

Inhoudsopgave

Deel 1

Vraag en aanbod medisch-specialistische zorg

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond	7
1.2	Opbouw van dit dossier	8
2	Kerncijfers	9
3	Vraag	10
3.1	Inleiding	10
3.2	De vraag naar zorg	10
3.3	Ontwikkelingen zorgvraag	11
3.4	Maatschappelijke ontwikkelingen	14
4	Aanbod	15
4.1	Inleiding	15
4.2	Het aanbod van zorg	15
4.3	Ontwikkelingen zorgaanbod verder uitgewerkt	24
4.4	Overige thema's	27
5	Aansluiting vraag en aanbod, nu en in de toekomst	32
5.1	Inleiding	32
5.2	Productie	32
5.3	Wachlijsten	38
6	Externe of overige ontwikkelingen	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Technologische ontwikkelingen	45
6.3	Farmaceutische ontwikkelingen	50
6.4	Europa en mededinging	51

Deel 2

Herschikking van taken tussen medisch-specialisten en anderen en de consequenties die dit heeft voor opleidingen

1	Medici: specialisatie en generalisatie	55
1.1	De specialisaties nader bezien	55
1.2	Relatie tussen basisarts en specialisatie en tussen specialismen	56
1.3	Duur en structuur opleiding in discussie	56

2	Verpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen	63
2.1	Voorbeelden uit de praktijk: nurse practitioners	64
2.2	Nurse practitioner en ziekenhuisarts ten opzichte van elkaar	66
2.3	Opvattingen over de nurse practitioner	66
2.4	Voorbeelden uit de praktijk: gespecialiseerde verpleegkundigen	68
2.5	Voorbeelden uit de praktijk: Vervolgkwalificaties Verpleging en Verzorging V&Vervolg	69
3	Conclusie	70

Deel 3

Functies medisch-specialistische zorg: vier cases

1	Inleiding	75
2	Opzet van de achtergrondstudie	75
3	Mensen met darmkanker	76
3.1	Feitelijke informatie	76
3.2	Het zorgproces bij darmkanker	77
3.3	Knelpunten binnen het zorgproces	80
3.4	Herordening vanuit patiëntenperspectief	82
4	Mensen met een depressie	83
4.1	Feitelijke informatie	83
4.2	Het actuele zorgproces bij depressie	85
4.3	Knelpunten binnen het huidige zorgproces	87
4.4	Herordening vanuit patiëntenperspectief	89
5	Mensen met hartfalen	91
5.1	Feitelijke informatie	91
5.2	Het zorgproces bij hartfalen	92
5.3	Knelpunten binnen het huidige zorgproces	93
5.4	Herordening vanuit patiëntenperspectief	93
6	Mensen na een verkeerstrauma	94
6.1	Feitelijke informatie	94
6.2	Het zorgproces na een verkeerstrauma	95
6.3	Knelpunten binnen het huidige zorgproces	96
6.4	Herordening vanuit patiëntenperspectief	97
7	Conclusie en aanbevelingen	98
7.1	Functies van medisch-specialistische zorg	98
7.2	Aanbevelingen vanuit patiëntenperspectief	99

Deel 4		
Ordering patiëntenstromen		
1	Inleiding	108
2	Het zorgproces	108
3	Waarom ordenen?	110
4	Hoe ordenen?	111
5	Twee voorbeelden nader belicht	114
6	Kwantificering patiëntenstromen	119
Deel 5		
Beleidskader medisch-specialistische zorg		
1	Inleiding	120
2	Visie als vertrekpunt voor beleid	120
3	Het beleid ter zake: van voornemen naar implementatie?	122
4	Toetsing beleidskader (medisch)-specialistische zorg	132
4.1	Bekostiging en bedrijfsvoering	132
4.2	Infrastructuur	134
4.3	Positionering aanbieders medisch-specialistische zorg	136
Deel 6		
Europa en mededinging		137
Deel 7		
Het 'alles in één ziekenhuis'		
1	Inleiding	146
2	Internationale basis voor het Nederlandse 'alles in één ziekenhuis'	147
2.1	Internationale basis	148
2.2	Het 'alles in één ziekenhuis' anno 2000	148

3	Groei van de ziekenhuiszorg	149
3.1	Stijging uitgaven zorg	149
3.2	De kliniek voorbij, groei van de ambulante zorg	150
3.3	Verhoging doorstroming bedden	151
3.4	Beheersing productie door substitutie	151
4	Ziekenhuis als dominant integratie kader	152
4.1	Desintegratiekrachten	153
4.2	Integratiekrachten	153
4.3	Internationale ervaring	155
4.4	Binnen de muren van een ziekenhuis?	156
4.5	Bouw ziekenhuisvoorzieningen	157
5	Van basisziekenhuis naar regionale conglomeraten	158
5.1	Schaalvergroting ziekenhuizen	158
5.2	Regionalisering specialistische zorg	159
5.3	Regionalisering en functiedifferentiatie	160
5.4	Regionalisering of markt	161
6	Alles in één: patiënten door elkaar	161
6.1	Categorale ziekenhuizen	162
6.2	Onderscheid naar doelgroepen	162
6.3	Ontwikkeling naar centra	163
6.4	Clustervorming	163
6.5	Ontwikkelingen in ons land	164
7	Specialist: van ambachtsman naar supervisor	165
7.1	Complementaire verschuiving: van specialist naar huisarts	166
7.2	Collegiale verschuiving: van specialist naar ziekenhuisarts	166
7.3	Innovatieve verschuiving: van specialist naar verpleegkundigen	167
7.4	Intramurale verschuiving: van buiten naar binnen	168
7.5	Technologische verschuiving: van mens naar machine	168
7.6	Specialist als supervisor	169
8	Samenvatting en conclusies	170

Bijlage

Overzicht publicaties RVZ

Deel 1

Vraag en aanbod medisch-specialistische zorg

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In dit dossier, een bijlage bij het advies Medisch-specialistische zorg, staat een empirische onderbouwing van een aantal trends en ontwikkelingen. Op deze plaats zijn enkele veelgevraagde kerngegevens verzameld en weergegeven, ter ondersteuning van de gekozen advieslijn.

Soms komen in het stuk doorverwijzingen voor naar bijvoorbeeld een ander hoofdstuk. Het is immers onmogelijk om overal compleet te zijn. Bijvoorbeeld bij vergrijzing in hoofdstuk 3. De invloed van vergrijzing op bepaalde specialismen vindt u in hoofdstuk 4, bij ontwikkelingen in het aanbod, en niet bij de zorgvraag.

Een andere mogelijkheid die vaker voorkomt, is een doorverwijzing naar externe gegevensbronnen. Soms is er onvoldoende ruimte voor een uitgebreide verhandeling over een bepaald thema. Bij die externe bron is dan meer informatie te vinden. Heel uitgebreide informatiebronnen zijn:

- Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn (NIVEL/-NZi/OSA, diverse jaren);
- Zorgnota (en voorgangers, VWS, diverse jaren);
- (Bijlagen bij) advies Zorgarbeid in de toekomst (RVZ/RMO, 1999);
- Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland (CBS, diverse jaren).

Een andere bijzonder uitgebreide bron die sinds dit jaar helaas niet meer verschijnt is het Brancherapport curatieve somatische zorg (NIVEL/NZi, diverse jaren).

De informatie in de zojuist genoemde bronnen wordt op deze plaats niet compleet opnieuw opgevoerd. Wel wordt een aantal essentiële kerncijfers en de kwantitatieve

onderbouwing van belangrijke ontwikkelingen gepresenteerd.

1.2 Opbouw van dit dossier

Allereerst volgen de belangrijkste kerncijfers op één A-4'tje. Dan wordt in hoofdstuk 3 de hele vraagzijde onder de loep genomen. Vervolgens is er in hoofdstuk 4 aandacht voor de aanbodkant, inclusief belangrijke thema's en ontwikkelingen. In hoofdstuk 5 komen vraag en aanbod bij elkaar. Daarbij gaat het in eerste instantie over de productie. Waar vraag en aanbod niet goed aansluiten, is er sprake van wachtlijstproblematiek. Dit dossier sluit af met een bespreking van een aantal externe krachten in hoofdstuk 6.

2 Kerncijfers

	1999 ¹	trend
% personen dat contact heeft met specialist per jaar	37,4%	constant
aantal klinische opnamen, *1.000	1.525	constant
aantal wachtenden klinische opname, > 1 maand	51.700	niet eenduidig ²
aantal dagopnamen, *1.000	790	sterk stijgend
aantal wachtenden dagopname, > 1 maand	40.900	niet eenduidig ²
aantal (reguliere) ziekenhuizen	132	dalend ³
aantal bedden	58.786	dalend
aantal verpleegdagen, *1.000	13.852	dalend
gemiddelde verpleegduur per opname (dagen)	9,1	dalend
aantal privé-klinieken (vnl. dagbehandeling)	ca. 40	constant
aantal geregistreerde specialisten	14.712	constant
- mannen	11.608	dalend
- vrouwen	3.104	sterk stijgend
- verhouding vrouw/man	21/79	stijgend
- deeltijdfactor	87%	stijgend
aantal specialistenplaatsen (fte)	9.095	stijgend
- algemene ziekenhuizen	6.228	stijgend
- categorale ziekenhuizen	379	stijgend
- academische ziekenhuizen	2.488	stijgend
uitgaven medisch-specialistische zorg	2.742,1 mln.	stijgend
(overige) uitgaven ziekenhuiszorg	19.838,9 mln.	stijgend
bovenstaande uitgaven in % totale zorgbudget	31,5%	constant

¹ indien mogelijk (soms is het meest recente jaar 1997 of 1998)

² wisselt per specialisme en van jaar op jaar

³ 8 academische ziekenhuizen (constant), 96 algemene (dalend), 28 categorale (dalend)

Bronnen: Prismant, 2000a en b; CBS, 1999; MSRC, 1999; VWS, 2000; Nivel, Prismant, OSA, 2000.

3 Vraag

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn enkele gegevens verzameld om de zogeheten vraagzijde in kaart te brengen. De zorgvraag en enkele ontwikkelingen die de zorgvraag of zorgvrager beïnvloeden, staan hier centraal.

Overige gegevens over het concrete zorggebruik komen aan bod in hoofdstuk 5 waar de aansluiting tussen vraag en aanbod wordt behandeld. En verder wordt in deel 4 van dit dossier aandacht besteed aan een gerelateerd onderwerp, de ordening van patiëntenstromen.

3.2 De vraag naar zorg

Het CBS verzamelt kwantitatieve gegevens over het zorggebruik, onder meer onderverdeeld naar diverse leeftijdsgroepen. Zo wordt gevraagd of iemand in de loop van het jaar contact heeft gehad met een medisch-specialist en hoeveel keer.

Bron (en meer informatie):
Vademecum
gezondheidsstatistiek, Centraal Bureau voor de Statistiek
(diverse jaren)

Tabel 3.1 **Percentage personen dat in één jaar contact heeft met een specialist¹**

	1993	1994	1995	1996	1997
% zkf. verzekerden met contact	40,8	40,1	38,6	38,2	38,4
% part. verzekerden met contact	38,0	38,6	39,4	36,6	36,2
% totaal personen met contact	39,7	39,5	38,9	37,6	37,4
mannen	36,2	37,0	35,3	33,9	34,4
vrouwen	43,1	42,0	42,3	41,1	40,4
0-19 jaar	34,2	34,1	32,2	30,0	32,0
20-44 jaar	34,6	34,6	34,0	32,2	31,8
45-64 jaar	44,3	43,0	43,0	42,1	40,4
65+	58,0	58,8	58,7	59,4	60,2

¹ Exclusief contacten tijdens ziekenhuisopname

Bron: CBS, Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland, 1999

Er is de afgelopen jaren sprake geweest van een licht teruglopend percentage personen dat contact had met een medisch-specialist. Toch hebben gemiddeld één op de drie Nederlanders jaarlijks contact. Dat geldt voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, voor mannen en vrouwen en voor bijna alle leeftijdscategorieën. Alleen van de categorie 65-plussers maakt een groter aandeel gebruik van medisch-specialistische zorg, namelijk bijna twee op de drie personen.

3.3 Ontwikkelingen zorgvraag

Demografie: bevolkingsgroei en vergrijzing

De vraag naar zorg zal in de toekomst toenemen. Dit heeft in de eerste plaats te maken met de verwachte groei van de bevolking. Het CBS presenteert jaarlijks groeiramingen van de bevolking. Deze groei wordt veroorzaakt door natuurlijke aanwas en door het immigratiesaldo. De omvang van de bevolking is een belangrijke factor voor het aantal patiënten in de gezondheidszorg. De absolute aantallen van de diverse leeftijdscategorieën zijn weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Bevolking op 1 januari naar leeftijd (*1.000)

	1980	1999	2020	2040
0-9 jaar	1.961	1.971	1.816	1.894
10-19 jaar	2.470	1.869	1.989	1.993
20-29 jaar	2.338	2.202	2.184	2.035
30-39 jaar	2.103	2.608	2.129	2.217
40-49 jaar	1.572	2.327	2.216	2.252
50-64 jaar	2.030	2.653	3.582	2.959
65-79 jaar	1.303	1.635	2.450	2.885
80+ jaar	312	496	704	1.183
totaal	14.089	15.761	17.070	17.418

Bron: CBS, Maandstatistiek bevolking, maart 2000

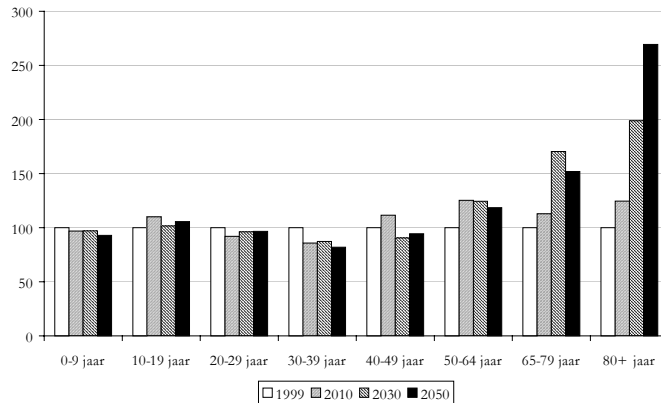
In de tweede plaats neemt de vraag naar zorg extra sterk toe door de vergrijzing. Indexcijfers, zoals weergegeven in figuur 3.1, geven een indringend beeld van de vergrijzing. Op

Zie ook paragraaf 4.3 voor effecten van demografie op (vergrijzingsgevoelige)

termijn groeit vooral het aantal 80-plussers door, tot maar liefst 2,5 maal het huidige aantal.

specialismen

Figuur 3.1 Ontwikkeling van de bevolking naar leeftijdsgroep (index, 1999=100)



Bron: CBS, Maandstatistiek bevolking, maart 2000

Gezondheidstoestand

Bevolkingsgroepen die nu al een gezondheidsachterstand hebben, zullen in 2015 naar verwachting in omvang toenemen. Het gaat dan om allochtonen, gescheiden mensen, ouderen vanaf 65 jaar en alleenwonenden. Compenserende factor hierbij is de verwachte verbetering van het opleidingsniveau.

Bron (en meer informatie):
Volksgezondheid Toekomst
Verkenning 1997, RIVM,
1997

Door veranderingen in incidentie en prevalentie van ziekten en aandoeningen zullen veranderingen in de zorgvraag optreden. Deze veranderingen lijken echter in het niet te vallen bij de gevolgen van de demografische ontwikkelingen.

Chronici

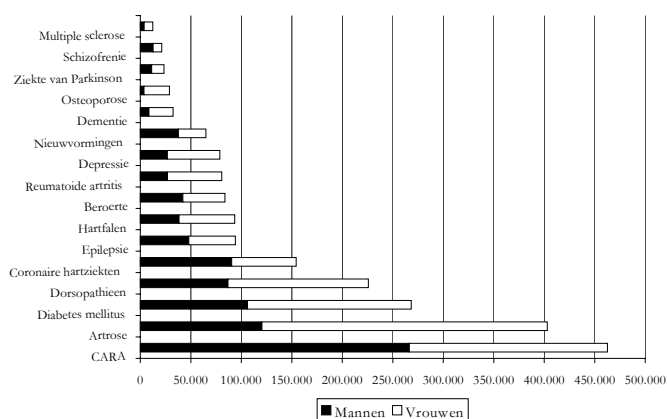
Chronisch zieken vormen een belangrijk onderdeel van de patiëntenstroom. Het aantal mensen dat met chronische ziekten wordt geconfronteerd, is gestegen. Met alle verworvenheden in de gezondheidszorg zullen er meer chronisch zieken komen die langer leven met hun ziekte. Het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen neemt immers sterk toe met de leeftijd. Naar verwachting zal het aantal chronisch zieken in 2015 ten opzichte van 1994 met 25-60% zijn gestegen. De behoefte aan zorg zal de

Bron (en meer informatie):
Chronisch zieken en
gezondheidszorg. Bos, et al.
(red.), 2000

komende jaren dan ook fors toenemen.

Chronische ziekten worden omschreven als irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Meestal richt men zich op aandoeningen om een beeld te krijgen. De meest voorkomende aandoeningen in Nederland zijn CARA, artrose, diabetes mellitus, dorsopathiën (rugklachten) en coronaire hartziekten. Sommige chronici hebben vooral met de *care*-sector te maken, andere juist vooral met de *cure*-sector.

Figuur 3.2 Meest voorkomende chronische ziekten



Bron: Van den Bos, et al., 2000.

Met de toename van chronisch zieken is de *care*-sector meer in beeld gekomen. Maar de problematiek van chronisch zieken laat de medische *cure*-sector ook niet ongemoeid. In de feitelijke zorg nemen de *cure*-voorzieningen ook bij chronisch zieken een belangrijke plaats in. Vrijwel alle chronisch zieken (90%) doen jaarlijks een beroep op de huisarts (tegenover 72% van de niet-chronici), 61% heeft jaarlijks contact met de specialist (tegen 37%) en 14% van de chronisch zieken wordt jaarlijks in een ziekenhuis opgenomen (versus 4% van de niet-chronisch zieken).

Niet alle patiëntengroepen doen in dezelfde mate een beroep op de gezondheidszorg. Kankerpatiënten, diabetespatiënten en patiënten met hart- en vaatziekten hebben vooral te maken met medisch-specialistische zorg. Voor andere patiënten ligt

de zorg vooral bij huisarts, revalidatie of thuiszorg. In het totale beeld blijken CVA-patiënten het sterkst aangewezen te zijn op de gezondheidszorg, zowel op cure- als op care-voorzieningen. Kenmerkend voor de zorg aan chronisch zieken is de multidisciplinaire verscheidenheid.

3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

Individualisering

Individualisering in de samenleving heeft gevolgen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Alleenstaanden gaan eerder dood, gebruiken meer medicijnen, hebben meer psychische problemen en hebben meer kans op een ziekenhuisopname. Verwacht wordt dat de toenemende individualisering zal leiden tot een grotere vraag naar medisch-specialistische zorg.

