisten en huisartsen, omdat zij meent dat herregistratie gebaseerd moet zijn op een onafhankelijk oordeel over de actuele competentie van de arts.

.....

#### 4.2.4 Opleiding en nascholing

Het medisch basiscurriculum en de vervolgopleiding zijn onvoldoende toegesneden op het 'ideale werken' van de arts volgens de normen van deze tijd.

De klinisch-epidemiologische denktrant moet vanaf het eerste begin onderdeel uitmaken van de opleiding. Onderwijs in dat vak mag niet beperkt zijn tot theoretische colleges. Het gaat er om de toekomstige medici te leren verantwoorde beslissingen te nemen en dat kan alleen door de kennis in praktijk te brengen.

De commissie hecht grote waarde aan het aankweken van een op kwaliteit gerichte attitude (RGO90). Gedurende hun hele opleiding moet de toekomstige artsen duidelijk worden gemaakt hoe belangrijk dat aspect van het vak is. De beste manier om hieraan gestalte te geven is hun de waarde ervan te laten zien. Dat betekent dat de opleiders evaluatie van het medisch handelen, het werken met protocollen, collegiaal overleg en zich toetsbaar opstellen, en een goede bejegening van de patiënt en zijn familie expliciet in hun colleges behandelen, de assistenten daarin verantwoordelijkheden toekennen (Ste90, Thi91) en, niet in de laatste plaats, deze zaken zelf in praktijk brengen. Zo moet het voor assistenten in opleiding en hun opleiders - goed voorbeeld doet goed volgen - vanzelfsprekend zijn kritiek te geven en te ontvangen, om met respect over patiënten en collega's te spreken en met hen te overleggen en nauw samen te werken.

Om te komen tot een betere samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijns is tijdens de opleiding van huisartsen en specialisten intensieve confrontatie met elkaars vakgebied nodig. In de meeste huisartsenopleidingen is een klinische stage reeds verplicht. Het verdient aanbeveling de specialist in opleiding een stage in de huisartsenpraktijk te laten doorlopen, zoals gebruikelijk is in Engeland.

.....

Kosten-effectiviteit en management moeten een plaats krijgen in de opleiding. De Landelijke Specialisten Vereniging heeft al het initiatief genomen managementcursussen voor praktiserende artsen in het nascholingsprogramma op te nemen.

De verantwoordelijkheid voor het bijhouden van het vak ligt primair bij de individuele arts. Hij moet op de hoogte blijven van de ontwikkelingen op zijn gebied door het bestuderen van de literatuur, het volgen van cursussen en deelname aan vergaderingen van zijn wetenschappelijke vereniging. Dat laatste biedt hem tevens de gelegenheid informatie uit te wisselen met collega's die niet tot zijn eigen huisartsengroep of maatschap behoren.

Bij de huidige snelle kennisontwikkeling en de groei van de medische mogelijkheden kan nascholing geen vrijblijvende zaak meer zijn. De commissie vindt dat nascholing een vereiste is om voor herregistratie in aanmerking te komen, waarbij men bijvoorbeeld punten kan toekennen voor nascholingsactiviteiten, een systeem dat in ontwikkeling is bij internisten.

.....

#### 4.2.5 Afbakening van taken

De commissie beseft dat de taakafbakening tussen specialisten allerm minst eenvoudig is. Elke arts mag alles doen en dat principe werkt op zich stimulerend. Het strikt vastleggen van wat welk specialisme mag doen, vindt de commissie geen goede oplossing. Het stellen van duidelijke eisen aan deskundigheid en ervaring van specialisten die bepaalde verrichtingen willen toepassen is een beter alternatief.

Als er problemen ontstaan over toepassing van dezelfde verrichting door competente specialisten van verschillende disciplines (wie mag wat en hoeveel doen), dan moeten er lokale afspraken gemaakt worden\*. Zolang in deze afspraken het belang van de patiënt op de eerste plaats staat, kan men een heel eind komen.

Meer inspanning vergt het oplossen van het soort 'ter-

.....

\* De commissie wijst op het soort afspraken dat neurochirurgen en orthopeden hebben in ziekenhuizen waar beiden werken. Zie Gele Bijlage paragraaf 3.2.4.

.....

reinconflicten' waarbij verschillende soorten specialisten patiënten met dezelfde aandoening verschillend behandelen. Bij het oplossen van conflicten van deze aard moeten feiten die gebaseerd zijn op - bij voorkeur interdisciplinair - evaluatie-onderzoek de doorslag geven (IOM89, Edd90c). Uitgangspunt zal steeds moeten zijn het belang van de individuele patiënt.

.....

#### 4.2.6 Beroepskrachtenplanning

In Nederland is de beroepskrachtenplanning sterk in handen van de beroepsgroepen. Dit systeem lijkt aan herziening toe. De commissie vindt een grotere invloed van buitenaf, zoals in de ons omringende landen gebruikelijk, zeer gewenst\*. De commissie denkt daarbij aan de instelling van een centraal orgaan, zoals in Engeland. Daarin moeten onafhankelijke deskundigen zitting hebben, die zonder last of ruggespraak de opleidingscapaciteit van de verschillende specialismen kunnen bepalen.

De commissie adviseert de staatssecretaris kritisch te bezien op welke wijze externe invloed bij de planning van beroepskrachten gestalte kan krijgen.

.....

#### 4.2.7 Invoering van nieuwe verrichtingen

De commissie vindt dat invoering van nieuwe verrichtingen zorgvuldiger moet gebeuren (WVC91). Zij stelt voor het gebruikelijkheidscriterium af te schaffen en uitsluitend bewezen effectiviteit als maatstaf te nemen voor het beoordelen van de vraag of een verrichting in aanmerking komt voor vergoeding.

Het door de Ziekenfondsraad ontwikkelde programma 'Ontwikkelingsgeneeskunde' voorziet wat dit betreft duidelijk in een behoefte, maar de opzet is nog beperkt. Alle nieuwe technologieën, of deze nu de diagnostiek of de therapie be-

.....

\* De Nationale Raad voor de Volksgezondheid vindt invloed van buitenaf bij de beroepskrachtenplanning eveneens gewenst, zo blijkt uit zijn advies dat bij het ter perse gaan van dit advies verscheen (NRV91).

treffen, zouden een evaluatieprocedure moeten doorlopen. Dat hoeft overigens niet altijd in het kader van een strak ontwikkelingsgeneeskundig project te gebeuren. Hier ligt ook een taak voor de beroepsgroepen. Ook zij moeten toezien op de invoering van nieuwe methoden door deze eerst op beperkte schaal in de praktijk te (laten) evalueren en het indicatiegebied te omschrijven. Op grond van de verkregen resultaten kan men dan nagaan of het zinvol is de verrichting algemeen of beperkt in te voeren en zo ja, aan welke eisen de artsen en instellingen moeten voldoen.

Deze vorm van 'technology assessment op de werkvloer' kost geld en tijd. Het voordeel van deze werkwijze in combinatie met een strikte toepassing van bewezen effectiviteit als maatstaf voor vergoeding door de verzekeraars is echter duidelijk: men ontmoedigt dat iedereen meteen met elke nieuwe methode aan de slag gaat met als gevolg dat elke nieuwe verrichting - effectief of niet - zonder meer ingevoerd wordt.

.....

#### 4.2.8 Concentratie van voorzieningen

De evaluatie van de uitkomsten van complexe verrichtingen die weinig voorkomen, moet prioriteit krijgen. Voor verrichtingen die een grote deskundigheid en ervaring vereisen, is herbezinning nodig op omvang, beschikbaarheid en eisen waaraan arts en ziekenhuis moeten voldoen wanneer zij deze voorzieningen bieden (zoals een minimaal aantal patiënten met de desbetreffende aandoening per jaar en deskundigheidseisen).

Een meer flexibele toepassing van het budgetteringsstelsel van ziekenhuizen is een voorwaarde om concentratie in de praktijk te realiseren. Als er goede argumenten zijn voor concentratie van een bepaalde voorziening, moet dat gepaard gaan met aanpassing en eventueel herverdeling van ziekenhuisbudgetten. In feite wordt dit stelsel in praktijk gebracht bij voorzieningen die vallen onder artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV): de aangewezen ziekenhuizen krijgen hiervoor een vergunning en eventueel extra budget, en de overige ziekenhuizen niet.

Bij de invoering van nieuwe verrichtingen moet zorgvuldig nagegaan worden of concentratie dan wel spreiding op

grote schaal gewenst is. In adviezen van de Gezondheidsraad worden regelmatig aanbevelingen over spreiding en concentratie van voorzieningen gedaan. Als blijkt dat deze adviezen in onvoldoende mate 'spontaan' worden opgevolgd, verdient het aanbeveling overheidsmaatregelen te treffen, bijvoorbeeld door artikel 18 van de WZV een ruimere toepassing te geven.

.....

#### 4.2.9 De patiënt

Nuchtere voorlichting aan het publiek over gezondheid en ziekte en over medische mogelijkheden en onmogelijkheden is dringend gewenst. Behalve over de voordelen van nieuwe medische ontwikkelingen moet het publiek ook voorgelicht worden over de bijwerkingen, complicaties en mislukkingen (Lee91, WVC91). Hier ligt ook een taak voor de instellingen voor Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO).

Versterking van de eerstelijns, een proces dat al goed op gang is gekomen, is essentieel. De huisarts is de aangewezen persoon om de patiënt objectief voor te lichten en te behoeden voor de schadelijke kanten van medische consumptie.

Ten slotte moeten beroepsgroepen, verzekeraars en overheid onderling tot overeenstemming komen over wat onder consumentengeneeskunde, dus niet noodzakelijke zorg, moet worden verstaan.

.....

#### 4.2.10 Financiële prikkels

De commissie pleit ervoor het honoreringssysteem voor verrichtingen zo in te richten dat goed medisch handelen minstens even goed, zo niet beter, wordt beloond als een mindere handelwijze, ongeacht welk stelsel van gezondheidszorg er komt. Een betere honorering van anamnese, lichamelijk onderzoek en praten met de patiënt, en het onderbrengen van onderdelen van de diagnostiek in de verwijskaart zijn daartoe middelen. Met dit laatste hebben de ziekenfondsen een begin gemaakt. De commissie acht het wenselijk dat vaart gezet wordt achter deze ontwikkeling en dat de medische professie haar medewerking daaraan verleent.

Het vertalen van de uitkomsten van (interdisciplinair) evaluatie-onderzoek in financiële prikkels kan - ook al zal dat niet eenvoudig zijn - eveneens terreinconflicten helpen oplossen en bijdragen aan het uitvoeren van plannen tot concentratie.

Het valt buiten de taakstelling en de competentie van de Gezondheidsraad om deze paragraaf nader uit te werken.

.....

#### 4.2.11 De rol van de overheid

De overheid voert een beleid van terugtreden uit het veld van de gezondheidszorg. De commissie vraagt zich af of een beleid dat veel verantwoordelijkheid bij het veld legt, wel steeds verstandig is. Zij meent dat de regulering van bijzondere technologie een taak van de overheid moet blijven en zij zou het betreuren wanneer het tot nu toe gevoerde beleid in het kader van artikel 18 van de WZV, dat zijn nut in overtuigend bewezen heeft, niet wordt voortgezet.

Ook heeft de overheid - zoals eerder genoemd - een taak ten aanzien van het medisch onderwijs en de vervolgoopleidingen (4.2.4), de beroepskrachtenplanning (4.2.6), de invoering van nieuwe technologie (4.2.7) en de concentratie van voorzieningen (4.2.8). Voorts zouden nascholing en herregistratie van artsen (4.2.3, 4.2.4) en de instelling van kwaliteitscommissies binnen de wetenschappelijke verenigingen (4.2.1) verplicht moeten worden gesteld, bijvoorbeeld via de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) of in de komende kwaliteitswet.

De commissie vindt een actief en goed toegerust Staatstoezicht op de Volksgezondheid een onmisbaar instrument voor de naleving van de regels van goed medisch handelen, ook als die regels niet expliciet bij wet zijn vastgelegd, maar invulling ervan aan de beroepsgroep wordt overgelaten, zoals de overheid in haar nota 'Kwaliteit en zorg' bepleit (TK91a). De commissie adviseert de staatssecretaris tijdig maatregelen te nemen als het proces van kwaliteitsbevordering door het veld niet voorspoedig verloopt.



.....

.....

De commissie beseft dat het geen geringe opgave is de weg van verandering te kiezen. Het gaat niet alleen om veranderingen van praktische aard, maar vooral om een attitudeverandering in de hele medische professie. Dat zal de nodige tijd en inspanning vergen. Zij gaat er evenwel van uit dat de artsen in staat en bereid zijn deze uitdaging aan te nemen.

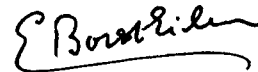
De commissie wijst er nogmaals op dat de veranderingen die zij bepleit, niet alleen door de artsen zelf kunnen worden bewerkstelligd. Ook de rolpatronen van patiënt moeten veranderen. Ten slotte kan de overheid door de wijze waarop zij het stelsel van gezondheidszorg herzielt een bijdrage leveren aan de oplossing van de door de commissie gesignaleerde knelpunten.

Namens de commissie,  
De secretaris,



mw dr YA van Duivenboden

De voorzitter,



mw dr E Borst-Eilers

.....

## LITERATUUR

- Alp87 Alper PR. The changing climate of medical practice. Medical practice in the competitive market. N Engl J Med 1987; 316: 337-9.
- And90 Andersen TF, Mooney G, red. The challenges of medical practice variations. Basingstoke: Macmillan Press Ltd, 1990.
- Arm91 Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. Br Med J 1991; 302: 1186-8.
- Ban90 Banta HD, Thacker SB. The case for reassessment of health care technology. Once is not enough. JAMA 1990; 264: 235-40.
- Ber87 Berrien R. The changing climate of medical practice. What future for primary care private practice? N Engl J Med 1987; 316: 334-7.
- Ber89 Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989; 320: 53-6.
- Ber91a Berg M, De Vries GH. Besliskunde en de constructie van het medisch handelen. Med Contact 1991; 46: 702-4.
- Ber91b Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. Hastings Center Report 1991; July-August: 6-11.
- Bri91 Bristow LR. More professionalism, less regulation. A response. In: Donaldson MS, Harris-Wehling J, Lohr KN, red. Medicare. New directions in quality assurance. Washington DC: National Academy Press, 1991: 22-6.
- Bro91a Brook RH. Quality of care: do we care? Ann Intern Med 1991; 115: 486-90.
- Bro91b Brook RH, McGlynn EA. Maintaining quality of care. In: Ginzberg E, red. Health services research. Key to health policy. Cambridge: Harvard University Press, 1991: 284-314.
- Bun90 Bunker JP. Variation in hospital admissions and the appropriateness of care: American preoccupations? Br Med J 1990; 301: 531-2.

- .....
- Cas86 Cassell EJ. The changing concept of the ideal physician. *J Am Arts Sci* 1986; 15: 185-208.
- Cas90 Caspari AF. De (actieve) rol van de beroepsgroep bij de kwaliteitsborging. Aandacht voor een gestructureerde aanpak. *Med Contact* 1990; 45: 1538-9.
- Cas91 Caspari AF, Geschiere R, Post D, e.a. Verschillen in zorgverlening tussen 11 KNO-maatschappen in twee ziekenfonds-regio's. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 754-8.
- CBO89 Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing. *Lexicon voor sprekers over Kwaliteitsbevordering*. In: Tien jaar CBO. Utrecht: CBO, 1989.
- Cha87 Chassin MR, Kosecoff J, Park RE, e.a. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 258: 2533-37.
- Con91 Consumentenbond. Medische rubrieken niet altijd betrouwbaar. *Consumentengids* 1991; juli: 436-40.
- Coo91 Cooney LM. More professionalism, less regulation. The committee view. In: Donaldson MS, Harris-Wehling J, Lohr KN, red. *Medicare. New directions in quality assurance*. Washington DC: National Academy Press, 1991: 18-21.
- Don88 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
- Ebe90 Ebert PA. Methods for evaluation of medical care other than credentialing. Cost, experience and results. *Clin Orthop* 1990; 257: 64-7.
- Edd88 Eddy DM, Billings J. The quality of medical evidence: implications for quality of health care. *Health Aff (Millwood)* 1988; 7: 19-32.
- Edd90a Eddy DM. The challenge. *JAMA* 1990; 263: 287-90.
- Edd90b Eddy DM. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. *JAMA* 1990; 263: 3077-84.
- Edd90c Eddy DM. Resolving conflicts in practice policies. *JAMA* 1990; 264: 389-91.
- Edd91 Eddy DM. The individual vs society. Is there a conflict? *JAMA* 1991; 265: 1446-50.
- Eis89 Eisenberg JM, Schwartz J, McCaslin FC, e.a. Substituting diagnostic services. New tests only partly replace older ones. *JAMA* 1989; 262: 1196-1200.

- Ell88 Ellwood PM. Outcome management: a technology of patient experience. *N Engl J Med* 1988; 318: 1549-56.
- Eng91 Engelsman C, Geertsma A. Doet de specialist wat de huisarts wil? Verslag van een deelonderzoek van het project Samenwerking-Wisselwerking Huisarts-Specialist. Groningen: RUG, Vakgroep Gezondheidswetenschappen, 1991.
- Eps84 Epstein AM, Read JL, Winickoff R. Physician beliefs, attitudes and prescribing behavior for anti-inflammatory drugs. *Am J Med* 1984; 77: 313-8.
- Fee86 Feeney D. New health care technologies: their effects on health and the cost of health care. In: Feeney D, Guyatt G, Tugwell P, red. *Health care technology. Effectiveness, efficiency and public policy*. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 1986: 5-24.
- Fli91 Flierman HA, Groenewegen PP. Capitation and fee-for-service in Danish general practice. *Int J Health Sci* 1991; 2: 23-8.
- Gev91 Gevers JKM. Professionele autonomie, vrijheid van medisch handelen en beperkte middelen. *Med Contact* 1991; 46: 1281-2.
- Gil87 Gill K. Een andere kijk op de huisarts. Kijkdagen voor specialisten in de regio Leiden. *Med Contact* 1987; 42: 591-2.
- Gin91 Ginzberg E. The challenges ahead. In: Ginzberg E, red. *Health services research. Key to Health policy*. Cambridge: Harvard University Press, 1991: 315-31.
- GR86 Gezondheidsraad: Commissie Grenzen van de zorg. *Grenzen van de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1986; publikatie nr 1986/29.
- GR89 Gezondheidsraad: Presidiumcommissie. *Jaaradvies Gezondheidszorg 1989*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1989; publikatie nr A 89/03.
- Gum88 Gumpert JR. Why on earth do surgeons need quality assurance? *Ann R Coll Surg Engl* 1988; 70: 85-92.
- Har91a Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PP. Het begrip 'kwaliteit van zorg'. Een analysekader. *Med Contact* 1991; 46: 18-20.
- Har91b Van Harten WH, Casparie AF, Post D. Verschillen in specialistische zorgverlening. 1: Niet-snijdende specialisten. *Med Contact* 1991; 46: 811-4.

- .....
- Har91c Van Harten WH, Casparie AF, Post D. Verschillen in specialistische zorgverlening. 2: Snijdende specialismen. Med Contact 1991; 46: 849-51.
- Har91d Van Harten WH, Casparie AF, Post D. Verschillen in specialistische zorgverlening. 3: Specifieke verrichtingen; algemene conclusies. Med Contact 1991; 46: 879-81.
- Hay86a Haynes RB, McKibbin KA, Fitzgerald D, e.a. How to keep up with the medical literature: Why try to keep up and how to get started. Ann Intern Med 1986; 105: 149-53.
- Hay86b Haynes RB, McKibbin KA, Fitzgerald D, e.a. How to keep up with the medical literature: Deciding which journals to read regularly. Ann Intern Med 1986; 105: 309-12.
- Hay86c Haynes RB, McKibbin KA, Fitzgerald D, e.a. How to keep up with the medical literature: Using the literature to solve clinical problems. Ann Intern Med 1986; 105: 636-40.
- Hay90 Haynes RB. Loose connections between peer-reviewed clinical journals and clinical practice. Ann Intern Med 1990; 113: 724-8.
- Hei90 Heithoff KA, Lohr KN, red. Effectiveness and outcomes in health care. Washington DC: National Academy Press, 1990.
- Hem90 Hemenway D, Killen A, Cashman SB, e.a. Physicians' responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. N Engl J Med 1990; 322: 1059-63.
- Hil90 Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, e.a. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice. A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. N Engl J Med 1990; 323: 1604-8.
- Hol90 Holahan J, Dor A, Zuckerman S. Understanding the recent growth in Medicare physician expenditures. JAMA 1990; 263: 1658-61.
- IOM89 Institute of Medicine (IOM). Effectiveness initiative: setting priorities for clinical conditions. Washington DC: National Academy Press, 1989.
- Jac90 Jacobs HM, De Melker RA, Van der Hell RJ. Wat weten specialisten van het werk van huisartsen? Een onderzoek in een middelgrote gemeente. Huisarts Wet 1990; 33: 152-6.

- Jen91 Jenkins D. Investigations: how to get from guidelines to protocols. Firstly collect the right data. Br Med J 1991; 303: 323-4.
- Kas89 Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. N Engl J Med 1989; 320: 1489-91.
- Ker90 Kersten TJJMT, Verhage-Spliet CMT. De invloed van de verwijfsbrief op de procedure in de tweedelijfn. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1990; 68: 341-5.
- KNMG89a Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Verschillen in gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, 1985. Utrecht: KNMG, 1989.
- KNMG89b Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst: Conferentie 'Kwaliteit van Zorg'. Intentieverklaring, inleidingen en verslag van de conferentie. Utrecht: KNMG, 1989.
- KNMG90 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst: Vervolgconferentie 'Kwaliteit van Zorg'. Van uitspraken naar afspraken over kwaliteitsbeleid. Inleidingen en verslag van de conferentie. Utrecht: KNMG, 1990.
- Kra90 Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, e.a. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. Br Med J 1990; 300: 1698-1701.
- Kro85 Krol LJ. De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- Lam89 Lamers RJS, Van Engelshoven JMA, Pfaff A. Nogmaals, de routinematige preoperatieve thoraxfoto. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 2288-91.
- Lee89 Leenen HJJ. Sturen van de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1020-5.
- Lee91 Van Leeuwen M. Kiezen en delen (Redactioneel). Med Contact 1991; 46: 520.
- LHV88 Landelijke Huisartsen Vereniging. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota. Utrecht: LHV, 1988.
- Lin90 Linton AL, Naylor, CD. Organized medicine and the assessment of technology. Lessons from Ontario. N Engl J Med 1990; 323: 1463-7.

- .....
- LSV90 Landelijke Specialisten Vereniging. De specialist van morgen; wensen en verwachtingen. Utrecht: LSV, 1990.
- Mac90 Mackenbach JP. Regionale verschillen in de frequentie van enkele veel voorkomende operaties, 1985. Ned Tijdschr Geneeskd 1990; 134: 953-7.
- McP90 McPherson K. Why do variations occur? In: Andersen TF, Mooney G, red. The challenges of medical practice variations. Basingstoke: Macmillan Press Ltd, 1990: 16-35.
- Mee91 Meegdes JG, Stam JJ. Gastro-enterologie (maag-darmleverziekten) basis of superspecialisme? Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad, 1991.
- Mei90 Meinders AE. Beperkingen van het budget. Betekenis voor de individuele arts en zijn patiënt. Med Contact 1990; 45: 1477-9.
- NHG89 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaarden. Richtlijnen voor het handelen en de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG, 1989, 1990, 1991.
- Nix90 Nixon SJ. Defining essential hospital data. Br Med J 1990; 300: 380-1.
- NRV90 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering. Zoetermeer: NRV, 1990; publikatie nr 13/90.
- NRV91 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies beroepskrachtenplanning nieuwe stijl. Zoetermeer: NRV, 1991; publikatie nr 26/91.
- Phe90 Phelps CE. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. Med Care 1990; 28: 703-23.
- Pos91 Post D. Rationele prescriptie van geneesmiddelen. Med Contact 1991; 46: 623-6.
- Rel90 Relman AS. Reforming the health care system (Redactioneel). N Engl J Med 1990; 323: 991-2.
- RGO88 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Medical Technology Assessment. Den Haag: RGO, 1988; publikatie nr 4.
- RGO90 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: RGO, 1990; publikatie nr 6.
- Rig88 Rigter HGM. De proef op de som. Over onderzoek en evaluatie in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 1988; publikatie nr A88/1.



- Ro090 Roos LL, Brazauskas R, Cohen MM, e.a. Variations in outcomes research. In: Andersen TF, Mooney G, red. The challenges of medical practice variations. Basingstoke: Macmillan Press Ltd, 1990: 36-58.
- Ros91 Roscam Abbing HDC. Standaard van zorg en consensus; enkele juridische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 141-4.
- Rya91 Ryan M, Mooney G. Research in medical practice variations: where are we now? A paper for debate. Aberdeen: Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, 1991; Discussion paper no 04/91.
- She88 Sheps SB. Technological imperatives and paradoxes (Redactioneel). JAMA 1988; 259: 3312-3.
- Smi90 Smith T. Medical audit. Closing the feedback loop is vital (Redactioneel). Br Med J 1990; 300: 65.
- Smi91 Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence (Redactioneel). Br Med J 1991; 303: 798-9.
- Sox89 Sox H, Stern S, Owens, D, e.a., red. Assessment of diagnostic technology in health care. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 1989.
- Spa89 Spanjer JM. Eurothema's. Geld naar werken: prikkels en prikkelende ontwikkelingen. Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 2190-2.
- Spe90 Van der Speld, G. Regionale verschillen in gebruik ziekenhuizen. Med Contact 1990; 45: 215-7.
- Ste90 Stegeman JH. Is het klinisch onderwijs aan verandering toe? Med Contact 1990; 45: 1007-8.
- Thi91 Thier SO. The future of internal medicine: framing the questions (Redactioneel). Ann Intern Med 1991; 114: 88-9.
- TK83a Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, nr 18108. Den Haag: SDU uitgeverij, 1983.
- TK83b Nota Eerstelijnszorg. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, nr 18180-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1983.
- TK87 Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1988. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, nr 20209-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1987.