Patient empowerment

De patiënt zal zich in de toekomst meer en meer als een mondige en geïnformeerde patiënt presenteren. Dit heeft maken met veranderingen in de opstelling van de patiënt: hij wil waar voor zijn verzekeringspremie. De patiënt wil niet alleen technisch en professioneel goed behandeld worden, maar hij wil ook begeleiding en achtergrondinformatie. De patiënt verwacht in toenemende mate zorg die afgestemd is op zijn behoefte, dat wil zeggen niet nodeloos zijn verhaal herhalen, niet te vaak voor eenvoudige zaken naar het ziekenhuis terugkomen, niet nodeloos lang wachten op uitslagen van onderzoek en afstemming van de zorg op zijn leefomgeving en dagritme (Maljers, 1999).

Verder zal het gebruik van Internet er toe leiden dat de patiënt zich al snel oriënteert op de beschikbare informatie op het web. Hij zal daardoor beter geïnformeerd op het spreekuur verschijnen. De patiënt krijgt verder door Internet andere en nieuwe mogelijkheden om met lotgenoten ervaringen uit te wisselen, of om second opinion te vragen. Zie ook het RVZ-advies Patiënt en Internet (RVZ, 2000).

Deze ontwikkelingen leiden tot *patient empowerment*, waarbij de positie van de patiënt versterkt wordt in de relatie tot de hulpverlener.

4 Aanbod

4.1 Inleiding

Na de belangrijkste partij in de gezondheidszorg, de patiënt, komt de aanbodkant in beeld. Medisch-specialistische zorg wordt (vooralsnog) vooral verleend in ziekenhuizen, vaak worden daarbij bedden gebruikt. Medisch-specialisten voeren de bulk van het werk uit en zij worden daarop voorbereid in opleidingen. Deze onderwerpen komen onder meer terug in dit hoofdstuk.

4.2 Het aanbod van zorg

Ziekenhuizen

De ziekenhuizen in Nederland zijn te verdelen in algemene, academisch en categorale ziekenhuizen. Deze drie categorieën vormen geen homogene groep. De categorale ziekenhuizen hebben zich gespecialiseerd in één of enkele specialismen. Er zijn bijvoorbeeld oogziekenhuizen, kankerklinieken of revalidatiecentra. De academische ziekenhuizen bieden, evenals de algemene ziekenhuizen, een breed scala aan specialismen. In de academische ziekenhuizen speelt het wetenschappelijk onderzoek echter een grote rol, terwijl dat in de algemene ziekenhuizen in veel mindere mate het geval is.

Momenteel zijn er 132 reguliere ziekenhuizen (Prismant, 2000a):

- 8 academische ziekenhuizen
- 96 algemene ziekenhuizen, waarvan ongeveer een twintigtal topklinische zorg leveren
- 28 categorale ziekenhuizen

Verder zijn er 38 zelfstandige behandelcentra met een vergunning ex WZV (voorheen privé-klinieken).

Sinds begin jaren tachtig is het aantal ziekenhuizen als gevolg van fusie en opheffing enorm teruggelopen, van 227 in 1981 tot 132 in 1999. Deze afname komt bijna helemaal voor rekening van de algemene ziekenhuizen (172 in 1981 tot 96 in 1999).

De spreiding van ziekenhuizen over Nederland is grafisch gepresenteerd in de Zorgnota 2001. Verder heeft het Bouwcollege recent een uitvoeringstoets (op hoofdlijnen) uitgebracht over de gewenste ziekenhuisspreiding.

Bron (en meer informatie):
Zorgnota 2001, VWS, 2000

De afgelopen tien jaar is het aantal algemene ziekenhuisorganisaties per saldo met 25 afgenomen door sluiting (minus 7), fusies (van 39 naar 18, oftewel minus 21) en oprichting van drie nieuwe ziekenhuisorganisaties. Vooral het aantal kleinere ziekenhuizen (capaciteit minder dan 200 bedden en tussen de 200 en 399 bedden) is sterk verminderd.

De vermindering van het aantal ziekenhuisorganisaties heeft zich met name voorgedaan in de gezondheidsregio's Utrecht (-4), Amsterdam (-4), Den Haag (-2), Dordrecht (-2), Kennemerland (-2) en Zuid-Limburg (-2). Overigens beschikt een ziekenhuisorganisatie vaak over meer dan één ziekenhuislocatie.

De conclusie van het Bouwcollege luidt dan ook: "De vermindering van het aantal ziekenhuisorganisaties in de afgelopen jaren heeft niet geleid tot een corresponderende vermindering van het aantal ziekenhuislocaties".

Bron (en meer informatie):
Positionering algemene
ziekenhuizen, VWS, 2000

De uitgaven aan ziekenhuiszorg (exclusief de uitgaven aan medisch-specialistische zorg) bedragen momenteel ruim f 19 miljard. Daarvan gaat het merendeel (f 14 miljard) naar de algemene ziekenhuizen, f 4,4 miljard wordt besteed door de academische ziekenhuizen en nog ruim een half miljard door overige curatieve voorzieningen.

Bedden

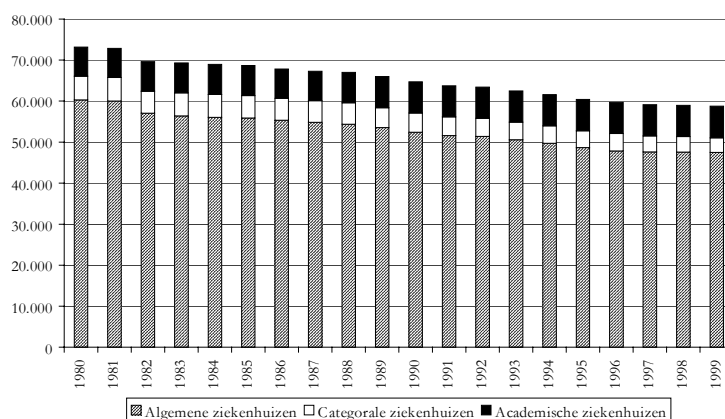
Het aantal bedden is in de loop van de tijd sterk afgenomen, van ongeveer 70.000 begin jaren tachtig tot minder dan 59.000 in 1999.

Ook het streefcijfer neemt af. Dit was voorheen een promillage van 2,8 bedden per 1.000 inwoners. Sinds kort is het streefcijfer 2,0 bedden per 1.000 inwoners. Overigens is de mate waarin ziekenhuizen het feitelijk aantal bedden reduceren in de gewenste richting de vrije keus van het ziekenhuis.

Door de fusies neemt wel het gemiddeld aantal bedden per

instelling toe.

Figuur 4.1 **Ontwikkeling van het aantal bedden, 1980-1999**



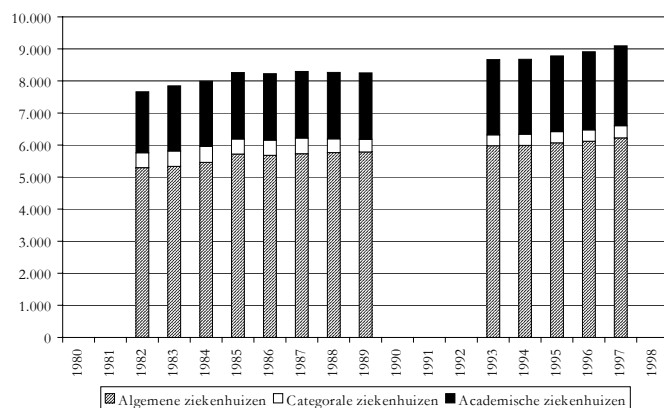
Bron: VWS, Nzi, Prismant (diverse jaren).

Medisch-specialisten

In totaal zijn er ongeveer 15.000 specialisten ingeschreven in het Specialistenregister. Dit aantal geregistreerde specialisten vertoont in de loop van de tijd schommelingen en zegt in feite nog niets over het daadwerkelijk aantal werkzame specialisten (c.q. het aantal gewerkte uren, de productie).

Een betere indicatie daarvoor is het aantal erkende specialistenplaatsen (al geeft dat weer een onderschatting als gevolg van bijvoorbeeld deeltijdwerken). De ontwikkeling daarvan, uitgesplitst naar algemene, categorale en academische ziekenhuizen, staat in figuur 4.2. De laatste jaren is het aantal erkende specialistenplaatsen bevroren geweest. Met ingang van 2000 wordt dit aantal weer ontdooid. Voor de bekostiging van de extra specialisten is *f* 150 miljoen beschikbaar (VWS, 2000).

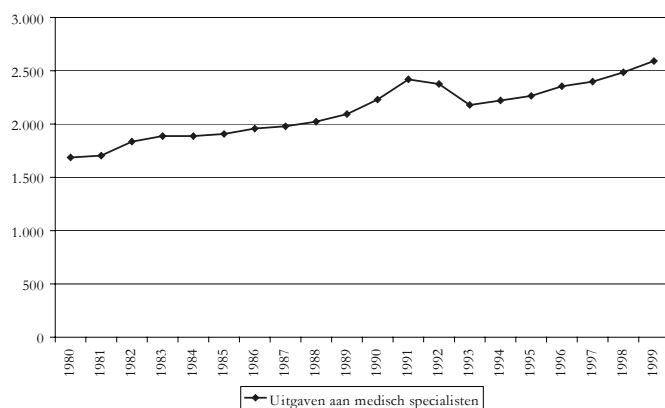
Figuur 4.2 Aantal erkende specialistenplaatsen in algemene, categorale en academische ziekenhuizen



Bron: VWS (diverse jaren)

De totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg bedroegen in 1999 ruim *f* 2,5 miljard, zo blijkt uit de Zorgnota 2001. De komende jaren neemt dit bedrag verder toe, zo is door de Minister toegezegd.

Figuur 4.3 Ontwikkeling van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg



Bron: VWS (diverse jaren)

Instroom opleidingen en arbeidsmarkt

Bij de medische opleidingen is in de afgelopen jaren steeds sprake geweest van een groter aantal aanmeldingen dan dat er opleidingsplaatsen zijn. Het is de vraag of deze situatie in de komende jaren zal blijven bestaan. Redenen hiervoor kunnen zijn:

- het aantal jongeren neemt af, met name na 2005;
- de lange opleidingsduur voor artsen (circa 11 jaar) is geen aantrekkelijk perspectief, zeker in combinatie met het voorgaande punt (krapte op de arbeidsmarkt). Er is overigens discussie over de wenselijkheid en noodzaak van een verkorte basis- en specialistenopleiding. In de studie Taakverschuivingen wordt daar nader op ingegaan.

Bron (en meer informatie):
Rapportage Arbeidsmarkt
Zorg en Welzijn (bijlagen).
NIVEL/Prismant/OSA.
(diverse jaren)

Bij de instroom van de opleiding geneeskunde zijn vrouwen in de meerderheid (62%). Bij een aantal opleidingen tot medisch-specialist is het aandeel vrouwen eveneens sterk gestegen. Het aandeel vrouwelijke assistenten in opleiding is gegroeid van 28% in 1988 tot 41% in 1996. Deze ontwikkeling heeft grote gevolgen voor de uitoefening van het medisch beroep. Verwacht wordt een stijging van het aantal specialisten dat in deeltijd wil werken. Daarnaast zal ook rekening gehouden moeten worden met het feit dat er verschillen zijn in de wijze waarop mannelijke en vrouwelijke artsen met patiënten omgaan (langere consultduur).

Zie ook paragraaf 4.3

In samenhang met het vorige punt: de verhouding werk – vrije tijd verandert. Er ontstaat bij medisch-specialisten meer behoefte aan een normale werkweek (arbeidstijdnormalisering) en mogelijkheden tot parttime werk. Het werken in dienstverband wordt meer en meer een serieuze optie.

Zie ook paragraaf 4.3

Voor de arbeidsmarkt van medisch-specialisten is verder relevant dat de vergrijzing van de beroepsgroep en de vervroegde uittreding uit het beroep voor problemen zorgt. Rond het jaar 2010 gaat een groot aantal artsen met pensioen, wellicht al eerder in verband met goede pensioenvoorzieningen en andere factoren (dalende motivatie; burn out) (RMO/RVZ, 1999).

Tabel 4.1 Instroom, ingeschrevenen en geslaagden opleiding geneeskunde vanaf 1992

	'92/'93	'93/'94	'94/'95	'95/'96	'96/'97	'97/'98	'98/'99	'99/'00
Numerus fixus	1.485	1.485	1.686	1.686	1.750	1.750	1.813	1.813
Prop. fase ¹		1.439	1.616	1.630	1.709	1.711	1.768	1.792
Zuivere instroom ²	1.194	1.188	1.260	1.251	1.318	1.309	1.224	1.151
- waarvan % vrouw	55%	55%	57%	56%	56%	56%	61%	62%
Ingeschrevenen ³	10.717	10.938	11.311	11.571	11.820	11.891	11.830	11.968
- waarvan % vrouw	55%	55%	56%	56%	56%	56%	57%	57%
Geslaagden ⁴	1.335	1.219	1.273	1.274	1.407	1.535	1.545	1.621
- waarvan % vrouw	49%	52%	53%	55%	58%	58%	59%	58%

¹ Aantal studenten dat voor het eerst met *deze* opleiding is begonnen in de propedeuse fase

² Eerstejaarsstudenten: voor het eerst gaan studeren bij een universiteit

³ Totaal aantal ingeschreven studenten WO, studierichting geneeskunde

⁴ Geslaagden voor het artsexamen (postdoctoraal)

Bron: NIVEL/Nzi/OSA, diverse jaren.

Tabel 4.2 Kengetallen opleidingsinrichtingen

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
opleiders/staf	3.714	3.788	3.933	4.115	4.300	4.456	4.657	4.750	5.077	5.141	
agio's	2.230	2.307	2.437	2.541	2.759	3.054	3.079	3.170	3.342	3.474	3.640
- % vrouw							39%	41%	40%	43%	45%
agnio's	875	900	1.096	1.005	1.136	1.088	1.240	1.268	1.193	1.354	
opleidingen	489	484	486	500	507	533	548	578	587	600	

Bron: MSRC, diverse jaren

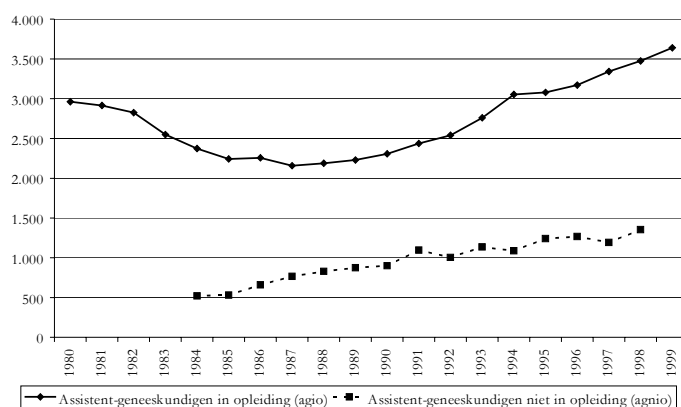
Duur van de opleidingen, agio's en agnio's

Na de universiteitsstudie van vier jaar lopen studenten twee jaar co-schappen (stage) op diverse ziekenhuisafdelingen, zoals chirurgie of inwendige geneeskunde. Na het afronden van de co-schappen is de student basisarts. Deze zes jaar komen overeen met de EU-richtlijn.

De basisarts zoekt een opleidingsplaats bij de specialisatie, men wordt dan 'agio', assistent geneeskunde in opleiding. Omdat er meer vraag dan aanbod is naar opleidingsplaatsen is het moeilijk om er direct een te krijgen en worden veel basisartsen eerst 'agnio', assistent geneeskunde niet in opleiding.

De agnio doet eigenlijk hetzelfde werk op de ziekenhuisafdeling als de artsassistent, maar wordt nog niet tot specialist opgeleid. De agnio krijgt vaak later een opleidingsplaats aangeboden. De opleiding tot specialist duurt zes jaar, dus soms is een specialist pas uitgestudeerd op zijn veertigste jaar.

Figuur 4.4 **Ontwikkeling aantallen agio's en agnio's**



Bron: VWS (diverse jaren); MSRC (diverse jaren)

Het stelsel van medisch-specialistische opleidingen wordt door de beroepsgroep onder de loep genomen. De opleidingstrajecten zijn langdurig en het huidige stelsel is sterk verkokerd. Voorstellen voor een flexibeler en doelmatiger opzet van medische vervolgoopleidingen worden uitgewerkt in het KNMG-project Het medisch opleidingscontinuüm.

Instream in de opleidingen

Numerus fixus

De instroom wordt beperkt door respectievelijk een arbeidsmarktfixus en een opleidingsfixus. De overheid heeft formeel alleen via de zogenaamde arbeidsmarktfixus de mogelijkheid om de instroom in bepaalde studierichtingen in het HBO en WO te beperken, maar daarvan maakt men liever geen gebruik.

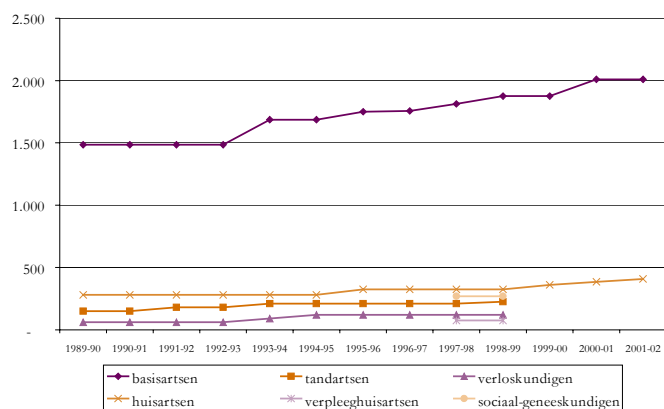
Afspraken tussen het ministerie van OCW en de betrokken HBO-instellingen leiden tot beperkingen in de opleidingscapaciteit, die de instellingen zichzelf 'vrijwillig' opleggen.

Daarnaast is er een zogenoemde 125%-regel die aangeeft dat bij 'overinschrijving' van een studierichting de opleidingscapaciteit met 25% per jaar moet toenemen. Dit is eenmalig gebeurd, maar ook hier leggen de instellingen zichzelf 'vrijwillig' beperkingen op.

In een goed werkende arbeidsmarkt is het niet nodig en zeker niet wenselijk om gedurende langere tijd een numerus fixus in te stellen. Echter in de arbeidsmarkt voor artsen bestaat een grote loonstarheid. Daarnaast heeft het artsenberoep een zo grote (emotionele) aantrekkelijkheid dat het niet te verwachten is dat de belangstelling voor de studie geneeskunde binnen korte termijn in evenwicht zal zijn met de vraag naar nieuwe artsen.

Bron (en meer informatie):
Achtergrondstudies bij het
advies Zorgarbeid in de
toekomst. RMO/RVZ, 1999

Figuur 4.5 Ontwikkeling van de fixusgetallen



Bron: RMO/RVZ, 1999 en TK, 1999-2000, no. 26801-37

Volgens sommigen blijft het daarom noodzakelijk om de numerus fixus voor de studie geneeskunde te handhaven, waarbij wel de hoogte van de numerus fixus omhoog zal moeten.

Anderen vinden juist dat de numerus fixus maar beter afgeschaft kan worden.

Capaciteitsraming

Een capaciteitsraming maken over het aantal artsen dat de komende jaren moet worden opgeleid, is niet makkelijk. Enkele voorwaarden zijn een betrouwbare database over het actuele aantal werkzame artsen en een goed doortimmerd model.

Daartoe is in mei 1999 het Capaciteitsorgaan in het leven geroepen. Dat Capaciteitsorgaan gaat plannen hoeveel huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch en tandheelkundig specialisten en sociaal-geneeskundigen moeten worden opgeleid om in de toekomstige vraag te voorzien en om het ontstaan van tekorten te voorkomen.

Binnen het Capaciteitsorgaan wordt ook aandacht besteed aan de substitutie van werkzaamheden tussen verschillende groepen medische specialisten (bijvoorbeeld binnen de snijdende specialismen) en tussen een bepaald medisch specialisme en andere beroepsgroepen (bijvoorbeeld binnen de oogheelkunde of bij verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen).

Het Capaciteitsorgaan beschikt over een sectorbreed onderzoeksmodel met daarin alle relevante variabelen. Een schematische weergave van de variabelen, waarin de complexiteit van de materie goed naar voren komt, is te vinden in het blad ZetN (2000, no. 3, p. 43-45). Er zijn harde variabelen, zoals de demografische ontwikkeling van de bevolking en de leeftijdsopbouw van artsen, en meer zachte factoren, zoals sociaal-culturele ontwikkelingen en efficiency in de werkprocessen. De opzet is vergelijkbaar met de door het NIVEL uitgebrachte behoefteramingen voor diverse specialismen.

Het eerste capaciteitsplan komt in maart 2001, een beschrijving van de bestaande situatie is inmiddels verschenen. Uit voorlopige gegevens blijkt dat in de toekomst meer opleidingsplaatsen noodzakelijk zijn om een tekort op termijn (2010) te voorkomen.

Bron: Artikel I. Schipholt,
Medisch Contact

MDW-werkgroep

Een laatste relevante ontwikkeling is het instellen van een MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische beroepen. Deze werkgroep heeft tot taak het inventariseren van regelingen en omstandigheden die belemmerend kunnen werken op de toetreding van beroepsbeoefenaren. De opleidingsduur van de initiële en vervolgopleidingen is een van de kwesties die in de beschouwingen zullen worden betrokken.

Bron: Tweede Kamer,
Zorgnota 2001, No. 27401-4

4.3 Ontwikkelingen zorgaanbod verder uitgewerkt

Uitwerking naar specialismen

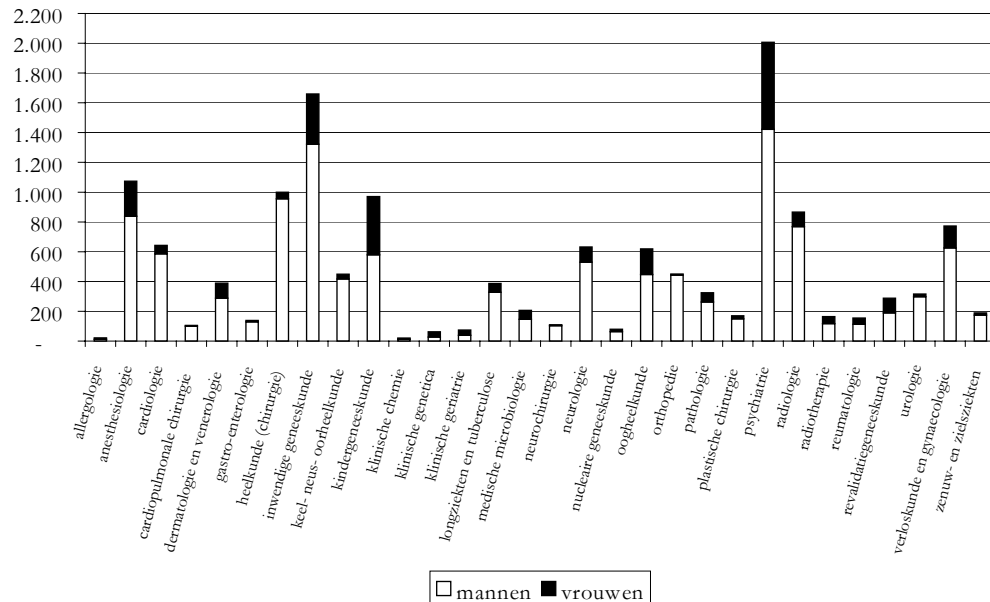
In het ziekenhuis spelen medisch-specialisten een belangrijke en bijzondere rol. Er zijn momenteel 30 erkende specialismen. Deze zijn bijvoorbeeld te groeperen in poortspecialismen (waarnaar door huisartsen wordt doorverwezen) en ondersteunende specialismen. Een andere verdeling is die in interne specialismen, heelkundige

specialismen, specialismen van zenuw- en zielsziekten en overige specialismen.

Na hun opleiding worden specialisten ingeschreven bij de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Jaarlijks verschijnen er gegevens over het aantal nieuwe inschrijvingen en over de totalen per specialisme. Daarin zijn ook gegevens opgenomen over het aantal ingeschreven mannen en vrouwen en over de inschrijvingen van buitenlandse artsen.

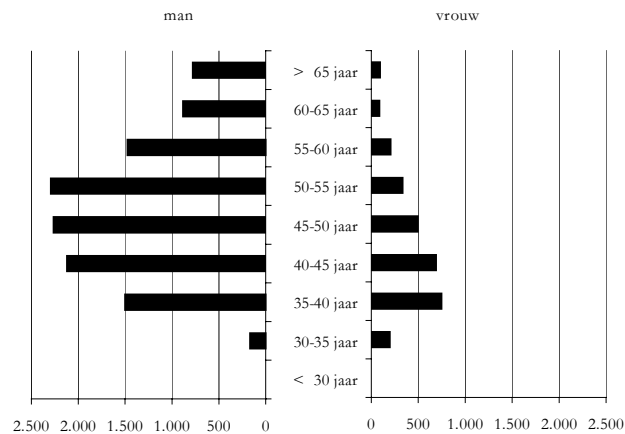
Bron (en meer informatie):
Rapport opleidingen en assistentenbestand van door de MSRC erkende opleidingsinrichtingen per 01-01-... (diverse jaren), Medisch Specialisten Registratie Commissie

Figuur 4.6 Aantal ingeschreven specialisten per specialisme en verdeling man-vrouw per 01-01-1999



Bron: MSRC (1999)

Figuur 4.7 Ingeschreven specialisten naar leeftijd en geslacht, per 01-01-1999



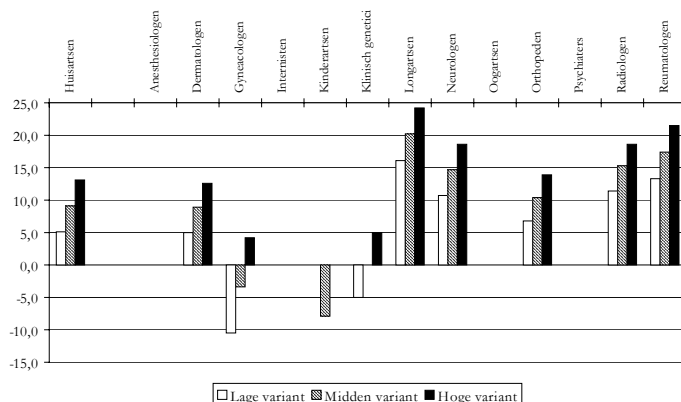
Bron: MSRC (1999)

Vergrijzingsgevoelige specialismen

De invloed van veranderingen in de bevolking op de vraag naar meer of minder zorg verschilt per beroepsgroep. Zo geldt voor het merendeel van de medisch specialismen dat een groot deel van het zorggebruik voor rekening komt van de oudere bevolkingsgroepen. Bij een aantal vergrijzingsgevoelige specialismen (verpleeghuisgeneeskunde, geriatrie, reumatologie, orthopedie) zou de zorgvraag als gevolg daarvan in de komende tien jaar zelfs met meer dan 20% kunnen toenemen. Voor medisch specialismen echter die vooral te maken hebben met de jongste leeftijdsklassen, zoals gynaecologie en kindergeneeskunde wordt in ramingen een afname van de zorgvraag verwacht.

Bron (en meer informatie):
Achtergrondstudies bij het
advies Zorgarbeid in de
toekomst. RMO/RVZ,
1999

Figuur 4.8 Invloed van demografie¹ op de zorgvraag per beroepsgroep



¹ Twee ontwikkelingen: bevolkingsgroei en vergrijzing. Daarnaast zijn er andere ontwikkelingen die de uiteindelijke zorgvraag bepalen.

Bron: RMO/RVZ, 1999

4.4 Overige thema's

Bekostiging

Van belang bij het aanbod is de overgang naar een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Het streven is om het systeem per 2003 operationeel te hebben. Dit thema komt uitgebreid aan de orde in het deel Beleidskader, net als de problematiek van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Zie Dossier deel 5, Beleidskader

Maatschappen, specialisten en staffuncties

Het merendeel van de specialisten is werkzaam in het ziekenhuis. Kenmerkend voor de positie van de medisch-specialist is enerzijds de professionele autonomie en anderzijds het feit dat medisch-specialisten in tegenstelling tot de andere beroepsgroepen binnen het ziekenhuis grotendeels werkzaam zijn in het vrije beroep. Zij staan niet in een gezagsrelatie tot het ziekenhuis, maar zijn door middel van een toelatingscontract aan ziekenhuizen verbonden en maken per definitie deel uit van de medische staf. Slechts een klein deel van de medisch-specialisten werkt in dienstverband

Bron: Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Bennema-Broos, Sluijs en Wagner, 2000

en staat daarmee in een hiërarchische relatie tot het ziekenhuis. Volgens het SCP is ongeveer een kwart van de specialisten in loondienst van het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn (SCP, 1998, p.46).

Medisch-specialisten kennen diverse organisaties die zich bezighouden met de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de inhoud van het vak en de belangen van de beroepsbeoefenaren. Voor elk specialisme bestaat een wetenschappelijke vereniging die zich vooral bezighoudt met de ontwikkeling van het vakgebied. Daarnaast is in 1997 de Orde van Medisch-specialisten opgericht als beroepsorganisatie voor alle medisch-specialisten. Ten slotte vormt de KNMG de overkoepelende vereniging van artsen.

Managementparticipatie van medisch-specialisten is geen rariteit meer. Het NIVEL heeft onderzoek verricht naar de relatie tussen medisch-specialist en ziekenhuis en de relatie tussen medisch-specialisten onderling. Er zijn drie varianten van managementparticipatie:

- participatie in het lijnmanagement doordat zij medisch manager zijn van een werkeenheid of cluster;
- het stafbestuur heeft advies- of instemmingsrecht;
- de stafvoorzitter maakt deel uit van directie of raad van bestuur.

Bron: Artikel Van Lindert, Delnoij en Groenewegen, Zorgvisie

In bijna 40% van de onderzochte ziekenhuizen wordt nog gewerkt volgens het dienstenmodel, daar werkt circa 42% van de medisch-specialisten in het lijnmanagement. Daarnaast zijn er veel ziekenhuizen die hun organisatie gekanteld hebben naar de patiënt (ruim 60%). Alle ziekenhuizen die zijn gekanteld in kleinschalige werkeenheden rondom een specialisme (13%) kennen de functie van lijnmanager. Voor de ziekenhuizen die gekanteld zijn in clusters (29%) is dat 61%. Ziekenhuizen die ingedeeld zijn in werkeenheden rondom klinische en rondom ambulante zorg (20%) hebben minder vaak specialisten in het lijnmanagement.

In alle onderzochte ziekenhuizen vindt overleg plaats tussen stafbestuur en directie of raad van bestuur, waarbij overigens de frequentie van overleg verschilt.

In 14% van de ziekenhuizen is de voorzitter van de medische staf lid van de raad van bestuur. Ook heeft 19% plannen daartoe.

Het valt op dat er (vrijwel) geen kwantitatieve gegevens zijn van maatschappen. De conclusie dat er, dankzij de fusiegolf bij ziekenhuizen, dus minder maatschappen komen die groter van omvang zijn, kan daardoor niet onderbouwd worden. Integendeel, vaak blijven oude maatschappen bestaan en is het een proces van jaren voordat de maten opgaan in een groter, geïntegreerd geheel waarbij ze gezamenlijk productieafspraken maken.

Organisatie van de zorg

Vanuit een meer vraaggericht perspectief 'kantelt' de zorg (van specialismengericht naar patiëntgericht) en komt er meer aandacht voor de optimale logistiek van het patiëntenproces (Business Process Redesign). Vanuit dezelfde inhoudelijke overwegingen, maar ook vanuit strategische overwegingen ontstaan er transmurale ketens van zorginstellingen, waarin ziekenhuizen samenwerken met andere voorzieningen (verpleeg- en verzorgingshuizen; thuiszorg).

Andere ontwikkelingen op het gebied van organisatie van de zorg:

- functiedifferentiatie/taakverschuivingen: medisch-specialistische zorg wordt niet uitsluitend verleend door medisch-specialisten. Door verschillende factoren wordt medisch-specialistische zorg ook door andere professionals verleend (ziekenhuisarts; huisarts; gespecialiseerde verpleegkundige; nurse practitioner). Zie verder de studie Taakverschuivingen;
- naast individuele relatie patiënt-arts ook meer teambehandeling;
- naast monodisciplinair ook multidisciplinair en integraal (somatisch en psychisch: bijvoorbeeld de MedPsych Unit in het academisch ziekenhuis Maastricht);
- managementparticipatie medisch-specialisten.

BPR: Business Process Redesign

Business Process Redesign (BPR) betekent het herontwerpen van zorgprocessen. Het is een verandermethode die als volgt omschreven wordt:

"BPR is een radicale benadering om de cruciale bedrijfsprocessen in de organisatie te vernieuwen, waarbij een drastische verbetering van het prestatieniveau wordt nagestreefd op het gebied van kosten, kwaliteit en doorlooptijd. Deze drastische verbetering wordt mogelijk gemaakt door het gebruik van informatietechnologie, het vernieuwend vermogen van de mens en organisatie door het afstand nemen van conventionele uitgangspunten en het kijken over de

grenzen van functies heen.” (Nederlof, et al., 2000, p. 12).

BPR is als methode een aantal jaren geleden in ziekenhuizen in beeld gekomen om stagnerende zorgprocessen te stroomlijnen. Het achterliggende idee was dat doorstroomtijden verkort zouden kunnen worden. BPR houdt in dat het hele zorgproces wordt aangepakt. Het is een ingrijpende verandering, met veel gevolgen voor het ziekenhuis (bijvoorbeeld planning per zorgproces en niet per afdeling) en de taakverdeling tussen betrokken professionals.

In 1998 is het project Verkorting Doorstroomtijden gestart, waaraan acht ziekenhuizen deelnamen. De resultaten van het project wijzen op duidelijke prestatieverbeteringen. De doorstroomtijden werden aanzienlijk teruggebracht. Kwaliteitsverbeteringen waren onder meer: minder ingrijpende behandeling, een eenduidige diagnostiek en behandeltraject, betere onderlinge afstemming, het instellen van één loket voor de patiënt en minder ziekteverzuim van de patiënt.

Een paar voorbeelden:

- doorstroomtijd van patiënten met diabetische voetulcus werd teruggebracht van 47 dagen naar één week; reductie van aantal amputaties naar verwachting 50%;
- doorstroomtijd van patiënten met knieklachten werd teruggebracht van zeven maanden naar vier weken; wachtlijsten voor radiologie en OK werden weggewerkt. Van alle patiënten met knieklachten had 42% een betaalde baan met een gemiddeld ziekteverzuim van 65 dagen; het vernieuwde zorgproces zal het aantal verzuimdagen aanzienlijk verminderen (Beijers en de Vries, 2000; Maassen, 2000).

Ziekteverzuim

De sector zorg en welzijn laat een hoger ziekteverzuim zien dan het landelijk gemiddelde. In 1999 bedroeg het ziekteverzuim van de sector 9,2% tegen landelijk 6,0%. Exclusief zwangerschapsverlof lopen de percentages terug tot 7,8 versus 5,4.

Hiervoor kunnen diverse verklaringen worden aangedragen. Toch kan het relatief hoge risico op langdurig ziekteverzuim in de zorgsector voor bijna 40% worden verklaard doordat de arbeidsomstandigheden in de zorgsector over het algemeen ongunstiger zijn dan in andere sectoren.

Bron (en meer informatie):
Sectoranalyse WAO 1999.
Ministerie van SZW, 2000

In de onderzochte deelsectoren van de zorg vormen vooral de lichamelijk zware arbeidsomstandigheden, hoge werkdruk en emotioneel belastende omstandigheden een groot risico. Ook wordt maar matig werk gemaakt van verzuimbegeleiding en reïntegratie.

5 Aansluiting vraag en aanbod, nu en in de toekomst

5.1 Inleiding

Nu zowel de zorgvrager als het beschikbare zorgaanbod kort zijn gepresenteerd, wordt het tijd om de aansluiting (of het gebrek daaraan) tussen beide te analyseren. Allereerst komt de productie aan bod, dan de wachtlijstproblematiek.

5.2 Productie

Verwijzingen van huisarts

Voordat de specialist tot productie komt, gaan patiënten over het algemeen langs de huisarts. De huisarts heeft in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een rol als poortwachter. De huisarts verwijst naar een specialist, die al dan niet kan besluiten tot opname. Het is daarom zinvol om eerst te kijken naar een aantal verwijscijfers.

Nieuwe verwijzingen (ook wel ‘actieve’ verwijzingen genoemd) vinden in de regel plaats uit medisch-inhoudelijke overwegingen. Het aantal nieuwe verwijzingen geeft daarom het beste weer in hoeverre de huisarts in staat is de hem aangeboden hulpvraag af te handelen.

Bron (en meer informatie):
Jaarrapportage LINH 1998,
De Bakker, et al., 1999

Ongeveer 15 procent van de contacten in de huisartspraktijk leidt tot een verwijzing naar de medisch-specialist. In 1998 was het aantal verwijzingen per 1.000 mannen in het ziekenfonds ruim 150, per 1.000 vrouwen in het ziekenfonds bijna 200, per 1.000 particulier verzekerde mannen bijna 100 en per 1.000 particulier verzekerde vrouwen 120. Ouderen worden relatief vaker doorverwezen dan jongeren.