- TK88a Regeringsstandpunt inzake Grenzen van de Zorg. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, nr 20620-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1988.
- TK88b Financieel overzicht zorg 1989. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, nr 20848-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1988.
- TK89 Financieel overzicht zorg 1990. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, nr 21310-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1989.
- TK90 Financieel overzicht zorg 1991. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, nr 21812-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1990.
- TK91a Nota Kwaliteit en zorg. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, nr 22113-2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1991.
- TK91b Financieel overzicht zorg 1992. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, nr 22311-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1991.
- Van89 Vandenbroucke JP. De halsstarrigheid van een professie. Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 2540-2.
- Vri88 De Vries T. Rationeel gebruik van het ziekenhuislaboratorium door artsen. Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1988.
- VPA89 Vijf Partijen Accoord. Raamovereenkomst gesloten tussen Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ), Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). Utrecht: uitgever onbekend, 1989.
- Wel91 Welch HG. Should the health care forest be selectively thinned by physicians or clear cut by payers? Ann Intern Med 1991; 115: 223-6.
- Wen89 Wennberg JE. The agenda for outcomes research. In: Hopkins A. Appropriate investigation and treatment in clinical practice. Londen: The Royal College of Physicians of London, 1989: 77-90.
- Wen90 Wennberg JE. On the need for outcomes research and the prospects for the evaluative clinical sciences. In: Andersen TF, Mooney G, red. The challenges of medical practice variations. Basingstoke: Macmillan Press Ltd, 1990: 158-73.

- Wes90 Westert GP, Groenewegen PP. De duur van ziekenhuisopnamen in het geval van chirurgische verrichtingen. Een beschrijving van regionale verschillen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1990; 68: 277-286.
- Wes91 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 603-5.
- Wie88 Wieman F. Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. Bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1988; publikatie nr 19.
- Woo90 Woolf SH, Kamerow DB. Testing for uncommon conditions. The heroic search for positive test results. Arch Intern Med 1990; 150: 2451-8.
- Wri91 Wright CJ. The fee-for-service system should be replaced (Redactioneel). Can Med Assoc J 1991; 144: 900-3.
- WVC87 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.
- WVC91 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur: Commissie Keuzen in de zorg. Kiezen en delen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.

.....

.....

.....

BIJLAGEN

.....

A ADVIESAANVRAAG

.....

B SAMENSTELLING VAN DE COMMISSIE

.....

MEDISCH HANDELEN IN DE PRAKTIJK

Gesprekken met medische beroepsbeoefenaren

.....

.....  
.....  
BIJLAGE A

.....  
In een brief van 11 september 1989, nr DGVGZ/Stabo/JM/U-00136, verzocht de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad advies uit te brengen met betrekking tot de grenzen van de zorg. De brief luidde als volgt:

.....  
Zoals in het Regeringsstandpunt Grenzen van de Zorg is gesteld zal het bestaande verzekeringspakket waar mogelijk en noodzakelijk worden opgeschoond. De opschoning is nodig teneinde overbodige, marginaal effectieve en/of ondoelmatige onderdelen uit het pakket te verwijderen. Ik wil u hierbij verwijzen naar de konkrete beleidsvoornemens nr. 3 beschreven op pagina 24 van het Regeringsstandpunt Grenzen van de Zorg (Kamerstuk II, 1987- 1988, 206620, nr. 1-2).

De eerste vraag die zich hierbij voordoet is welke verrichtingen voor nadere evaluatie in aanmerking zouden kunnen komen. Ik heb de Ziekenfondsraad 8 februari 1989 gevraagd dit in kaart te brengen alsmede de toetsing te (doen) aanvangen. Ik heb tevens gevraagd een zekere rangorde aan te brengen met betrekking tot de vormen van hulp ten aanzien waarvan genoemde toetsing zou zijn aangewezen. Een afschrift van deze adviesaanvraag treft u voor de goede orde hierbij aan. Ik verwacht dat u met het oog op de afstemming met de advisering door de Ziekenfondsraad, in overleg treedt met het sekretariaat van de Raad.

Voor de aldus geïnterpreteerde verrichtingen zou vervolgens de stand der wetenschap moeten worden aangegeven. Gaarne ontvang ik het advies van de Gezondheidsraad ter zake. Het kan zijn dat u in dat kader tot de slotsom komt dat voor sommige onderwerpen de stand der wetenschap onvoldoende basis biedt voor oordeelsvorming en dat nadere toetsing gewenst is. In dat geval zou ik graag van u vernemen welke dan de relevante thema's en vraagstellingen zijn, en welke aanpak de meest geëigende zou zijn. Wat dit laatste betreft staat mij het volgende voor ogen.

De wijze van toetsing zal variëren al naar gelang het onderwerp. Soms zal het gaan om de formulering van consensus wat de meest gepaste/korrekte wijze van gebruik van een bepaalde verrichting is. Omdat soms in de toepassing van bij voorbeeld een

.....

geneesmiddel indikatieverruiming heeft plaatsgevonden zonder dat de validiteit daarvan was aangetoond zal, alvorens tot indikatiebeperking kan worden overgegaan, nader onderzoek in dat geval nodig zijn.

Bij sommige verrichtingen kan het nodig zijn alsnog patiëntgebonden evaluatie-onderzoek te verrichten. Mocht dit laatste het geval zijn dat zou dit onderzoek kunnen plaatsvinden bijvoorbeeld in het kader van zogenoemde ontwikkelingsgeneeskunde.

Gaarne verzoek ik u mij, in het kader van het bovenstaande, te willen adviseren over de vraag welke bestaande verrichtingen beperkt toegepast c.q. geheel niet meer toegepast zouden worden gezien de stand van de wetenschap. Ik verwacht dat u hierbij gebruik maakt van de door mij aan de Ziekenfondsraad gevraagde gegevens.

Indien eenmaal door u is omschreven wat gepast gebruik van een door u bestudeerde verrichting inhoudt, komt de vraag aan de orde hoe gepast gebruik daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Anders geformuleerd: hoe te voorkomen/tegen te gaan dat ongepast gebruik toch nog plaatsvindt. Bestaande en te ontwikkelen initiatieven van de desbetreffende beroepsgroepen zijn hierbij van groot belang. Ik denk dan aan gezamenlijk opgestelde protocollen, aan de formulering van deskundigheidseisen, aan echelonering van de dienstverlening, kortom aan een reeks van praktisch toepasbare mogelijkheden op het gebied van kwaliteitsnormering, -bewaking en -bevordering.

Gaarne verzoek ik u mij te adviseren hoe de overheid initiatieven van beroepsgroepen kan ondersteunen.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

w.g.  
Drs. DJD Dees

Bijlage bij deze brief: Adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad van 8 februari 1989, nr VTA/VERZ/VE-407353, van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur betreffende: grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket. De brief luidde als volgt:

.....

1 Op 24 april 1986 heeft de Ziekenfondsraad zijn eindadvies inzake 'Grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket' (Uitgave van de Ziekenfondsraad, nr. 319) uitgebracht. In dat advies dat een belangrijke rol heeft gespeeld bij de standpuntbepaling inzake Grenzen aan de Zorg (Kamerstukken II, 1987-1988, 20260, nr. 1-2) heeft de Raad als zijn eindoordeel uitgesproken dat de schaarste aan financiële middelen in de gezondheidszorg dwingt tot het maken van keuzen. Gezien zijn taak en functie heeft de Raad daarbij in eerste instantie als invalshoek genomen de wijze waarop de omvang van het verstrekkingspakket tot stand komt. Daarbij heeft de Raad uitgesproken een voorstander ervan te zijn dat op centraal niveau criteria worden ontwikkeld op grond waarvan kan worden besloten een verrichting/een vorm van hulp al dan niet in het verstrekkingspakket op te nemen.



kingenpakket op te nemen. Als tweede invalshoek is door de Raad in dat advies gekozen de wenselijkheid om te komen tot doorbreking van het automatisme en tot een meer rationele besluitvorming omtrent het al dan niet opnemen van nieuwe ontwikkelingen in het vertrekkingenpakket dan tot dat moment het geval was. Met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen heeft de door de Raad in zijn advies voorgestelde benadering reeds invulling gekregen. De met betrekking tot ontwikkelingsgeneeskunde ontwikkelde procedure is daarbij van belang. Ook de (voorbereiding van de) advisering met betrekking tot hart- en levertransplantaties en in vitro fertilisatie duiden daarop. Bij de voorbereiding van de advisering ter zake speelt in het bijzonder ook medische technology assessment een belangrijke rol. De advisering met betrekking tot hart- en levertransplantaties heeft het belang van deze methode al aangetoond. Het gaat hierbij echter niet alleen om het nut voor de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering. Ook voor bijvoorbeeld particuliere ziektekostenverzekeraars is het van belang dat alleen vergoeding dient te worden verleend voor vormen van hulp, ten aanzien waarvan de kosten-effectiviteit is aangetoond. In dit verband zou het dan ook aanbeveling verdienen, indien de Raad zou onderzoeken of, zoals in het advies is aangegeven, een medefinanciering door deze verzekeraars tot de mogelijkheden behoort. Een soortgelijke situatie kan zich voordoen met betrekking tot andere organisaties. In het advies duidt de Raad daar eveneens op.

2 In het bovengenoemde eindadvies heeft de Raad ook aandacht besteed aan de bestaande, reeds in het pakket opgenomen verstrekkingen. De Raad heeft er op gewezen dat de nadruk die de Raad in zijn advies heeft gelegd op nieuwe (en kostbare) ontwikkelingen een beoordeling van de huidige verstrekkingen op kosten en effectiviteit niet uitsluit. In dit verband is van belang dat zowel in de nota 'Verandering Verzekerd' als in het regeringsstandpunt inzake de Grenzen van de Zorg in het bijzonder aandacht is geschonken aan het bestaande verstrekkingenpakket. Uiteengezet is daarin dat het wenselijk wordt geacht dat ook het bestaande verstrekkingenpakket kritisch wordt gezien. Onder meer gaat het daarbij om aspecten als effectiviteit, doelmatigheid, relaties met andere verstrekkingen (substitutiegevoeligheid) en dergelijke. Uitgangspunt is daarbij geweest dat het bestaande pakket, waar mogelijk en noodzakelijk, dient te worden opgeschoond teneinde overbodige, ondoelmatige en onderscheidenlijk ineffectieve onderdelen daaruit te verwijderen. Enerzijds kan dit ruimte scheppen voor nieuwe vormen van hulp, anderzijds ontstaat op deze wijze een pakket dat op evenwichtige en verantwoorde wijze is samengesteld en dat bovendien ook voor de toekomst een goed uitgangspunt biedt.

In het licht hiervan verzoek ik de Raad na te gaan bij welke verstrekkingen een dergelijke toetsing aanbeveling zou verdienen en deze toetsing vervolgens ter hand te (doen) nemen. Het spreekt voor zich dat de Raad bij het in kaart brengen van de vormen van hulp ten aanzien waarvan een dergelijke toetsing is aangewezen, een zekere rangorde aanbrengt.

In het meergenoemde advies heeft de Raad een methodiek voorgesteld volgens welke het huidige automatisme kan worden doorbroken en die een betere beheersing van het verstrekkingenpakket, voor wat betreft nieuwe ontwikkelingen, mogelijk maakt. Zoals uit het voorgaande blijkt, kan ik daarmee instemmen, waarbij ik aantekenen dat ik het tevens van belang acht - ik heb dat hierboven reeds aangegeven - dat deze methodiek ook wordt toegepast op het bestaande verstrekkingenpakket. Het is hierbij voorts van belang dat tevens wordt ontwikkeld een wettelijk instrumentarium, zodat waar wenselijk en noodzakelijk, bepaalde vormen van hulp kunnen worden uitgesloten dan wel bij nieuwe ontwikkelingen, de automatische opnemingen daarvan in het verstrekkingenpakket kan worden voorkomen. Daarbij kan ook worden gedacht aan de ontwikkeling van deskundigheids-eisen. Daarnaast kan ook de overeenkomst, zoals de Raad in zijn advies aangeeft, als indirecte methode om de toepassing van kostbare vormen van hulp of technieken te beïnvloeden van belang zijn. Ik verzoek de Raad dan ook om mij met betrekking tot de uitwerking van dit instrumentarium nader te adviseren, waarbij het van belang is dat een zodanig instrumentarium ter beschikking komt dat uit oogpunt van regulering zo weinig mogelijk belastend is. Ik realiseer mij dat dit op zich genomen niet een eenvoudige taak is. Waarschijnlijk is dit alleen oplosbaar, indien zou blijken dat zelfregulering door de betrokken beroepsbeoefenaren onderscheidenlijk het instrument van de overeenkomst bij de beheersing, als indirect instrument, een meer nadrukkelijke rol zouden kunnen vervullen.

Gaarne verneem ik met betrekking tot de bovengenoemde aspecten uw advies.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

w.g.

Drs DJD Dees

.....

.....

B SAMENSTELLING VAN DE COMMISSIE

.....

De Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad (in het advies aangeduid als 'de commissie') is als volgt samengesteld:

- mw dr E Borst-Eilers, voorzitter  
vice-voorzitter van de Gezondheidsraad
- prof dr HKA Visser, vice-voorzitter  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof dr J Bennebroek Gravenhorst  
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr JE Blanpain  
Universiteit van Leuven
- prof dr LHDJ Booijs  
Katholieke Universiteit Nijmegen
- prof dr FJ Cleton  
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr H van Crevel  
Universiteit van Amsterdam
- prof dr K Gill  
emeritus hoogleraar, Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr JM Greep  
Rijksuniversiteit Limburg
- prof dr PhJ Hoedemaeker  
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr A Hofman  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof dr J Huisman  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- drs FrCA Jaspers  
Stichting Doetinchemse Ziekenhuizen

- prof dr RAP Koene  
Katholieke Universiteit Nijmegen
- prof dr Sj van der Linden  
Rijksuniversiteit Limburg
- prof dr AE Meinders  
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr JC Molenaar  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr JM Pekelharing  
Diagnostisch Centrum  
Stichting Samenwerkende Delftse Ziekenhuizen
- prof dr FFH Rutten  
Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof dr P Schnabel  
Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid  
Utrecht
- dr ir JM Thijssen  
Katholieke Universiteit Nijmegen
- drs J Verhoeff, adviseur  
Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid,  
Ministerie van WVC, Rijswijk
- prof dr PFGM van Waes  
Rijksuniversiteit Utrecht
- prof dr T van de Werf  
Katholieke Universiteit Nijmegen
- mw dr YA van Duivenboden, secretaris  
secretaris bij de Gezondheidsraad

De commissie werd secretariael ondersteund door mw CJM Roodbol en mw S Lampe-Bakker.

**MEDISCH HANDELEN IN DE PRAKTIJK**

**GESPREKKEN MET MEDISCHE BEROEPSBEOEFENAREN**

een rapport uitgebracht  
door de staf van de Gezondheidsraad  
aan de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad

*Dit rapport kon geschreven worden dankzij de medewerking van de medische beroepsbeoefenaren. De Gezondheidsraad dankt de ondervraagde artsen en klinisch chemici voor hun bereidheid de gesprekken te voeren en voor de openhartigheid en het enthousiasme waarmee zij dat gedaan hebben.*

## Inhoudsopgave

1	OPZET EN WERKWIJZE .....	1
1.1	Inleiding .....	1
1.2	Voorstudie .....	1
1.3	Selectie van de specialismen .....	2
1.4	Literatuuronderzoek .....	3
1.5	Keuze van de gesprekspartners .....	3
1.6	Benadering van de gesprekspartners .....	4
1.7	De gesprekken .....	4
1.8	Het rapport .....	5
2	HET MEDISCH HANDELEN VAN SPECIALISTEN .....	7
2.1	Inleiding .....	7
2.2	Diagnostiek .....	7
2.3	Oorzaken van onjuiste toepassing van diagnostiek .....	9
2.3.1	Kennis en ervaring .....	9
2.3.2	Werkstijl .....	11
2.3.3	Organisatie .....	15
2.4	Gevolgen van overdiagnostiek .....	16
2.5	Therapie .....	17
2.6	Oorzaken van variatie in therapeutisch handelen .....	17
2.7	Onjuiste toepassing van therapieën .....	19
2.8	Nabehandeling en controle .....	21
3	AFBAKENING TUSSEN SPECIALISMEN .....	23
3.1	Inleiding .....	23
3.2	Dezelfde verrichting door verschillende specialismen .....	23
3.2.1	Echografie .....	23
3.2.2	Endoscopie .....	24
3.2.3	Fractuurbehandeling .....	26
3.2.4	Spinale chirurgie .....	26
3.3	Eén aandoening, meer dan één behandelmogelijkheid .....	28
3.3.1	Maag- en darmaandoeningen .....	28
3.3.2	Atherosclerose van de kransvaten .....	29
3.4	Terreinverlies .....	32
3.4.1	Keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) .....	32
3.4.2	Algemene heelkunde .....	33
3.5	Slotopmerkingen .....	35
4	SPECIALISTEN EN HUISARTSEN .....	37
4.1	Inleiding .....	37

4.2	Diagnostiek door de huisarts .....	37
4.2.1	Anamnese en lichamelijk onderzoek .....	37
4.2.2	Laboratoriumbepalingen en andere diagnostiek .....	38
	Commentaar van de huisartsen .....	40
4.3	Verwijzen door de huisarts .....	41
4.3.1	Communicatie over de verwijzing .....	42
4.3.2	Wanneer verwijzen? .....	43
4.3.3	Keuze van de specialist .....	45
	Commentaar van de huisartsen .....	46
4.4	Terugverwijzen door de specialist .....	47
	Commentaar van de huisartsen .....	48
4.5	Terugkoppeling en correctie .....	48
	Commentaar van de huisartsen .....	49
4.6	Opleiding en nascholing van de huisarts .....	49
	Commentaar van de huisartsen .....	50
5	DE ROL VAN DE PATIENT .....	53
5.1	Inleiding .....	53
5.2	Voorbeelden van consumentengeneeskunde .....	53
5.3	Oorzaken van consumentengeneeskunde .....	57
5.4	Hoe gaan de specialisten om met consumentengeneeskunde? .....	58
6	WETENSCHAP EN PRAKTIJK .....	61
6.1	Inleiding .....	61
6.2	De betekenis van de wetenschap voor de medicus practicus .....	61
6.3	De kloof tussen wetenschap en praktijk .....	62
6.4	Alternatieve geneeskunde .....	65
6.5	De industrie .....	65
6.6	De invoering van nieuwe methoden .....	68
7	KWALITEITSBEVORDERING .....	71
7.1	Inleiding .....	71
7.2	Tarieven .....	71
7.3	De opleiding .....	72
7.4	De wetenschappelijke verenigingen .....	73
7.5	Concentratie van voorzieningen .....	75
7.6	Protocollaire geneeskunde .....	76
7.6.1	Argumenten pro .....	76
7.6.2	Argumenten contra .....	77
7.6.3	Gemengde gevoelens .....	77
7.7	Consensus .....	79
8	LITERATUUR .....	81



# 1 OPZET EN WERKWIJZE

## 1.1 Inleiding

Op verzoek van de Beraadsgroep Geneeskunde heeft de staf van de Gezondheidsraad een onderzoek gedaan naar heersende opvattingen onder artsen over de kwaliteit van het medisch handelen. Dit rapport is het verslag van de informatie die ondervraagde artsen verstrekten in de gesprekken met de staf.

De gesprekken kunnen niet worden beschouwd als wetenschappelijk onderzoek. Zij dienden om de meningen te inventariseren van artsen over details van de praktijkvoering van alledag. Aan de gekozen werkwijze zijn nadelen verbonden. Er is slechts met een kleine groep artsen gesproken, dus de gerapporteerde feiten en opvattingen mogen niet opgevat worden als de enige, algemeen geldende waarheid. De opvattingen die in de volgende hoofdstukken zijn verwoord, hoeven dan ook niet gedeeld te worden door alle, of zelfs maar de meerderheid van praktizerende artsen. De geboden informatie is in de eerste plaats bedoeld om het inzicht te vergroten in de medische praktijkvoering van alledag.

## 1.2 Voorstudie

Om het zeer brede gebied van '*de geneeskunde*' enigermate in te perken werden eerst acht medische adviseurs van ziekenfondsen geraadpleegd. Hun werd gevraagd naar onderdelen van het medisch handelen waarin ongewenste variatie voorkomt of waarvan zij vermoeden dat de kwaliteit te wensen overlaat, zoals verrichtingen waarbij sprake zou kunnen zijn van niet-passend gebruik.

Wat algemene zaken betreft, wezen alle ondervraagden op de grote variatie in het verwijsbeleid van huisartsen en op de aanzienlijke hoeveelheden diagnostiek waarvan naar hun mening een groot deel overbodig is.

Verder noemden zij een reeks van verrichtingen waar naar hun vermoeden niet-passend gebruik voorkomt. Deze informatie werd gebruikt om het terrein van de geneeskunde enigszins in te perken en om het literatuuronderzoek en de gesprekken in het veld richting te geven.

Mede op grond van deze gesprekken werd besloten de openbare gezondheidszorg voorlopig buiten beschouwing te laten en het onderzoeksterrein te beperken tot de specialistische geneeskunde

### **1.3 Selectie van de specialismen**

Ons land kent 30 specialismen. Met de gekozen methode en de beschikbare menskracht zou het in kaart brengen van alle specialismen veel langer dan een jaar in beslag nemen. Selectie was dus noodzakelijk. De staf van de Gezondheidsraad heeft zich in zijn keuze onder meer laten leiden door de bovengenoemde gesprekken met medische adviseurs van de ziekenfondsen en besloot de gesprekken te beperken tot specialisten van de volgende disciplines:

- algemene heelkunde
- algemene inwendige geneeskunde
- cardiologie
- cardio-pulmonale chirurgie
- keel-, neus-, oorheelkunde
- klinische chemie
- longziekten
- maag-, darmziekten (gastro-enterologie)
- neurochirurgie
- neurologie
- radiodiagnostiek
- reumatologie
- verloskunde, gynecologie en voortplanting

Hierbij moet opgemerkt worden dat de pre-operatieve diagnostiek buiten beschouwing is gebleven, omdat de Gezondheidsraad te zijner tijd een advies zal uitbrengen dat geheel aan dit onderwerp is gewijd.

## **1.4 Literatuuronderzoek**

Om per vakgebied geschikte gespreksonderwerpen te identificeren werden voorgesprekken gehouden met individuele leden van de Beraadsgroep Geneeskunde. Daaruit en uit de eerdere gesprekken met de medische adviseurs van de ziekenfondsen werd per specialisme een aantal verrichtingen geselecteerd.

Met behulp van het gegevensbestand van MEDLINE werden van deze onderwerpen overzichtsartikelen en redactionele commentaren van de afgelopen vijf jaar verzameld en waar deze ontbraken werd het zoeken uitgebreid tot 'gewone' artikelen. Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan naar de stand der wetenschap in combinatie met de actuele praktijkvoering. Daarvoor werd gebruik gemaakt van een zoekprofiel dat een reeks van termen bevatte als 'Diagnostic tests routine', 'Knowledge attitudes, practice', 'Education, professional', 'Quality of health care', 'Physicians practice patterns' enzovoort, 28 termen in totaal.

De vele duizenden titels en samenvattingen die op deze wijze verzameld werden, ondergingen een strenge selectie op bruikbaarheid en werden vervolgens bestudeerd. Uiteindelijk zijn in de voorbereidingsfase ruim 1000 artikelen en circa 50 boeken en rapporten gebruikt.

## **1.5 Keuze van de gesprekspartners**

Van doorslaggevend belang bij de keuze van de gesprekspartners was dat de kandidaten in woord of geschrift blijk gegeven hadden van interesse in rationeel medisch handelen. Daarbij is gestreefd naar een evenwichtige verdeling tussen academische en perifere specialisten en tussen grote en kleine maatschappen en naar een goede landelijke spreiding.

Omdat de specialisten veel op- en aanmerkingen hadden over de werkwijze van de huisarts zijn in een later stadium vier huisartsen gevraagd naar hun opvattingen over onderwerpen die het raakvlak van de specialistische geneeskunde en de huisartsen-geneeskunde betreffen.

Het verslag berust in het totaal op 63 gesprekken: 18 oriënterende gesprekken, waarvan 8 met medische adviseurs en 10 met leden van de Beraadsgroep, 41 gesprekken met specialisten en 4 met huisartsen.

## **1.6 Benadering van de gesprekspartners**

De gesprekspartners werden in eerste instantie telefonisch benaderd. Zij kregen informatie over de bedoeling van het project en hun werd gevraagd hun medewerking te verlenen in de vorm van een circa twee uur durend gesprek. Op één na<sup>1</sup> zegden alle benaderde personen hun medewerking toe en waren bereid een afspraak te maken. Na de telefonische toezegging ontving ieder een introductiebrief van de vicevoorzitter van de Gezondheidsraad en een lijst met mogelijke gespreksonderwerpen, samengesteld op basis van de informatie uit de oriënterende gesprekken en het literatuuronderzoek (1.2 en 1.5).

## **1.7 De gesprekken**

De gesprekken met de medische adviseurs van de ziekenfondsen werden in september 1990 gehouden. De specialisten zijn in de periode tussen december 1990 en juni 1991 bezocht en de huisartsen in oktober 1991.

De gesprekken met de artsen bestonden uit een gestructureerd deel met zowel vakspecifieke als algemene onderwerpen en een ongestructureerd deel, waarin de ondervraagden zelf onderwerpen, gedachten en opvattingen naar voren konden brengen.

Het terrein van een specialisme is te omvangrijk om in zijn geheel aan de orde te stellen in een gesprek van een paar uur. Daarom werd ervoor gekozen om een aantal verrichtingen, specifiek voor het vakgebied, centraal te stellen.

Daarnaast werd aan de specialisten gevraagd hun oordeel te geven over de samenwerking met huisartsen, de samenwerking met specialisten van andere disciplines en over het gebruik van protocollen in de geneeskunde. Tenslotte kreeg ieder ruim de gelegenheid om andere onderwerpen naar voren te brengen die men van belang achtte voor de kwaliteit van het medisch handelen.

De wijze waarop de artsen deelnamen aan de gesprekken getuigde van grote betrokkenheid en enthousiasme, zowel voor hun vak als voor de aanpak door de Gezondheidsraad. Zij hadden vooral veel waardering voor het feit dat de Gezondheidsraad

---

<sup>1</sup> niet om principiële redenen, maar wegens verblijf in het buitenland

zich tot de artsen op de werkvloer wendde. De ondervraagden bleken bereid uitvoerig in te gaan op de onderwerpen en brachten ook zelf punten van belang naar voren. Niet zelden liepen de gesprekken enkele uren uit.

Van alle gesprekken werden afzonderlijke verslagen gemaakt, die de basis vormen van dit rapport. De informatie aan de Beraadsgroep was anoniem.

## **1.8 Het rapport**

De gesprekken hebben een grote hoeveelheid informatie opgeleverd, die deels vakspecifiek en deels algemeen van aard is. Het rapport is beperkt gehouden tot de algemene zaken, waarbij voorbeelden uit de diverse specialismen gegeven worden.