In ongeveer 60% van de verwijzingen was het achterliggende motief van de huisarts bij zijn verwijzing, louter een *diagnose* te laten vaststellen. Bij de meeste van die verwijzingen bestond tegelijkertijd het motief *behandeling*: in ongeveer 80% van de verwijzingen verzoekt men de specialist namelijk om *behandeling*. Bij ruim de helft van de verwijzingen hoopte de huisarts op *overname van de behandeling* door de specialist. In 10% van de gevallen streefde de huisarts naar een *gezamenlijke* behandeling *met* de specialist, dikwijls omdat de patiënt

chronisch ziek was. Bij chronische ziektebeelden als depressie of emfyseem/COPD zou het streven naar een *gezamenlijke* behandeling - logisch in geval van frequent herhalingsconsult - zelfs rond de 20% liggen. Het aandeel van verwijzingen zonder directe medische oorzaak, enkel ter geruststelling van de patiënt, ligt rond de 3%.

In de praktijk komt rechtstreeks specialistbezoek ook voor, zowel bij ziekenfonds als bij particulier verzekerden. Volgens het CBS is 19% van de eerste contacten van patiënten met een specialist het resultaat van het eigen initiatief van deze patiënt. Een NIVEL-onderzoek uit 1997 kwam zelfs uit op 28% (al waren vraagstelling, categorieën en groep respondenten niet helemaal vergelijkbaar).

Bron (en meer informatie):
Vademecum
gezondheidsstatistiek. CBS,
1999;
artikel Friele en Andela,
Medisch Contact

Als reden voor het omzeilen van de huisarts geven patiënten op dat hun problematiek typisch 'specialistisch' is. Het gaat daarbij vooral om de oogarts, op afstand gevolgd door de algemeen chirurg, de gynaecoloog, de kno-arts, de huidarts en de orthopedisch chirurg. Overigens zijn dit ook meteen de specialismen met de meeste nieuwe verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten.

Als herhalingsbezoeken worden meegerekend, zijn de meest genoemde redenen voor direct specialistenbezoek:

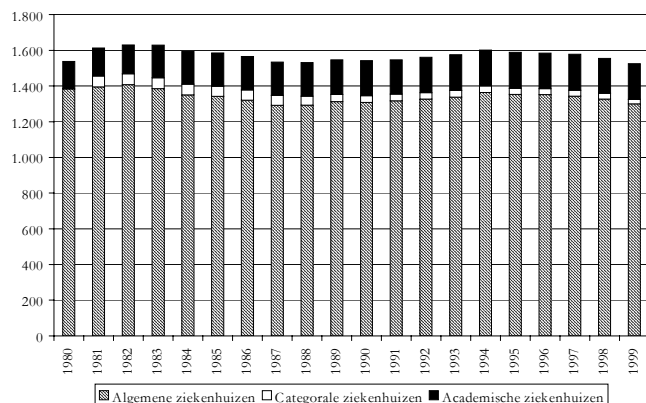
- er was reeds eerder contact met dezelfde specialist;
- gezien de aard van de problematiek verwacht men sowieso specialistische hulp nodig te hebben.

Tijdwinst en het uitsparen van een huisartsenconsult worden minder vaak genoemd. Door één op de tien respondenten wordt als reden genoemd "meer vertrouwen in de specialist".

Opnamen (klinisch)

Het totaal aantal klinische opnamen blijft in de loop van de tijd relatief constant tussen 1,5 en 1,6 miljoen per jaar. Het aantal klinische opnamen daalt dus niet. Dit is opvallend omdat daarnaast een enorme stijging van het aantal dagopnamen optreedt. Naast substitutie van klinisch naar dagopname blijft er een volumegroei als gevolg van demografische ontwikkelingen.

Figuur 5.1 **Ontwikkeling van het aantal (klinische) opnamen, 1980-1999**

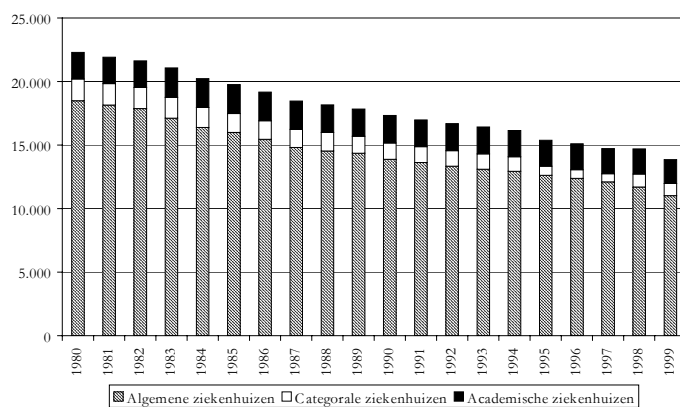


Bron: VWS, Prismant (diverse jaren)

Verpleegdagen

Het aantal verpleegdagen is nog sterker gedaald dan het aantal bedden (zie paragraaf 4.2, figuur 4.1). Waren er in 1980 nog 22.300 verpleegdagen, in 1999 was dit teruggelopen tot 13.852.

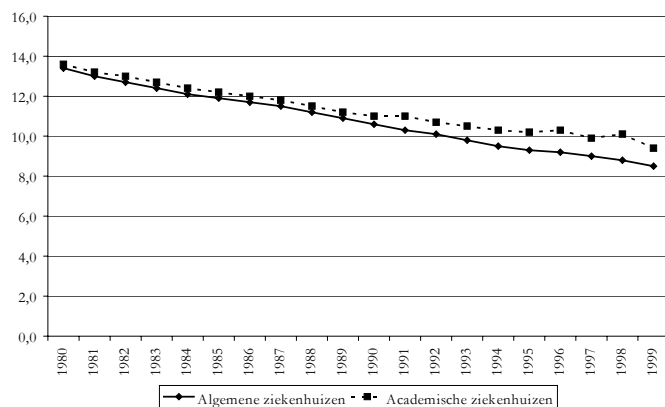
Figuur 5.2 **Ontwikkeling van het aantal verpleegdagen, 1980-1999**



Bron: VWS, Prismant (diverse jaren)

Hiermee hangt samen de sterke daling van de gemiddelde verpleegduur. In algemene ziekenhuizen is deze gedaald van 13,4 in 1980 tot 8,5 in 1999. In academische ziekenhuizen was de daling iets minder groot (van 13,6 in 1980 tot 9,4 in 1999).

Figuur 5.3 **Ontwikkeling gemiddelde ligduur, algemene en academische ziekenhuizen, 1980-1999**



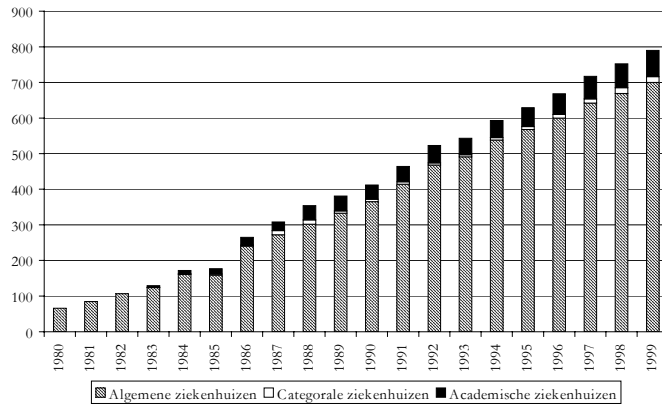
Bron: VWS, Prismant (diverse jaren)

Dagverpleging

Twintig jaar geleden vonden er nog nauwelijks dagopnamen plaats. In een paar jaren is het aantal dagverpleegdagen zeer sterk gestegen. Rond 1980 begonnen algemene ziekenhuizen er op kleine schaal mee (66.000 dagen dagverpleging). Inmiddels gaat het om ruim 790.000 dagen (waarvan 700.000 in algemene ziekenhuizen).

De explosieve ontwikkeling van de dagverpleging is weergegeven in figuur 5.4. In de figuren 5.5 en 5.6 komen zowel klinische opnamen als dagopnamen voor, verdeeld naar specialismen en enkele frequent uitgevoerde operatieve verrichtingen, verdeeld naar dagverpleging en kliniek.

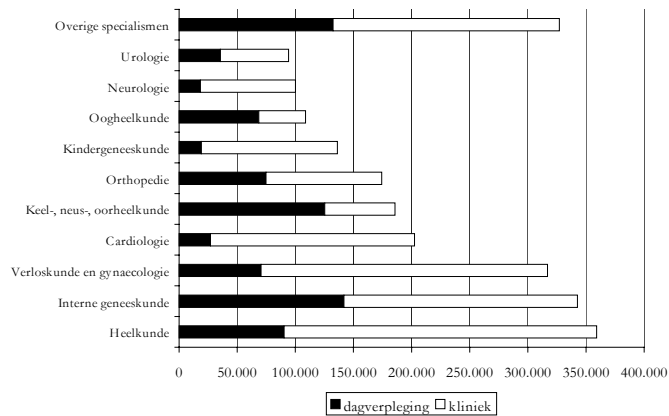
Figuur 5.4 Ontwikkeling van het aantal dagen dagverpleging, 1980-1999



Bron: VWS, Prismant (diverse jaren)

Onderstaande figuur toont de dag- en klinische opnamen in 1998 voor een aantal specialismen. Heelkunde en gynaecologie hebben de grootste totale productie. De specialismen kno-heelkunde en oogheelkunde doen naar verhouding het meest in dagverpleging.

Figuur 5.5 Aantal klinische opnamen en dagopnamen voor de tien grootste specialismen, 1998



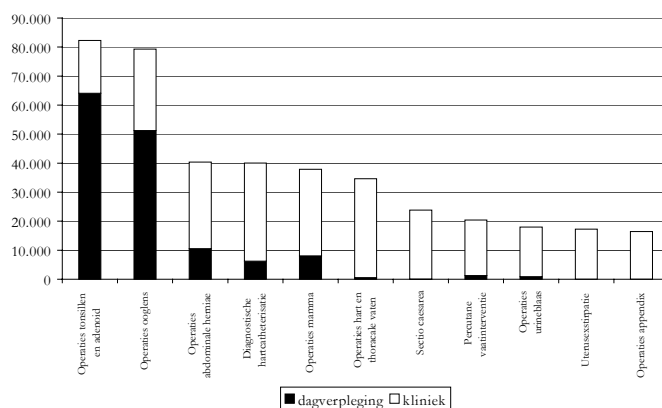
Bron: www.sig.nl

Bij klinische opnamen kunnen naast de feitelijke reden voor opname, de hoofddiagnose, ook secundaire of nevendiaagnosen een rol spelen. Met name bij oudere patiënten komen multiële aandoeningen vaak voor, bijvoorbeeld bij een suikerpatiënt die voor een heupfractuur wordt opgenomen. Wat betreft de gemiddelde verpleegduur valt op dat patiënten met psychische of cerebrovasculaire aandoeningen het langst in het ziekenhuis verblijven. De meest voorkomende redenen voor opname in de kliniek blijven maligne aandoeningen en hart- en vaatziekten. Bij dagopnamen hebben vooral keel- neus- en oorziekten en aandoeningen aan het oog een hoog aandeel.

Verrichtingen

Figuur 5.6 geeft nog een selectie van frequent uitgevoerde operatieve verrichtingen. Daarbij is aangegeven of de operatie in dagverpleging is uitgevoerd of dat er een klinische opname aan vooraf is gegaan.

Figuur 5.6 Enkele frequent uitgevoerde operatieve verrichtingen, 1998

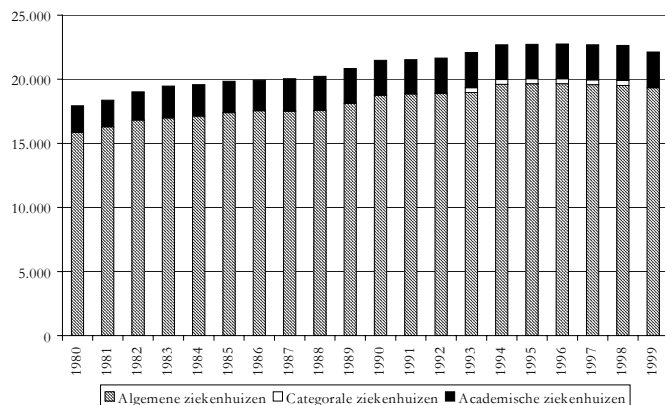


Bron: www.sig.nl

Polikliniek

Het aantal polikliniekbezoeken bedroeg in 1980 nog 18 miljoen en is in twintig jaar gestaag toegenomen om eind jaren '90 te stabiliseren rond 22 miljoen. Verder zijn er ook gegevens van het aantal eerste polibezoeken, maar interpretatie hiervan is lastig vanwege definitiewijzigingen.

Figuur 5.7 **Ontwikkeling van het aantal polikliniek-bezoeken, 1980-1999**



Bron: VWS, Prismant (diverse jaren)

5.3 Wachlijsten

Cijfers (kwantitatieve gegevens)

Al sinds jaar en dag bestaan er wachlijsten in de curatieve sector. Lange tijd echter waren daar geen solide kwantitatieve gegevens van. Overigens geldt dit voor alle zorgsectoren.

Aanvankelijk waren er alleen gegevens op basis van enquêtes en steekproeven. In Kiezen en delen (1991) viel te lezen dat volgens een enquête gemiddeld een op de drie van alle in een ziekenhuis op te nemen patiënten naar medische indicatie te lang op een wachtlijst verblijft. De langste wachlijsten waren ook toen al te vinden bij de specialismen orthopedie, plastische chirurgie, algemene chirurgie en in mindere mate keel-, neus- en oorheelkunde en oogheelkunde. Tussen ziekenhuizen onderling en ook tussen regio's bestonden verschillen in wachtlijstproblemen. De gemiddelde wachttijd voor spoedeisende patiënten varieerde van 8 dagen (kindergeneeskunde en reumatologie) tot 57 dagen (cardiologie). Voor niet urgente patiënten was de gemiddelde wachttijd voor alle specialismen 24 weken (voor plastische chirurgie 35 weken, voor oogheelkunde 26 weken en voor orthopedie 24 weken). Voor een eerste polikliniekbezoek waren er lange wachttijden voor oogheelkunde (56 dagen),

plastische chirurgie (36 dagen), mondheelkunde (27 dagen) en orthopedie (23 dagen).

Op basis van een enquête van het NZi (peildatum 1 februari 1991) werd geconcludeerd dat er, geëxtrapoleerd, ongeveer 27.000 patiënten te lang op een wachtlijst zouden staan.

In juli 1997 is door het NZi een peiling gehouden naar de omvang van de wachtlijsten in algemene en categorale instellingen, gebruikmakend van uniforme registratie. Sinds enige jaren komen er dan ook regelmatig publicaties beschikbaar over de wachtlijsten in de curatieve sector. In figuur 5.8 zijn de ontwikkelingen van aantal wachtenden en wachttijden in de loop van de tijd weergegeven.

Bron (en meer informatie):
Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen. Prismant, diverse jaren

Daaruit blijkt dat de meeste wachtende patiënten wachten op een opname voor orthopedie, oogheelkunde, chirurgie, plastische chirurgie of keel-, neus- en oorheelkunde. Bijna 80% van de wachtenden staat op de wachtlijst voor één van deze vijf specialismen. Ook indien gekeken wordt naar het aantal patiënten dat op de peildatum reeds langer dan één maand wacht, springen deze specialismen er uit.

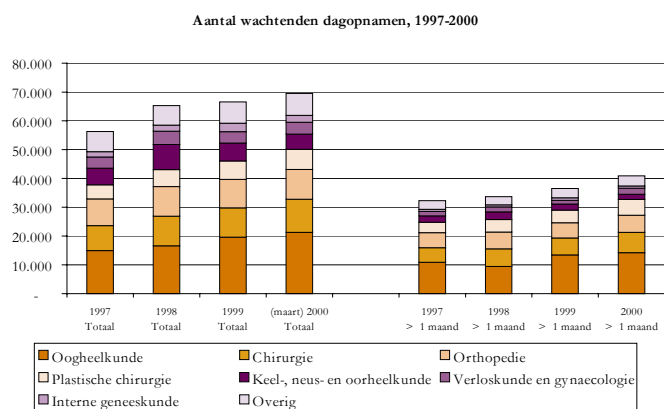
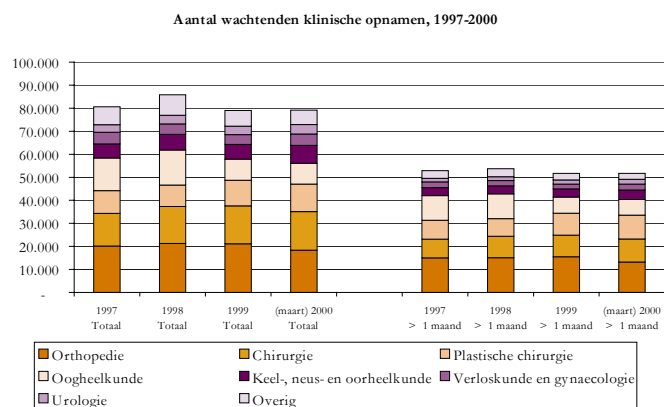
Geëxtrapoleerd naar het landelijk niveau staan er op 1 maart 2000 circa 148.600 patiënten op een wachtlijst. Dat is een toename van 2,1% ten opzichte van 1 maart 1999. Van deze patiënten wachten er 92.600 langer dan één maand, een groei van 4,7% ten opzichte van de vorige peiling. De toename van het aantal wachtenden langer dan één maand is toe te schrijven aan de specialismen chirurgie, plastische chirurgie en verloskunde. Opvallend is de sterke daling onder de langst wachtenden voor een klinische opname bij het specialisme orthopedie.

De ontwikkeling van de gemiddelde wachttijd ten opzichte van 1 maart 1999 verschilt van specialisme tot specialisme. Voor specialismen met de grootste wachtlijst neemt de gemiddelde wachttijd af of is stabiel, specialismen met een kleine wachtlijst laten een lichte stijging zien.

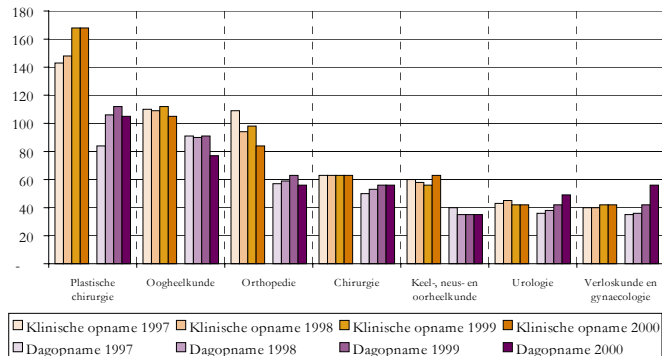
De gemiddelde wachttijd is nog steeds het langst voor de specialismen plastische chirurgie (kliniek: 24 weken), oogheelkunde (kliniek: 15 weken) en orthopedie (kliniek: 12

weken). De wachttijden voor dagverpleging zijn gemiddeld iets korter dan voor klinische opname. De toegangstijden voor de polikliniek zijn het hoogst voor de specialismen oogheelkunde (10 weken) en plastische chirurgie (11 weken).