De huisarts, de specialist en de patiënt worden in de tekst aangeduid met '*hij*', wat niet betekent dat er geen *vrouwen* mee bedoeld zijn.

In de tekst zijn de uitspraken van individuele specialisten herkenbaar door een andere opmaak.



## **2 HET MEDISCH HANDELEN VAN SPECIALISTEN**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk staat het medisch handelen van specialisten centraal. In hoeverre is er sprake van variatie en van niet-passende of onjuiste toepassing van medische verrichtingen en wat zijn naar de mening van de specialisten de oorzaken? Vrijwel alle ondervraagden zijn ervan overtuigd dat er sprake is van variatie in het medisch handelen van specialisten. Uitzondering vormen de neurochirurgen en de cardiochirurgen, die de variatie in hun vakgebied als minimaal beschouwen. Deze groepen zijn beide afhankelijk van andere specialisten voor het aanbod van patiënten, en over het peri-operatieve beleid bestaat onderling goede overeenstemming. De variatie is groter naarmate de verrichting minder belastend is voor de patiënt en naarmate het indicatiëgebied minder goed is onderzocht of omschreven. In het algemeen signaleren de ondervraagden overbodige toepassing van verrichtingen, van echt ondergebruik is, zo menen zij, slechts zelden sprake. Overgebruik wordt vooral gerapporteerd in de diagnostiek, in mindere mate in de therapie. De opstelling van de ondervraagden doet vermoeden dat dit verschil te wijten is aan het feit dat men variatie en overgebruik in de diagnostiek grotendeels als in principe vermijdbaar beschouwt, terwijl men deze in de therapie meer als een noodzakelijk kwaad ziet, dat voortkomt uit het ontbreken van gegevens om over de waarde van tal van behandelingen te kunnen oordelen.

### **2.2 Diagnostiek**

Een goede anamnese, dat wil zeggen het ondervragen van en luisteren naar de patiënt met verstand van zaken, en een deskundig uitgevoerd lichamelijk onderzoek vormen de pijlers van de diagnostiek, zo stellen de ondervraagden eensgezind. Tegelijkertijd wijzen zij erop dat anamnese en lichamelijk onderzoek in de praktijk tegenwoordig niet meer de waardering krijgen die zij verdienen. Allerlei metingen en bepalingen, zoals laboratoriumtests, beeldvormende onderzoeken en functie-onderzoeken dienen steeds vaker als vervanging van in plaats van aanvulling op anamnese en lichamelijk onderzoek.

De ondervraagde specialisten constateren dat zij diagnostische verrichtingen in de praktijk veel minder selectief toepassen dan theoretisch zou kunnen en ook dat er in dit opzicht grote verschillen zijn tussen individuele artsen en tussen maatschappen onderling.

Variatie en overgebruik in de diagnostiek worden vrijwel uitsluitend toegeschreven aan een onjuiste toepassing van op zichzelf waardevolle methoden. Slechts enkele vormen van diagnostiek worden als achterhaald aangemerkt: fono- en vectorcardiografie, bronchspirometrie, bepaling van het basaalmetabolisme, echografie van de schedel bij volwassenen en discografie. Alleen van discografie vermoedt men dat toepassing nog regelmatig plaatsvindt, namelijk in de orthopedische praktijk (zie ook Wil86, NAS88, Nac89, Ver89). Het gebruik van de overige genoemde methoden zou marginaal zijn.

De meeste specialisten menen dat er te veel gebruik gemaakt wordt van diagnostische voorzieningen. Echter, hoe gedetailleerder en vak-specifieker de vragen over het juiste gebruik van diagnostische methoden, hoe gevarieerder de antwoorden van de ondervraagden zijn.

---

*De ene internist vindt elke laboratoriumtest die niet gericht is op de klachten van de patiënt volstrekt overbodig, een ander vindt voor sommige groepen patiënten een algemene screening met behulp van een aantal laboratoriumbepalingen gerechtvaardigd, terwijl een derde op het standpunt staat dat elke nieuwe patiënt die bij hem komt het recht heeft op een algemene screening (10-20 laboratoriumbepalingen, soms nog meer).*

*De ene neuroloog vindt dat een patiënt met een cerebro-vasculair accident (CVA) altijd een CT-scan moet krijgen om vast te stellen of het om een hersenbloeding danwel een -infarct gaat, terwijl een ander geneigd is dat achterwege te laten als het voor het vervolg van de behandeling niet uitmaakt of een infarct danwel een bloeding de oorzaak is van het CVA.*

---

De vraag of er overdiagnostiek is, wordt dus algemeen bevestigend beantwoord, echter over de vraag wanneer en waar precies sprake is van overdiagnostiek, lopen de meningen uiteen. De grote hoeveelheid en de diversiteit van de voorbeelden die de specialisten aanhalen om het verschijnsel van overdiagnostiek te illustreren doen vermoeden dat het niet beperkt is tot bepaalde specialismen of tot bepaalde terreinen van diagnostiek, zoals laboratoriumonderzoek of röntgendiagnostiek. Het is een



algemeen verschijnsel dat over de hele linie aangetroffen wordt. In de volgende paragraaf, waarin op de oorzaken van onjuiste toepassing van diagnostiek wordt ingegaan, komen tal van voorbeelden ter sprake.

## **2.3 Oorzaken van onjuiste toepassing van diagnostiek**

De constatering dat overgebruik van diagnostische voorzieningen op grote schaal voorkomt, is niet nieuw en heeft op zichzelf weinig praktische betekenis. Van meer belang is de vraag naar het waarom. Inzicht in de oorzaken is een voorwaarde om maatregelen ter verbetering te kunnen treffen.

De specialisten noemen als oorzaken van overgebruik van diagnostiek een groot complex van factoren die globaal in drie categorieën onder te brengen zijn. Het gaat om factoren die samenhangen met kennis en ervaring, werkstijl en organisatie.

### **2.3.1 Kennis en ervaring**

#### **Besliskundige kennis**

De kennis over de beschikbaarheid van diagnostische methoden is volgens de onder-vraagden voldoende. Voor een rationele toepassing van de bestaande mogelijkheden is echter meer nodig. Kennis van de epidemiologie en vaardigheid in het denken in kansen en waarschijnlijkheden zijn de belangrijkste voorwaarden. En daar ontbreekt het nogal eens aan. Volgens de specialisten hebben zelfs de meest basale principes van de medische besliskunde geen plaats in het diagnostiekbeleid van veel artsen. Enkele specialisten hierover:

---

*Simpele begrippen als a priori kansen, sensitiviteit en specificiteit zijn onbekend of alleen vaag bekend.*

*Artsen zijn opgeleid in de 'leer van zekerheden', terwijl training in de 'leer van waarschijnlijkheden' beter op zijn plaats zou zijn.*

*Sommige artsen richten hun diagnostiek op zeldzame 'witte raven' in plaats van op meer voor de hand liggende aandoeningen.*

---

Het gevolg is variatie in en een overmaat aan diagnostiek. Hier volgen enkele uit de lange lijst van voorbeelden die de specialisten noemen:

- Grote aantallen serologische bepalingen voor acuut reuma, terwijl de ziekte nauwelijks meer voorkomt.
- Bloedbezinking als routinescreening, terwijl de voorspellende waarde in een ongeselecteerde groep patiënten gering is.
- Elektromyografisch onderzoek (EMG) bij patiënten bij wie neurologisch lichamelijk onderzoek geen afwijkingen oplevert, terwijl de kans op een fout-positieve uitslag bij deze groep patiënten aanzienlijk is.

### **Kennis van het natuurlijk beloop van een ziekte**

Onvoldoende kennis van of ervaring met het natuurlijk beloop van een aandoening wordt ook beschouwd als een bron van variatie en overdiagnostiek.

---

*Een klinisch chemicus: Artsen zijn geneigd een bepaalde test te snel opnieuw aan te vragen. Bij leverlijden is het voldoende om 2x per week een leverfunctiebepaling te verrichten, terwijl zij die soms dagelijks aanvragen. Een verhoogde bloedbezinking daalt niet in één dag, bepaling daarvan eens per 3-5 dagen is meestal voldoende. Bij sommige aandoeningen moet elke 6 uur een bepaling gedaan worden, bijvoorbeeld de enzymbepaling voor infarctgrootte. Artsen maken te weinig onderscheid.*

*Een neuroloog: Een herhalings-lumbaalpunctie na een eerder vastgestelde meningitis is niet zinvol. Nog lange tijd na meningitis wordt een verhoogd aantal cellen in de liquor gevonden en blijft het glucosegehalte laag. Het klinische beloop is van veel groter belang. Dat is nog niet overal doorgedrongen.*

---

### **Praktijkervaring**

Volgens sommige ondervraagden is gebrek aan praktijkervaring een belangrijke factor. Zo wijzen radiodiagnosten erop dat het gebruikelijk is om de EHBO-diensten door de minst ervaren krachten, assistent-geneeskundigen al of niet in opleiding (AGIO's, AGNIO's), te laten uitvoeren en dat dat veel overbodige diagnostiek tot gevolg heeft. Het inschakelen van ervaren specialisten in de diensten zou, zo menen zij, het aantal overbodige verrichtingen doen afnemen. En de specialisten uit de internistische vakken zijn van oordeel dat een internist naarmate hij verder is gespecialiseerd (reumatoloog, nefroloog, endocrinoloog, enzovoort), gerichter te werk gaat dan zijn collega's algemeen-internisten, doordat de deelspecialist meer patiënten met bepaalde

ziektebeelden ziet en dus ervarener is. Ook de overdiagnostiek waarvan volgens de ondervraagde specialisten bij huisartsen sprake is, wijt men voor een belangrijk deel aan dit fenomeen (zie hoofdstuk 4).

Anderen ontkennen dat ervaring een belangrijke factor is en stellen dat oudere specialisten niet minder dan jongeren geneigd zijn tot overdiagnostiek.

### **2.3.2 Werkstijl**

De werkstijl van de specialist hangt nauw samen met de opvattingen die hij over zijn beroepsuitoefening heeft.

#### **Economische praktijkvoering**

Enkele uitspraken van specialisten ter inleiding:

---

*Het is onbegrijpelijk dat zo zelden hardop gezegd wordt dat de werkelijke problematiek is dat de specialist aan de verrichtingen verdient.*

*Niet denken, maar doen wordt betaald in de geneeskunde.*

---

De meeste specialisten geven onomwonden aan dat het declaratiesysteem in ons land een grote barrière vormt in het streven naar verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen.

Voor specialisten die over weinig declarabele verrichtingen beschikken (bijvoorbeeld internisten, reumatologen), werkt dit indirect. Hun inkomen wordt in sterke mate bepaald door het aantal verwijskaarten. Hoe sneller men kan werken, hoe meer verwijskaarten men kan declareren.

---

*Een internist: Men grijpt gemakkelijk naar een serie tests in plaats van een zorgvuldig uitgevoerd lichamelijk onderzoek te doen en te praten met de patiënt, want dat laatste kost tijd en tijd is geld.*

---

Met andere woorden, de specialist vaart er wel bij wanneer hij anamnese en lichamelijk onderzoek vervangt door laboratorium- en andere aanvullende diagnostiek, terwijl de kwaliteit van zorg daarmee niet steeds is gebaat.

Het inkomen speelt volgens de ondervraagden een nog sterkere rol in specialismen die hun eigen verrichtingen kunnen declareren. Het hanteren van een veel ruimer indicatiegebied dan strikt medisch gezien noodzakelijk is, wordt -bewust of onbewust- ook ingegeven door economische motieven.

---

*De neurologen merken op dat het indicatiegebied voor het elektro-encefalogram (EEG) met de komst van de nieuwe beeldvormende technieken en ook door veranderde inzichten aanzienlijk is ingekrompen. Er worden in de praktijk echter nog veel te veel EEG's gemaakt: cijfers van 40 tot 95 procent teveel worden genoemd. Het veilig stellen van het inkomen wijzen zij hiervoor aan als de belangrijkste oorzaak.*

*Een neuroloog: Bij EMG en 'Evoked Responses' (ER) is voor een belangrijk deel de 'Wet van behoud van verrichtingen' van toepassing. De neuroloog ziet de indicaties voor het EEG afnemen, met als gevolg dat hij zich toelegt op allerlei andere metingen, vaak niet goed onderbouwd. Het EMG heeft een zeer beperkt indicatiegebied en voor het ER-onderzoek geldt dat dit slechts uiterst zelden een wijziging in de diagnose of de behandeling tot gevolg heeft.*

*Een reumatoloog: In de cardiologie kan iedere patiënt alles krijgen: ECG, inspannings-ECG, echografie, fonocardiografie, thalliumscan, of iemand nu 45 is of 90.*

---

Ook de radiodiagnosten wijzen erop dat in hun vakgebied de neiging gering is om kritisch te zijn en een terughoudende opstelling te kiezen tegenover aanvragende artsen. Het 'U vraagt, wij draaien'-principe is in veel praktijken het uitgangspunt. Een kritische opstelling betekent immers minder verrichtingen en dus minder inkomsten. In andere vakgebieden kan terughoudendheid van de specialist tot gevolg hebben dat de verwijzend arts zijn patiënten naar een ander ziekenhuis stuurt.

Anderzijds zetten de radiodiagnosten grote vraagtekens bij het steeds verder oprukken van echografische apparatuur in de spreekkamer van andere specialisten, zoals urologen, KNO-artsen, chirurgen en naar men vreest binnenkort ook internisten (zie ook 3.2.1). De ondervraagde radiodiagnosten menen dat zelfverwijzing leidt tot overgebruik van diagnostiek.

---

*Een radiodiagnost: In de urologie en meer nog in de cardiologie komt heel veel zelfverwijzing voor. Cardiologen doen alles bij iedereen en dat leidt tot veel overbodig onderzoek. Echografie door KNO-artsen is bijna altijd overbodig, want het heeft nauwelijks diagnostische waarde. De geest is wel gewillig, maar het vlees is zwak, dokters zijn ook maar mensen.*

---

## **Onzekerheid**

Onzekerheid draagt ook bij aan variatie en overmatige toepassing van diagnostiek. Dat kan zijn onzekerheid ten opzichte van derden of gebrek aan zelfvertrouwen. In het eerste geval is sprake van defensieve geneeskunde. De arts is er wel van overtuigd dat hij het bij het rechte eind heeft (bij het stellen van een diagnose bijvoorbeeld), maar vindt dat hij dat tegenover anderen met harde gegevens moet onderbouwen.

---

*Een chirurg: Een groot deel van de overdiagnostiek in de heelkunde komt voort uit defensief diagnostisch handelen.*

---

In het tweede geval heeft de arts te weinig vertrouwen in zijn eigen oordeel en wil hij het ondersteund zien door objectieve gegevens.

---

*Een neuroloog: Een herhalings-EEG om te zien of een patiënt opgeknapt is, terwijl je zo al ziet dat hij opgeknapt is, is volstrekt overbodig.*

*Een klinisch chemicus: Er wordt verkeerd gebruik gemaakt van bepalingen. Een voorbeeld: patiënt ziet geel, er wordt een hoog bilirubinegehalte gevonden, de arts doet een interventie en de patiënt wordt zienderogen minder geel. De arts kan zien dat zijn therapie werkt, daar voegt een getal niets aan toe. Toch wordt de bepaling herhaald.*

---

Sommige artsen durven een beleid van 'waakzaam afwachten' te voeren, terwijl andere in soortgelijke gevallen zekerheid op zekerheid willen stapelen, zelfs als dat voor het behandelbeleid niet van belang is.

## **Traditie en gewoonte**

De ene arts is van nature behoudender ingesteld dan de andere. Ook dat leidt tot variatie en onjuist gebruik van de diagnostiek.

---

*Een internist: Wat de èn-èn-diagnostiek betreft kan men spreken van 'de techniek regeert de dokter'. Artsen hanteren oude vertrouwde methoden het liefst, daar kunnen ze goed mee uit de voeten. Toch willen ze niet achterblijven en willen ze wel eens zien of nieuwe methoden hun beloften waar maken. Het gevolg is dat zij beide doen.*

*Een klinisch chemicus: De ontwikkelingen in het vakgebied gaan zeer snel. Er komen analyses bij, maar er gaan er ook af. Het kost nogal eens wat overtuigingskracht om artsen af te brengen van het gebruik van achterhaalde methoden ten gunste van de invoering van nieuwe betere methoden.*

*Een cardioloog: Fonocardiografie wordt als obsoleet beschouwd, maar ik ben er mee opgeleid en ik kan er heel goed mee uit de voeten. Daarom pas ik die methode nog steeds toe.*

---

## **Druk van anderen**

Volgens de ondervraagde specialisten worden zij soms onder druk gezet om anders te handelen dan zij op strikt medische gronden zouden wensen. De een is daar beter tegen bestand dan de ander. De druk komt van drie kanten: van de patiënt, van collega's of soms ook van de instelling.

Vooraf de groeiende veeleisendheid van de patiënt wordt als belastend ervaren. Dit komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 5.

Wat de druk van de zijde van collega's betreft is, naast de rol van de huisarts (zie hoofdstuk 4) de invloed van collega's in het ziekenhuis van belang.

---

*Een internist: Multidisciplinaire oncologiebesprekingen verhogen de kwaliteit van de behandeling, maar niet altijd de doelmatigheid. Er is altijd wel iemand die vraagt: heb je dit of dat al bekeken of bepaald? En dat gebeurt dan.*

---

Ziekenhuisdirecties eisen steeds vaker een, wat zij noemen, patiëntvriendelijke opstelling van de specialist, die niet altijd strookt met een rationele toepassing van diagnostiek.

---

*Een gynecoloog: Het gebruik van echodiagnostiek als speelgoed (video van het ongeboren kind, kijkspel voor de familie) behoort niet tot het medisch handelen, maar de directie van het ziekenhuis stuurde een brief met de vraag waarom ik mij zo patiënt-onvriendelijk opstel.*

---

### **2.3.3 Organisatie**

#### **Tijdgebrek**

Veel specialisten klagen over tijdgebrek en haast.

---

*Een internist: Haast in brede zin, bij iedereen. Haast als cultuurverschijnsel, iedereen wil of moet meer vrije tijd hebben. Alles moet in de steeds kortere werkweek gepropt worden en steeds is er weer een ATV-dag. Gevolgen zijn bijvoorbeeld veel laboratoriumdiagnostiek doen, in plaats van de patiënt grondig lichamelijk onderzoeken.*

---

Op veel plaatsen ondergaat daarom elke nieuwe patiënt een serie laboratoriumtests (bloed- en urine-onderzoek) van 10 tot wel 20 of meer bepalingen. Er zijn ziekenhuizen die het de specialist wel heel gemakkelijk maken. Hij hoeft maar één kruisje te zetten en dan weet het laboratorium wat hij aanvraagt: standaard interne, standaard pre-operatief, etcetera.

Op afdelingen waar het beleid erop gericht is om selectief aan te vragen en waar men dus niet volgens een standaardlijst te werk gaat, is de tijdsdruk mogelijk nog groter.

---

*Een internist: Het kost minder tijd om veel aan te vragen dan om gericht aan te vragen, want dan moet je goed nadenken en dat kost meer tijd en die heb je vaak niet.*

---

#### **Communicatie**

Het verwijzen van patiënten door de huisarts naar de specialist of van de ene specialist naar de andere, zonder dat de uitslagen en bevindingen van eerder onderzoek meegezonden worden, komt volgens de ondervraagden op grote schaal voor en is een belangrijke oorzaak van overdiagnostiek. Het is sneller en gemakkelijker om de patiënt het onderzoek opnieuw te laten ondergaan dan achter de informatie aan te gaan.

Daarnaast is de communicatie binnen het ziekenhuis beperkt. Soms zijn patiënten bij twee of drie specialisten onder behandeling, iets wat bij ouderen nogal eens voorkomt. In lang niet alle ziekenhuizen kan de specialist rechtstreeks beschikken over de uitslagen van onderzoeken die zijn collega's al gedaan hebben. Nogmaals aanvragen van hetzelfde onderzoek komt dan regelmatig voor.

Deze opsomming van afzonderlijke factoren kan de indruk wekken dat voor variatie en overdiagnostiek steeds één duidelijke oorzaak aan te wijzen valt. Zelden is dat echter het geval. Zo hebben internisten door een grote toeloop van patiënten gebrek aan tijd en tegelijkertijd bepaalt het aantal verwijskaarten de hoogte van hun inkomen. In de neurologie kan het doen van een lumbaalpunctie na een CVA (cerebrovasculair accident, een hersenbloeding of -infarct) ingegeven worden door traditie of gebrek aan kennis (tot voor kort was deze indicatie gebruikelijk) en tevens kan de ingreep gedeclareerd worden. Het toepassen van nieuwe diagnostische methoden niet in plaats van, maar naast oude vertrouwde methoden berust zowel op traditie als op onzekerheid. De conclusie is dan ook dat er meerdere oorzaken zijn van variatie in, en overgebruik van diagnostiek.

## 2.4 Gevolgen van overdiagnostiek

Een 'baat het niet, het schaadt ook niet'-houding ten opzichte van overbodige of onjuiste diagnostiek komt in de praktijk veel voor, zo stellen de ondervraagden. De meesten keren zich daartegen: het schaadt wel.

---

*Een klinisch chemicus: Er worden te veel routinebepalingen aangevraagd, die antwoord geven op niet-gestelde vragen. Onverwachte en fout-positieve uitslagen zijn het gevolg en de patiënt wordt daardoor gemakkelijk aan nog meer onderzoeken blootgesteld of voor een vermeende aandoening op het terrein van een ander specialisme ten onrechte door de betrokken specialist behandeld, wat ook nog ook extra geld kost.*

*Een gynecoloog: Op zich is vaginale echografie een hele mooie methode. Maar er is een gevaar, men grijpt er te gemakkelijk naar, soms al voordat men een lichamelijk onderzoek doet. Tegenwoordig worden er heel vaak kysteuze ovaria gevonden, die de klachten niet kunnen verklaren en die men vroeger nooit op het spoor zou komen. Toch is er een neiging om deze aan te prikken, zonder dat men een goed inzicht heeft in de risico's die men hiermee introduceert.*

---



De ondervraagde specialisten concluderen dat overdiagnostiek veel geld kost, belastend is voor de patiënt en kan leiden tot overbehandeling.

## **2.5 Therapie**

Het staat volgens de ondervraagde specialisten buiten kijf dat er grote variatie is in het therapeutisch handelen. Over de vraag of er ook over de hele linie sprake is van overmatig gebruik en andere vormen van onjuiste toepassing, zoals bij de diagnostiek, zijn de ondervraagden minder stellig. De oorzaken van variatie in het therapeutisch handelen liggen op een ander vlak dan in de diagnostiek. Dit neemt overigens niet weg dat de ondervraagde specialisten denken dat sommige behandelingen wel wat minder ruim of zorgvuldiger toegepast kunnen worden.

## **2.6 Oorzaken van variatie in therapeutisch handelen**

Anders dan bij de diagnostiek, waar de kennis in principe wel beschikbaar is, maar waar overwegend andere oorzaken een doelmatige toepassing in de weg staan, wordt variatie in het therapeutisch handelen voor een groot deel toegeschreven aan het ontbreken van kennis. Het gaat niet om kennis van de individuele specialist, maar om een fundamenteel gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde gegevens over de resultaten van bepaalde behandelingen. De scala aan behandelingsmogelijkheden breidt zich alsmaar uit en de ene arts houdt het liever bij oude vertrouwde methoden, terwijl een ander graag iets nieuws probeert. Als de wetenschappelijke kennis ontbreekt, zal variatie het logische gevolg zijn. Hoofdstuk 6 gaat nader in op de kloof die bestaat tussen medische wetenschap en geneeskundige praktijk.

De lezer moet hier overigens niet uit concluderen dat artsen blind te werk gaan. Van veel behandelingen, met name invasieve ingrepen, staat het nut vast. De problemen liggen op het gebied van de verfijnde indicatiestelling. Bij tal van ingrepen kent men naast zogeheten 'harde' indicaties ook 'zachte' indicaties.

Harde indicaties zijn algemeen aanvaard en het behoort tot goed medisch handelen om de ingreep te doen bij een harde indicatie. Zachte indicaties zijn niet algemeen aanvaard, maar worden ook niet algemeen afgewezen. Indicaties kunnen zacht zijn omdat het laatste woord er nog niet over is gezegd, bijvoorbeeld omdat de beschikbare publikaties elkaar tegenspreken of omdat de praktijk nu eenmaal vooruitloopt op de wetenschap. Maar ook, en dat komt dikwijls voor, omdat het gaat om de interpretatie

van subjectieve klachten van de patiënt, waarbij weinig of geen objectief waarneembare afwijkingen worden geconstateerd. Voorbeelden hiervan zijn pijnklachten zonder duidelijke oorzaak, klachten over veel bloedverlies bij de menstruatie, het gevoel van een verstopte neus of een prop in de keel zonder dat een afwijking geconstateerd kan worden. De arts moet in deze gevallen afgaan op het verhaal van de patiënt.

Gebrek aan gegevens of aan objectief te vertalen criteria schept ruimte voor verschil van opvatting. De ondervraagde specialisten spreken dan ook over zachte indicaties als een groot grijs gebied dat ieder op zijn eigen wijze invult. Soms geven sociale omstandigheden, leeftijd of wensen van de patiënt de doorslag, in andere gevallen is de beroepsopvatting of de ervaring van de arts bepalend.

---

*Een chirurg over perifere-vaatoperaties: Met name de sociale indicatie bestrijkt een grijs gebied waarbinnen alle mogelijkheid bestaat voor variatie in medisch handelen. Hoe er gehandeld wordt, heeft voornamelijk te maken met de attitude van de chirurg ten opzichte van zijn beroepsuitoefening.*

*Opvattingen van drie KNO-artsen over hoofdpijn (enige klacht) als indicatie voor septumcorrectie (recht zetten van het neustussenschot):*

- *Hoofdpijn is beslist een indicatie. Deze ingreep heeft in de jaren zestig een grote graad van perfectie bereikt en men mag zich veel veroorloven in pogingen om de patiënt van zijn klachten af te helpen, als men maar geen schade aanricht.*
- *Frontale hoofdpijn kan een indicatie zijn voor septumcorrectie, mits er sprake is van een duidelijk afwijkend septum (impacterende spina).*
- *Hoofdpijn is geen indicatie voor septumcorrectie. Als je wilt, kun je altijd wel een afwijkend septum zien. Bij hoofdpijklachten een septumcorrectie uitvoeren is geld verdienen.*

---

Verskil van opvatting over het optimale moment van opereren kan eveneens leiden tot variatie. Zo is het vrij lastig om uit te maken of de niet ingedaalde testes van een jongetje buiten of in het lieskanaal liggen. In het eerste geval is operatie noodzakelijk, in het laatste geval is de kans groot dat spontane indaling alsnog plaatsvindt. Chirurgen zijn het erover eens dat een operatie tussen het derde en elfde jaar moet gebeuren. Sommigen geven er de voorkeur aan om zo vroeg mogelijk te opereren, met als argument dat de ingreep dan het minst traumatisch is voor het kind; anderen wachten liever tot het elfde jaar om spontane indaling een kans te geven en daarmee

een overbodige operatie te voorkomen. En bij oorpijn die gepaard gaat met gehoorverlies combineren sommige KNO-artsen een adenotomie (knippen van de neusamandel) met het plaatsen van trommelvliesbuisjes, terwijl anderen na de adenotomie de situatie eerst drie maanden aanzien, omdat een deel van de kinderen dan geen trommelvliesbuisjes nodig blijkt te hebben.