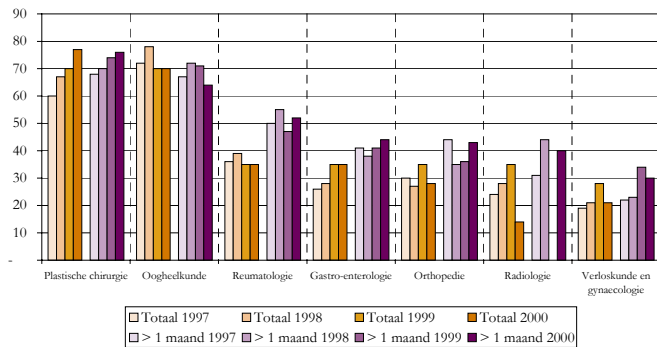
Figuur 5.8 Enkele wachtlijstgegevens in de curatieve sector, naar grootste specialismen



Gemiddelde wachttijden klinische opnamen en dagopnamen, 1997-2000



Gemiddelde toegangstijd polikliniek en percentage ziekenhuizen met een toegangstijd van > 1 maand, 1997-2000



Bron: Prismant (2000), NZi (diverse jaren)

Beleid en andere initiatieven

De stand van zaken die nu volgt is deels gebaseerd op de Voorjaarsbrief Zorg 2000, de Rapportage wachttijden en wachtlijsten in care en cure 1999 en de Zorgnota 2001. Daarbij moet aangetekend worden dat informatie over deze materie vrij snel achterhaald wordt doordat er vrijwel dagelijks nieuwe berichten over wachtlijsten verschijnen.

Voorjaarsbrief Zorg 2000 (Tweede Kamer, 271130-2), Rapportage wachttijden (Tweede Kamer, 26801-45) en Zorgnota 2001, VWS, 2000

Uitvoering Plan van aanpak wachtlijsten en wachttijden

De wachtlijsten in de curatieve zorg worden aangepakt op basis van het plan van aanpak wachttijden, dat is opgesteld

door de gezamenlijke veldpartijen. Het plan is in maart 1998 aangeboden. De partijen hebben ook zitting in het platform wachttijden, onder leiding van de heer Dees.

Het plan van aanpak bevat 12 actiepunten. Naast een inhaalslag is er aandacht voor transparantie, voor normering en voor zorgbemiddeling. Voor de uitvoering van het plan van aanpak zijn middelen beschikbaar gesteld (in totaal f 130 miljoen inclusief de GGZ). Voor de aanpak van de 'zorgkloof' gelden intensiveringsmiddelen.

Het platform rapporteert regelmatig over de voortgang. Hieruit komt het beeld naar voren dat voortvarend gewerkt wordt. In het oog springende punten van de afgelopen maanden zijn de vaststelling van streefnormen voor wachttijden door aanbieders en verzekeraars, de officiële start van de kenniscentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen en de openstelling van de landelijke databank wachttijden door de NVZ. Met die databank worden de wachttijden per ziekenhuis per specialisme via Internet openbaar gemaakt.

Inlopen wachtlijsten

Over de besteding van de intensiveringsmiddelen in 1999 is begin september 2000 verantwoording afgelegd aan de Tweede Kamer. Uit die rapportage bleek dat in 1999 voor de ziekenhuissector f 98 miljoen extra is ingezet voor een inhaalslag wachtlijsten. Uit cijfers van het CTG over de gerealiseerde productieafspraken 1999 blijkt dat dankzij de extra ingezette middelen ook een groot aantal extra verrichtingen zijn uitgevoerd (tienduizenden operaties aan ogen, heupen, knieën en harten). Ook zijn er extra specialisten en OK-medewerkers aangesteld om die extra productie mogelijk te maken.

Het effect van de extra middelen op de lengte van de wachtlijst is veel moeilijker te duiden. Toename van de vraag en verruiming van de indicatiestelling hebben hierop immers ook invloed. Beide factoren speelden in 1999 een rol, want ondanks verkorting van de wachttijd zijn de wachtlijsten in de ziekenhuizen gelijk gebleven of zelfs opgelopen.

De extra geldmiddelen voor de ziekenhuizen hebben een gunstig effect gehad op de wachttijden: patiënten wachten korter dan een jaar geleden. De vraag groeit echter sterker dan verwacht. Volgens de onderzoekers van Prismant zullen

Bron (en meer informatie): diverse rapportages over het Wachtlijstfonds, NZi/Prismant, diverse jaren

zonder een structurele aanpak de wachttijden dan ook niet tot redelijke termijnen kunnen worden teruggedrongen. Deze uitbreiding is overigens niet alleen een kwestie van geld. Ook logistiek is waarschijnlijk nog enige verbetering mogelijk. Het project Doorstroomtijden, dat in 1998 en 1999 heeft plaatsgevonden in zeven ziekenhuizen, heeft op dit punt positieve resultaten opgeleverd.

Normering aanvaardbare wachttijden

Een van de positieve resultaten is de normering van aanvaardbare wachttijden. De achtergrond van het vaststellen van streefnormen is de volgende. In juridische beschouwingen is vast komen te staan dat een zekere wachttijd, als noodzakelijk voor een doelmatige bedrijfsvoering van de instellingen, acceptabel is. Er zijn dus problematische en aanvaardbare wachttijden.

De NRV heeft destijds in haar advies Wachttijsten (1994) al voorgesteld om onderscheid te maken tussen planningswachttijsten en problematische wachttijsten. Dit werd in Wachttijsten II (1995) verder uitgewerkt. “De samenleving heeft behoefte aan kortere wachttijden en aan duidelijke grenzen tussen aanvaardbare en niet aanvaardbare wachttijden. Daarom moeten de branche- en beroepsorganisaties het voortouw nemen om normen daarvoor te ontwikkelen”. Het tweede advies wijst er op dat een betrouwbare en vergelijkbare planningslijst begint met een betrouwbare en vergelijkbare indicatiestelling. Verder wordt aandacht besteed aan registratie van een aantal minimaal noodzakelijk gegevens.

Begin 2000 hebben de deelnemers in het Treekoverleg overeenstemming bereikt over maatschappelijk aanvaardbare wachttijden in de curatieve zorg, deze zijn weergegeven in tabel 3.1. De partijen hebben afgesproken om in de loop van 2000 met een nadere uitwerking te komen. Het uiteindelijke doel is dat de streefnormen per 1 januari 2003 gerealiseerd moeten zijn.

Uitzondering is de acute zorg die uiteraard altijd direct toegankelijk is.

Tabel 5.1 Streefnormen en maximale wachttijden

Toegangstijd huisarts	80% < 2 werkdagen	maximaal 3 werkdagen
Toegangstijd apotheek	100% binnen 1 werkdag	
Toegangstijd paramedische zorg	100% binnen 1 werkdag	
Toegangstijd ziekenhuizen, specialist en RIAGG	80% < 3 weken	maximaal 4 weken
Wachttijd diagnostiek of indicatiestelling	80% < 3 weken	maximaal 4 weken
Wachttijd poliklinische behandeling	80% < 4 weken	maximaal 6 weken
Wachttijd klinische behandeling	80% < 5 weken	maximaal 7 weken

Bron: Treekoverleg (notitie 19 januari 2000)

Extra impuls aanpak wachttijden

Voor een extra incidentele impuls wordt gestart met een inhaalslag op grond van het plan van PvdA en VNO-NCW uit maart van dit jaar, waarin het middel van openbare aanbesteding werd voorgesteld (“De wachtlijsten de wacht aangezegd”). Daarbij wordt er lokaal door de verzekeraar en de instellingen gekeken naar de extra capaciteit die instellingen kunnen leveren buiten de reguliere uren. Deze extra capaciteit wordt tegen een onderling overeen te komen prijs ingezet voor mensen op de wachtlijst.

Het aanvalsplan is nadrukkelijk een tijdelijke, kortdurende actie. Daarnaast is een meer structurele aanpak noodzakelijk. Het ontdoen van het aantal specialistenplaatsen vanaf 2000 is in dat kader een belangrijke maatregel. De verzekeraar staat extra specialisteneenheden voor de ziekenhuizen toe, onder voorwaarde dat de ziekenhuizen op hun beurt de zorg leveren binnen de Treeknormen. Hiervoor is *f* 100 miljoen in 2000 en verder structureel *f* 150 miljoen beschikbaar. Bovendien is het nodig, zo blijkt uit de Zorgnota 2001, om de budgettaire kloof waarmee de ziekenhuizen kampen te overbruggen. Daarvoor wordt eveneens *f* 100 miljoen in 2000 en *f* 150 miljoen structureel uitgetrokken.

6 Externe of overige ontwikkelingen

6.1 Inleiding

De ontwikkelingen aan de kant van de zorgvrager en aan de aanbodkant zijn nu in kaart gebracht. Daarnaast zullen er in de toekomst veranderingen zijn als gevolg van externe turbulentie. Enkele belangrijke krachten worden in de volgende paragrafen blootgelegd.

6.2 Technologische ontwikkelingen

De RVZ zal in een aparte studie ingaan op de technologische innovatie in de zorgsector (zie Werkprogramma RVZ 2000). Hier wordt daarom volstaan met een kort overzicht van relevante technologische ontwikkelingen en de mogelijke gevolgen daarvan voor de zorg. Dit overzicht is ontleend aan een concept-achtergrondstudie van de RVZ.

Medisch technologische innovaties vinden plaats op het gebied van preventie, diagnostiek, therapie en fysieke hulpmiddelen. Zowel de wetenschap als de praktijk zijn voortdurende, interacterende bronnen voor technologische innovatie. Medische technologie is eigenlijk een verzamelnaam voor een groot aantal verschillende technologieën:

- biotechnologie;
- nanotechnologie;
- robotica;
- cybermedicines;
- telegeneeskunde;
- virtuele geneeskunde;
- diagnostica;
- beeldvormende technieken;
- het gebruik van sensoren;
- onderzoek infectieziekten;
- bevolkingsonderzoek;
- reproductietechnologieën;
- ICSI (intracytoplasmatische sperma injectie);
- cryopreservatie;
- vervangingsgeneeskunde;
- xenotransplantatie;
- genterapie;
- kloneren van individuen;

- humaan genoom.

Het voert te ver om hier alle technologieën te bespreken. We lichten er een aantal uit ter illustratie.

Nanotechnologie

Nanotechnologie is te beschouwen als moleculaire technologie. Moleculaire technologie heeft als doel moleculaire machines te vervaardigen, dat wil zeggen werktuigen op moleculair niveau waarmee zekere handelingen verricht kunnen worden of waarmee een zekere functie uitgeoefend kan worden. In feite zijn levende cellen te beschouwen als nanomachines of moleculaire machines.

Toepassingen van nanotechnologie in de geneeskunde worden 'nanomedicine' genoemd. Doelen van nanomedicine zullen naar verwachting zijn onder andere celreparatie of selectieve celvernietiging bij kanker of infectieziekten of ook bij atheromen. Celreparatie zal bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden in de vorm van de vorming van nieuw spierweefsel bij een hartinfarct of nieuw hersenweefsel bij een herseninfarct.

Telegeneeskunde

Onder telegeneeskunde (telemedicine) wordt verstaan de levering van gezondheidszorg en de uitwisseling van zorggegevens over afstanden waarbij gebruik gemaakt wordt van IC-technologie. Telemedicine kan betrekking hebben op individuele patiënten en gaan om onder meer diagnose, behandeling, consultatie. Telegeneeskunde kan ook gebruikt worden voor onderwijsdoeleinden en voor intercollegiale toetsing.

In vergelijking met 'cybermedicine' heeft telegeneeskunde vaak een beperkt bereik: lokaal of regionaal. Waar het om patiëntengegevens gaat, is sprake van een één op één-relatie tussen patiënt – arts of arts – arts. Telegeneeskunde stelt hoge eisen aan de waarborging van privacy van gegevens en veiligheid en betrouwbaarheid van transmissie.

Een voorbeeld van telegeneeskunde is telediagnostiek, waarbij via online-verbindingen op afstand uiteenlopende diagnostische activiteiten kunnen worden verricht, c.q. beoordeeld. Een variant hierop vormt teleconsulting, waarbij aan de hand van online presentatie van diagnostische gegevens en beelden, op afstand een consulent kan worden

geraadpleegd. Verder kan genoemd worden telebehandeling, waarbij op afstand aanwijzingen kunnen worden gegeven voor een uit te voeren behandeling, bijvoorbeeld een chirurgische ingreep, of waarbij in de nabije toekomst de behandeling daadwerkelijk op afstand kan worden uitgevoerd, met gebruikmaking van robotapparatuur.

Telegeneeskunde kent reeds een aantal toepassingen, bijvoorbeeld bij teleconsultatie of bij het beoordelen van klinische patiëntengegevens op afstand. Telebehandeling is nog grotendeels experimenteel.

Beeldvormende technieken

De radiologie is in de laatste twintig jaar in een stroomversnelling geraakt. Belangrijke oorzaak hiervan is de introductie van nieuwe technieken, zoals de doorsnede-technieken. De grootste verandering moet echter nog komen, namelijk de digitalisering van de röntgenafdeling en het ziekenhuis. De beeldinformatie zal in de toekomst nog uitsluitend digitaal verlopen. Dit heeft tot gevolg dat een efficiëntere behandeling mogelijk is, waarbij uitslagen van onderzoek sneller beschikbaar zijn en archivering van beeldmateriaal makkelijker zal zijn.

Sensoren

Onder 'sensoren' worden verstaan apparaten die fysische, chemische of biologische signalen waarnemen en deze kunnen meten en vastleggen. Sensoren worden in vele industrietakken gebruikt voor bijvoorbeeld de taken: meten, sorteren, 'lezen' en het aansturen van robots. In de gezondheidszorg wordt de toepassing van sensoren onderzocht voor onder meer de bewaking van concentraties stoffen in bloed, lichaamweefsels of excrementen. Een voorbeeld vormt het onderzoek naar de toepassing van 'in vivo-sensoren' voor glucose bij patiënten met insuline-afhankelijke diabetes mellitus (type I) (. Verder zijn apparaten ontwikkeld voor geautomatiseerde bloedanalyse bij neonaten, voor het identificeren van bepaalde soorten bacteria in de omgevingslucht of in materialen en voor het 'automatisch' analyseren van excrementen van patiënten. Daarnaast zijn sensoren ontwikkeld voor het deels 'vervangen' van de netvliesfunctie van het oog of de gehoorfunctie van het oor.

Op dit moment bevindt de ontwikkeling van biosensoren zich nog grotendeels in het experimentele stadium. Op termijn echter zouden de implicaties van deze technologie

aanzienlijk kunnen zijn. Bij opname in het ziekenhuis zouden patiënten sensoren geïmplanteerd kunnen krijgen, die tijdens het verblijf in het ziekenhuis alle gegevens opleveren die nu nog via het laboratorium beschikbaar komen (Wilson, 1999). Het gebruikmaken van biosensoren, zo nodig/mogelijk in combinatie met telemedicine, kan de plaats waar de zorg geleverd wordt, doen verschuiven van het ziekenhuis naar de thuissituatie of naar de polikliniek of een andere transmurale setting. De effecten van toepassing van biosensoren op de vorm en aard van de gezondheidszorg zouden naar verwachting in ongeveer 10 jaar tijd duidelijk zichtbaar kunnen zijn.

Vervangingsgeneeskunde

Vervangingsgeneeskunde is het kweken van menselijke weefsels, die kunnen worden ingezet bij ziekten en kwalen waarvoor tot nu toe voornamelijk niet-menselijk materiaal beschikbaar is of waarvoor een tekort aan donorweefsel bestaat. Vervangingsgeneeskunde is een technologiegebied waarin een aantal andere technologieën en disciplines samenkomen, waaronder biotechnologie, celbiologie, biomimetica, tissue engineering en materiaalkunde.

In de toekomst zal het waarschijnlijk mogelijk zijn om in vitro, en wellicht zelfs in vivo, lichaamseigen weefsel te kweken, bijvoorbeeld huid, bot, of kraakbeen, dat vervolgens kan worden geïmplanteerd. Toepassing van deze technieken kan de kans op complicaties verkleinen, terwijl de uitgevoerde vervangingen 'maatwerk' zijn. Zo zouden in de toekomst relatief grote ingrepen als het vervangen van complete gewrichten door prothesen, bijvoorbeeld aan knie of heup, overbodig worden, doordat de slijtageproblemen verholpen kunnen worden met het implanteren van kleine stukjes eigen bot- en/of kraakbeenweefsel.

Gentherapie

Onder gentherapie wordt verstaan het voor medische doeleinden gericht aanbrengen van veranderingen in het genetische materiaal van mensen. Het aanbrengen van dergelijke veranderingen in kiembaancellen noemt men kiembaangentherapie (kiembaancellen zijn geslachtscellen en hun directe voorlopers in de geslachtsorganen). Wanneer het gaat om veranderingen in lichaamscellen, spreekt men van somatische gentherapie.

Gentherapie is de toepassing van de methode van 'gentransfer' met als doel ziekten bij de mens te genezen. Het gaat om het veranderen van het genetisch materiaal door nieuwe genen in te bouwen of bestaande genen uit te schakelen. Aanvankelijk was de ontwikkeling van gentherapie gericht op zogenoemde monogenetische erfelijke ziekten (ziekten die het gevolg zijn van een afwijking op één gen), zoals cystische fibrose, ziekte van Huntington, of hemofilie. Inmiddels is het toepassingsgebied verbreed tot onder meer het herkennen van cellen ten behoeve van diagnostiek en onderzoek, het veranderen van genetisch materiaal bij tumorcellen of genetische modificatie van cellen voor de preventie van ziekten.

Er zijn twee mogelijke uitvoeringsmodaliteiten voor gentherapie: in vivo gentherapie, waarbij de gemodificeerde genen direct in lichaamscellen worden in gebracht en ex vivo gentherapie, waarbij lichaamscellen in het laboratorium genetisch worden gemodificeerd en daarna gereïmplant. De overdracht van het genetisch materiaal in lichaamscellen geschiedt in veel gevallen door middel van een vector. Meestal worden hiervoor virussen gebruikt vanwege hun afhankelijkheid van reproductie in de gastheercel. Door het genetisch materiaal van het virus te wijzigen en er het genetisch materiaal aan toe te voegen dat men wil overdragen, kan het virus dienen als vector. Andere gebruikte vectoren zijn liposomen (vetbolletjes) en eiwitten. Het genetisch materiaal kan ook zonder vector geïnjecteerd worden in cellen, vooral in spier en leverweefsel.

De genetische veranderingen in somatische cellen (somatische gentherapie) zijn niet op het nageslacht overdraagbaar. Dit geldt wel voor de kiembaangentherapie.