Ook verschil van opvatting onder invloed van de 'school' waar men uit voortkomt wijzen de specialisten aan als oorzaak van variatie in de behandeling. Zo zal de ene gynecoloog bij voorkeur een hysterectomie, verwijdering van de baarmoeder, langs abdominale weg (via de buikwand) uitvoeren en een ander eerder de vaginale methode kiezen, afhankelijk van zijn opleiding. En bij de chirurgen bepaalt de plaats waar men is opgeleid in belangrijke mate de keuze tussen opereren en conservatief behandelen (intapen) van geïsoleerde enkelbandletsels. De resultaten van beide behandelingen zijn vergelijkbaar. Maar opereren vergt een opname van een week en intapen gebeurt poliklinisch.

De ondervraagde specialisten constateren dat een belangrijk deel van de variatie in het therapeutisch handelen onvermijdelijk is.

## **2.7 Onjuiste toepassing van therapieën**

In het algemeen stellen de ondervraagde specialisten dat andere dan medische motieven nooit de doorslag mogen geven bij de beslissing om wel of niet in te grijpen. Volgens de chirurgen zal dat soms het geval zijn bij galblaas- en blinde-darmoperaties, operatieve behandeling van patiënten met aambeien, reparatie van liesbreuken en ingrepen bij kleine goedaardige gezwellen. Gynecologen vermoeden dat bij variaties in het aantal inleidingen en keizersnedes bij bevallingen het gemak van de arts een rol speelt.

---

*Een gynecoloog: Het is verleidelijk om een bevalling in te leiden (voor het weekend bijvoorbeeld) of om een keizersnede te doen aan het eind van de dag bij een wat traag verlopende bevalling, maar het gemak van degene die de bevalling doet, mag nooit een motivatie zijn en soms is dat wel het geval.*

---

Vanzelfsprekend keren de specialisten zich tegen het instellen van een behandeling die algemeen wordt afgewezen, iets wat sporadisch wel voorkomt.

---

*Een reumatoloog wijst op een collega die alle patiënten een dieet voorschrijft dat misschien voor maximaal 5 procent van de patiënten nuttig is en dat is nog niet eens zeker.*

---

Verder staan de meeste specialisten afwijzend tegenover de behandeling van toevallig gevonden afwijkingen die geen klachten geven of die niet in verband gebracht kunnen worden met de klachten waarvoor de patiënt komt, tenzij er sprake is van levensbedreigende aandoeningen, zoals kanker. Het aanprikken van bij toeval gevonden kysteuze ovaria is daar een voorbeeld van. De druk van de patiënt om uit voorzorg toch maar in te grijpen bij een liesbreuk of bij toevallig gevonden afwijkingen die geen klachten geven, wordt steeds groter. Dat ervaren de specialisten als een probleem. Unaniem tonen de internisten zich dan ook felle tegenstanders van een 'health check up', waarbij mensen zonder dat zij klachten hebben, zich tot de specialist wenden om zich van boven tot onder te laten onderzoeken om zich ervan te vergewissen dat zij gezond zijn.

Ook vinden de ondervraagden dat een specialist een patiënt met een aandoening die op het terrein ligt van een specialisme dat hij niet beheerst, niet zelf moet behandelen. Hij moet de patiënt verwijzen naar een deskundige collega.

---

*Een reumatoloog: Een grote zorg is de behandeling van reumapatiënten door niet-reumatologen: internisten, orthopeden. Nascholingsactiviteiten van de vereniging gaan aan hen voorbij. Terwijl de reumatologen bijvoorbeeld een vrij goed omschreven indicatiegebied hebben voor goudinjecties, is er een internist die alle reumapatiënten goudinjecties geeft.*

*Een gastro-enteroloog: Als een patiënt met rectaal bloedverlies door de huisarts naar de chirurg wordt verwezen en het blijkt om een inflammatoire darmaandoening te gaan, dan is de chirurg geneigd zelf de behandeling ter hand te nemen, maar hij is daar niet deskundig in.*

---

Tenslotte vinden de ondervraagden het onaanvaardbaar als een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, terwijl dat strikt gezien niet nodig is, of als een patiënt te lang opgenomen blijft. Soms gebeurt dit omdat het in het voordeel van de specialist is, soms omdat het ziekenhuis er belang bij heeft.

---

*Een gynecoloog vertelt conventionele curettages zoveel mogelijk poliklinisch onder lokale verdoving te doen, ook bij miskramen. Deze methode dringt maar langzaam door. Men neemt de patiënt nog steeds liever op en doet de ingreep onder totale verdoving. Hij wijt dit aan het feit dat de poliklinische methode meer tijd kost en dus tot een vermindering van omzet leidt.*

*Chirurgen over appendectomie: De opnameduur zou waarschijnlijk nog wel bekort kunnen worden, maar dat vindt de directie niet zo leuk.*

---

## **2.8 Nabehandeling en controle**

De ondervraagde specialisten vermoeden dat er ook in de nabehandeling en de controle sprake is van variatie. Niemand weet eigenlijk precies wat de optimale controlefrequentie is in bepaalde situaties, daar zijn ook maar weinig gegevens over. Een oordeel over te veel of te weinig is dus moeilijk. Voor veel voorkomende aandoeningen hanteert men vuistregels, maar die kunnen per specialist verschillen. Zo is het een algemeen geaccepteerde gewoonte om goed ingestelde diabetespatiënten niet vaker dan eens per drie maanden te zien, maar niemand weet eigenlijk of men zich daar in de praktijk ook aan houdt.

In het controlebeleid kunnen economische motieven een rol spelen:

---

*Een chirurg: De patiënt terug laten komen na 365 dagen plus 2: dat is een extra verwijzkaart.*

*Een cardioloog: In ziekenhuis X ontslaat men de patiënt eerst om hem een paar dagen later terug te laten komen voor een inspannings-ECG (-electrocardiogram). Deze verrichting zit namelijk in het all-in-tarieven kan dus niet apart gedeclareerd worden zolang de patiënt opgenomen is, maar wel in het kader van een poliklinische nacontrole.*

---

Verder constateert men grote verschillen in terugverwijzen naar de huisarts. De opvatting over de plaats die de huisarts kan innemen bij de nacontrole verschilt van specialist tot specialist (zie hoofdstuk 4).

Een meermalen genoemd punt is de langdurige controle van patiënten die voor vormen van kanker behandeld zijn waarvan bekend is dat een recidief (het terugkomen van de aandoening) niet te genezen valt.

---

*Een internist-oncoloog: Het komt voor dat een patiënt na verwijdering van een mammacarcinoom elk half jaar een thoraxfoto en een leverscan krijgt. Na enkele jaren kan dan blijken dat er metastasen (uitzaaiingen) in de lever zijn, maar ingrijpen is niet mogelijk. Hij krijgt te horen dat het einde nabij is. Wat is de waarde van een dergelijke intensieve nacontrole?*

---

De meeste specialisten vinden dat nacontrole beperkt moet worden tot die onderzoeken die bij een positieve bevinding tot een zinvolle ingreep kunnen leiden. Zo vindt men een halfjaarlijkse bepaling van de schildklierfunctie van patiënten die voor schildklierkanker behandeld zijn zinnig, omdat bij een recidief ingrijpen vaak nog mogelijk is. Ook vinden zij na een operatie voor mammacarcinoom regelmatige mammografie van de niet aangetaste borst zinvol, maar als er al metastasen zijn, kan ook dat achterwege blijven. Regelmatige controle op poliepen bij patiënten die voor colonkanker behandeld zijn, is op zijn plaats, maar het maken van botscans bij allerlei vormen van kanker niet, omdat die metastasen niet meer te behandelen zijn.

De ondervraagde specialisten uiten twijfel over de waarde van de CEA-bepaling (carcino-embryonaal-antigeengehalte) in het bloed in het kader van de controle na een kankerbehandeling (zie ook Kie89).

---

*Een gastro-enteroloog: Een CEA-bepaling als routinecontrole is niet zinvol, want als de uitslag positief is (een hoog CEA-gehalte), is er sprake van een vergevorderd stadium.*

*Een internist: Een CEA-bepaling in het kader van de nacontrole is alleen zinvol bij die patiënten bij wie voor de operatie een hoge CEA-waarde gevonden wordt die daalt na operatie of bestraling. Als dat niet het geval is, heeft bepaling geen zin.*

*Een chirurg over een positieve CEA-uitslag: Het gaat meestal om een recidief dat niet behandelbaar is. Zeer zelden is er sprake van een solitaire (één enkele afgezonderde) metastase die behandeld kan worden. Discussabel is dus of je voor de hele groep patiënten (circa 6000 per jaar) het CEA-gehalte in het bloed moet vervolgen.*

---

De ondervraagde specialisten menen dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de nacontrole van patiënten die voor kanker behandeld zijn, beslist verbeterd kunnen worden.

## **3 AFBAKENING TUSSEN SPECIALISMEN**

### **3.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk behandelt een aantal knelpunten op het vlak van de samenwerking tussen specialisten en de afbakening tussen disciplines. Nadrukkelijk moet hier nogmaals gesteld worden dat niet alle specialismen ondervraagd zijn met als consequentie dat soms ook over specialismen is gesproken waarvan geen vertegenwoordigers gehoord zijn. Er is bovendien niet gestreefd naar een volledige inventarisatie van alle knelpunten die zich binnen de onderzochte specialismen voordoen.

De afbakening tussen het terrein van de huisarts en dat van de specialist blijft hier buiten beschouwing. Dat onderwerp komt aan de orde in hoofdstuk 4.

### **3.2 Dezelfde verrichting door verschillende specialismen**

In theorie zou het feit dat een zelfde verrichting door specialisten van verschillende disciplines uitgevoerd kan worden, niet direct tot problemen hoeven te leiden. In de praktijk blijkt dit feit echter tot competitie en competentiestrijd aanleiding te geven. Enkele voorbeelden:

#### **3.2.1 Echografie**

De komst van de echografie als snelle en patiëntvriendelijke beeldvormende techniek heeft ertoe geleid dat de radiodiagnost, die voorheen het monopolie had waar het de beeldvorming betrof, een deel van zijn terrein heeft moeten prijsgeven aan andere disciplines. Echografie-apparatuur kan in elke spreekkamer geïnstalleerd worden en steeds meer specialisten geven er de voorkeur aan zelf over een apparaat te beschikken. Na de verloskunde en gynecologie en de cardiologie, waar echografie al langer tot de praktijkuitrusting behoort, zijn ook de KNO-artsen en de urologen tot de aanschaf van eigen echo-apparatuur overgegaan en de radiodiagnosten vrezen dat binnenkort ook de chirurgen, internisten en reumatologen en vele andere disciplines massaal de voorkeur geven aan het gebruik van een eigen apparaat. De radiodiagnosten verzetten zich daartegen en voeren de volgende argumenten aan:

- In deze constructie valt het onderscheid tussen de verwijzende en de uitvoerende specialist weg. Dit verschijnsel van zelfverwijzing werkt overdiagnostiek in de hand.
- In de praktijk komt het voor dat een patiënt die op grond van een door de radiodiagnost gestelde diagnose door zijn huisarts naar een specialist verwezen wordt, die dan opnieuw een echogram maakt, terwijl de informatie van de radiodiagnost beschikbaar is. Dat is overbodig.
- Het maken en interpreteren van echogrammen vereist veel kennis en vaardigheid en die is niet overal voldoende. Wat het gebruik in de gynecologie en de cardiologie betreft, hebben de radiodiagnosten niet al te veel zorgen, maar ten aanzien van de overige specialismen hebben zij die wel. Zij vrezen dat nogal wat specialisten autodidact zijn, met name in de urologie, en zij stellen dat echografie te moeilijk is om zelf te leren.
- De radiodiagnost bestrijkt wat de beeldvorming betreft een groter terrein dan alleen dat van een bepaald specialisme. Zo heeft hij de ervaring om bij een patiënt met buikpijnklachten alle buikorganen te beoordelen, terwijl de uroloog zich tot de tractus urogenitalis (urinewegen en genitaliën) beperkt, waardoor hij andere afwijkingen over het hoofd ziet.

De gebruikers stellen daar tegenover:

- dat radiodiagnosten zaken die op het terrein van de verwijzende specialist liggen, nogal eens over het hoofd zien of verkeerd interpreteren,
- dat er regelmatig cursussen zijn om de techniek te leren en dat de ervaring er in de praktijk heus wel komt; zij wijzen daarbij naar de gynecologie en de cardiologie,
- dat zij niet van een ander afhankelijk willen zijn als dat niet nodig is en
- dat het voor de patiënt minder belastend is als hij direct onderzocht kan worden en niet een aparte afspraak hoeft te maken bij de radiodiagnost.

### **3.2.2 Endoscopie**

De diagnostiek van maag- en darmaandoeningen is ingrijpend veranderd met de komst van de endoscopie. En ook de behandeling van patiënten met aandoeningen waarvoor vroeger operatie aangewezen was, kan nu endoscopisch gebeuren (bijvoorbeeld het



weghalen van poliepen in het colon). De diagnostische endoscopie en de interventie-endoscopie (ingrepen met behulp van de endoscoop) hebben geleid tot onenigheden en spanningen tussen specialisten.

Was vroeger een röntgenfoto van de maag de aangewezen diagnostiek bij maagklachten, tegenwoordig is gastroscopie (endoscopie van de maag) het middel van eerste keuze, enkele uitzonderingen daargelaten (GR89). Toch worden er nog (te) veel maagfoto's gemaakt. Volgens enkele ondervraagden geeft de radiodiagnost geen tegengas, omdat hij er wèl bij vaart. Dit komt vooral voor op plaatsen waar de huisarts niet over endoscopie kan beschikken.

---

*Een gastro-enteroloog: Een belangrijke reden waarom huisartsen nog zoveel maagfoto's laten maken, wanneer eigenlijk gastroscopie aangewezen is, is dat de kans dat zij dan de patiënt kunnen houden groter is dan wanneer zij de patiënt naar een internist of gastro-enteroloog verwijzen. Dit speelt met name een rol bij de particuliere patiënten.*

---

Alle gastro-enterologen en een deel van de internisten en chirurgen hebben zich de endoscopische technieken eigen gemaakt. De vraag is: wie doet wat? Dat blijkt lokaal geheel verschillend geregeld te zijn. Op sommige plaatsen beperken de internisten zich tot diagnostische endoscopie en laten zij de interventies aan de chirurg of de gastro-enteroloog over. Wat de interventie-endoscopie betreft, tracht de discipline die ooit de techniek in het ziekenhuis introduceerde vaak het alleenrecht te behouden door middel van afspraken met de andere. Soms zijn er geen vaste afspraken, met als gevolg regelmatig terugkerende discussies over wat tot wiens terrein behoort.

---

*Een internist: De endoscopie wordt hier alleen door de gastro-enteroloog gedaan. In het verleden wilden de chirurgen dat ook wel, maar ze hadden geen enkele ervaring, dus hielden de internisten dat tegen. Sinds kort is er een nieuwe chirurg die het graag zou willen, maar ook nu twijfelt de internisten-maatschap aan zijn ervaring (30-40 endoscopieën, is dat wel genoeg?). De chirurg wil in eerste instantie niet meer doen dan het controleren van de hechnaden. Maar het bezwaar is dat hij met lege handen staat, als er ingegrepen moet worden. Hij zal de patiënt naar de gastro-enteroloog moeten verwijzen, die dan opnieuw een endoscopie moet doen. Dat is inefficiënt en belastend voor de patiënt.*

---

### **3.2.3 Fractuurbehandeling**

Al geruime tijd zijn er spanningen tussen beoefenaren van de algemene heekunde en de orthopedie op het terrein van de acute behandeling van fracturen. Traditioneel bleef de bemoeienis van orthopeden met het bewegingsapparaat beperkt tot de chronische afwijkingen. Zij hielden het bij electieve operaties en lieten de acute gevallen over aan de chirurgen.

De angelsaksische landen kennen traumatologie als een apart specialisme met een vrij sterke inbreng vanuit de orthopedie. Dat idee spreekt met name de wat jongere orthopeden wel aan. Zij willen graag dat patiënten met botbreuken bij hen terechtkomen. De chirurgen vinden echter dat zij de behandelaars van patiënten met acute fracturen bij uitstek zijn; dat is altijd al zo geweest.

De opleidingsziekenhuizen hebben inmiddels afgesproken dat van de patiënten met 'eenvoudige' fracturen 20 procent door de orthopedie en 80 procent door de algemene heekunde wordt behandeld. Voor de overige ziekenhuizen zijn geen landelijke afspraken gemaakt, met als gevolg dat er op veel plaatsen een strijd gaande is tussen chirurgen en orthopeden over de vraag wat tot wiens terrein behoort. Vooral over de behandeling van intra-articulaire breuken (breuken waarbij gewrichten betrokken zijn) kunnen zij het niet eens worden. De orthopeden claimen het alleenrecht, maar de chirurgen vinden dat zij de behandeling net zo goed kunnen geven.

### **3.2.4 Spinale chirurgie**

Zowel neurochirurgen als orthopeden houden zich bezig met spinale chirurgie (chirurgie van de wervelkolom). Hun samenwerking en taakafbakening is goed. De afspraak is dat bij alle operaties in de wervelkolom waarbij het wervelkanaal geopend wordt en zenuwen gemanipuleerd moeten worden, de neurochirurg betrokken is. Als de operatie voornamelijk buiten het wervelkanaal plaatsvindt en het openen van het wervelkanaal een klein onderdeel vormt, opereert primair de orthopeed en de neurochirurg doet mee op het moment van het openen van het wervelkanaal. Als de operatie primair bestaat uit het openen van het wervelkanaal en het behandelen van zenuwstructuren, is het een neurochirurgische ingreep waarbij de orthopeed wordt ingeschakeld zodra er stabiliserende ingrepen aan de wervelkolom moeten worden uitgevoerd. Als er geen ingrepen aan zenuwen worden verricht, is het een strikt orthopedische ingreep. Als het wervelkanaal geopend wordt en er aan de wervelkolom

geen ingrepen worden verricht, is het een strikt neurochirurgische ingreep. Dank zij dit soort afspraken is de relatie tussen orthopeden en neurochirurgen op plaatsen waar beiden werken, goed.

Waar de neurochirurgen zich zorgen over maken is het feit dat in ziekenhuizen waar geen neurochirurgie is, de orthopeden zich steeds verder begeven op het terrein van de spinale chirurgie. Hun zorgen formuleren zij als volgt:

Orthopeden hanteren in het algemeen veel bredere indicatiegebieden dan volgens de neurochirurgen gerechtvaardigd is. De neurologen en neurochirurgen in ons land zullen een patiënt met een HNP (hernia), als het enigszins mogelijk is, eerst conservatief behandelen (bedrust in combinatie met pijnstilling, spierontspannende middelen en fysiotherapie), omdat velen dan herstellen (cijfers van 70-80 procent worden genoemd). Als de conservatieve therapie na twee weken geen verbetering geeft, gaat men alsnog over tot operatie<sup>2</sup>. Bij orthopeden echter bestaat een sterke neiging om direct operatief in te grijpen, zonder eerst het resultaat van een conservatieve behandeling af te wachten. Ook voeren orthopeden volgens de neurochirurgen te pas en te onpas cervicale en lumbale spondylodeses uit (vastzetten van de wervelkolom), terwijl neurochirurgen daarvoor een uiterst beperkt indicatiegebied hanteren: een enkele maal cervicaal, lumbaal nooit.

Vaak beschikken orthopeden niet over voldoende ervaring voor het uitvoeren van HNP-operaties. Een HNP-operatie is niet echt eenvoudig. Om voldoende ervaring op te doen en te onderhouden moet de arts minstens 100 patiënten met een HNP per jaar opereren. Neurochirurgen komen wel tot dat aantal, veel orthopeden niet.

Bij ingrepen waarbij het primair gaat om een zenuwletsel en waarbij het wervelkanaal geopend wordt, zoals een HNP-operatie of een operatie in verband met metastasen in de wervelkolom, kunnen problemen ontstaan. De orthopeed mist de deskundigheid om complicaties van typisch neurochirurgische aard te behandelen en als de bevindingen bij de operatie anders zijn dan verwacht, wordt de wond gesloten en de patiënt alsnog naar de neurochirurg verwezen.

---

<sup>2</sup> De nieuwere methoden, chemonucleolyse en percutane nucleotomie, die beide slechts op beperkte schaal uitgevoerd worden, blijven hier buiten beschouwing.

Als zij kunnen kiezen, sturen neurologen hun operatiepatiënten bij voorkeur naar de neurochirurg. Sommige patiënten met rugklachten worden echter door hun huisarts direct naar de orthopeed verwezen en zelfs als de orthopeed de neuroloog in consult roept en een operatie noodzakelijk blijkt, dan wordt de operatie door de orthopeed gedaan. Dat is soms tegen de wens van de neuroloog, maar hij wil zijn collega niet afvallen.

Hoewel neurochirurgen vinden dat alle operaties waarbij zenuwen in het geding zijn, door neurochirurgen uitgevoerd zouden moeten worden, geven zij toe dat zij dat op dit moment niet kunnen eisen, gezien de beperkte menskracht en operatiecapaciteit in de centra voor neurochirurgie. Dat deze minder gewenste situatie is ontstaan, wijten zij aan het feit dat er te weinig neurochirurgen zijn opgeleid en veel te veel orthopeden.

### **3.3 Eén aandoening, meer dan één behandelmogelijkheid**

Dat er voor een aandoening meer dan één therapie mogelijk is, is niet ongebruikelijk in de geneeskunde. Als de arts over alternatieven binnen zijn specialisme beschikt, is de keuze niet altijd eenvoudig. Nog moeilijker is het als de alternatieven op het terrein van verschillende specialismen liggen. Dat maakt vergelijkend wetenschappelijk onderzoek er niet eenvoudiger op en het kan aanleiding geven tot verschil van opvatting en spanningen tussen de specialisten in kwestie. Twee voorbeelden:

#### **3.3.1 Maag- en darmaandoeningen**

Tot zo'n twintig jaar geleden was een operatie de enige oplossing bij zweren van maag en dunne darm en bij reflux-oesophagitis, een aandoening waarbij de maagingang niet goed sluit, waardoor maagzuur de slokdarm aantast. De komst van nieuwe geneesmiddelen ( $H_2$ -blokkers en later omeprazol) heeft voor een ommekeer gezorgd. Deze medicijnen, die de maagzuurproductie remmen, zijn zeer effectief. De pijnklachten zijn na een paar weken weg en de zweren verdwijnen. Vaak is wel een onderhoudsdosis van het middel nodig om herhaling te voorkomen.

Bij internisten en gastro-enterologen is de medicamenteuze therapie in korte tijd de 'gouden standaard' geworden voor de genoemde aandoeningen. Zij laten nog slechts zelden een patiënt opereren. Langzaam maar zeker gaan er echter stemmen op dat bepaalde patiënten die nu medicijnen krijgen, beter geopereerd kunnen worden. Deze mening heeft met name bij chirurgen postgevat, maar ook een enkele internist en

gastro-enteroloog -weliswaar uitzonderingen in hun beroepsgroep- begint zich af te vragen of voor elke patiënt de medicamenteuze behandeling wel de beste is. Vooral voor jongere patiënten die de kans lopen hun hele leven medicijnen te moeten slikken om de klachten de baas te blijven, zou een operatie een goed alternatief zijn.

Voorstanders van operatief ingrijpen voeren aan dat met de tegenwoordige technieken de operatiecomplicaties (ziekte en sterfte) minimaal zijn en dat de kans daarop niet opweegt tegen de nadelen van langdurig medicijngebruik: medicalisering, kans op bloedingen en andere complicaties, een hoog percentage recidieven, hoge kosten en mogelijke bijwerkingen op lange termijn.

Tegenstanders van chirurgisch ingrijpen wijzen op hun beurt op de nadelen van een operatie: elke operatie introduceert de kans op complicaties en de gevolgen van maagresectie zijn niet te verwaarlozen. Sterke vermagering en braken komen vaak voor, de patiënt loopt de kans op vitamine B<sub>12</sub>-gebrek en op den duur ook op osteoporose. Tenslotte voeren zij een belangrijk praktisch argument aan tegen opereren: doordat vrijwel alle patiënten tegenwoordig medicamenteus behandeld worden, zijn er nog maar weinig chirurgen die over voldoende ervaring in dit type operaties beschikken, iets wat chirurgen overigens niet ontkennen.

---

*Een internist: Soms denk je wel eens aan operatie, maar je ziet er van af, want je twijfelt of de chirurgen het nog wel kunnen. Een HSV (hyperselectieve vagotomie) en een reflux-operatie eisen nogal wat ervaring. Die kunnen de chirurgen niet meer opbouwen en ze leren het nauwelijks meer in hun opleiding.*

*Een chirurg: Maagchirurgie hoort in het pakket van de algemene heelkunde. Maar er is een probleem: alleen de oudere chirurgen kunnen het nog, de jonge chirurgen zijn zonder eenvoudige maagchirurgie opgeleid. Dat moet aangepakt worden.*

---

### **3.3.2 Atherosclerose van de kransvaten**

Atherosclerotische vernauwingen in de kransvaten van het hart kunnen pijn op de borst veroorzaken (angina pectoris) en de patiënt loopt de kans op den duur een hartinfarct te krijgen. De behandeling van patiënten met angina pectoris heeft in de afgelopen vijftig jaar een revolutionaire ontwikkeling doorgemaakt, die onder meer voortspoot uit competitie tussen cardiologen en thoraxchirurgen (zie Gel91 voor een historische analyse).