Gevolgen

Veel van deze technologieën bevinden zich nog in een experimenteel ontwikkelingsstadium. Verwacht mag worden dat de verdere ontwikkeling en implementatie van deze technologieën van grote invloed zal zijn op de vraag naar en het aanbod van medisch-specialistische zorg. Daarnaast zijn gevolgen te verwachten op terreinen als opleidingen (nieuwe vaardigheden) en beroepsuitoefening (nieuwe beroepen).

Een aanzienlijk aantal technologieën zal waarschijnlijk leiden tot een toename van de vraag naar zorg. Dit is deels een

gevolg van het beschikbaar komen van nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden, deels hangt het samen met een betere toegankelijkheid van bestaande onderzoeks- en behandelmethoden. De toenemende vraag zal leiden tot een groter gebruik van voorzieningen, zowel intramuraal als transmuraal en in de thuissituatie.

Het zal mogelijk worden om patiënten op afstand te behandelen, patiënten eerder uit het ziekenhuis te ontslaan, patiënten beter thuis te behandelen en diagnostiek en interventie in een meer vroegtijdig stadium toe te passen. Technologie die vroeger alleen in het ziekenhuis beschikbaar was, is in de toekomst leverbaar in de vorm van zelfstandige faciliteiten (bijv. cardiogrammen; echografieën). Patiënten die vroeger in het ziekenhuis behandeld werden, kunnen nu onder andere door betere medicijnen buiten het ziekenhuis behandeld worden.

Het gebruik van ICT kan resulteren in een verbetering van communicatiemogelijkheden, betere ondersteuning van het medisch handelen en het verbeteren van de continuïteit van zorg.

6.3 Farmaceutische ontwikkelingen

Op het gebied van de geneesmiddelenontwikkeling speelt vooral de exponentiële kennistoename binnen de genetica een grote rol. In de toekomst zal de farmacogenetica leiden tot individualisering van therapie en beheersing van bijwerkingen. Er zullen verder nieuwe geneesmiddelen ontstaan, gebaseerd op peptiden en eiwitten. De toediening van geneesmiddelen zal veranderen (bijvoorbeeld eiwitten oraal toedienen).

De verwachting is dat in de komende vijftientig jaar een belangrijke verschuiving optreedt van middelen die symptomen bestrijden, via profylactische therapie naar middelen die genezen. Veranderingen, die ook veel discussie zullen oproepen. Bijvoorbeeld bij het beschikbaar komen van diagnostica op het gebied van genetisch bepaalde aandoeningen zal de vraag gesteld worden bij wie en wanneer testen zinvol is.

6.4 Europa en mededinging

De Nederlandse gezondheidszorg komt in toenemende mate onder invloed van Europees beleid. Dat beleid is onder meer gericht op gezondheidspreventie en –bescherming, onderzoek en onderwijs, convergentie van sociale zekerheidsstelsels en bevordering van de interne markt.

Zie Dossier deel 6, Europa en mededinging

Literatuur

Bakker, D., et al. Jaarrapport LINH 1998: Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: Nivel, 1999.

Bennema-Broos, M., E.M. Sluijs en C. Wagner. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.

Bos, G.A.M. van den, et al. (red.) Chronisch zieken en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek bevolking, maart 2000. Voorburg/Heerlen: CBS, 2000.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1999. Voorburg/Heerlen: CBS, diverse jaren.

Commissie Keuzen in de zorg. Rapport Kiezen en delen. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1991.

Friele, R.D. en M. Andela. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. Medisch Contact, 52, 1997, no. 41, p. 1275-1277.

Lindert, H. van, D. Delnoij en P. Groenewegen. Specialisten in het lijnmanagement. Zorgvisie, 1999, no. 7, p. 14-16.

Maljers, J. Het nieuwe Deventer Ziekenhuis: vraaggestuurd in zorg, bouw en organisatie. Deventer: Deventer Ziekenhuis, 1999.

Medisch Specialisten Registratie Commissie. Rapport opleidingen en assistentenbestand van door de MSRC erkende opleidingsinrichtingen per 01-01-.. Utrecht: MSRC, diverse jaren.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Sectoranalyse WAO 1999: een analyse van 65 sectoren op basis van mesogegevens. Den Haag: Ministerie van SZW, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Orde van Medisch Specialisten en NVZ vereniging van ziekenhuizen. Positionering Algemene Ziekenhuizen. Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: VWS, diverse jaren.

NIVEL/Nzi. Brancherapport curatieve somatische zorg. Utrecht: NIVEL, diverse jaren.

NIVEL/Prismant/OSA. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000. Bijlagen. Tilburg: OSA, diverse jaren.

Nzi. Instellingen van intramurale gezondheidszorg: basisgegevens per 1-1-19.. Utrecht: Nzi, diverse jaren.

Prismant. Instellingen van intramurale gezondheidszorg: basisgegevens per 1-1-2000. Utrecht: Prismant, 2000a.

Prismant. Rapportages over het Wachtlijstfonds. Utrecht: Prismant, diverse jaren.

Prismant. Wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen: resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachtlijsten per 1 maart 2000. Utrecht: Prismant, 2000b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Patiënt en Internet. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Achtergrondstudies bij het advies Zorgarbeid in de toekomst. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1999.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Bilthoven: RIVM, 1997.

Schipholt, I.L. 'Er moet nu snel iets gebeuren': het Capaciteitsorgaan luidt de noodklok. Medisch Contact, 55, 2000, no. 40, p. 1388-1390.

SIG Zorginformatie (website). <http://www.sig.nl>

Sociaal en Cultureel Planbureau. Tussen bed en budget: Sociale en Culturele studies. Rijswijk: SCP, 1998.
Tweede Kamer der Staten Generaal. Rapportage wachttijden. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 26801-45.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Voorjaarsbrief Zorg 2000. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 27113-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorgnota 2000. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 maart 2000. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 26801-37.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorgnota 2001. Lijst van vragen en antwoorden. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27401-4.

Verzekeraars praten mee over benodigd aantal artsen. ZetN, 2000, no. 3, p. 43-45.

Deel 2

Herschikking van taken tussen medisch-specialisten en anderen en de consequenties die dit heeft voor opleidingen

1 Medici: specialisatie en generalisatie

In deze paragraaf ligt het accent op het verschijnsel 'specialisaties' voor medische beroepen als uiting van professionalisering. Hiervoor is een aantal redenen aan te voeren die in het navolgende worden verduidelijkt. Het gaat om de relatie tussen de specialisaties en het basisberoep en tussen de specialisaties onderling. In dat kader is ook de studieduur van belang. Verder zijn het carrièreperspectief van specialisten en de invloed van 'gender' op de toegang tot specialisaties en tot wetenschappelijk onderzoek belangrijke aandachtspunten.

1.1 De specialisaties nader bezien

De initiële studie geneeskunde leidt op tot het diploma van basisarts. Beroepsuitoefening als basisarts is maar in beperkte mate mogelijk, namelijk in ziekenhuizen als 'assistent niet in opleiding' (agnio). Voor veruit de meeste medische beroepen is een vervolgopleiding noodzakelijk. Het artsenberoep kent dan ook een veelheid aan specialisaties. De officieel erkende¹ specialisaties kunnen als volgt worden ingedeeld:

- medisch-generalisten in casu de huisarts en verpleeghuisarts;
- medisch-specialisten (29 verschillende richtingen, waaronder zogenoemde poortspecialismen als inwendige geneeskunde, heelkunde en anesthesiologie en niet-poortspecialismen als pathologie, medische microbiologie en klinische chemie);
- sociaal-geneeskundigen (zeven richtingen).

Deze specialisaties hebben een eigenstandig karakter, hetgeen in de meeste gevallen tot uiting komt in het bestaan van specifieke wetenschappelijke verenigingen en eigen

opleidingstrajecten. Ook in het kader van bevordering van de kwaliteit van medisch handelen spelen de specialisaties en de wetenschappelijke verenigingen een rol onder meer bij het organiseren van specifieke bij- en nascholingstrajecten en auditactiviteiten. Wat dit laatste betreft, is binnen de specialistische verenigingen het instrument van visitatie tot ontwikkeling en uitvoering gebracht.

Binnen de specialismen bestaan soms subspecialisaties, die als zodanig niet officieel erkend zijn. Zij hebben het karakter van een verdere verdieping binnen het specialisme. Te denken is bijvoorbeeld aan nefrologie als subspecialisatie van inwendige geneeskunde of aan vaatchirurgie of oncologische chirurgie als subspecialisaties van algemene heelkunde.

1.2 Relatie tussen basisarts en specialisatie en tussen specialismen

In feite is de huidige opleiding tot basisarts een voorstadium voor specialisatie. Het basisartsdiploma kan in die zin niet als een eindpunt worden beschouwd. Specialisaties zijn daarmee een nagenoeg onlosmakelijk onderdeel van de medische opleiding.

Een nadeel van de huidige structuur met een veelheid aan specialisaties is dat deze opleidingen voorbereiden op zeer specifieke, van elkaar te onderscheiden richtingen voor medisch-specialistisch handelen. De specialisaties zijn de definitieve eindpunten van de medische scholing. Het zijn daardoor 'fuike opleidingen', wat inhoudt dat, op basis van de opleiding alleen, geen sprake is van een carrièreperspectief. 'Switchen' tussen specialisaties is niet mogelijk.

1.3 Duur en structuur opleiding in discussie

Recent doet zich de discussie voor of het systeem van basisartsopleiding en bijbehorend rijk geschakeerd palet aan specialisaties niet toe zou zijn aan herziening (Crommentuyn en Wildevuur, 1998; Otten en Wildevuur, 1998 en Lange, 2000). Een belangrijk aandachtspunt daarbij vormt de duur van de totale opleiding. Deze is relatief zeer lang. Met inbegrip van de initiële opleiding van zes jaar en veelal een wachttijd tot de vervolgstudie, neemt de opleiding tot klinisch medisch-specialist tenminste twaalf jaar in beslag en vaak nog

aanzienlijk langer. De beginnende medisch-specialist is daarmee tenminste 32 jaar of ouder.

Tegenover deze lange studieduur staat de werkelijkheid van vandaag, waarin beroepsbeoefenaren - en medisch-specialisten maken hierop geen uitzondering - meer en meer belangstelling krijgen voor parttime werk en men wellicht ook eerder met het werk zal willen stoppen. Mede in het licht van deze algemene maatschappelijke voorkeuren gaan er stemmen op om te komen tot een aanzienlijke bekorting van de opleidingstermijn voor de medische opleidingen en met name voor de medisch-specialisten. De indruk bestaat dat de huidige 'jonge klaren' (medisch-specialisten die net hun opleiding afgerond hebben) te oud zijn en ook te knap en mede daardoor te duur.

De discussie spitst zich de laatste jaren toe op een aantal opties, die allen aanpassing inhouden van de structuur en duur van de initiële opleiding en/of de vervolgoopleidingen. Eén van deze opties, vertolkt door Molenaar (1998) houdt in dat de basisopleiding wordt opgesplitst in een kort gemeenschappelijk deel van drie jaar, gevolgd door een keuze voor een tweejarige differentiatie in drie verschillende richtingen waarmee een academische graad van 'master' kan worden behaald.

De differentiaties zijn: zorg, moleculaire geneeskunde en gezondheidsleer en epidemiologie. Na deze differentiatie kan men zich verder specialiseren. De differentiatie 'zorg' geeft dan toegang tot de specialisatie huisarts, of verpleeghuisarts. Deze artsen zijn primair verantwoordelijk voor de zorg in instellingen en aan huis. De differentiatie 'moleculaire geneeskunde' geeft toegang tot de klinisch-medische specialisaties. De differentiatie 'gezondheidsleer en epidemiologie' geeft toegang tot de sociaal-geneeskundige disciplines, bijvoorbeeld jeugdarts.

Een andere optie is de onder andere in Groningen geëffectueerde opleiding tot ziekenhuisarts (Jaspers, et al., 1999). Deze opleiding werd gecreëerd om te kunnen inspelen op de veranderende positie en organisatie van het artseneroep, de dreigende tekorten aan medisch-specialisten en de veranderende samenstelling en wensen van de beroepsgroep, met name meer vrouwen in het beroep, en een toenemende behoefte aan emancipatie tot uiting komend in veranderende opvattingen over werk en carrière. Een ziekenhuisarts wordt opgeleid om, zonder erkend specialist te zijn, werkzaam te zijn in een bepaald omschreven domein van patiëntenzorg, dat specialismenoverstijgend is. Het is een

breed inzetbare arts die primair zelfstandig binnen het domein kan werken. Ziekenhuisartsen zorgen voor hulp op maat. De ziekenhuisarts is niet te beschouwen als een nieuw specialisme (zoals de beroepen huisarts of verpleeghuisarts), maar als een nieuwe functie.

De functie van ziekenhuisarts is zowel van voordeel voor het ziekenhuis, aangezien soepel kan worden ingespeeld op de arbeidsmarktsituatie, als voor de medisch-specialisten en voor de ziekenhuisartsen zelf. De medisch-specialisten komen door inzet van ziekenhuisartsen meer aan hun eigenlijke specialistenwerk toe. Voor de ziekenhuisartsen betekent de functie een nieuw loopbaanperspectief en de mogelijkheid om makkelijk in deeltijd te werken. Momenteel onderscheidt het academisch ziekenhuis Groningen drie profielen voor de functie van ziekenhuisarts: interdisciplinaire patiëntenzorg voor specifieke patiëntengroepen; sociale (verzekerings)geneeskunde; emergency medicine.

Bleker en Blijham (1999) introduceren voor medisch-specialistische zorg het onderscheid in een 'grote en kleine menukaart'. Zij zijn van oordeel dat de klinische gezondheidszorg in de nabije toekomst vrijwel uitsluitend beoefend zal worden door grote maatschappen van medisch-specialisten en wel in drie soorten ziekenhuizen: academische ziekenhuizen, niet-academische ziekenhuizen met opleidingsfaciliteiten en overige ziekenhuizen. In deze visie zullen de grote maatschappen overdag, zonodig in samenwerking met andere ziekenhuizen, een zogenoemde 'grote menukaart' serveren: een behoorlijk breed gedeelte van het specialisme in voldoende kwaliteit. De maten gaan daarbij over tot subspecialistische taakverdeling. Buiten de kantooruren wordt een zogenoemde 'kleine menukaart' geserveerd: alleen acute problematiek.

Dit onderscheid tussen een grote en kleine menukaart biedt volgens Bleker en Blijham de mogelijkheid om de eindtermen voor de specialistische opleidingen drastisch te herzien. Zij denken aan een standaard- of rompopleiding tot medisch-specialist met slechts de kleine kaart als eindterm. Daarmee zou de nieuwe specialist een soort generalist zijn van het specialisme. Hij/zij kan de normale problematiek van het specialisme, inclusief de acute zaken, in casu de eerder genoemde kleine kaart, zelfstandig behandelen. Later kunnen deze standaard-specialisten zich een subspecialisatie eigen maken. De auteurs menen dat het in deze nieuwe opzet

mogelijk is internisten, chirurgen en gynaecologen in vier jaar op te leiden. De nieuwe opleiding tot 'standaardspecialist' moet onder toezicht blijven van de Specialisten Registratie Commissie.

De voorgestelde differentiatie per specialisme biedt naar het oordeel van Bleker en Blijham tevens mogelijkheden meer adequaat op de actuele arbeidsmarktsituatie in te spelen. Het tijdstip waarop specialisten hun subspecialisatie verwerven, kan in die zin afhankelijk worden gemaakt van de marktsituatie. Bij een tekort aan specialisten zullen de nieuwe standaardspecialisten direct doorstromen naar de maatschappen en zich pas later verder specialiseren. Bij een overschotsituatie hebben de nieuwe specialisten sneller de gelegenheid zich verder te specialiseren.

Naast bedoelde bekorting van de specialistische opleiding stellen Bleker en Blijham voor ook de opleiding tot basisarts te herzien en zo mogelijk te bekorten. Ervan uitgaande dat na de opleiding tot basisarts altijd een vervolgopleiding gevolgd zal worden, moeten doublures zoveel mogelijk worden vermeden. De initiële opleiding moet worden vormgegeven in samenhang met de te volgen vervolgstudie.

Ook voor de huisartsopleiding en de sociaal-geneeskundige specialisaties bestaan ideeën voor herziening. Bij alle opties voor wijziging van de duur en structuur van medische opleidingen moet aandacht zijn voor het ontwikkelen van een opleidingscontinuüm. Dit houdt in dat basisopleiding en vervolgopleidingen één geheel vormen, waarbij eindtermen zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd en doublures worden vermeden.

Van Tilburg (2000) mengt zich in de discussie vanuit de psychiatrie. Hij onderstreept het belang van generalisatie, vanwege de toename van comorbiditeit en dientengevolge specialisme overstijgende problematiek. Er is sprake van een toegenomen zorgvraag van chronisch zieken en ouderen. Professionals zullen moeten beschikken over toereikende algemene kennis en vaardigheden om een op comorbiditeit toegesneden individueel behandelbeleid vorm te geven. Ook Van Tilburg signaleert dat tendensen naar verdere (sub)specialisatie en daartegenover juist de behoefte aan generalisatie aan elkaar tegengesteld lijken. Zijns inziens kan deze tegenstelling overbrugd worden door de opleiding tot specialist zodanig vorm te geven dat een keuzemoment wordt

ingebouwd. Dit keuzemoment ligt op het kruispunt tussen verbreding en verdieping. Hij opteert waar het de psychiatrie betreft voor een basisopleiding tot psychiater van drie jaar, waarna twee keuzes kunnen worden gemaakt. De eerste keuze behelst dat men op dit niveau blijft staan en gaat werken als breed inzetbaar ggz-arts. De tweede keus is een keuze ten aanzien waarvan op beleidsniveau eerst besloten moet worden welk model Nederland wil volgen: het Engelse of het Amerikaanse. Het Engelse model geeft veel nadruk aan subspecialisatie, door een aantal specialistische deelopleidingen te erkennen met een landelijk geldig (deel)certificaat. Men houdt de basisopleiding op drie jaar en biedt daarna een tweejarige opleiding tot (sub)specialist waarin veel aandacht bestaat voor beleidspsychiatrie en consultatie. Iemand die dit traject gevolgd heeft zou zich psychiater mogen noemen. In het Amerikaanse model daarentegen gaat de basisopleiding zelf vier jaar duren en komt daar nog slechts een enkel jaar specialisatie in de meer generalistische taken bovenop. Men legt hier dus meer de nadruk op de primary care taken van de psychiater. Nederland zal moeten beslissen welke poot in het ggz-beleid zij het meest/het eerst wil versterken: de tendens naar vermaatschappelijking van chronische problematiek en versterking van de eerste lijn, of de tendens naar versterking van het acute behandelbeleid, met kortdurende opnames op PAAZ of dagcentrum.