Lange tijd was voor patiënten met angina pectoris het innemen van medicijnen de enige remedie. Zo'n twintig jaar geleden kwam er vanuit de thoraxchirurgie een tweede behandelmogelijkheid bij: de coronaire bypass-operatie (CABG). De behandeling van de patiënt met angineuze pijn op de borst was daarmee niet meer aan de cardioloog voorbehouden. Dit heeft tot wrijving tussen cardiologen en cardiochirurgen geleid. De cardiologen verweten de cardiochirurgen dat zij een behandeling invoerden waarvan het effect onvoldoende vaststond en zij drongen aan op gerandomiseerd onderzoek om de bypass-operatie met de medicamenteuze behandeling te vergelijken, te meer daar er intussen nieuwe, betere geneesmiddelen ter beschikking waren gekomen. Drie grote gerandomiseerde onderzoeken hebben geleid tot een omschrijving van passende indicatiegebieden voor de bypass-operatie. In de tachtiger jaren werd deze operatie dan ook algemeen aanvaard en de discussies tussen cardiologen en cardiochirurgen over de waarde van de operatieve behandeling verstomden langzamerhand.

Daarvoor in de plaats kwam een nieuw discussiepunt. Omstreeks het eind van de jaren zeventig werd door cardiologen een derde methode voor de behandeling van patiënten met angineuze klachten geïntroduceerd: PTCA (Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek, ook wel 'dotteren' geheten). Deze ingreep, die geen operatie vereist, leidde al snel tot de opkomst van een nieuw cardiologisch subspecialisme, de interventiecardiologie. Bepaalde patiënten die voorheen zouden zijn geopereerd door de cardiochirurg, kwamen nu in aanmerking voor PTCA door de cardioloog. De cardiochirurgen zagen hun arbeidsterrein inkrimpen. Nu waren zij het die aandrongen op gerandomiseerd onderzoek om de verschillende behandelmogelijkheden te vergelijken. Het heeft lang geduurd, maar dergelijk onderzoek is inmiddels van start gegaan en de resultaten zullen binnen enkele jaren beschikbaar komen. Intussen breidt het indicatiegebied voor PTCA, dat aanvankelijk slechts tot een groep patiënten met wel-omschreven afwijkingen was beperkt, zich verder uit. Volgens de ondervraagden niet in de laatste plaats omdat dotteren een grote uitdaging is voor de cardioloog, veel groter dan bijvoorbeeld het voorschrijven van geneesmiddelen en het geruststellen van patiënten. Ook noemen zij als oorzaken van de expansie de groeiende ervaring van de interventiecardiologen, de competitie tussen interventiecardiologen onderling en de technische vooruitgang, mede gerealiseerd door een nieuwe tak van industrie.

In de praktijk zijn bij het maken van keuzen voor de behandeling van de patiënt met angina pectoris niet alleen cardiologen en cardiochirurgen betrokken. Ook verwijzende cardiologen, ziekenhuisdirecties en de patiënten zelf hebben een stem in het kapittel.

In ons land worden de interventiecardiologie en de cardiochirurgie uitgeoefend in twaalf door de overheid aangewezen hartcentra<sup>3</sup>. Een patiënt met angina pectoris kan rechtstreeks door de huisarts naar een centrum verwezen worden of via een 'perifere' cardioloog. Als de huisarts verwijst, wordt het specialistisch onderzoek in het centrum uitgevoerd en op grond van de uitkomsten daarvan kunnen de cardioloog en de cardiochirurg van het centrum bepalen of medicamenteuze behandeling of ingrijpen aangewezen is en als er ingegrepen moet worden, of de patiënt voor een bypass-operatie danwel PTCA (of een nieuwere vorm van cardiologische interventie) in aanmerking komt. Zij hoeven het dan weliswaar niet altijd meteen eens te zijn, maar als zij eenmaal besloten hebben wat voor de patiënt in kwestie de juiste behandeling is, gebeurt dat doorgaans ook.

Bij verwijzing door de perifere cardioloog kan dat anders liggen. Niet zelden gebeurt het dat de perifere cardioloog de patiënt naar een centrum verwijst, vergezeld van een behandelingsvoorstel, en als het centrum op basis van de gegevens over de patiënt tot een andere conclusie komt, staat het de perifere cardioloog vrij het bij een ander centrum te proberen. Deze gang van zaken maakt het volgens sommige interventiecardiologen steeds moeilijker om professionele normen te handhaven, vooral ook omdat de directies van bepaalde ziekenhuizen waar de hartcentra deel van uitmaken, het aantal ingrepen niet graag zien afnemen. Financiële motieven en concurrentieoverwegingen zouden daarbij een rol spelen. De druk die de perifere cardiologen uitoefenen zal naar verwachting in de nabije toekomst alleen maar groter worden, nu Artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen niet meer van toepassing is op de coronairangiografie (een belangrijke methode om aard en omvang van vernauwingen in kransvaten vast te stellen). Perifere cardiologen krijgen daardoor steeds vaker de mogelijkheid zelf coronairangiogrammen te maken en dat zal ertoe leiden dat nog sterker dan tot nu toe de anatomische afwijking het medisch handelen dikteert, waar vroeger de klachten van de patiënt centraal stonden.

---

**3** Enkele van deze centra omspannen meer dan één lokatie.

Daar komt bij dat de patiënten zelf ook steeds vaker aandringen op ingrijpen. Al dan niet geringe pijnklachten accepteren zij niet langer en langdurig gebruik van geneesmiddelen trekt hen niet. De cardioloog die niet meer weet wat hij aan moet met een klagende patiënt die steeds weer terugkomt, is niet erg geneigd zich terughoudend op te stellen. Integendeel, hij stelt de indicatie voor een interventie steeds gemakkelijker in een vroeger stadium van de aandoening.

Volgens ondervraagden uit verschillende disciplines staan in discussies over de behandeling van patiënten met angina pectoris de claims van de verschillende groeperingen sterk op de voorgrond, sterker dan op grond van medisch-inhoudelijke argumenten wenselijk is.

### **3.4 Terreinverlies**

Dat geneeskunde een dynamisch en geen statisch vak is, hebben de voorgaande voorbeelden laten zien. De introductie van nieuwe technieken doet de grenzen tussen specialismen verschuiven.

Specialisten hebben moeite met het prijsgeven van een deel van hun terrein, maar als daar nieuwe verworvenheden (verrichtingen) in hun eigen vakgebied tegenover staan, kunnen zij dat wel accepteren. Als dat niet het geval is, dan voelen zij zich bedreigd. Twee voorbeelden van specialismen die te kampen hebben met terreinverlies:

#### **3.4.1 Keel-, neus- en oorheelkunde (KNO)**

KNO is een vakgebied dat in de afgelopen jaren heel wat onderdelen heeft moeten prijsgeven aan andere specialismen:

- duizeligheid en evenwichtsstoornissen aan de neurologie
- mondholte- en sinusoperaties aan de kaakchirurgie
- oorschelp- en uitwendige neusreconstructie, deels ook neusseptumcorrectie aan de plastische chirurgie
- uitgebreid gehooronderzoek en de begeleiding en controle van dove kinderen aan de audiologie
- bronchoscopie en -chirurgie aan de longartsen
- oesophagusscopie aan de gastro-enterologie en de heelkunde



- oesophaguschirurgie aan de heelkunde
- delen van de 'dagelijkse' pathologie, zoals otitis media en sinusitis aan de huisarts

Daarnaast is de behoefte aan middenoorchirurgie, bij uitstek het terrein van de KNO, afgenomen door het mildere beloop van middenoorontstekingen. Men vermoedt dat dit laatste een gevolg is van de verminderde pathogeniteit (ziekteverwekkend vermogen) van streptokokken, weerstandsverbetering van de bevolking en betere behandel mogelijkheden (antibiotica).

Bovendien bestaat er een wezenlijk onderscheid tussen de perifere en de academische KNO. Alle verrichtingen in verband met oncologie, aangeboren afwijkingen en doofheid bij kinderen en een groot deel van de complexere ooroperaties vinden in de academische centra plaats.

Al met al betekent dit een sterk inkrimpend werkterrein voor de perifere KNO-arts.

---

*Een KNO-arts: Er bestaat grote variatie in medisch handelen van KNO-artsen. Overdiagnostiek en overbehandeling komen veel voor; van onderbehandeling is geen sprake. De omvang van de perifere praktijken varieert sterk en de beroepsvereniging heeft bij het vaststellen van de omvang van een normpraktijk (thans 52 000) te weinig rekening gehouden met de ontwikkelingen. Een perifere praktijk van 70 000 - 80 000 zou ook goed kunnen functioneren bij een terughoudende werkstijl.*

---

Aan de andere kant melden de KNO-artsen een sterke toename van oncologische patiënten in de academische ziekenhuizen. De wachtlijsten groeien en men verwacht problemen met betrekking tot de opleiding: de bij het patiëntenaanbod passende behandelingen zijn meer en meer superspecialistisch van aard. Uitbreiding van het aantal ziekenhuizen waar KNO-oncologie gedaan wordt, ten koste van het aantal perifere KNO-artsen ligt voor de hand.

### **3.4.2 Algemene heelkunde**

Inkrimping van het vakgebied KNO is inmiddels een voldongen feit. Voor de algemene heelkunde ligt dat iets anders. Daar is het proces van afkalving van het vakgebied

gaande, maar de uitkomst is nog onzeker. De chirurgen signaleren terreinverlies op verschillende fronten. De dreiging komt zowel van buitenaf als van binnenuit. Van buitenaf:

- Het aantal maag-, duodenum- en oesophagusoperaties is drastisch afgenomen door de introductie van nieuwe geneesmiddelen (zie 3.3.1).
- Interventie-endoscopie vervangt het mes: endoscopische verwijdering van galgangstenen (ERCP) en van poliepen in de dikke darm wordt ook door gastro-enterologen gedaan (zie 3.2.2).
- De orthopeden claimen grote delen van de traumatologie. Zij rekenen fractuurbehandeling tegenwoordig ook tot hun terrein (zie 3.2.3). Verder willen de orthopeden het alleenrecht behouden om arthroscopie (diagnostische en interventie-arthroscopie) te doen, terwijl chirurgen vinden dat deze verrichtingen als onderdeel van de acute traumatologie tot hun werkterrein behoren.
- Bij dermatologen bestaat de neiging steeds vaker het mes ter hand te nemen. Zij begeven zich meer en meer op terreinen die voorheen tot de plastische chirurgie en de algemene heelkunde behoorden.
- Binnen de kring van gynecologen gaan stemmen op om, evenals in de ons omringende landen, de (oncologische) mammachirurgie tot hun terrein te rekenen (Haa90).
- Dotterbehandelingen door de radioloog vervangen een deel van de perifere vaatoperaties en ook andere interventies (atherectomie, echo- of röntgengeleide puncties) achten de radiologen tot hun werkterrein te behoren.
- Met de (post-operatieve) intensive care houden zich, behalve chirurgen, ook internisten en anesthesisten bezig.
- De toekomstige ontwikkeling van allerlei minder invasieve ingrepen opent de weg voor andere specialisten om delen van het werkterrein van de algemene heelkunde over te nemen.

Ook binnen het vakgebied zijn ontwikkelingen gaande die het terrein van de algemene heelkunde kunnen doen inkrimpen. De chirurgen maken zich zorgen over de 'centrifugale krachten' in hun vakgebied. Plastische chirurgie en urologie maakten zich in de jaren vijftig los van de algemene heelkunde, in de jaren zestig gevolgd door de cardiopulmonale chirurgie. Nu dreigen vaatchirurgie en traumatologie, die hun eigen

(sub)verenigingen hebben, dezelfde weg te gaan. Het bestuur van de vereniging voor algemene heelkunde tracht het tij te keren door de bestuurlijke structuur aan te passen en de subverenigingen meer bij het algemene beleid te betrekken. De algemene chirurgen zijn overigens niet tegen het ontwikkelen van aandachtsgebieden, maar het opstellen van aparte opleidingseisen voor een deelgebied opent de weg voor afsplitsing. Het ontwikkelen van aandachtsgebieden is goed als deze door een stevige brug met het moederspecialisme blijven verbonden. Binnen het aandachtsgebied beproeft men nieuwe methoden en technieken en men doet ervaring op. Voor zover toepasbaar in de algemene praktijk moet de opgedane kennis en kunde overgedragen worden aan de algemeen chirurg.

Een apart punt vormt de longchirurgie. Een groot deel van deze chirurgie wordt buiten de centra voor cardiopulmonale chirurgie gedaan door algemeen chirurgen. Om de ontwikkelingen in de longchirurgie goed te kunnen inbedden in de algemene heelkunde is men bezig de longchirurgie tot een aandachtsgebied te maken. Het is de bedoeling om de zesjarige opleiding algemene heelkunde uit te breiden met één jaar longchirurgie in een groot ziekenhuis waar veel longchirurgie wordt gedaan. De cardiochirurgen hebben veel kritiek op deze gang van zaken. Zij zijn tegen de formele scheiding tussen longchirurgie en hart-longchirurgie. Zij wensen nadrukkelijk de opleiding als 'cardiopulmonale' chirurgie (thoraxchirurgie) te behouden. Als argument voeren zij aan dat men het vak om het werkelijk goed te beheersen moet leren van iemand die zeer vertrouwd is met alle aspecten van de longchirurgie en dat is niet de algemeen chirurg. Bovendien bestaat bij de thoraxchirurgen de indruk dat de algemeen chirurgen uit angst en onbekendheid soms niet agressief genoeg opereren bij longtumoren, waardoor aan de patiënt een potentiële kans op verbetering wordt onthouden.

### **3.5 Slotopmerkingen**

Bij al deze strubbelingen tussen en binnen specialismen is het steeds de vraag in hoeverre medisch-wetenschappelijke overwegingen en overwegingen met betrekking tot de kwaliteit van de behandeling bepalend zijn. Volgens de ondervraagden worden inhoudelijke discussies over de afbakening van specialismen, optimale praktijkomvang, subspecialisatie en dergelijke in sterke mate en al of niet openlijk vertroebeld door niet-medische overwegingen, zoals machts- en gebiedsuitbreiding, dreigend terreinverlies en daaraan gekoppeld ook het inkomen. Deze discussies spelen zich niet alleen af op landelijk niveau tussen de verenigingen, maar ook dikwijls op lokaal

niveau. Het aantrekken van nieuwe specialisten is veelal een zaak van de staven van de ziekenhuizen. Dat betekent volgens enkele ondervraagden dat kleine specialismen altijd aan het kortste eind trekken, want wie het grootst is, heeft de meeste macht.

## **4 SPECIALISTEN EN HUISARTSEN**

### **4.1 Inleiding**

Verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg wordt door de regering al jarenlang gezien als een belangrijk middel om de kosten van de gezondheidszorg te beperken (TK83a,b). Binnen de eerstelijnszorg is de huisarts de spil. Praktijkverkleining, deskundigheidsbevordering van huisartsen en het ontwikkelen van standaarden en richtlijnen voor hun medisch handelen vormen de pijlers van het beleid dat de bewuste verschuiving moet bewerkstelligen (TK87, 88, 89, 90, 91). Maar waar houdt de huisartsgeneeskunde op en waar begint de specialistische geneeskunde? Een vraag dus naar de taakafbakening tussen huisarts en specialist.

Dat deze vraag sterk bij specialisten leeft behoeft geen betoog: specialisten zijn voor het aanbod van patiënten aangewezen op verwijzingen van de huisarts. Het is overigens niet juist om daaraan meteen de conclusie te verbinden dat specialisten elke door de huisarts verwezen patiënt met open armen ontvangen. Bijna alle ondervraagde specialisten klagen erover dat patiënten steeds vaker te snel naar hen verwezen worden. Te laat verwijzen komt weliswaar ook voor, maar daarover zijn de specialisten aanmerkelijk minder somber. De huisartsen zien het rooskleuriger: de specialisten reageren op uitzonderingen.

In de onderstaande paragrafen zijn steeds eerst de ondervraagde specialisten aan het woord over punten in de huisartsgeneeskunde die zich naar hun mening lenen voor verbetering. Daarbij wijzen zij er nadrukkelijk op dat niet alle kritiek even sterk voor elke huisarts geldt: het gaat om de grote lijn. Om het beeld te completeren eindigt elke paragraaf met commentaar van de ondervraagde huisartsen.

### **4.2 Diagnostiek door de huisarts**

#### **4.2.1 Anamnese en lichamelijk onderzoek**

Een goed begin is het halve werk. De specialisten vinden dat de huisarts in dit opzicht een hele belangrijke taak heeft. Die taak begint met een gedegen anamnese -luisteren naar de patiënt met verstand van zaken- in combinatie met lichamelijk onderzoek. De

specialisten vinden dat deze fase van het diagnostisch proces gebreken vertoont. Voor het afnemen van de anamnese neemt de huisarts te weinig tijd en het lichamenlijk onderzoek wordt vaak marginaal uitgevoerd of zelfs achterwege gelaten.

Hoe merken de specialisten dat? Een veel gehoorde opmerking is dat zij vaak geconfronteerd worden met patiënten die niet bij hen aan het juiste adres zijn (zie 4.3), vaker dan op grond van duidelijk herkenbare symptomen gerechtvaardigd is. Een voorbeeld:

---

*Een cardioloog ziet dikwijls patiënten bij wie primair sprake is van één of andere interne aandoening, waarvan de hartklachten slechts een uiting zijn. Die horen dus niet in eerste instantie bij hem thuis. Zouden de huisartsen meer aandacht besteden aan anamnese en lichamenlijk onderzoek dan zou een deel van deze patiënten nooit bij een cardioloog terecht komen. Zo vertelt hij dat hij binnen één jaar al twee maal bij een vrouw die naar hem verwezen was voor hartklachten tijdens het lichamenlijk onderzoek een ovariumcarcinoom op het spoor kwam.*

---

De specialisten voeren verschillende redenen aan waarom de huisarts tekort zou schieten:

- De huisarts kan tegenwoordig over een groot aantal diagnostische faciliteiten beschikken en hij heeft meer vertrouwen in de resultaten van de techniek dan in zijn eigen oordeel. Laboratoriumbepalingen en andere geavanceerde diagnostiek komen dan in de plaats van anamnese en lichamenlijk onderzoek.
- Tijdgebrek is een tweede belangrijke factor. Het is niet goed mogelijk om anamnese en lichamenlijk onderzoek binnen tien minuten uit te voeren en dat is de tijd die de huisarts doorgaans voor een patiënt heeft. Als hij er in die tijd niet uitkomt, verwijst hij gemakkelijk naar een specialist of besteedt de diagnostiek uit.
- De interpretatie van de fysische diagnostiek (kloppen en luisteren) en het inzicht in de pathofysiologie vertonen lacunes.

#### **4.2.2 Laboratoriumbepalingen en andere diagnostiek**

De huisarts wordt steeds meer in staat gesteld zelfstandig, zonder tussenkomst van de specialist, gebruik te maken van diagnostische voorzieningen die tot voor kort aan de specialist waren voorbehouden. Naast toegang tot uitgebreide laboratoriumfaciliteiten heeft hij de mogelijkheid om röntgenfoto's en echogrammen te laten maken en er zijn ziekenhuizen waar de huisarts endoscopie kan laten doen. Het uitgangspunt

is dat een verschuiving van tweede naar de eerste lijn kosten bespaart, doordat het aantal verwijzingen afneemt en de huisarts gerichter verwijst: de juiste patiënt naar de juiste specialist.

De specialisten staan in theorie achter dit concept, maar zij zijn unaniem van oordeel dat de praktijk van dit moment er niet aan beantwoordt. Integendeel, zij zouden niet verbaasd zijn als zou blijken dat deze verandering eerder kosten genereert dan kosten bespaart. Zij menen dat de huisarts veel overbodig onderzoek laat doen. Als belangrijke oorzaak noemen de ondervraagden dat uitbreiding van de faciliteiten geen gelijke tred heeft gehouden met de ontwikkeling van de kennis van de huisarts op deze terreinen, waardoor de keuze van de diagnostiek en de interpretatie van de uitkomsten ervan te wensen overlaten. Daar komt bij dat voor laboratoriumbepalingen op verzoek van de huisarts geen budgettaire beperking geldt en dat de huisartsenlaboratoria sterk geneigd zijn hun arsenaal uit te breiden met laboratoriumtests die specialistische toepassing en interpretatie vereisen. Enkele voorbeelden van overdiagnostiek uit de praktijk:

---

*Een internist: De huisarts heeft in verband met moeheidsklachten bij een patiënt een volledig leverfunctie-onderzoek laten verrichten en kan de uitslagen van de tests niet interpreteren. De patiënt wordt daarom (alsnog) verwezen naar de internist. Nu is, volgens de internist, de interpretatie van de uitkomsten van leverfunctiebepalingen niet eenvoudig, ook niet voor de specialist en bovendien zijn het niet de eerste tests die men moet doen in zo'n geval. Hier is dus sprake van een dubbele verkeerde keuze van de diagnostische methode: De huisarts koos onjuiste bepalingen waarvan hij bovendien de uitkomsten niet kon interpreteren.*

*Reumatologen zien zeer regelmatig patiënten met gewrichtsklachten, bij wie de huisarts een serologische reumabepaling heeft laten doen. Dit is een test waarmee men kan nagaan of de patiënt acuut gewrichtsreuma heeft. Nu is acuut reuma een aandoening die nog maar sporadisch voorkomt (Hoo89). De kans dat een reumatoloog er mee wordt geconfronteerd is niet meer dan één maal per jaar en gemiddeld ziet per jaar slechts één op de zestig huisartsen een patiënt met acuut reuma. Als een huisarts vermoedt dat acuut reuma in het spel is, doet hij er beter aan meteen te verwijzen in plaats van eerst een dure bepaling te laten verrichten.*

*Radiologen en neurologen vinden dat de huisarts te snel een röntgenfoto of CT-scan aanvraagt bij lage-rugklachten. Op zich zijn lage-rugklachten geen indicatie, alleen als lichamelijk onderzoek doet vermoeden dat de klachten voortkomen uit problemen met de wervels of de tussenwervelschijven.*

*Bij vermoeden van gynecologische problemen bij patiënten met buikpijn laat de huisarts steeds gemakkelijker een echoscopie doen. Veelal stuurt hij de patiënten daarvoor naar de radioloog. Noch de radioloog noch de huisarts hebben voldoende ervaring om het echogram op gynecologische afwijkingen te beoordelen. Het komt regelmatig voor dat men dan dingen ziet die niets te betekenen hebben, zoals een normaal rijp follikel dat voor een kyste wordt aangezien. Door deze verkeerde interpretatie zaait men paniek bij de patiënt en het is voor de gynecoloog, bij wie de vrouw uiteindelijk toch terecht komt, erg moeilijk om de patiënt gerust te stellen. Een dergelijke werkwijze werkt kostenverhogend en medicaliserend, aldus de gynecologen.*

*Een reumatoloog over een verwijsbrief: De huisarts concludeerde dat de patiënt wel reuma moest hebben, omdat de HLA-B27 bepaling op drie achtereenvolgende tijdstippen positief was. Dit is een bepaling waarmee men vaststelt of bij een patiënt een bepaalde genetische factor aanwezig is die predisponeert voor reuma. De bepaling is zeer sensitief, maar weinig specifiek. Dat wil zeggen dat een positieve bevinding met grote waarschijnlijkheid aangeeft dat de patiënt de genetische factor heeft, maar geenszins dat de patiënt reuma heeft. De reumatoloog maakt enkele kanttekeningen: De keuze van de test is onjuist vanwege de geringe specificiteit en bovendien is het nutteloos om deze bepaling drie maal te laten uitvoeren, immers één maal positief is altijd positief. De reumatoloog is meestal in staat om op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met een röntgenfoto, de diagnose te stellen. In dit soort gevallen is direct verwijzen aanzienlijk doelmatiger dan het uitvoeren van zeer dure en overbodige genetische bepalingen.*

---

Het merendeel van de ondervraagde specialisten komt op grond van dit soort voorvallen tot de conclusie dat de doelmatigheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg aanmerkelijk zou toenemen als de huisarts zich meer toelegt op anamnese en lichamelijk onderzoek en minder op geavanceerde diagnostiek. Het aantal laboratoriumbepalingen waarover de huisarts kan beschikken zou beslist beperkt moeten worden. Het komt nu te vaak voor dat huisartsen eerst een hele reeks, vaak dure en niet altijd even adequate bepalingen laten doen en dan alsnog de patiënt verwijzen. Naar hun mening is direct verwijzen, of eventueel een eenmalig specialistisch consult, aanmerkelijk goedkoper en minder belastend voor de patiënt.

### **Commentaar van de huisartsen**

De ondervraagde huisartsen onderschrijven het belang van anamnese en lichamelijk onderzoek volledig. Een belangrijk verschil echter tussen huisartsen en specialisten is dat de huisarts zijn patiënten kent. Dat betekent dat hij veel minder tijd nodig heeft



voor de anamnese dan de specialist, die bij elke nieuwe patiënt bij nul moet beginnen. Daaruit mag men niet concluderen dat de huisarts te weinig tijd neemt voor de anamnese.

De ondervraagde huisartsen stellen dat aanvullende diagnostiek een voorwaarde is voor de professionalisering van hun vak. Zonder deze faciliteiten kunnen zij hun beroep niet op adequate wijze uitvoeren.

Het gevaar dat aanvullende diagnostiek de plaats inneemt van het lichamelijk onderzoek is volgens hen niet geheel denkbeeldig, maar dat geldt voor specialisten evenzeer als voor huisartsen. Aanvullende diagnostiek door de huisarts komt niet op grote schaal voor, getuige bijvoorbeeld de geringe omvang van de laboratoriumdiagnostiek door de huisarts. Slechts in gemiddeld 4 procent van zijn patiënt-contacten laat de huisarts laboratoriumonderzoek doen (Key91).

De ondervraagde huisartsen ontkennen niet dat in de huisartsenpraktijk soms sprake is van overbodige diagnostiek. Zij wijzen er echter op dat overdiagnostiek geen specifiek huisartsenprobleem is. Overdiagnostiek komt bij specialisten op minstens even grote schaal voor. In de opleiding van zowel huisartsen als specialisten wordt te weinig aandacht besteed aan diagnostische beslissingsvaardigheden.

### **4.3 Verwijzen door de huisarts**

De ondervraagde specialisten constateren grote verschillen tussen huisartsen met betrekking tot verwijzen. Dat heeft sterk te maken met de belangstelling van de individuele huisarts voor bepaalde deelterreinen. Zo legt de ene huisarts zich toe op de behandeling en begeleiding van suikerpatiënten, een ander op gynecologische problemen, een derde op weer een ander gebied.