Uit de gepresenteerde opties blijkt dat er vele modaliteiten zijn. Een aantal vragen doet zich daarbij voor, zoals: moet in de basisopleiding sprake zijn van een differentiatie naar vervolgrichting, en zo ja, op welk tijdstip moet deze differentiatie plaatsvinden? Verder is het de vraag of het huidige rijkgeschakeerde palet aan vervolgopleidingen niet geclusterd zou kunnen worden in een beperkt aantal 'hoofdstromen', al dan niet gecombineerd met een verdere opsplitsing van de specialisatie naar niveau: 'basisspecialist' en 'superspecialist'.

Bij deze voorstellen moet bedacht worden dat het aanbrengen van veranderingen in de opleidingsduur van basisartsen en medisch-specialisten gebonden is aan de mogelijkheden en beperkingen die het gevolg zijn van relevante Europese richtlijnen.

Toelichting bij het overzicht

De discussie over agnio en ziekenhuisarts betreft onder meer de vraag of het verstandig is voor deze functies door te blijven gaan op de weg van huisopleidingen, dan wel over te gaan tot het instellen van een beperkt aantal landelijk erkende certificaten.

NB1: Het fenomeen agnio bestaat nu ongeveer 15 jaar in Nederland. Volgens het Housestaff rapport werken er in opleidingsziekenhuizen ongeveer 3000 agio's en 1000 agnio's; in niet-opleidingsziekenhuizen ongeveer 1000 agnio's. Meer dan de helft van de pas afgestudeerde artsen is gedurende enige tijd eerst agnio. Het totaal aantal werkzame agnio's in de Nederlandse algemene en psychiatrische ziekenhuizen ligt in 2000 op 2.075. Volgens Weersink (1995) zou 71% van deze agnio's medisch-specialist willen worden, maar zou minstens een kwart van de totale groep (vooral de mensen die in deeltijd werken en/of de leeftijd boven de 35 jaar bereiken, die al lang agnio zijn en lijken te berusten in hun situatie) serieus willen overwegen agnio te blijven, mits betere arbeidsvoorwaarden-omstandigheden aan het agnioschap worden gekoppeld. Een agnio is een veredelde basisarts.

NB2: Al sinds de jaren '70 zijn er pogingen gedaan tot het creëren van een niveau tussen de basisarts en de specialist. In 1989 kwam het ministerie van WVC met een voorstel tot een algemene klinische vormingsperiode van 1 à 2 jaar, waarna men als ziekenhuisarts werkzaam kon zijn, zonder persé verder opgeleid te worden als specialist. Op dit voorstel sluiten thans ontstane huisopleidingen tot ziekenhuisarts aan (AZ Groningen, 3 jaar). Het exacte profiel van de ziekenhuisarts kan per ziekenhuis verschillen. Het is dus meer een functie dan een beroep. Maar het is een functie die dicht bij de functie van de medisch-specialist aanligt dan de functie van agnio.

NB3: In 1995 was 55% van de mensen die het artsenexamen aflegde vrouw. In 2010 zal circa 30% van de werkzame specialisten van het vrouwelijk geslacht zijn. Vrouwelijke artsen kiezen er vaker voor in loondienst te werken, willen bij voorkeur in deeltijd werken en laten zich in hun keuze voor een specialisme meer leiden door gunstige arbeidstijden dan mannen. Anno 2000 werkt 26% van de artsen in deeltijd. Bij een aantal specialismen wil bijna tweederde van hen in deeltijd werken, ook de mannen. Dit betekent dat het in de nabije toekomst gewoner zal zijn vrouwen in de functie van specialist tegen te komen.

2 Verpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen

In een artikel in Medisch Contact relateert Blijham (Ankoné, 2000) de veranderingen in de curricula van medisch-specialisten. "Zelfs als het zou lukken een nieuw en verantwoord curriculum op te stellen, zal het nog tien jaar duren voordat specialisten nieuwe stijl de praktijk kunnen ingaan." Hij acht het dan ook minstens even belangrijk, te onderzoeken welke werkzaamheden onder andere verpleegkundigen van medisch-specialisten kunnen overnemen, langs de weg van functiedifferentiatie en taakherschikking.

Blijham staat daarin niet alleen. In Nederland zijn diverse initiatieven genomen met zg. "taakherschikking" sedert Minister Borst in 1997 de discussie hierover een nieuwe impuls gaf, met haar constatering dat verpleegkundigen een aantal kleine chirurgische handgrepen van artsen zouden kunnen overnemen. (Het zg. 'Vaasje van Borst'.) Binnen welke context doen deze taakherschikkingen zich voor?

Een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het LCV&V na de uitspraak van Minister Borst over de wenselijkheid van taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen (LCV&V, 1999), leverde de bevinding op dat er meerdere categorieën werkzaamheden zijn, waaruit verpleegkundigen taken van artsen overnemen:

1. Voorbehouden, overdraagbare werkzaamheden in de Wet BIG;
2. Niet-overdraagbare werkzaamheden in andere wetten (WOG, WGBO, BOPZ);
3. Niet voorbehouden werkzaamheden op het terrein van de geneeskunde;
4. Niet voorbehouden werkzaamheden op een ander terrein dan de geneeskunde maar historisch behorend tot het takenpakket van artsen.

Er is dus al geruime tijd sprake van taakherschikking. De beleidsvraag luidt nog slechts, hoe de discrepantie tussen de praktijk en de vigerende regelgeving kan worden overwonnen. Welke reeds vertrouwde en nieuwe werkzaamheden van verpleegkundigen dienen te worden onderkend als "behorend tot het verpleegkundig domein"? En welke (vervolg)opleidingen dienen daarvoor te worden ontwikkeld en erkend? Kan men daarvoor volstaan met gerichte bij- en nascholing aan verpleegkundigen, moet er een aantal landelijk

erkende vervolgoopleidingen komen met een erkend certificaat, of is haast geboden met de opleiding op het niveau van de verpleegkundig specialist? In de praktijk zien wij van al deze drie varianten voorbeelden.

2.1 Voorbeelden uit de praktijk: nurse practitioners

De opleiding tot Advanced Nursing Practice (ANP) is oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika, in reactie op tekorten binnen het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. In Nederland is de opleiding gestart in Groningen in 1997. De eerste abturiënten met een titel op het niveau 'master' stroomden uit in januari 2000. Velen van hen ambiëren een functie als 'nurse practitioner'.

Voorbeeld 1: de nurse practitioner in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG)

Het motief van het AZG om te gaan werken aan taakherschikking was de vraag van de patiënt naar continuïteit en kwaliteit van zorg. De definitie binnen het AZG van een *nurse practitioner* is: "Een specialistisch verpleegkundige met een opleiding in Advanced Nursing Practice, verantwoordelijk voor de directe zorgverlening aan een geselecteerde groep patiënten met als aandachtsgebied het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden, met als invalshoek de dreigende gevolgen van de ziekte en de ziekte zelf, integratie van medische en verpleegkundige kennis en verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorgverlening, in de breedste zin van het woord." Volgens Groningen maakt de nurse practitioner de kwaliteitsverbetering meer dan waar, vooral door meer en andere begeleiding te bieden aan de patiënt.

	<i>Opleiding</i>	<i>Takenpakket</i>	<i>Voorheen medische taken</i>
<i>Nurse practitioner (in 1997 begonnen op drie afdelingen, inmiddels zo'n succes dat men er op elf afdelingen mee werkt)</i>	HBO-opleiding, 5 jaar werkervaring, post-HBO-opleiding Advanced Nursing Practice.	Leveren van een groot deel directe patiëntenzorg, daarbij integreren van care-en curetaken plus coördinerende taken, draaien van een goed lopend spreekuur met als doelstelling verkorting van wachttijden, zich verantwoordelijk weten voor het soepel draaien van de afdeling, intensieve begeleiding van de patiënt daarbij uitgaande van de vraag van de patiënt zelf.	Voorlichting geven aan de patiënt die voorheen door de arts werd gegeven, het draaien van een spreekuur, intensieve nieuwe vormen van begeleiding van de patiënt (die de arts vroeger wel had willen bieden, maar waar hij door tijdsdruk niet toe kwam).

Bron: Roodbol, P en Van de Bunt, 2000

Voorbeeld 2: de nurse practitioner in het Medisch Centrum Alkmaar

Het motief van Medisch Centrum Alkmaar was, om op bepaalde aspecten van de kwaliteit van zorg, zoals patiënteninformatie en voorlichting, een substantiële verbetering aan te brengen. "Het specifieke van de nurse practitioner ligt in het zelfstandig nemen van diagnostische en therapeutische besluiten in complexe zorgsituaties, gebaseerd op wetenschappelijke kennis." De betere postoperatieve- en postontslagbegeleiding door de nurse practitioner heeft geleid tot een 30% lagere opnameduur op de cardiologieafdeling, tot grotere satisfactie bij de patiënt en tot een reductie van het aantal heropnames.

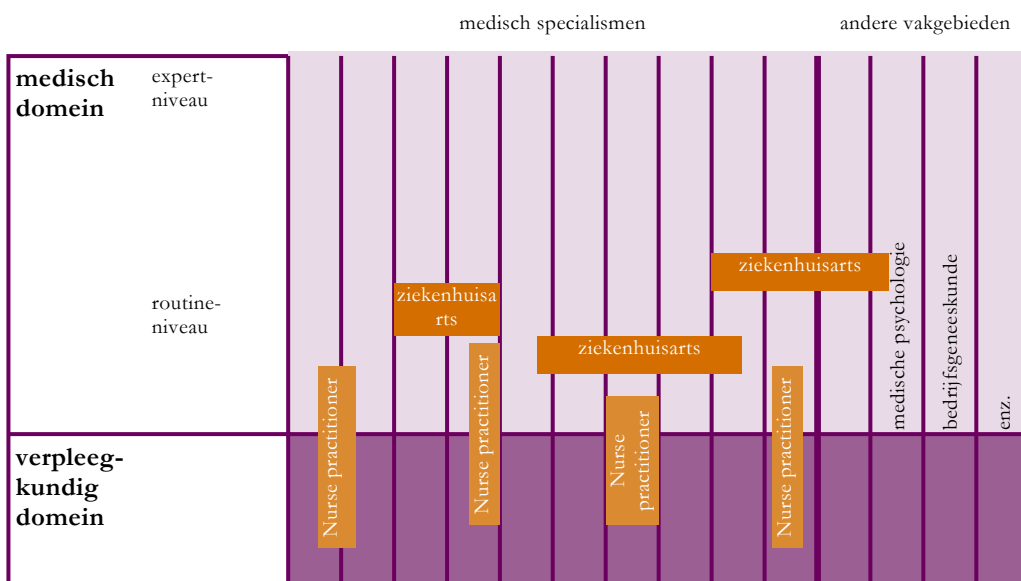
	<i>Opleiding</i>	<i>Takenpakket</i>	<i>Voorheen medische taken</i>
<i>Nurse practitioner (In februari 1999 begonnen op afdeling cardiologie ten behoeve van patiënten die worden verwezen voor een coronaire bypassoperatie wegens symptomatisch coronair lijden. Voor de toekomst streeft men ernaar alle stabiele patiënten naar de nurse practitioner af te stoten. Arts-assistenten kunnen dan de niet-stabiele patiënten voor hun rekening nemen.)</i>	HBO-opleiding, 5 jaar werkervaring, post-HBO-opleiding Advanced Nursing Practice in samenwerking met Groningen.	Geprotocolleerd preoperatief zorgprogramma: zelfstandig visite lopen, medisch beleid bijstellen, andere disciplines consulteren, informatieve gesprekken voeren met patiënt en partner, contact houden met hartchirurgisch centrum, patiënt daarnaar overdragen. Na operatie: heropnemen patiënt, lichamenlijk onderzoek doen, aanvragen en beoordelen van onderzoeken, regelen fysiotherapie en nazorg, voeren van ontslaggesprek met patiënt en partner, ontslagpapieren regelen en communiceren met eerste lijn. Na ontslag: uitvoeren van eerste poliklinische controle. Coördinatie van zorg tussen	Medische behandeling en begeleiding van stabiele patiënten volgens protocol. Concrete taken die voorheen door arts werden uitgevoerd: - wondcontrole 4 weken na operatie; - spreekuur 4 weken na ontslag.

Bron: Broers, et al., 2000.

2.2 Nurse practitioner en ziekenhuisarts ten opzichte van elkaar

In het volgende schema worden de nurse practitioner en de ziekenhuisarts ten opzichte van elkaar gepositioneerd.

Figuur 2.1 Functiedifferentiatie in de medische organisatie



Bron: Opleidingen AZG (1999)

2.3 Opvattingen over de nurse practitioner

De meningen over de functie van een 'nurse practitioner' zijn verdeeld: aan het ene uiteinde van het spectrum staan mensen (onder wie minister Borst) die menen dat het imago van het verpleegkundig beroep aan aantrekkelijkheid wint, wanneer bepaalde verpleegkundigen na een gerichte korte opleiding bepaalde medische taken mogen overnemen die voorheen door medisch-specialisten verricht werden. Zij waarderen het positief dat er een functieniveau voor verpleegkundigen

bijkomt en verwachten bovendien dat voor de overname van verantwoordelijke medische taken meer inkomen geboden zal worden. Als geheel zou de verpleegkundige beroepsgroep er dan ook op vooruitgaan door de ontwikkeling naar 'nurse practitioners' te onderschrijven.

Roodbol en Van de Bunt (2000) lijken iets voorzichtiger, omdat zij niet zozeer een functietraining ambiëren voor de verpleegkundigen in kwestie, als wel een gedegen opleiding in Advanced Nursing Practice, waarmee men naar hun mening in aanmerking zou moeten kunnen komen voor het beroep verpleegkundig specialist.

Grijpdonck (2000) is nóg weer iets voorzichtiger over de nieuwe ontwikkelingen, omdat zij die wil beoordelen op hun merites voor de kwaliteit van patiëntenzorg. Een nurse practitioner omschrijft zij als "...iemand die integrale zorg verleent, inclusief taken die meestal door medici uitgevoerd worden en die tot de uitoefening van de geneeskunde gerekend worden."

Grijpdonck is van mening dat men het verpleegkundig beroep als zodanig niet per definitie ontwikkelt door toevoeging van taken die behoren tot het domein van een andere professional. Wat haar betreft, ligt het er maar aan of men de verpleegkundige in haar rol als nurse practitioner toestaat iets aan die taak toe te voegen, bijvoorbeeld het allround overzicht houden, of een belangrijker aandeel in het bieden van voorlichting en educatie. Alleen dan immers verkrijgt de overname van medische taken door verpleegkundigen ook voor de patiënt een meerwaarde. Grijpdonck redeneert dus vanuit het streven, bij een herschikking van taken de kwaliteit van zorg te kunnen behouden dan wel verhogen, terwijl de taakstelling van de verpleegkundige verrijkt wordt.

Vlaskamp (jurist bij het LCVV) tenslotte, beoordeelt de functie 'nurse practitioner' op haar bijdrage aan het totstandkomen van een samenhangend stelsel aan vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen in bredere zin. Zij acht dit samenhangend stelsel belangrijker dan het pragmatisch oplossen van noden (een tekort aan medisch-specialisten) op de korte termijn. In een artikel in TVZ van haar hand (Vlaskamp, 2000) staat: "Het LCVV kiest voor de deskundigheid en beroepscompetenties van de verpleegkundige als uitgangspunt om integrale zorg aan de patiënt te bieden, inclusief het overnemen van een aantal medische taken, maar dat niet alleen. Minister Borst noemt bijvoorbeeld het zelfstandig houden van spreekuren door

verpleegkundigen ten behoeve van mensen met chronische ziekten en werkzaamheden op het terrein van preventie. Dat gebeurt nu ook al, maar nog onvoldoende. Het is 'mooi meegenomen' als daarmee het tekort aan medici een halt wordt toegeeroepen. Eén en ander laat onverlet dat de ontwikkeling van nieuwe functies toe te juichen en ook onomkeerbaar is. Zoals gezegd, dwingt de steeds krapper wordende arbeidsmarkt ook tot een kwantitatieve en kwalitatieve aanpassing van de huidige medische en verpleegkundige beroepenstructuur. Bovendien kan zo een win-winsituatie ontstaan voor verpleegkundigen en artsen. Een passende beroepenstructuur met daarvan afgeleide functies biedt verpleegkundigen de mogelijkheid zich te blijven ontwikkelen en zich te verdiepen in hun vak, waardoor zij behouden kunnen blijven voor de zorg. Artsen kunnen meer en eerder toekomen aan hun core business: diagnose en behandeling."

2.4 Voorbeelden uit de praktijk: gespecialiseerde verpleegkundigen

Naast de nurse practitioners zijn er grote groepen belanghebbenden die streven naar meer uniformiteit, en wel ten gunste van de opleidingen voor functies die vroeger recht gaven op een extra aantekening in het Register. Tengevolge van de invoering van de Wet BIG in 1995 is namelijk een aantal traditioneel bekende 'aantekeningen in het register' komen te vervallen. Daarmee is feitelijk de wettelijke regeling van een aantal vervolgoopleidingen komen te vervallen (projectgroep V4, 1998). Ziekenhuisdirecteuren hebben deze gespecialiseerde verpleegkundigen in de praktijk echter hard nodig; verpleegkundigen zelf vinden het onredelijk wanneer men een gespecialiseerde studie niet als teken van verworven expertise meer kan inzetten of doen belonen.

Men ziet dan ook dat deze oude vervolgoopleidingen tot de 'aantekeningen' in beschermd vorm weer terug komen. Ditmaal is daarbij niet langer sprake van louter 'couleur locale' ofwel van door beroepsverenigingen erkende of verdedigde vervolgoopleidingen. De NVZ, vereniging van ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV) en de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verpleegkundige Vervolgoopleidingen (VOVV) tekenden op 15 juni 2000 een convenant Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgoopleidingen (LRVV).

Daarbij gaat het om erkenningsvoorwaarden voor acht opleidingen: intensive care-verpleegkundige, intensive care-kinderverpleegkundige, intensive care-neonatologieverpleegkundige, kinderverpleegkundige, obstetrisch- en gynaecologisch verpleegkundige, oncologieverpleegkundige, spoedeisende hulp-verpleegkundige en dialyseverpleegkundige.

Er is sprake van pogingen deze vervolgoopleidingen opnieuw aangetekend te krijgen, zij het in een apart Register, ditmaal geïnitieerd door de AVVV en het LCV&V.