Sommige ondervraagden vinden het niet juist dat elke arts in principe alles mag doen. Daar zouden duidelijke grenzen aan gesteld moeten worden. Toch lijkt het op dit moment niet eenvoudig een strikte scheiding te maken tussen wat tot het terrein van de huisarts en wat tot dat van de specialist behoort:

---

*Een longarts: Naar schatting kan eenderde van het poliwerk door de huisarts gedaan worden, maar veel huisartsen zijn onvoldoende ingewerkt in de problematiek.*

*Een KNO-arts: Een groot deel van de alledaagse pathologie kan terug naar de huisarts, mits hij zich er voldoende in verdiept.*

*Een andere KNO-arts: De grens tussen huisarts en specialist is arbitrair, ook de Vereniging voor KNO heeft daar geen uitgesproken mening over.*

*Een internist: De gebiedsafbakening tussen huisarts en internist is duidelijk in beweging.*

---

### **4.3.1 Communicatie over de verwijzing**

Dat de communicatie tussen huisarts en specialist een zwak punt is in ons gezondheidszorgsysteem, is bekend (Wes91). Zonder te ontkennen dat zij daar zelf debet aan zijn, uiten ettelijke ondervraagden hun ontevredenheid over de manier waarop de huisartsen communiceren met betrekking tot de verwijzing. Zij vinden dat de huisarts meer gebruik kan maken van een telefonisch consult alvorens te besluiten of het zinvol is de patiënt te verwijzen. De drempel voor zo'n consult is te hoog, al zijn er uitzonderingen.

---

*Een reumatoloog zegt altijd open te staan voor telefonisch overleg met huisartsen. Hij antwoordt zoveel mogelijk direct en als hij net met een patiënt bezig is, belt hij na 10 minuten terug. Ondanks dat het zo langzamerhand bekend moet zijn dat hij openstaat voor overleg, wordt daar veel te weinig gebruik van gemaakt.*

*Een internist: De contacten met de huisartsen zijn hier goed, volgens de huisartsen beter dan gemiddeld in het land. De drempel voor overleg is laag, telefonische consulten vinden regelmatig plaats.*

---

Een goede verwijsbrief zou volgens de ondervraagde specialisten ten minste een korte beschrijving van de anamnese en het lichamelijk onderzoek moeten bevatten en de resultaten van al het onderzoek dat de huisarts heeft laten doen. In de praktijk is de inhoud van de verwijsbrieven zeer variabel. Regelmatig mist men de noodzakelijke informatie over de achtergronden van de verwijzing, maar ook verwijsbrieven met allerlei nauwelijks ter zake doende details komen voor.

---

*Een gastro-enteroloog krijgt wel eens een verwijsbrief, bestaande uit een receptpapiertje met daarop de vraag: 'Pathologie?'.*

*Een reumatoloog: Er is vrijwel altijd een verwijsbrief, soms zelfs zo uitgebreid dat ik wel eens denk: 'kan het niet wat zakelijker'.*

---

Zeer inefficiënt vinden de ondervraagden het dat in meer dan de helft van de gevallen de uitkomsten van de door de huisarts verrichte diagnostiek ontbreken. Sommige specialisten sturen om redenen van efficiëntie de patiënt dan vaak meteen door naar het laboratorium van het ziekenhuis, anderen vragen de gegevens alsnog op. Maar dat kost wel tijd en als het hun te lang duurt, onderwerpen zij de patiënt toch maar opnieuw aan een reeks laboratoriumbepalingen.

#### **4.3.2 Wanneer verwijzen?**

Een groot deel van de patiënten wordt volgens de specialisten terecht verwezen. Dat neemt niet weg dat het aantal onnodige verwijzingen de laatste jaren toeneemt. Dat komt doordat de huisarts te weinig gebruik maakt van kennis van het natuurlijk beloop van bepaalde ziektebeelden en, niet in de laatste plaats, doordat patiënten zelf vaak 'hogerop' willen (zie hoofdstuk 5). Dit verschijnsel doet zich in sterke mate voor bij de inwendige geneeskunde. Volgens de internisten zijn zij bij uitstek de specialist naar wie de huisarts patiënten met vage klachten verwijst wanneer hij niet meer in staat is hen tevreden of gerust te stellen. Sommige specialisten geven duidelijk aan dat zij serieus ingaan op de klachten van de patiënt, enerzijds om hen gerust te stellen en anderzijds omdat zij het onjuist vinden de huisarts in het bijzijn van de patiënt af te vallen en daarmee de verstandhouding tussen de laatstgenoemden te ondermijnen.

---

*Een internist haalt een verwijsbrief aan waarin de huisarts meedeelt dat hij graag wil dat de patiënt onderzocht wordt. Niet omdat hij verwacht dat de patiënt iets mankeert, maar ter geruststelling. Brieven met een dergelijke strekking ziet hij steeds vaker en bijna altijd heeft de huisarts dan gelijk. Strikt genomen is zo'n verwijzing overbodig, maar de internist vindt dat hij in deze gevallen wel iets moet doen (bloedonderzoek, endoscopie), want je kunt de patiënt niet duidelijk maken dat er niets aan de hand is als je kort naar hem gekeken hebt. Dan blijft de patiënt zich bezorgd maken en komt onherroepelijk terug. Maar de opbrengst is gering.*

*Een radioloog: Als een patiënt verwezen wordt voor radiodiagnostiek, moet je iets doen, ook als je de indruk hebt dat het overbodig is. Je mag de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt niet schaden. Dat betekent soms dat er een eenvoudige echo gemaakt wordt, alleen als service.*

*Een neuroloog: Soms maak je bij hoofdpijn een EEG, alleen om de patiënt gerust te stellen. Dat kost maar 120 gulden, een CT-scan is vele malen duurder.*

---

Niet alle ondervraagden stellen zich zo op; sommigen vinden dat je geen overbodig onderzoek moet doen als uit de klachten en het lichamelijk onderzoek niets blijkt wat op pathologie wijst.

---

*Twee neurologen: Als je geen neurologische afwijkingen vindt, moet je soms gewoon de patiënt terugverwijzen naar de huisarts met de mededeling dat er niets neurologisch aan de hand is. Een EEG of een foto of CT-scan om de patiënt gerust te stellen zijn dan niet op hun plaats.*

---

Ondervraagden uit diverse disciplines (gynecologie, neurologie, inwendige geneeskunde, reumatologie) menen dat de huisarts een te soepele houding aanneemt bij patiënten met vage, veelal psychosomatische, klachten (buikpijn, rugpijn, hoofdpijn en dergelijke). De huisarts verwijst deze patiënten, die de specialisten aanduiden met 'consumenten' of minder aardig met 'notoire querulanten' of 'pijnshoppers', te gemakkelijk naar de specialist (zie ook hoofdstuk 5). Hier heeft de huisarts nu juist een belangrijke taak, maar die laat hij te vaak liggen, zo menen de ondervraagde specialisten.

Te laat verwijzen komt volgens de specialisten aanmerkelijk minder vaak voor dan te snel. Wel is een klacht van de reumatologen dat patiënten met gewrichtsaandoeningen nogal eens in een laat stadium bij de specialist komen, soms zelfs pas als zij al volledig geïnvaleerd in een rolstoel zitten.

Een samenhangend beeld over wat nu wel en wat niet tot het terrein van de huisarts behoort geeft niemand. Het blijft bij losse opmerkingen, zoals:

- Het voorschrijven van geneesmiddelen met veel bijwerkingen hoort niet bij de huisarts thuis (bijvoorbeeld middelen bij reuma, fertiliteitsbevorderende middelen).

- Patiënten met zeldzame aandoeningen verdienen specialistische behandeling, de huisarts ziet de aandoeningen te weinig om ervaring op te bouwen.
- Begeleiding van de patiënt met psychosomatische aandoeningen is bij uitstek de taak van de huisarts.
- Primaire preventie, zoals beoordeling van een gezonde leefwijze, aandacht voor risicofactoren en de familie-anamnese zijn typisch taken voor de huisarts.

### 4.3.3 Keuze van de specialist

Regelmatig komen patiënten bij de verkeerde specialist terecht door een onjuist oordeel van de huisarts. Oorzaken daarvan zijn volgens de specialisten gelegen in onvoldoende gebruik of foutieve interpretatie van anamnese en lichamelijk onderzoek of gebrekkige interpretatie van de diagnostiek. Overbodig onderzoek en extra belasting voor de patiënt zijn het gevolg.

---

*Een chirurg: De diagnose waarmee de huisarts verwijst laat vaak te wensen over. Nu moet de chirurg eerst aantonen dat de patiënt aan het verkeerde adres is voordat hij hem naar een andere specialist kan verwijzen.*

*Een internist-nefroloog: Een apart probleem vormt de diagnostiek van hematurie (bloed in de urine). De huisarts moet de patiënt verwijzen en daar gaat iets mis. Sommige patiënten die bij een nefroloog thuishoren, komen dan bij de uroloog terecht. Eenmaal in dat circuit, komen zij er moeilijk uit en ondergaan dan invasieve diagnostische ingrepen die dikwijls niet nodig zijn, zoals cystoscopie, röntgenonderzoek en zelfs nierbiopsie en angiografie.*

*Een longarts over ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde: Wat er nu aan de gang is, is dat er een nieuwe structuur bovenop de oude geplaatst wordt. De 'oude' huisarts mag nu (vrijwel ongelimiteerd) laboratoriumbepalingen en functie-onderzoeken aanvragen. Het kan dan gebeuren dat hij bij een kortademige patiënt een röntgenfoto laat maken en dat de uitslag luidt: hartvergroting en longschaduw. Hij stuurt de patiënt dan, zonder inzicht in oorzaak en gevolg, zowel naar de cardioloog als naar de longarts, die soms niet eens in hetzelfde ziekenhuis werken. Dat er dan een hoop dubbel onderzoek plaatsvindt, spreekt voor zich.*

*Een reumatoloog: De huisarts verwijst de patiënt met gewrichtsklachten vaak ten onrechte eerst naar een neuroloog, chirurg, internist of orthopeed, soms zelfs naar een cardioloog (fibromyalgie kan pijnklachten geven bij de aanhechting van de ribben aan het borstbeen).*

---

De ondervraagden doen verschillende suggesties om deze problemen op te lossen: drempelverlaging voor consultatie, bijvoorbeeld door huisartsenpraktijken te huisvesten binnen de ziekenhuismuren, of patiënten naar een ziekenhuis en niet naar een bepaalde specialist te verwijzen. Ook stelt men voor om voor bepaalde veel voorkomende vage klachten richtlijnen te ontwikkelen voor het verwijzen:

*Een KNO-arts: Een patiënt met hoofdpijn kan worden verwezen naar vier disciplines: neurologie, KNO, inwendige geneeskunde of oogheelkunde. De vier disciplines zouden om de tafel moeten gaan zitten om richtlijnen te ontwikkelen voor de huisarts, zodat hij beter in staat is te differentiëren en naar het juiste specialisme te verwijzen.*

---

### **Commentaar van de huisartsen**

De ondervraagde huisartsen wijzen erop dat de terreinafbakening tussen huisarts en specialist in beweging is. De afgelopen jaren valt een duidelijke verschuiving van taken te constateren in de richting van de huisarts, met name op het gebied van de interne geneeskunde.

Wat de communicatie over het verwijzen betreft zijn de huisartsen het over één ding eens met de specialisten: die zou veel beter kunnen. De huisartsen hebben een begin gemaakt: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een standaard opgesteld over vorm en inhoud van de verwijsbrief. Weliswaar houdt nog niet iedere huisarts zich daar aan, maar er is in elk geval een duidelijk uitgangspunt en als een specialist niet tevreden is over de verwijsbrieven die hij ontvangt, kan hij de huisarts hier op aanspreken.

De ondervraagde huisartsen stellen echter dat communicatieverbetering van twee kanten moet komen. De wijze waarop specialisten aan de huisartsen rapporteren over naar hen verwezen patiënten laat nogal eens te wensen over. Er zijn zelfs specialisten die nooit wat laten horen. Het merendeel van de specialisten rapporteert weliswaar

terug aan de huisarts, maar heel vaak pas na vele weken. Zo melden drie van de vier ondervraagde huisartsen van tijd tot tijd brieven te krijgen over patiënten die al enkele weken of maanden overleden zijn.

De ondervraagde huisartsen delen de mening van de specialisten dat patiënten steeds vaker vragen om verwezen te worden, terwijl daar eigenlijk geen aanleiding voor bestaat. Zij ontkennen dat de huisarts te gemakkelijk ingaat op een dergelijk verzoek en zij wijzen erop dat de specialisten onvoldoende op de hoogte zijn van wat er zich werkelijk afspeelt in de huisartsenpraktijk. De specialisten zien niet hoeveel patiënten er dank zij de inspanning van de huisartsen in de eerste lijn blijven. Als er sprake is van een verwijzing op verzoek van de patiënt moet volgens de ondervraagde huisartsen overigens wel uit de verwijsbrief blijken dat het om een verwijzing ter geruststelling gaat. Als de specialist niets vindt, geeft het volgens hen geen pas om deze patiënten vele malen terug te laten komen, iets wat regelmatig gebeurt.

De ondervraagde huisartsen ontkennen niet dat verwijzing naar de verkeerde specialist voorkomt, zij het slechts op geringe schaal. Hierbij plaatsen zij wel kanttekeningen. De subspecialisatie binnen de tweedelijns is geweldig toegenomen, wat gericht verwijzen er niet gemakkelijk op heeft gemaakt. Ook mag men niet vergeten dat de huisarts bij een huisbezoek soms over onvoldoende diagnostische mogelijkheden beschikt om bijvoorbeeld precies vast te stellen of een ernstig zieke patiënt nu het beste door een cardioloog of een longarts behandeld kan worden. Verder komen er steeds meer patiënten die alles zelf regelen. Zij bepalen zelf wanneer en naar welke specialist zij gaan en vragen achteraf aan de huisarts om een verwijskaart.

De ondervraagden wijzen erop dat de specialist niet altijd juist handelt bij een 'verkeerde' verwijzing: of hij neemt de patiënt toch zelf in behandeling of hij verwijst hem zonder overleg met de huisarts naar een andere specialist. De aangewezen weg is in zo'n geval dat de specialist de patiënt naar een collega verwijst nadat hij eerst met de huisarts heeft overlegd.

#### **4.4 Terugverwijzen door de specialist**

De ondervraagde specialisten beamen enerzijds dat patiënten nogal eens te lang in het specialistische circuit blijven, terwijl zij hen met goede instructies voor de huisarts best terug zouden kunnen verwijzen. Anderzijds noemen zij verschillende redenen waarom zij daar terughoudend in zijn. Zij constateren grote verschillen in kennis en

vaardigheden per huisarts en per onderwerp. Het moment van terugverwijzen laten zij sterk bepalen door het vertrouwen dat zij in de desbetreffende huisarts hebben op het terrein van de aandoening in kwestie.

---

*Een internist: De kennis van veel huisartsen op het terrein van diabetes en hypertensie is beslist oppervlakkig, waardoor de internisten er moeite mee hebben de patiënt aan de huisarts over te dragen.*

*Een longarts: De terugverwijzing naar de huisarts is niet altijd een succes. Soms komen de patiënten al snel weer terug naar de poli, omdat de huisarts het niet aan kan. De huisarts laat vaak de patiënt op veel kortere termijn voor controle terugkomen dan de longartsen zelf doen. Dat is in veel gevallen overbodig.*

---

### **Commentaar van de huisartsen**

Unaniem stellen de ondervraagde huisartsen dat te veel patiënten te lang in de tweedelijns blijven. Het financiële belang dat de specialist bij late terugverwijzing heeft en de onwetendheid van specialisten over de kennis en de kunde van de huisarts zijn naar hun mening de belangrijkste oorzaken.

#### **4.5 Terugkoppeling en correctie**

Wat doen de specialisten als zij ontevreden zijn over de werkwijze van de huisarts? Individueel doen zij eigenlijk heel weinig.

Door sommige ondervraagde specialisten wordt als belangrijkste reden voor deze terughoudendheid genoemd dat zij voor het aanbod van patiënten op de huisarts aangewezen zijn; een al te kritische opstelling brengt het gevaar mee dat de huisarts zijn patiënten in het vervolg naar een andere specialist verwijst.

Enkele ondervraagden specialisten die in dienstverband werken en dus voor hun inkomen niet direct afhankelijk zijn van het aanbod van de huisarts, merken op dat hun ervaring met kritiek op huisartsen hun heeft geleerd dat huisartsen daar nauwelijks gevoelig voor zijn. Zij nemen hun dat niet kwalijk en vinden deze houding, gezien de positie van met name de solistisch werkende huisartsen, begrijpelijk.



---

*Een longarts: De huisarts werkt in het algemeen alleen, heeft geen controle op zich zelf en dat geeft een gevoel van frustratie en onzekerheid. Dat leidt onder andere tot veel diagnostiek. Ter bescherming van zich zelf bouwt de huisarts op deze wijze aan zijn ivoren toren.*

---

Op veel plaatsen is echter wel sprake van gestructureerd overleg tussen huisartsen en specialisten (huisartsenmiddagen of -avonden), die door de ziekenhuizen of groepen specialisten worden belegd. Dat is minder bedreigend voor beide partijen, maar ook vrijblijvender van aard.

Sommige klinisch chemici die laboratoriumdiagnostiek voor de huisartsen doen en menen dat daar paal en perk aan gesteld moet worden, brengen dat zelf in praktijk. Op het aanvraagformulier voor de huisarts staan niet meer dan 25 tot 30 bepalingen vermeld. Mocht een huisarts een onderzoek willen aanvragen dat niet op het formulier staat, dan kan dat alleen in overleg met de klinisch chemicus. Op enkele plaatsen wordt gewerkt met protocollen voor het aanvragen van tests door de huisarts bij veel voorkomende aandoeningen, zoals diabetes en bloedarmoede. In bepaalde regio's krijgen de huisartsen maandelijks informatie over hun eigen aanvraagpatroon in relatie tot het gemiddelde en ook over het percentage afwijkende bevindingen.

### **Commentaar van de huisartsen**

De ondervraagde huisartsen menen dat het onder artsen in het algemeen te weinig gebruikelijk is om kritiek op elkaar te hebben. Dat geldt niet alleen voor de relatie tussen huisartsen en specialisten, maar evenzeer voor huisartsen onderling en specialisten onderling. Zij constateren dat dit punt in de medische opleiding aandacht moet krijgen. In de opleiding tot huisarts is er een begin mee gemaakt. Alle medici moeten doordrongen worden van het grote belang van wederzijdse kritiek, met de patiënt als uitgangspunt.

## **4.6 Opleiding en nascholing van de huisarts**

De scholing en nascholing van huisartsen beschouwen de ondervraagde specialisten als belangrijke middelen om vele van de gesignaleerde problemen in de toekomst het hoofd te bieden. Zij doen daarvoor verschillende suggesties:

- De controle op de huisarts bij wie de huisarts-assistent stage loopt, moet verbeterd worden. Vaak loopt men stage bij een solistisch werkende huisarts. Dat is een te smalle basis, die gemakkelijk tot een eenzijdige kijk op het vak leidt.
- Nascholingsactiviteiten moeten nadrukkelijker gericht zijn op inzicht in mechanismen en pathologie. Als dat inzicht ontbreekt heeft protocolleren weinig zin.
- In nascholing en consensusvorming voor huisartsen staat thans de huisartsen-interpretatie van klachten en diagnostiek te centraal. Meer inbreng van specialistische zijde is zeer gewenst.
- De deskundigheidsbevordering van de huisarts moet vooral gericht zijn op de diagnostiek en daarnaast op de behandeling van patiënten met veel voorkomende ziektebeelden. De behandeling van patiënten met zeldzame aandoeningen moet aan de specialist overgelaten worden.
- De huisartseninstituten moeten zich intensiever bezighouden met de wijze waarop de huisarts selecteert wie hij verwijst en wie niet. Dat kan niet afgedaan worden met de 'klinische blik' of het 'niet-pluis-gevoel'. Het uit-eenrafelen van dat beslisproces kan een belangrijke bijdrage leveren in de vorming van toekomstige huisartsen.

### **Commentaar van de huisartsen**

De kritiek die de specialisten op de scholing van de huisartsen hebben, wijzen de ondervraagde huisartsen niet zonder meer van de hand. Zij stellen echter dat juist aan de punten die de specialisten noemen, de laatste jaren heel hard gewerkt is. Van deze inspanningen kan men echter niet van de ene dag op de andere een groot effect verwachten. De huisartsen hebben er echter alle vertrouwen in dat hun aanpak in de toekomst tot een sterkere en professionelere huisartsenzorg zal leiden.

Het streven is om huisarts-assistenten in opleiding stages bij verschillende huisartsen te laten doen. De huisartsen bij wie de assistenten stage lopen worden vooraf gevisiteerd en worden begeleid. Daarnaast is er tijdens de stage de zogeheten wekelijkse 'terugkomdag', waar de theoretische achtergronden van het vak belicht worden en waar de assistenten onderling ervaringen uitwisselen.

De inbreng van specialisten bij de totstandkoming van richtlijnen voor huisartsen is noodzakelijk en vindt steeds meer plaats. Ondanks dat zal het in de praktijk niet altijd lukken om alle specialisten in alle opzichten tevreden te stellen. Bovendien zou een te grote bemoeienis van de specialisten met deze zaken volgens de ondervraagde huisartsen de zorgverschuiving van de tweede- naar de eerstelijns in de weg kunnen staan.

Tot slot merken de ondervraagde huisartsen op dat de deskundigheidsbevordering van huisartsen in sterke mate gericht is op veel voorkomende aandoeningen en dat de klinische blik en het niet-pluis-gevoel ook in de huisartsenopleiding tot het verleden behoren.



## **5 DE ROL VAN DE PATIENT**

### **5.1 Inleiding**

De snelle veranderingen in de geneeskunde van de afgelopen jaren zijn niet alleen een gevolg van medisch-technische ontwikkelingen. Een veranderde houding van het 'publiek' tegenover gezondheid en ziekte is volgens veel ondervraagden minstens zo bepalend voor het gezicht van de geneeskunde van dit moment. De patiënt is consument geworden en veel specialisten spreken dan ook over consumentengeneeskunde als niet de medische noodzaak, maar de wens van de patiënt (consument) in belangrijke mate het medisch handelen bepaalt.

Het publiek stelt meer en hogere eisen dan vroeger en dat uit zich op verschillende manieren:

- eerder met klachten naar de dokter gaan
- eerder en vaker om verwijzing naar de specialist vragen, niet alleen bij klachten, maar ook om ziekte uit te sluiten
- behandeld willen worden voor afwijkingen die geen klachten geven
- niet aarzelen om een tweede of derde specialist te raadplegen, als de klachten niet snel genoeg verdwijnen.

Sommige ondervraagden ervaren dit als een probleem, waarvoor een oplossing gezocht moet worden, andere accepteren het als een onvermijdelijkheid.

### **5.2 Voorbeelden van consumentengeneeskunde**

Deze paragraaf geeft enkele voorbeelden van de veranderde houding van de patiënt ten opzichte van gezondheid en ziekte.

De patiënt wil 'hogerop' voor aandoeningen die heel goed door de huisarts te behandelen zijn of die, mits men geduld heeft, vanzelf over gaan. Ook ongerustheid speelt een rol. Vooral internisten zien nogal wat patiënten die geen of nauwelijks klachten hebben, maar die vooral zeker willen weten dat er niets aan de hand is. En de commercie speelt in op deze trend door het opzetten van centra, waar men zich van top tot teen kan laten nakijken.

---

*Een reumatoloog: Patiënten met pijnklachten van schouder en elleboog kunnen in feite heel goed door de huisarts behandeld worden, maar deze stuurt hen vaak door. Niet zozeer omdat de huisarts dat wil, maar omdat de patiënt erop staat.*

*Een internist: Een patiënt met als enige klacht moeheid hoort niet bij de specialist thuis, maar als de huisarts niets kan vinden, wil de patiënt verwezen worden.*

*Een internist: De patiënt wil binnenstebuiten gekeerd worden en dwingt zijn huisarts min of meer hem door te sturen naar de specialist. Met name de internist is dan de specialist voor de vage klachten. Dat is consumentengeneeskunde.*

*Een gastro-enteroloog: Screenen en uitsluitingsdiagnostiek is naast anamnese en lichamelijk onderzoek een belangrijk onderdeel van de inwendige geneeskunde, niet in de laatste plaats omdat de patiënt dat wil.*

*Een internist: Er bestaat sinds kort een instelling waar men tegen betaling (circa f 700,-) een screening kan doen op 10 verschillende tumormarkers, onder andere CEA (= carcino-embryonaal-antigeen). Circa eenderde van de patiënten gaat het medische circuit in en daarvan blijkt 90 procent fout-positief geweest te zijn. Patiënten betalen de screening weliswaar zelf, maar belasten vervolgens de gezondheidszorg in grote mate en onnodig.*

---

**Patiënten en soms ook derden dringen aan op een operatie voor bij toeval gevonden afwijkingen die geen klachten geven.**

---

*Een chirurg: Vroeger werd een liesbreuk bij een jonge man altijd geopereerd, ter voorkoming van beklemming. Klachten of niet, dat was een dogma. Tegenwoordig doet men het niet als er geen problemen zijn. De infrastructuur is zoveel beter dat een patiënt in korte tijd op de operatietafel ligt, wanneer er een beklemming ontstaat. Het dogma van de arts van vroeger, is het dogma van de patiënt van nu: die staat erop om aan zijn liesbreuk geholpen te worden, ook al is dat niet echt nodig. De huisarts kan daar niet tegenop en verwijst de patiënt door.*

*Een andere chirurg: Een probleem is dat door de echografische diagnostiek vaker asymptomatische galstenen worden aangetoond. Het risico bestaat dat de patiënt eist dat er voor alle zekerheid iets aan gedaan wordt.*

*Een derde chirurg vertelt dat iemand tijdens een medische keuring in verband met een sollicitatie asymptomatische galstenen bleek te hebben. Deze persoon kon niet in dienst komen alvorens hij deze had laten verwijderen.*

---

Als de bevalling wat lang op zich laat wachten, dringt de vrouw vanaf de dag na de uitgerekende datum aan op het inleiden van de baring.

---

*Een gynecoloog: Inleiden van de baring komt tegenwoordig veel vaker voor. Het publiek dringt er op aan. Het is gemakkelijker en betrouwbaarder geworden, waardoor de rem bij de gynecoloog is weggenomen.*

---

Wat de behandeling van middenoorontsteking betreft, is er veel discussie over de vraag of myringotomie (doorprikken van het trommelvlies) nu wel of niet zinvol is. Een belangrijk argument om het toch te doen is de druk van de ouders.

---

*Een KNO-arts: Een kind met veel pijn, verwezen door de huisarts die al het een en ander heeft geprobeerd, bomberend trommelvlies, dwingende ouders, betekent een indicatie voor myringotomie. De ingreep verlicht de pijn. Complicaties bij nietsdoen zijn er niet, het trommelvlies breekt spontaan door en het oor geneest evengoed. De ingreep is dus te beschouwen als het honoreren door de specialist van een directe hulpvraag van ouders en kind. Deze ingreep is voor een deel cultureel bepaald en komt bijvoorbeeld in de Verenigde Staten heel weinig voor.*

---

Bij de behandeling en de nacontrole van patiënten met kanker voelen artsen zich nogal eens onder druk gezet door patiënten of familieleden.

---

*Een internist-oncoloog: Artsen geven soms onder druk van de patiënt vaker chemotherapie dan strikt nodig of zinvol is. Uit ongerustheid eisen patiënten en soms ook echtgenoten vaak zeer intensieve nacontrole. Maar het hangt ook af van de houding van de arts.*

---

Een patiënt met klachten is steeds sterker geneigd de ene arts na de andere te consulteren. Dit 'shoppen', zoals de specialisten het noemen, komt vooral voor bij vage klachten, zonder een duidelijke somatische oorzaak, zoals hoofdpijn, vage buikklachten en andere onduidelijke pijnen en ook wel bij aandoeningen waarvan bekend is dat geen enkele behandeling de pijn helemaal doet verdwijnen, zoals bij reuma.

---

*Een radiodiagnost: In de praktijk komt het regelmatig voor dat de huisarts is 'uitgekeken' op de patiënt met lage rugklachten. Hij stuurt hem dan bijvoorbeeld naar de orthopeed. Die staat dan met de rug tegen de muur en die maakt maar weer een foto, meer als service aan de patiënt dan dat hij er iets van verwacht. In het algemeen geldt dat de huisarts niet goed in staat is om al zijn patiënten met (vaak psychosomatische) klachten goed te begeleiden. Dat ligt niet alleen aan de huisarts, ook aan de patiënt. De patiënt van nu is een andere dan die van 10-20 jaar geleden. Zolang hij klachten heeft, gaat hij door met het zoeken naar hulp.*

*Een reumatoloog: Een nieuwe ontwikkeling is de consumentengeneeskunde. De patiënt met pijnklachten blijft shoppen. De reumatoloog moet de patiënt goed voorlichten en duidelijk maken dat 'hij met zijn klachten moet leren leven'.*

---

Van de aan de orde gestelde disciplines wordt de invloed van de wensen van de patiënt op de medische besluitvorming wel het allersterkst gevoeld op het terrein van de voortplantingsgeneeskunde. Ondervraagde gynecologen merken op dat er een grote druk op hen wordt uitgeoefend op het terrein van de onvruchtbaarheidsbehandeling: 'de klant is koning', en zij vragen zich af of dat nu wel zo goed is.

Ooit was het uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling van infertiliteit (onvruchtbaarheid), of beter subfertiliteit (verminderde vruchtbaarheid), het uitblijven van zwangerschap na drie jaar onbeschermde samenleving. Dat uitgangspunt is volgens de gynecologen inmiddels verlaten:

---

*Bij vrouwen in de twintig wacht men langer dan bij vrouwen boven de dertig. In zekere zin is er sprake van een paradoxale situatie. Oudere vrouwen hebben een geringere kans om zwanger te worden en dat rechtvaardigt een langere wachttijd, maar omdat de tijd dringt, wacht men juist bij vrouwen boven de 35 het kortst. Er is overigens geen algemeen beleid in dit opzicht, ieder doet wat hem het beste lijkt. Er zijn ook geen gegevens over.*

*Een apart en moeilijk probleem vormen jonge allochtone vrouwen (Turkse, Marokkaanse) die, als zij niet binnen korte tijd na het huwelijk zwanger zijn, grote kans lopen verstoet te worden door hun echtgenoot. Zij komen radeloos bij de gynecoloog, soms al na een half jaar huwelijk.*

*Als er geen afwijkingen gevonden worden spreekt men van onbegrepen infertiliteit als de ongewenste kinderloosheid vier jaar of langer bestaat. Maar dat is een slechte maat, patiënten zijn bereid te liegen voor deze zaak.*

---



Er is op dit terrein sprake van een sterke wisselwerking tussen medisch-technische ontwikkelingen en een veranderend cultuurpatroon. De stijgende vraag naar onvruchtbaarheidsbehandelingen wijten de gynecologen dan ook aan een combinatie van factoren:

---

*Heel het terrein van de kunstmatige bevruchting heeft het vak ingrijpend gewijzigd en de ontwikkelingen op dit terrein zullen voorlopig nog alleen maar toenemen. Het is vooral een cultureel verschijnsel, waarbij uitstel van de zwangerschap wegens de carrière van de vrouw een belangrijke rol speelt.*

*Vrouwen stellen het krijgen van kinderen uit en de natuurlijke vruchtbaarheid neemt af naarmate de leeftijd vordert. Daarnaast is de infertiliteit toegenomen door infectie met Chlamydia die sinds het vrijere seksuele verkeer van tegenwoordig op grote schaal voorkomt en die afwijkingen aan de eileiders veroorzaakt.*

*De toename van de vraag naar infertiliteitsbehandeling is mede een gevolg van de pil: een kind op bestelling. Als men stopt met de pil, wil men meteen zwanger worden.*

---

### **5.3 Oorzaken van consumentengeneeskunde**

Consumentengeneeskunde wordt opgevat als een cultureel verschijnsel. Bespreking hier blijft beperkt tot enkele punten die in de gesprekken met de specialisten regelmatig terugkeerden.

Allereerst wijzen zij op de grote invloed van de media. Daaraan zitten verschillende kanten. Door meer kennis is de mondigheid van de patiënt toegenomen, wat niet altijd even gemakkelijk is voor de specialisten, maar waar zij wel positief tegenover staan. De andere kant is dat de media nogal eenzijdig het beeld van de moderne mens benadrukken: altijd fit en nooit pijn of andere klachten en als men daaraan niet voldoet, is het advies een arts te raadplegen.

In het algemeen is er sprake van een grotere openheid bij het publiek om gezondheid en ziekte, diagnostiek en behandeling uitvoerig te bespreken met burens, vrienden en kennissen.

---

*Een gynecoloog: Epidurale anesthesie tijdens de bevalling neemt op bepaalde plaatsen in ons land sterk toe onder invloed van in Nederland gelegeerde Amerikanen. Nederlandse vrouwen horen dat van hun buitenlandse kennissen of buurtgenoten en vragen er nu ook om. Het werkt kostenverhogend en medicaliserend. Hoe komen wij ervan af?*

*Een chirurg vertelt dat het niet altijd even eenvoudig is om een eigen beleid uit te stippelen voor een patiënt. Reacties als: 'Mijn buurvrouw moest elke vier weken terug voor controle en dan onderzocht de dokter altijd dat en dat....'*

---

Wat het shoppen van patiënten met onbegrepen pijn betreft, wijzen neurologen en neurochirurgen erop dat daarbij dikwijls sprake is van een psychische component en dat veel artsen daar te weinig aandacht voor hebben. Er wordt een te sterke nadruk gelegd op mogelijke somatische oorzaken van pijn, en dat de sterkt de patiënt in zijn mening dat het om een lichamelijke afwijking gaat.

Een punt dat een enkele specialist naar voren brengt, is dat het honoreren van de wensen van de patiënt of consument in het belang van de arts is en dat dat het consumentengedrag sterk bevordert.

#### **5.4 Hoe gaan de specialisten om met consumentengeneeskunde?**

De houding van de ondervraagde specialisten tegenover consumentengeneeskunde is zeer divers. Die varieert van uiterste terughoudendheid tot 'de klant is koning' en die variatie is niet specialisme-gebonden:

---

*Een KNO-arts: In het medisch handelen zou in het algemeen moeten gelden dat wij iets doen omdat bewezen is dat het zinnig is, niet omdat de patiënt het wil.*

*Een radiodiagnost daarentegen zegt het werken met een kraptemodel in de gezondheidszorg volledig van de hand te wijzen: iedereen wil wel een paar gulden per maand meer betalen voor zijn gezondheid. De politiek heeft niet het recht om dat tegen te houden.*

*Een gynecoloog over hysterectomie: Vrouwen dringen soms wel erg aan, zij voeren een vriendin of familielid op die geweldig is opgeknaapt na de ingreep. Ik zeg dan: 'Mevrouw, het is hier geen winkel.'*

*Een andere gynecoloog vertelt dat hij uit ondervinding weet dat het tegenhouden van een hysterectomie bij een patiënt die echt wil, meer tijd en geld kost (5-10 consulten) dan een operatie en dat hij daardoor bij zich zelf een neiging bespeurt om vaker gehoor te geven aan het verzoek van de patiënt.*

---

Ook de opstelling van de gynecologen ten aanzien van de toepassing van IVF (in vitro fertilisatie) en andere voortplantingstechnieken varieert. Twee uitersten:

---

*Een gynecoloog: De indicatiestelling voor ovulatie-inductie en IVF vervaagt steeds meer en dat doet de vraag sterk toenemen. Er zou een selectiever beleid moeten komen. Mensen die al twee kinderen hebben, zouden bijvoorbeeld nooit in aanmerking mogen komen.*

*Een andere: IVF is toepasbaar voor elke indicatie. Nee verkopen kost erg veel tijd. De kans bestaat dat er dan geprocedeerd wordt. Alleen gesteriliseerde vrouwen die geen hersteloperatie wensen, komen niet in aanmerking en gesteriliseerde vrouwen die om medisch-technische redenen geen hersteloperatie kunnen ondergaan, krijgen geen IVF als zij 40 jaar of ouder zijn.*

---

Een aantal van de ondervraagde specialisten pleit voor het inbouwen van financiële drempels voor bepaalde vormen van geneeskunde.

---

*Een KNO-arts: De legitimatie van het medisch handelen is gelegen in de arts-patiënt-relatie. Naast een door de overheid vastgesteld pakket aan noodzakelijke zorg zou de patiënt zoveel geld moeten kunnen uitgeven aan de zorg voor zijn gezondheid als hij bereid is te doen in afweging tot andere consumptieve goederen.*

*Een gynecoloog: Refertilisatie (hersteloperatie na sterilisatie) kan te gemakkelijk gedaan worden. De patiënt zou het zelf moeten betalen en daarnaast zou een fonds voor echt zielige gevallen in het leven geroepen moeten worden. Voor KID (kunstmatige inseminatie met zaad van een donor) geldt eigenlijk hetzelfde. Adoptie wordt tenslotte ook niet vergoed.*

---

Gynecologen wijzen er wel op dat de praktijk heeft geleerd dat financiële drempels en beperkingen van bovenaf leiden tot 'klassegeneeskunde'. De invoering van de leeftijdsgrens voor het testen op het syndroom van Down tijdens de zwangerschap werkt goed voor hen die geen middelen hebben, maar zij die over voldoende geld beschikken, kunnen de test in het buitenland laten doen (Leuven, Antwerpen, Keulen of zelfs in de Verenigde Staten). En ondanks de door de verzekeraars opgelegde beperking van

de vergoeding voor IVF tot een maximum van drie behandelingen, kunnen vrouwen die ervoor willen betalen vrijwel ongelimiteerd doorgaan met deze behandeling en dat is geen theorie:

---

*Een gynecoloog vertelt dat in zijn praktijk het maximum aantal IVF-behandelingen bij één patiënt dertien bedraagt, zonder enig resultaat. Deze vrouw staat op de wachtlijst voor een veertiende maal.*

---

Een duidelijk en eensluidend antwoord op de ontwikkeling die men consumenteneeskunde noemt, lijken de specialisten niet te hebben.

## **6 WETENSCHAP EN PRAKTIJK**

### **6.1 Inleiding**

In hoofdstuk 2 kwam al even aan de orde dat er sprake is van een kloof tussen de medische wetenschap en de medische praktijk van alledag: een aanzienlijk deel van het medisch handelen is niet of slechts in geringe mate wetenschappelijk gefundeerd. De commissie gaat hier niet in op de vraag welke onderdelen van het praktisch handelen nu wel en welke niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar beperkt zich tot een bespreking van de opvattingen van de ondervraagde specialisten over de rol die de wetenschap speelt of zou moeten of kunnen spelen in de praktijk van alledag en de factoren die daarop van invloed zijn.

### **6.2 De betekenis van de wetenschap voor de medicus practicus**

De meeste specialisten, zowel academische als perifere, tillen er niet zo zwaar aan dat niet alles in hun vak op een wetenschappelijke basis berust. De mogelijkheid om te objectiveren is een voorwaarde voor een wetenschappelijke onderbouwing en zij zijn van mening dat het medisch handelen niet in zijn totaliteit te objectiveren valt. Zij aanvaarden dat min of meer als een vaststaand gegeven, dat juist een aantrekkelijk aspect van het vak is.

Het medisch handelen heeft volgens hen twee kanten, een objectieve en een subjectieve. Verschillende ondervraagden maken dan ook een onderscheid tussen geneeskunde en geneeskunst. Tot geneeskunde rekenen zij de concrete kennis (wetenschap) en de praktische handvaardigheden (operatietechnieken en dergelijke) en tot de geneeskunst de veelal op ondervinding berustende rest van het vak, zoals ervaring in de omgang met patiënten en het handelen op basis van eigen en andermans praktijkervaring.

De specialisten menen overigens niet dat dit de professie ontslaat van het streven naar zoveel mogelijk objectiviteit, wel dat het nimmer haalbaar zal zijn het totale medisch handelen wetenschappelijk te onderbouwen. Hoeveel inspanning men zich ook getroost, het onderscheid tussen geneeskunde en geneeskunst zal blijven bestaan.

### 6.3 De kloof tussen wetenschap en praktijk

Elke specialist weet dat veel handelingen in de dagelijkse praktijk ingevoerd worden voordat de effectiviteit onomstotelijk is vastgesteld. Daar zijn tal van redenen voor te geven.

Het kan zijn dat er voor een bepaalde aandoening nog geen behandeling bestaat of dat de bestaande behandeling niet goed voldoet. Elke nieuwe mogelijkheid krijgt dan het voordeel van de twijfel, zeker als het theoretisch concept waarop de behandeling berust, aannemelijk lijkt of als men voor een sterk aandringende patiënt geen alternatief heeft.

---

*Een cardioloog: Er zit een theoretische logica in het concept van anti-stolling na een hartinfarct, al is de uiteindelijke waarde daarvan nog niet onomstotelijk bewezen.*

*Een gynecoloog over ovabloc: Dit is een nieuwe methode van steriliseren, waarbij via een hysteroscoop siliconen in de eileiders worden gespoten. Het idee is dat de sterilisatie dan gemakkelijk ongedaan gemaakt kan worden, zonder dat een operatie nodig is. Men kan eenvoudig met behulp van de hysteroscoop de siliconen weer verwijderen. Het is echter niet bekend in hoeverre het vermogen om daarna zwanger te worden terugkeert. Het is bovendien een moeilijke methode, niet iedereen kan het zo maar. Garantie op sterilititeit is niet te geven. Afhankelijk van de deskundigheid van de uitvoerder is de kans op missers 5 - 25 procent. Desondanks is deze methode in enkele klinieken ingevoerd. De gedachte dat herstel eenvoudig is en het feit dat de ingreep zonder narcose kan gebeuren, maken de ingreep aantrekkelijk.*

*Een internist-oncoloog: Chemotherapeutica worden vaak toegepast vanuit de gedachte 'je weet maar nooit', niet in de laatste plaats omdat de doodzieke patiënt wil dat alle mogelijkheden geprobeerd worden.*

---

In andere gevallen is van bepaalde ingrepen of medicijnen wel bekend dat deze werkzaam zijn in vergelijking met niets-doen, maar blijft een goede vergelijking met reeds bestaande algemeen geaccepteerde alternatieven achterwege.

---

*Een cardioloog: Om de waarde van PTCA als methode te bepalen zou er eigenlijk een goed onderzoek gedaan moeten worden waarin PTCA met de medicamenteuze behandeling wordt vergeleken. Dat is niet gebeurd en het is zeer de vraag of dat nog zal gebeuren. Het probleem is dat men na PTCA direct klachtenvrij is. Medicamenteuze behandeling betekent dagelijks verschillende soorten medicijnen slikken en dat is een hele opgave. Dus PTCA lijkt op het eerste gezicht patiëntvriendelijker, maar het is onbekend hoe de resultaten van beide methoden zich verhouden op de lange termijn.*

---

De specialisten van alle internistische vakken brengen met grote nadruk naar voren dat de 'pushing power' van de farmaceutische, maar ook van andere takken van industrie enorm is. Niet elk nieuw preparaat of elke nieuwe catheter is een verbetering, al wordt dat wel gepropageerd (zie 6.6).

Sommige specialisten wijzen erop dat heel veel van het wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt bij een zeer streng geselecteerde groep patiënten onder streng gecontroleerde omstandigheden. Als de resultaten goed zijn, is de neiging groot om de therapie in de praktijk van alledag op te nemen en toe te passen op een bredere patiëntengroep en onder andere omstandigheden dan waarop het wetenschappelijk onderzoek gebaseerd was.

---

*Een KNO-arts over adenotomie: Paradise en Bluestone (Par90) hebben uitstekend onderzoek gedaan. Het probleem is echter dat zij zeer strenge criteria aanlegden, resulterend in een uiterst selectieve patiëntenpopulatie. Dergelijk onderzoek is eigenlijk nauwelijks toepasbaar in de praktijk. Wat er zou moeten gebeuren is gerandomiseerd onderzoek met het normale aanbod van patiënten, zodat men de resultaten in de praktijk van alledag kan beoordelen. Maar dat onderzoek is erg moeilijk, omdat het bij een bredere patiëntenpopulatie veel moeilijker is om gelijkwaardige groepen voor controle en behandeling te formeren.*

---

Daar komt nog bij dat het juist op terreinen die van groot belang zijn voor de dagelijkse praktijk van de perifere specialist nogal eens aan belangstelling ontbreekt bij de academische centra.

---

*Een reumatoloog: In de academische klinieken wordt te weinig aandacht besteed aan de weke-delen-reuma. De perifere specialist wordt geconfronteerd met een grote groep patiënten met deze aandoening. De aanpak van de academische reumatologie is super-specialistisch gericht. Er wordt veel onderzoek gedaan aan de immunologische kanten van het vak. Op zich goed, maar in de perifere praktijk is dat maar een klein onderdeel van het geheel.*

*Een KNO-arts vertelt dat het in zijn vakgebied - enkele uitzonderingen daargelaten - ontbreekt aan goed patiëntgebonden onderzoek ten behoeve van de dagelijkse KNO-praktijk. Hij verwacht ook niet dat de academische klinieken in ons land daar binnen afzienbare tijd aan toe zullen komen. Het wetenschappelijk KNO-onderzoek in ons land heeft sterke wortels in de zintuigfysiologie. Vrijwel al het onderzoek van de KNO-centra is fundamenteel van aard en betreft meestal onderzoeken met proefdieren. Met het huidige systeem van voorwaardelijke financiering is de animo niet groot om een goedlopend fundamenteel onderzoek dat voorwaardelijk gefinancierd wordt, in te ruilen voor patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek waarvan niet vaststaat dat het gefinancierd zal worden.*

---

Als medische handelingen eenmaal hun weg gevonden hebben naar de dagelijkse praktijk, verslapt de wetenschappelijke aandacht en gaan ze gemakkelijk een eigen leven leiden. Een dergelijke gang van zaken scheidt alle ruimte voor 'schoolvorming' en 'geloof'. Van de zijde van de academische klinieken bestaat weinig belangstelling voor het achteraf op wetenschappelijke merites beoordelen van eenmaal gevestigde methoden. En zelfs als dat wel het geval is, kan het voorkomen dat de medisch-ethische commissie gaat dwarsliggen.

---

*Een gynecoloog: Een punt van discussie is de vraag of men bij een premature stuit altijd een keizersnede moet doen. Hij heeft met een collega getracht hierover een gerandomiseerd onderzoek op te zetten, maar dat is om ethische redenen geweigerd door de medisch-ethische commissie. Hij betreurt dat zeer, want 'nu doen we altijd iets waarvan we niet weten of dat wel het beste is' en hij vraagt zich af of dat wel ethisch verantwoord is.*

---

Enkele specialisten voegen er nog aan toe dat gebiedsuitbreiding en dreigend terreinverlies (zie hoofdstuk 3) eraan bijdragen dat potentiële vernieuwingen als echte vernieuwingen worden gebracht, lang voordat de feiten dat rechtvaardigen.



## 6.4 Alternatieve geneeskunde

De ondervraagde specialisten spreken hun ongenoegen uit over het feit dat de overheid een groot verschil maakt tussen reguliere en alternatieve geneeskunde. Met een beroep op de kosten wordt van de reguliere geneeskunde steeds weer gevraagd het medisch handelen wetenschappelijk te onderbouwen, terwijl van de alternatieve geneeskunde wordt geaccepteerd dat de legitimatie ook gelegen kan zijn in 'geloof', 'psychodynamiek' en dergelijke. Doelmatigheid en doeltreffendheid gelden daar kennelijk niet als bepalend.

Ook wijzen zij erop dat alternatieve geneeskunde in de praktijk meestal niet alternatief is, maar additief. Zij behandelen vaak patiënten die tevens in het alternatieve circuit in behandeling zijn.

## 6.5 De industrie

De industrie entameert in samenwerking met specialisten heel wat patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Lang niet alle ondervraagde specialisten zijn enthousiast over de kwaliteit ervan en zij zetten vraagtekens bij de intentie die de industrie met bepaalde onderzoeken heeft.

---

*Een KNO-arts: In de academische centra worden af en toe wel onderzoeken gedaan met antibiotica of met anti-allergie-preparaten, maar deze zijn volledig gefinancierd en opgezet door de industrie en stellen niet al te veel voor. Het gaat om beperkte vraagstellingen die op één bepaald produkt gericht zijn.*

*Een internist zegt zeer grote twijfel te hebben over de betrouwbaarheid van patiëntgebonden onderzoeken door de industrie. Op basis van eigen ervaringen is hij tot de conclusie gekomen dat er bij dit soort onderzoeken soms gesjoemeld wordt met de selectie van patiënten.*

*Een andere internist: De industrie bedrijft marketing onder het mom van wetenschappelijk onderzoek. Doorgaans wordt dit onderzoek niet aangemeld bij medisch ethische commissies.*

---

Toch is het doen van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de industrie aantrekkelijk voor de academisch werkende specialisten. Zij worden er uitstekend voor beloond in de vorm van onderzoeksgelden, personeel en apparatuur.

---

*Een cardioloog: Als de overheid bezig blijft de gelden voor wetenschappelijk onderzoek zo mondjesmaat toe te kennen, zal de aantrekkingskracht van industriegelden groot blijven. Men doet op verzoek van de industrie onbelangrijk onderzoek omdat dat een manier is om de beschikking te krijgen over meer geld voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.*

---

Geneesmiddelen die op de markt komen, zijn geregistreerd en dat betekent dat deze een zekere werkzaamheid bezitten en dat de veiligheid tot op zekere hoogte is uitgetest en voor medische hulpmiddelen (apparatuur, catheters, slangen, injectienaalden, enzovoort) is een dergelijk registratiesysteem in het kader van 'Europa 1992' in ontwikkeling. Wat meestal bij zowel geneesmiddelen als medische hulpmiddelen ontbreekt, is goed opgezet wetenschappelijk onderzoek waarin het nieuwe produkt wordt vergeleken met reeds in omloop zijnde produkten. De industrie prijst elk nieuw genees- of hulpmiddel aan met 'nieuw en dus beter'.

---

*Drie specialisten over ACE-remmers:*

- *Fantastisch bij decompensatio cordis, als het waar is wat de industrie claimt.*
  - *Deze middelen worden gigantisch 'gepushed' door de industrie. Het concept lijkt prachtig, een diureticum en vaatverwijdend middel in één, toepasbaar voor hartfalen en hypertensie. Op korte termijn lijken de middelen weinig bijwerkingen te hebben, maar het is nog niet duidelijk wat het effect op lange termijn is. Voor hypertensie kunnen ze beschouwd worden als additioneel aan  $\beta$ -blockers en calciumblockers. Voor hartfalen zijn ze nog in ontwikkeling.*
  - *ACE-remmers zijn voor de hypertensiebehandeling maar heel matige geneesmiddelen, is mijn ervaring, alle beloften en mooie onderzoeken van de industrie ten spijt.*
- 

Waar de ondervraagden zich vaak over opwinden is het verschijnsel van de 'me too'-preparaten. Een bepaalde firma heeft een goed lopend geneesmiddel, waar een andere firma ook wel brood in ziet. Omdat er een patent op rust kan de laatste het niet zomaar op de markt brengen, dus worden er lichte veranderingen aangebracht in de chemische structuur, zonder de essentie van het middel aan te tasten en er is weer een 'nieuw' middel bijgekomen. Hetzelfde verschijnsel doet zich voor op het terrein van de hulpmiddelen: een kleine wijziging van een bestaand produkt en men kan iets 'nieuws' op de markt brengen.

Ook komt het voor dat de industrie een goedlopend geneesmiddel waarvan het patent bijna verstreken is, vervangt door hetzelfde middel in de zogeheten retard-vorm. Het middel wordt dan zodanig 'verpakt' dat de afgifte langzaam plaatsvindt, zodat inname tot eenmaal per dag gereduceerd kan worden.

---

*Een cardioloog: Welke  $\beta$ -blockers men moet kiezen, is geen belangrijk punt, alleen de industrie maakt er een punt van.*

*Een gastro-enteroloog: Er worden veel te veel 'me too'-preparaten op de markt gebracht. Het is echt niet nodig dat er in ons land vijf H<sub>2</sub>-blockers geregistreerd zijn, twee zou genoeg zijn.*

*Een longarts: De farmaceutische industrie heeft er een handje van om goedlopende geneesmiddelen waarvan het patent afloopt, opnieuw te patenteren door deze in de retard-vorm uit te brengen. Daar zitten wij niet echt op te wachten. Zij brengen het vanuit 'het-begaan-zijn' met de patiënt, maar het gaat natuurlijk om de inkomsten.*

---

De specialisten uiten ook kritiek op het tijdstip dat de industrie kiest voor het op de markt brengen van nieuwe geneesmiddelen. Pas wanneer het patent van bepaalde middelen bijna afgelopen is, brengen zij nieuwe middelen in de handel en tegelijkertijd verliezen zij de belangstelling voor de oude preparaten, ook al voldoen deze goed.

---

*Een cardioloog: De industrie heeft de belangstelling voor  $\beta$ -blockers verloren omdat van de meeste middelen de patenten binnenkort aflopen. Dat is de reden dat de industrie nu bezig is om de calciumblockers zo sterk aan te prijzen. Over de antihypertensieve werking van de calciumblockers bestaat geen twijfel, maar het zijn vervelende middelen, de bijwerkingen zijn niet gering. Het gebruik van calciumblockers is eigenlijk alleen op zijn plaats voor mensen die geen  $\beta$ -blockers kunnen verdragen.*

*Een reumatoloog over NSAID's (ontstekingsremmende middelen): De pijnstillende werking van NSAID's bij langdurig gebruik is niet aangetoond, de mooie verhalen van de industrie ten spijt. NSAID's remmen de prostaglandine-synthese. Bij gewrichtsontstekingen spelen echter, behalve prostaglandines, ook leukotrienen een rol, die misschien wel belangrijker is. Dat zal geen reumatoloog ontkennen. Het is zelfs waarschijnlijk dat remming van de prostaglandinesynthese een verhoogde activiteit van leukotrienen teweegbrengt en dat daardoor bij langdurig NSAID-gebruik de ontsteking verergert. De industrie weet dat al sinds  $\pm$  1978. Maar het is waarschijnlijk lucratiever om dat pas naar buiten te brengen als de NSAID-patenten aflopen.*

---

Tenslotte uiten nogal wat ondervraagden hun verontwaardiging over de wijze waarop de industrie de artsen tracht in te palmen. De industrie probeert de specialisten te beïnvloeden door middel van het verlenen van reisbeurzen en het vergoeden van hotel- en verblijfkosten bij congresbezoek. Verschillende specialisten noemen dat zij voor een congres in het buitenland zo van vijf of meer verschillende firma's aanbiedingen krijgen om hun reiskosten en hotel te betalen. Voor specialisten van de interne vakken komen de aanbiedingen uit de farmaceutische industrie, voor interventiecardiologen, thoraxchirurgen en radiodiagnosten vooral van de fabrikanten van medische hulpmiddelen. Daarnaast is in toenemende mate sprake van tegemoetkomingen in de sfeer van computers, toelagen voor sprekers en zogenaamde onderzoeksgelden.

Uit doelmatigheidsoverwegingen trachten sommige ziekenhuizen over te gaan tot het standaardiseren van het genees- en hulpmiddelenbeleid door maar enkele preparaten en hulpmiddelen van een bepaald type toe te staan. Dat heeft consequenties voor de industrie en die laat het er niet bij zitten.

---

*Een internist: Het ziekenhuis heeft besloten om slechts één bepaalde H<sub>2</sub>-antagonist te gebruiken. Dat heeft nogal wat gevolgen voor de farmaceutische industrie, want als de patiënten naar de huisarts teruggaan, blijven ze in het algemeen hetzelfde middel gebruiken. De firma's van de niet-gekozen H<sub>2</sub>-blockers zien hun marktaandeel in de regio met sprongen dalen. Gevolg is dat de internisten belaagd worden door artsenbezoekers die hen trachten te overtuigen dat hun middel beter is voor de patiënt. Ze bieden aan om stukjes onderzoek te financieren en beleggen congressen en symposia op eilanden in de zon. Maar die bijeenkomsten zijn van laag gehalte, wat ze daar vertellen weet je al lang.*

---

## **6.6 De invoering van nieuwe methoden**

De meeste ondervraagden zijn ervan overtuigd dat de invoering van nieuwe methoden zorgvuldiger en meer geleid moet gebeuren. In dit opzicht vinden zij een aanpak via het programma Ontwikkelingsgeneeskunde een goed initiatief. Zij vinden echter dat een dergelijke geleide aanpak bij de invoering van nieuwe zaken op veel grotere schaal zou moeten plaatsvinden dan nu het geval is. Dat hoeft niet altijd in het kader van een strak Ontwikkelingsgeneeskunde-project. De beroepsgroepen zouden de verplichting op zich moeten nemen erop toe te zien dat nieuwe zaken niet meteen op grote schaal ingang vinden in de praktijk. Zij moeten ervoor zorgen dat iets nieuws, of dit nu een nieuw apparaat, een nieuwe chirurgische ingreep of een nieuw geneesmiddel

betreft, op een beperkt aantal lokaties in de praktijk wordt uitgetest, dat de resultaten worden geëvalueerd en het indicatiegebied wordt omschreven. Voorkomen moet worden dat iedereen er mee aan de slag gaat, want als dat eenmaal een feit is, is er van terugdraaien nauwelijks sprake.

Als actuele voorbeelden van nieuwe zaken die dreigen ingevoerd te worden zonder dat de waarde ervan voldoende vaststaat, noemen de KNO-artsen de endoscopische neuschirurgie, de gynecologen hysteroscopie, ovablocsterilisatie (en verwante methoden) en Doppler van de navelstreng, en de vaatchirurgen en cardiologen allerlei nieuwe methoden om vernauwingen in de bloedvaten op te heffen, zoals stents, atherectomie en lasertechnieken.



## 7 KWALITEITSBEVORDERING

### 7.1 Inleiding

De specialisten werd de vraag voorgelegd hoe men kan komen tot meer uniformiteit en tot kwaliteitsverbetering van het medisch handelen. Mogelijkheden zien zij vooral in herziening van de tariefstructuur, verbetering van de opleiding en een actieve opstelling van hun (wetenschappelijke) verenigingen. Ook zien zij in concentratie van bepaalde voorzieningen een belangrijk middel om de kwaliteit te verhogen.

Tevens werd hun gevraagd hoe zij denken over de invoering van protocollaire geneeskunde ter bevordering van de kwaliteit van de zorg en welke waarde zij hechten aan consensusvorming.

### 7.2 Tarieven

De specialisten zien de huidige tariefstructuur als een grote barrière in het streven naar verbeteringen. Verandering van de honoreringsstructuur zien zij als een noodzakelijke voorwaarde bij het streven naar verhoging van de kwaliteit van het medisch handelen.

Allereerst vinden zij dat de verhouding tussen tarieven en kosten helemaal zoek is.

---

*Een longarts: In 'Den Haag' staat men er niet bij stil dat bijvoorbeeld overleg met een oncologische patiënt en zijn familie of een verzoek om euthanasie uren onbetaalde arbeid vergen. Ook het ziekenfondstarief dat de longarts mag berekenen voor korte opname bij een acute astma-aanval (f 4,50 voor 6-12 uur intensieve begeleiding om te voorkomen dat een aanval slecht afloopt), staat in geen verhouding tot het werk. Voor de beoordeling van een allergene huidtest, die slechts minuten vergt, staat daarentegen f 100,-. Geen wonder dat de zaken dan scheef groeien.*

*Een radiodiagnost: Inzicht in de werkelijke kosten ontbreekt. Sommige procedures of ingrepen worden gratis gedaan: binnen het budget, zonder dat er een vergoeding tegenover staat. Vooral zijn dat geavanceerde zaken, zoals beenmergtransplantaties en MRI (voor een deel). Daar moeten dan te ruim betaalde procedures tegenover staan.*

---

De wijze waarop de tarieven totstandkomen, is hun ook een doorn in het oog. Wie het hardst roept, krijgt het hoogste tarief. Het gevolg is onder meer dat het ene specialisme een hoger tarief dan het andere in rekening mag brengen voor dezelfde verrichting.

Verder vinden veel specialisten dat het verrichtingensysteem grote financiële ongelijkheid schept tussen specialismen en dat het de competitie tussen specialismen versterkt.

Tenslotte leidt het verrichtingensysteem, zoals het nu functioneert, tot een onderwaardering van anamnese en lichamelijk onderzoek ten gunste van grote hoeveelheden merendeels overbodige diagnostiek.

Sommige specialisten -niet alleen dienstverbanders- gaan dan ook zo ver dat zij pleiten voor de totale afschaffing van het verrichtingensysteem en voor invoering van een uurtarief.

---

*Een longarts: Er is maar één oplossing en dat is een uurtarief instellen voor specialistische hulp. Dat uurtarief moet voor alle specialisten gelijk zijn, ook voor cardiologen en radiologen. We moeten van het verrichtingensysteem af.*

---

Anderen gaan minder ver. Zij vinden het onderbrengen van een groot deel van de diagnostische verrichtingen in de verwijskaart een goed middel om tegen te gaan dat economische motieven in de besluitvorming over de noodzaak tot aanvullende diagnostiek te sterk overheersen. Een enkeling wijst op mogelijke gevaren van deze oplossing.

---

*Een KNO-arts: Binnenkort komt een groot aantal routine-onderzoeken in de verwijskaart, die daarmee ook meer oplevert, maar niet genoeg. Hij vreest enerzijds voor wat hij 'onderservicing' noemt, anderzijds voorspelt hij een toename van het aantal verrichtingen dat buiten de verwijskaart valt. Nu door overheidsingrijpen het uurloon van de KNO-arts onder dat van een loodgieter komt te liggen, heeft hij er begrip voor dat er meer en meer sprake is van economische praktijkvoering. Als alle gehooronderzoek in de verwijskaart komt -daarvoor zijn plannen in de maak- dan tast dat de kwaliteit van de zorg aan. Dan wordt de audiometrische apparatuur niet meer aangeschaft en ontbreekt de mogelijkheid om getraind personeel in dienst te nemen voor dit arbeidsintensieve onderzoek.*

---

### **7.3 De opleiding**

Vanzelfsprekend vinden de specialisten een goede opleiding een noodzakelijke voorwaarde voor een kwalitatief goede gezondheidszorg. Zij vinden de opleiding in ons land in het algemeen van een goed niveau, maar zij plaatsen wel enkele kanttekeningen:



- In de opleiding moet meer aandacht gegeven worden aan het daadwerkelijk in praktijk brengen van medisch-besliskundige methoden. Van tijd tot tijd komt medische besliskunde wel aan de orde, maar vaak alleen in theorie. Het besliskundige denken, dat wil zeggen het denken in kansen en waarschijnlijkheden, krijgt onvoldoende gelegenheid zich te ontwikkelen. Meer nadruk op het hanteren van epidemiologische kennis is hierbij een voorwaarde.
- De patiënten in academische klinieken verschillen nogal van die van een doorsnee ziekenhuis. Er komen meer bijzondere gevallen voor en voor de meer alledaagse pathologie bestaat relatief weinig aandacht. Daardoor is de specialist niet op alle terreinen even goed voorbereid als hij gaat werken in de periferie. Zo menen sommigen dat men van een opleider enkele jaren ervaring in de perifere praktijk zou moeten eisen. Dat zou de opleiding van de toekomstige perifere specialist (en dat worden de meesten) ten goede komen. Overigens is het in de interne geneeskunde en de chirurgie reeds verplicht om een deel van de opleiding in een perifere ziekenhuis te doen.
- Dat er ruim aandacht besteed wordt aan de wetenschappelijke vorming van assistenten in opleiding, vinden de specialisten van groot belang. Wel wijzen zij op het gevaar dat men in het kader van wetenschappelijk onderzoek met patiënten (terecht) geneigd is ten behoeve van de wetenschappelijke vraagstelling meer te bepalen en te meten dan voor het uitstippelen van het behandelbeleid strikt nodig is. In de opleiding is het niet steeds duidelijk wat in het kader van de patiëntenzorg plaatsvindt en wat in het kader van het wetenschappelijk onderzoek. Dat is een vruchtbare bodem voor het ontwikkelen van een houding om alles te willen meten wat er maar te meten is.

#### **7.4 De wetenschappelijke verenigingen**

De specialisten hechten veel waarde aan de activiteiten van hun verenigingen. De nascholingsactiviteiten die de verenigingen organiseren om de kennis ook na de opleiding op peil te houden en informatie over nieuwe ontwikkelingen over te dragen, achten zij onontbeerlijk. Wel komt af en toe de wens naar voren om nascholing op een of andere manier verplicht te stellen, omdat er in elk specialisme wel mensen zijn die nooit komen en volgens de ondervraagden zijn dat nu juist de mensen die nascholing het hardst nodig hebben.

Het voeren van een op de praktijk gericht kwaliteitsbeleid door de vereniging komt volgens de ondervraagde specialisten nog niet overal even goed van de grond. De vereniging heeft naast de zorg voor het wetenschappelijke gedeelte en, in het verlengde daarvan het voeren van een kwaliteitsbeleid, ook tot taak de belangen van de specialisten te behartigen en die taken zijn niet altijd goed te combineren.

---

*Een gastro-enteroloog: Specialisten voelen zich momenteel nogal bedreigd en dat staat kwaliteitsverhoging in de weg. Er is gewoon te veel onrust om intern orde op zaken te stellen.*

*Een radiodiagnost: Kwaliteitsbewaking komt in veel specialismen slecht van de grond. De belangrijkste oorzaak is domweg dat er geen prioriteit aan wordt gegeven. Daarbij heerst sterk de gedachte 'wij hebben het altijd goed gedaan, waarom zou dat nu niet zo zijn'.*

*Een longarts: De overheid komt steeds weer met nieuwe plannen die dan weer gewijzigd worden op het moment dat wij ons daarop voorbereiden. Er is grote behoefte aan een consistent beleid door 'Den Haag' en vooral aan een periode van rust om nu eindelijk ook weer eens gericht vakinhoudelijk bezig te kunnen zijn.*

---

Een aantal verenigingen is momenteel bezig met het ontwikkelen van een visitatie-procedure. De bedoeling is dat alle maatschappen regelmatig (bijvoorbeeld eens in de vijf jaar) bezocht worden door een visitatiecommissie, waarin niet-betrokken collega's zitting hebben. Deze commissies zullen de manier waarop de praktijk gevoerd wordt, toetsen aan vooraf opgestelde criteria. De ondervraagden juichen deze ontwikkeling toe, zij zien dit als een belangrijke vorm van sociale controle. Wel bestaat bij enkele perifere specialisten de angst dat de procedure van bovenaf opgelegd wordt door de academische specialisten die -zoals gezegd- met een wezenlijk andere categorie patiënten te maken hebben. Anderen wijzen erop dat het belang van visitatie, hoe groot ook, wel eens wat wordt overschat.

---

*Een reumatoloog: Wat niet echt goed getoetst kan worden of waar men niet aan wil, is het functioneren als dokter in de dokter-patiëntrelatie. Daardoor blijft een dergelijke toetsing marginaal.*

---

Tenslotte maakt men de kanttekening dat de vereniging eigenlijk geen middelen heeft om in te grijpen wanneer geconstateerd wordt dat iemand onder de maat werkt.

Van verschillende kanten is de suggestie gedaan om naast visitatie de ziekenhuizen te verplichten een jaarverslag te publiceren waarin relevante gegevens over alle verrichtingen worden vermeld. De verenigingen zouden kunnen vaststellen om welke zaken het moet gaan, zodat onderlinge vergelijking mogelijk is.

## **7.5 Concentratie van voorzieningen**

Regelmatig merken de ondervraagden op dat het de kwaliteit van de zorg geen goed doet dat bepaalde ingrepen overal en door iedereen gedaan worden. Dat geeft een te sterke verdunning van kennis, deskundigheid en ervaring. Concentratie van bepaalde onderdelen is noodzakelijk om voldoende ervaring op te bouwen en te onderhouden. Dat geldt niet alleen voor de noodzakelijke handvaardigheid, maar ook zeker voor voldoende diagnostische ervaring. De meeste ondervraagden beperken zich tot dergelijke algemene uitspraken. Soms worden concrete voorbeelden genoemd:

- kindercardiochirurgie beperkt houden tot de huidige vier centra, want het totaal aantal operaties is maximaal 1500 per jaar.
- KNO: stapedectomieën en interposities (operaties aan de gehoorbeentjes) bij otosclerose (droge ontsteking van de trommelholte) zou niet elke KNO-arts moeten doen
- neurochirurgie: vaatchirurgie van hersenen en ruggemerg beperken tot 4 - 5 centra.
- gynecologie: hersteloperatie na sterilisatie, oncologische gynecologie, endometriosebehandeling, hysteroscopische ingrepen en vruchtwaterpuncties zouden door een beperkt aantal gynecologen die met deze ingrepen veel ervaring hebben, gedaan mogen worden.

Concentratie hoeft niet noodzakelijkerwijs het instellen van een centrum in te houden. Voor sommige onderdelen is concentratie binnen de maatschap voldoende om de kwaliteit te waarborgen. Naar de mening van de specialisten zou er veel meer aandacht gegeven moeten worden aan discussies over zaken die mogelijk geconcentreerd moeten worden. Hier ligt een taak voor de wetenschappelijke verenigingen: zij moeten zich buigen over de eisen waaraan een kwalitatief verantwoorde praktijkvoering moet voldoen. Het doorvoeren van maatregelen op dit vlak blijkt echter in de praktijk niet altijd even gemakkelijk te zijn.

---

*Een gynecoloog: De centra voor klinische genetica doen het chromosoomonderzoek. De gynecoloog mag zelf het vruchtwater afnemen. Een werkgroep van de vereniging heeft criteria opgesteld die betrekking hebben op de eisen waaraan men moet voldoen (aantallen, vaardigheden, etcetera). Er is een onderlinge strijd gaande tussen de centra om de aantallen verrichtingen. Sommige centra accepteren dan ook rustig gynecologen die niet aan de gestelde eisen voldoen. Maar er zijn geen sancties.*

---

## **7.6      Protocollaire geneeskunde**

De specialisten gebruiken de termen protocol, richtlijn en consensus vaak door elkaar. Sommigen reserveren de term protocol voor voorschriften in het kader van wetenschappelijk onderzoek en zien richtlijnen en consensus als voorschriften voor de dagelijkse praktijk. Anderen gebruiken de termen protocol en richtlijn beide als zij het hebben over voorschriften voor het medisch handelen in de praktijk en beschouwen consensus meer als een tamelijk vrijblijvende op schrift gestelde bevestiging van de praktijk van alledag, waar men, als men dat verkiest, van kan afwijken.

Deze paragraaf geeft een inventarisatie van de opvattingen van de ondervraagde specialisten over het werken volgens op een of andere wijze schriftelijk vastgestelde voorschriften of schema's, of deze nu protocollen of richtlijnen genoemd worden (kortweg protocollaire geneeskunde). In de volgende paragraaf wordt de opvatting van de specialisten over consensusvorming besproken.

Zonder uitzondering zijn alle specialisten van oordeel dat strikte protocollen een voorwaarde zijn voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek. Over de invoering van protocollen voor de dagelijkse praktijk echter, lopen de meningen uiteen. Slechts enkele van de ondervraagden blijkt een absolute voorstander of tegenstander te zijn van protocollaire geneeskunde. Het merendeel kiest een middenpositie. Zij wijzen op de gevaren of de beperkingen of twijfelen aan de mogelijkheden van invoering.

### **7.6.1    Argumenten pro**

Voorstanders van protocollaire geneeskunde voeren deze argumenten aan:

- Niemand kan meer van alle onderwerpen alle details weten.
- Mede daardoor is de neiging groot om te veel te doen en overdiagnostiek draagt het gevaar in zich dat men stuit op toevallige afwijkingen die niets met de klachten in kwestie te maken hebben. Dat leidt dan weer tot overbehandeling.
- Protocollen zijn van belang voor de arts als steun in de benadering van de patiënt: zo zijn wij gewoon het te doen, ook al wil de patiënt meer. De neiging van de patiënt om te gaan shoppen neemt daarmee misschien af.
- Het samen maken van protocollen heeft een sturend effect. Ieder moet zich bezinnen op het hoe en waarom van zijn handelen.

De voorstanders stellen wel steeds de grote vraag hoe men de artsen zo ver kan krijgen dat zij bereid zijn om volgens protocollen te werken. Zij hebben daar geen antwoord op.

### **7.6.2 Argumenten contra**

Tegenstanders hebben de volgende argumenten:

- Artsen moeten autonoom kunnen blijven beslissen. Protocollen verhinderen dat.
- Het medisch handelen is voor een belangrijk deel gebaseerd op kijken en denken en dat is niet protocollair vast te leggen.
- Protocollen leiden tot verstarring van het behandelbeleid.
- De ene patiënt is nooit gelijk aan de andere.
- In vakgebieden die sterk in ontwikkeling zijn, bijvoorbeeld longziekten en reumatologie, werken protocollen vertragend, zelfs verlamdend.
- Waar protocollen zijn, blijkt men zich er toch niet aan te houden.

### **7.6.3 Gemengde gevoelens**

De overgrote meerderheid van de specialisten is niet absoluut voor of tegen de invoering van protocollen, maar zij voeren wel allerlei bedenkingen aan. Een samenvatting van de vele naar voren gebrachte bezwaren:

- Een protocol moet minimaal zijn, maar wordt in de praktijk nogal eens 'maximaal' geschreven onder invloed van academisch werkende specialisten, die met andere patiënten te maken hebben dan de doorsnee specialist. Dat maakt het werken met protocollen duurder dan het handelen op basis van gezond verstand en ervaring.
- Een protocol mag niet star zijn. Een gevaar is 'protocol aan, verstand uit'. Men moet de mogelijkheid en de durf hebben om er, zo nodig, van af te wijken.
- Protocollen voor laboratoriumonderzoek en andere diagnostiek mogen niet in de plaats komen van anamnese en een lichamelijk onderzoek.
- Regelmatig actualiseren is een noodzakelijke voorwaarde voor het werken met protocollen en het is de vraag of dat mogelijk is.
- Protocollen zijn zinvol voor beperkte onderdelen van het medisch handelen, zoals voor de behandeling en nacontrole van patiënten met kanker en voor de technische uitvoering van verrichtingen, maar niet voor de hele geneeskunde.
- Protocollen moeten gedragen worden door de hele groep. Dat is niet altijd mogelijk, omdat de kennis ontbreekt of door traditie en gewoontevorming. Zolang er geen eenstemmigheid te krijgen is, levert protocolleren niets op.
- De criteria voor toepassing van een protocol moeten simpel en duidelijk zijn. Een protocol dat beschrijft wat te doen bij iemand die geel ziet of een knobbeltje in de schildklier heeft, werkt omdat de criteria slechts voor één uitleg vatbaar zijn. Een protocol om te beslissen of men na een ongeval een röntgenfoto van de schedel maakt, werkt niet omdat de ernst van het ongeval bepalend is en dat begrip is rekbaar.
- Protocollen die op het medisch handelen gericht zijn, moeten de patiënt met klachten als uitgangspunt hebben en niet de verrichting. Zo wijzen enkele ondervraagden op de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, die niet de patiënt met pijn op de borst als ingang hebben, maar de technische handeling (ECG, inspannings-ECG, thalliumscintigrafie, etcetera). Zulke richtlijnen bieden de mogelijkheid om alle verrichtingen bij alle patiënten te doen, zonder dat men van de richtlijnen afwijkt en dat is niet de bedoeling.

- Protocollen zijn vooral lokaal van belang om te bereiken dat artsen binnen een maatschap of ziekenhuis zoveel mogelijk uniform handelen in overeenkomstige situaties. Landelijke uniformiteit is niet strikt nodig.

## 7.7 Consensus

Of een CBO<sup>4</sup>-consensus van invloed is op de praktijkvoering, hangt volgens de ondervraagden sterk af van de behoefte in het veld aan een zekere uniformering. Soms is die behoefte groot (thromboseprofylaxe, decubitus) en soms gering (hypertensie).

Belangrijk in de ogen van de ondervraagden is dat de consensus niet al te strak is geformuleerd, zodat er ruimte over blijft voor een eigen beleid. Juist om deze reden zijn de internisten niet ontevreden over de hypertensie-consensus.

---

*Een internist: De hypertensie-consensus laat een zekere vrijheid aan de arts en dat is belangrijk. Het mag geen strikt protocollaire aangelegenheid worden. Overigens is de consensus niet veel meer dan een bevestiging van wat er in de praktijk gebeurt. De consensus heeft wel invloed, maar niet iedereen houdt zich eraan. Dat is overigens niet zo erg.*

---

Geen van de ondervraagde specialisten wijst consensusvorming van de hand, echter weinigen geven hieraan een hoge prioriteit als het gaat om kwaliteitsverbetering. Een enkeling uit kritiek:

---

*Een chirurg: Tenslotte kom je altijd uit op een slap compromis, de grootste gemene deler van de meningen van de panelleden.*

*Een KNO-arts: Consensus geeft schijnzekerheid. Daarnaast is een groot gevaar dat consensusrapporten in rechtszaken een rol gaan spelen, dat is onjuist.*

---





## **8 LITERATUUR**

- Gel91** Gelijns AC. Innovation in clinical practice. The dynamics of medical technology development. (Proefschrift GU Amsterdam). Washington, DC: National Academy Press, 1991.
- GR89** Gezondheidsraad: Commissie Endoscopie. Endoscopie. Den Haag: Gezondheidsraad, 1989; publicatie nr 1989/4.
- Haa90** De Haan J. Europa na 1992: De plaats van de mammachirurgie herbezien: Eindelijk een zorg voor de gynecoloog. Ned Tijdschr Obstet Gynecol 1990; 103: 343-5.
- Hoo89** Hoogendoorn D. Acut reuma en glomerulonefritis; huidige klinische incidentie en de sterfte in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 2334-8.
- Key91** Keyzer JJ. Het Laboratorium voor de eerste lijn. In: Eerstelijnsdiagnostiek: een test voor de huisarts?! Symposium DIAGNED. Utrecht: Diagnostica Associatie Nederland, 1991: 23-5.
- Kie89** Kievit J, van de Velde CJH, de Vries BC. Carcino-embryonaal antigeen en de nacontrole van patiënten met een in opzet curatief geresecteerd coloncarcinoom: een besliskundige Markov-analyse. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1784-9.
- Nac89** Nachemson A. Lumbar discography - Where are we today? (Redactioneel). Spine 1989; 14: 555-7.
- NAS88** North American Spine Society. Position statement on discography. Spine 1988; 13: 1343.
- Par90** Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD, e.a. Efficacy of adenoidectomy for recurrent otitis media in children previously treated with tympanostomy-tube placement. JAMA 1990; 263: 2066-73.
- TK83a** Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, nr 18108. Den Haag: SDU uitgeverij, 1983.
- TK83b** Nota Eerstelijnszorg. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, nr 18180-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1983.
- TK87** Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1988. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, nr 20209-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1987.
- TK88** Financieel overzicht zorg 1989. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, nr 20848-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1988.

- TK89 Financieel overzicht zorg 1990. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, nr 21310-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1989.
- TK90 Financieel overzicht zorg 1991. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, nr 21812-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1990.
- TK91 Financieel overzicht zorg 1992. Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, nr 22311-1,2. Den Haag: SDU uitgeverij, 1991
- Ver89 Verhaar JAN. Is er nog plaats voor discografie? Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 2519.
- Wes91 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 603-5.
- Wil86 Wilms TS, Konings JG, Deutman R. Chemonucleolysis ter behandeling van hernia nuclei pulposi lumbalis bij jeugdige patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd 1986; 130: 680-4.