2.5 Voorbeelden uit de praktijk: Vervolgkwalificaties Verpleging en Verzorging V&Vervolg

Het onderscheid tussen basisverpleegkundige, meer gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner en verpleegkundig specialist was ook aan de orde in het verkennend onderzoek Vervolgkwalificaties Verpleging en Verzorging (V4). Dit onderzoek leidde tot drie typen vervolgkwalificaties en –opleidingen, die samenhangend en transparant moeten zijn:

- Bij- en nascholing: lokale functiegerichte leertrajecten, op maat aangeboden
- Verpleegkundige en verzorgende vervolgkwalificaties (opleidingen met een landelijk erkend diploma)
- Kwalificatie verpleegkundig specialist, al dan niet conform art. 14 Wet BIG

De resultaten van dit onderzoek uit 1998 werden vertaald naar beleidsaanbevelingen, die in februari 1999 door de minister en de staatssecretaris van VWS zijn onderschreven en bekrachtigd. Op initiatief van het LCVV en gesubsidieerd door het departement van VWS is daarna het project V&Vervolg onder leiding van prof. drs. J. van Londen opgestart. De eerste fase van dit project zal pas worden afgerond, wanneer alle partijen de intentie hebben uitgesproken samen te willen werken, vastgelegd in een convenant. Immers een samenhangend vervolgopleidingsstelsel moet kunnen rekenen op brede steun van de beroepsgroepen, maar ook van de zorgaanbieders c.q. de werkgevers. Zij zijn mede op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoordelijk voor voldoende kwantitatief én kwalitatief personeel.

3 Conclusie

Taakherschikking tussen medici onderling alsmede taakherschikking tussen medici en verpleegkundigen komt in de praktijk al veel voor. Het uitgangspunt hierachter zou moeten zijn dat dit de patiëntenzorg ten goede komt: dat patiënten minder lang op specialistische handelingen hoeven te wachten, minder complexe vragen sneller aan een arts kunnen stellen, betere en meer facetten van het leven betreffende voorlichting krijgen van een nurse practitioner, enzovoort. De praktijk leert, dat niet alle traditioneel in zijn pakket zittende taken per definitie door een medisch-specialist zelf hoeven te worden uitgevoerd. In een deel van de taken blijken andere functionarissen (ziekenhuisarts, nurse practitioner) uitstekend te voldoen.

Vanwege deze ontstane nieuwe functies is het echter noodzakelijk stil te staan bij de samenhang (het 'continuüm') in het stelsel aan vervolgopleidingen voor de beroepen waaronder dergelijke nieuwe functies ressorteren.

Wat de medisch-specialisten zelf betreft: de werkdruk van medisch-specialisten heeft al geleid tot voorstellen tot het opheffen van de numerus fixus voor basisartsen. Zou het echter inderdaad zo zijn, dat men met herschikking van taken al een aanzienlijk deel van de tekorten aan medisch-specialisten kan opvangen, dan is opheffing van de numerus fixus wellicht niet de meest geëigende maatregel om die tekorten op te vangen. Men zou dan wellicht wel iets moeten doen aan een opwaardering van het basisdiploma arts en vervolgens aan Business Process Redesign. Waar het verpleegkundigen betreft: een landelijke vaststelling van de kwalificaties waartoe vervolgopleidingen voor verpleegkundigen leiden is noodzakelijk. De ontwikkeling van een nieuwe beroepen- en functiestructuur vereist helderheid en eenduidigheid over kwalificaties. Het is van belang de eindtermen en structurelementen van de opleiding Advanced Nursing Practice mee te nemen in deze landelijke vaststelling. Hetzelfde geldt voor de hierboven genoemde Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen (LRVV) van de AVVV, VOVV, VNZ en VAZ.

Wanneer men gaat discussiëren over de vervolgopleidingen, kan echter (hernieuwde) discussie over de gewenste relatie tussen basisopleiding en vervolgopleiding wellicht niet achterblijven. Zonder die discussie zou het introduceren van de opleiding tot nurse practitioner er in de praktijk toe kunnen leiden dat de kersverse nurse practitioners, op basis van

actuele tekorten aan verpleegkundigen voor bepaalde functies, de titel van verpleegkundig specialist menen te mogen opeisen. Uit het oogpunt van opleiding en een op wat langere termijn houdbaar samenhangend stelsel bekeken, zou het wellicht verstandiger zijn de specialisaties voor verpleegkundigen te laten bestaan uit de verdieping en verdere uitbouw van de bestaande differentiaties in de basisopleiding, zoals gecreëerd door de commissie Kwalificatiestructuur.

Noot

- ¹ Het onder de KNMG ressorterende Centraal College Medisch-specialisten is belast met de aanwijzing en erkenning van medische specialismen en de regeling van opleiding en registratie van medisch-specialisten. Naast het Centraal College fungeert een Medisch-specialisten Registratie Commissie die onder meer toeziet op het instellen van registers van specialisten, de registratie van specialisten en het erkennen van opleiders en opleidingsinstellingen. Voor de opleiding tot huisarts of verpleeghuisarts en voor de sociaal-geneeskundige specialisaties bestaan analoge organen, i.c. het College voor Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde en de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, respectievelijk het College voor Sociale Geneeskunde en de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie.

Literatuur

Ankoné, A., De versnippering van het medisch beroep, Medisch Contact, 55, 2000, no. 19, p. 693-696.

Bleker, O.P. en Blijham, G.H. Te oud, te knap en te duur; opleiding tot medisch-specialist kan veel korter. Medisch Contact, 1999, no. 36, p. 1202-1203.

Bleker, O.P. en Blijham, G.H. Zorgen voor morgen; een perspectief op de opleiding van medisch-specialisten. Medisch Contact, 1999, no. 11, p. 384-385.

Broers, C.J.M., et al. De nurse practitioner als specialist. Medisch Contact, 55, 2000, no. 33-34, p. 1141-1144.

Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Rijswijk; Zoetermeer: Ministerie van VWS: Ministerie van OC&W, 1996.

Crommentuyn, R. en Wildevuur, S.E. Zitwerk of loopbaan. Medisch Contact, 1998, no. 45, p. 1434-1436.

Grijpdonk, M. De Nurse Practitioner. TVZ, 5, 2000, no. 10, p. 300.

Jaspers, Fr.C.A., et al. Een nieuwe opleiding voor een nieuwe functie; Groningen leidt eerste ziekenhuisartsen op. Medisch Contact, 1999, no. 3, p. 164-167.

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging. Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige; twee onderzoeken naar praktijk, mogelijkheden en voorwaarden, Utrecht; Maarssen: LCVV en Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Lange, J.J. de. Leidt de medische opleiding nog artsen op? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2000, no. 5, p. 232-236.

Molenaar, J.C. Geneeskundige opleiding moet op de helling. Medisch Contact, 1998, no. 49, p. 1569-1571.

Otten, R. en Wildevuur, S.E. Eerder kiezen, korter studeren? Medisch Contact, 1998, no. 46, p. 1479.

Projectgroep V4. Verkenning Vervolgkwalificaties Verpleging en Verzorging. Utrecht: LCVV, 1998.

Roodbol, P. en C. van der Bunt. De Nurse practitioner voegt inderdaad iets toe. TVZ, 5, 2000, no. 14, p. 437-438.

Tilburg, W. van, Tijdschrift voor Psychiatrie, 42, 2000, no. 4, p. 225-228.

Vlaskamp, L. De toegevoegde waarde van de Nurse Practitioner. TVZ, 5, 2000, no. 18, p. 552-553.

Deel 3

Functies medisch-specialistische zorg: vier cases

1 Inleiding

Deze achtergrondstudie is verricht in het kader van de voorbereiding van het advies Medisch-specialistische zorg in de toekomst. In deze achtergrondstudie wordt specifieke aandacht besteed aan de vraag welke functies specialistische zorg heeft binnen een zorgketen. De studie richt zich op de analyse van het primaire proces tussen patiënt en hulpverleners, zowel inhoudelijk (diagnostiek, behandeling e.d.) als procesmatig (verloop zorgproces, verwijzingen, organisatie). Getracht wordt de specifieke functies die specialistische zorg vervult in de fases van het totale zorgproces aan de hand van vier veel voorkomende ziekten te benoemen. Het gaat in deze studie om darmkanker, depressie, hartfalen en mensen na een verkeerstrauma.

2 Opzet van de achtergrondstudie

Bij vier veelvuldig voorkomende ziekten is het zorgproces, zoals zich dat thans bij die ziekte meestal afspeelt, gedetailleerd in kaart gebracht. Wat vroeg de patiënt? Informatie? Advies? Behandeling? Verpleging? Wat is hem door de hulpverleners gegeven? Was dit aanbod een adequate reactie op de zorgvraag? Welke toegevoegde waarde had het specialistische aanbod? Voor de gepresenteerde informatie daaromtrent is steeds geput uit literatuur, uit gesprekken met professionals en hun beroepsverenigingen en uit notities en gesprekken met cliëntenvertegenwoordigers. De functie van specialistische medische hulpverlening binnen de zorgketen voor patiënten met darmkanker, met depressie, met hartfalen en met aandoeningen tengevolge van een verkeerstrauma is door deze informatie duidelijker geworden.

Aan elke casus wordt een hoofdstuk gewijd met de volgende opbouw:

1. Feitelijke informatie over aandoening en patiëntengroep

Prevalentie en aard van de problematiek, de omvang van de patiëntengroep nu en in de toekomst; kenmerken van de patiëntengroep: leeftijd, geslacht, sociaal-economische status e.d.

2. Actuele zorgproces bij dit type casuïstiek

Een beschrijving van het zorgproces: welke hulpverlener komt op welk moment in beeld, met welke taak, en met welke doelstelling van dit handelen? Wanneer en op welke locatie komt de specialistische zorg in beeld en met welke taak? Is het mogelijk een bepaald type zorgproces (continu intensief specialistisch, intermitterend intensief specialistisch etc.) te herkennen? Deze analyse mondt uit in het beschrijven van de functie (de toegevoegde waarde) die specialistische zorg blijkt te hebben in het geheel van het zorgproces.

3. Knelpunten binnen het actuele zorgproces

Welke knelpunten bestaan binnen het huidige zorgaanbod?

4. Herordening zorgproces vanuit patiëntenperspectief

Hoe zou het zorgproces eruit zien wanneer het perspectief van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen? Bezien wordt welke consequenties dit heeft voor de functie van specialistische zorg.

Na een presentatie van bevindingen bevat hoofdstuk 7 de slotconclusie over de actuele functies van specialistische zorg binnen de gezondheidszorg. Voorstellen tot herordening van de zorg vanuit patiëntenperspectief worden gepresenteerd.

3 Mensen met darmkanker

3.1 Feitelijke informatie

In Nederland wordt volgens de Vereniging van Integrale Kankercentra¹ in het lopende jaar (2000) 8.750 keer bij een (voorheen daarmee onbekend) persoon darmkanker geconstateerd (incidentie), terwijl in 2000 naar verwachting circa 4375 mensen aan darmkanker zullen sterven (Visser e.a., 2000). Hoeveel mensen er in totaal zijn met darmkanker op enig moment (prevalentie) is daarentegen moeilijk te

becijferen, vanwege het niet exact voorspelbare verloop van de ziekte in individuele gevallen. Mannen en vrouwen lopen een vrijwel even groot risico op darmkanker, vooral vanaf 45 jaar, terwijl vanaf de leeftijd van 60 jaar de incidentie opnieuw fors toeneemt. Darmkanker staat - van alle soorten kanker die men kan krijgen - bij mannen op de tweede plaats van de belangrijkste tumoren, bij vrouwen staat darmkanker op de derde plaats. Dit betekent, dat één op de negentien personen in Nederland darmkanker krijgt, het meest frequent in de dikke darm of in het rectum. De oorzaken van darmkanker zijn slechts deels bekend: een klein percentage is erfelijk, daarnaast zijn waarschijnlijk vooral factoren in de voeding verantwoordelijk voor het ontstaan van deze aandoening. Welke dat precies zijn, is echter onbekend. Een beschermende werking gaat uit van lichamelijke activiteit. Personen die veel bewegen hebben 40-50% minder kans op darmkanker. Na de behandeling van darmkanker (operatie met aansluitend chemotherapie) is de kans op overleving van de populatie als geheel na vijf jaar gemiddeld 50-55 %. De kosten van zorg, besteed ten gunste van mensen met darmkanker liggen jaarlijks ergens tussen de 100 en de 300 miljoen gulden. (RIVM, 1997, p. 20).

3.2 Het zorgproces bij darmkanker

Een patiënt met darmkanker heeft in aanvang last van klachten als obstipatie, darmkrampen, wisselende defaecatie, bloedarmoede en moeheid. Tengevolge van obstipatieklachten gaat de patiënt soms gedurende enige tijd zelf naar de drogist en koopt laxantia. Later – bijvoorbeeld omdat men bloed in de ontlasting vindt - wendt men zich tot de huisarts. De huisarts verwijst voor nadere diagnostiek door naar de internist. Deze internist stelt – veelal in samenwerking met radiodiagnost, hematoloog en gastro-enteroloog - de exacte diagnose en deelt de uitslag van zijn onderzoek mee aan zowel huisarts als patiënt, aan de laatste in overleg met de huisarts. De internist verwijst de patiënt in de meeste gevallen door naar de chirurg. Wanneer een operatieve behandeling zinvol en mogelijk is, wordt deze zo spoedig mogelijk uitgevoerd. Het streven is om de periode van twijfel, de diagnose tot en met de operatie niet langer dan drie weken te laten duren. Dit lukt - tengevolge van de wachttijden in ziekenhuizen - helaas niet altijd. Veelal vindt na de operatie, om het risico op terugkeer van de tumoren zoveel mogelijk tegen te gaan, een nabehandeling plaats met cytostatica.

De kern van het specialistisch handelen bij darmkanker bestaat uit diagnostiek (internist en soms gastro-enteroloog) en uit een operatie (chirurg). Na deze operatie komt de patiënt terug bij de internist, die doorgaans een nabehandeling met chemotherapie uitvoert. Voor de specialisten is het belangrijkste verschil in de populatie van mensen met darmkanker de prognose, die vooral afhankelijk is van de tijdigheid van de diagnose. Men onderscheidt bij darmkanker namelijk vier stadia (Damhuis et al, 1994):

- stadium 1, waarin 19% van de nieuwe patiënten binnenkomt.
Lokale tumor: 80% van de patiënten is met succes te behandelen;
 - stadium 2, waarin 33,5% van de nieuwe patiënten binnenkomt.
Lokale doorgroei van de tumor: 60-70% van de patiënten is met succes te behandelen;
 - stadium 3, waarin 22% van de nieuwe patiënten binnenkomt.
Uitzaaiingen naar de lymfeklieren in de buurt van de tumor: 40% van de patiënten met succes te behandelen;
 - stadium 4, waarin 17% van de nieuwe patiënten binnenkomt.
Uitzaaiingen op afstand: palliatieve operatie, om passagestoornissen in de darm weg te nemen.
- Een kleine restcategorie van 8% nieuwe patiënten komt binnen in een onbestemd stadium.

Doorgaans bestaat de behandeling van darmkanker uit een operatie, met aansluitend een chemokuur. Elk ziekenhuis in Nederland heeft voldoende capaciteit aan specialisten om de diagnostiek en een routineoperatie bij gevallen van niet-gecompliceerde darmkanker uit te voeren. Bovendien beschikt ieder ziekenhuis over een bestand aan oncologiedeskundigen die men als consulent kan oproepen. Met betrekking tot de locatie waar ten behoeve van gecompliceerde gevallen de zeer specialistische onderzoeken en/of zeer technische ingrepen (laboratoriumonderzoek, radiotherapie, gecompliceerde operatie waarbij meerdere chirurgen nodig zijn etc.) geconcentreerd moeten worden, poogt men thans op regionaal niveau afspraken te maken. Het is namelijk te duur dit op elke locatie aan te bieden. Deze maatregel is dus genomen uit een streven naar efficiency en kwaliteit van zorg. Zij heeft tot doel dat de noodzakelijke technische interventies ook daadwerkelijk op een adequaat niveau uitgevoerd kunnen worden. Duidelijk

is, dat de patiënt in geval van hoog-technologische zorg soms verder moet reizen dan voorheen. In de praktijk blijken patiënten dit geen bezwaar te vinden.

Zolang de klinische opname duurt, is de specialist degene die verantwoording draagt over dossier, informatieverstrekking, voorlichting, kortom: over alle aspecten die de patiënt regarderen. In de praktijk delegeert de specialist overigens een belangrijk deel van deze informatievoorziening aan de patiënt aan andere medewerkers. Hierbij spelen met name oncologieverpleegkundigen een grote rol; dit kunnen afdelingsverpleegkundigen zijn, maar ook speciale consultants van het Integrale Kanker Centrum in de buurt, die hun meer gespecialiseerde grotere knowhow ter beschikking stellen aan het ziekenhuis, meestal bij de zogenoemde oncologiebespreking. Elk ziekenhuis in Nederland moet beschikken over een oncologiecommissie. Daarin kunnen naar behoefte patiënten met kanker worden besproken tijdens multidisciplinaire ‘oncologiebesprekingen’, waarbij specifiek in oncologie bijgeschoolde specialisten als consultant kunnen worden uitgenodigd. Tijdens deze besprekingen kan het besluit vallen dat het actuele ziektebeeld dermate gecompliceerd is, dat dit de kennis en routine zoals aanwezig in het betreffende ziekenhuis te boven gaat. Men verwijst in dergelijke gevallen ofwel door naar een groter of een academisch ziekenhuis, ofwel naar een van de twee kankerziekenhuizen, te Amsterdam of Rotterdam.

In geval van een chemokuur is de patiënt deels thuis, deels in het ziekenhuis. In die fase is de regie verdeeld tussen ziekenhuis en huisarts. Is de patiënt behandeld of uitbehandeld, dan wordt de regie weer volledig aan de huisarts overgedragen.

Voor een *second opinion* over de meest geëigende behandeling of het toekomstperspectief kan ook de patiënt zélf zich wenden tot ofwel een andere specialist, ofwel het Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis of de Daniël den Hoed Kliniek. Daar bevinden zich bovendien Patiënten Informatie Centra, die alle vragen van patiënt of familie direct beantwoorden, ofwel deze ‘vertalen’ in de juiste termen om van de specialist een antwoord te kunnen krijgen. De medewerkers van deze centra proberen zoveel mogelijk in direct contact met de patiënt zélf te komen.

De negen regionale Integrale Kanker Centra in Nederland spelen daarentegen juist vooral een ondersteunende rol ten

dienste van de professionals in de reguliere gezondheidszorg. Zo verzorgen zij de registratie van de regionale incidentie van kanker. Ook het ontwikkelen van richtlijnen voor diagnostiek en behandeling is een instrument waarmee zij trachten de oncologische zorg te optimaliseren. Daarnaast zijn de Centra actief in de voorlichting aan patiënten en professionals en in het verbeteren van de samenwerking tussen diverse behandelaren.

Tot slot bestaan er patiëntenverenigingen op het gebied van darmkanker; deze patiëntenverenigingen spelen een rol bij de voorlichting aan patiënten. Sedert de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst van kracht is en de artsen op basis van informed consent dienen te behandelen, worden deze verenigingen actief door de artsen ingeschakeld voor het geven van patiëntenvoorlichting.

Specifieke functies van specialistische (zowel medische als verpleegkundige) zorg bij darmkanker

1. Diagnostiek en specifieke behandeling (operatie, chemokuur etc.).
2. Consultatie: een vraagbaak zijn voor andere hulpverleners, of voor specialisten in perifere ziekenhuizen.
3. Bieden van een second opinion: herformulering van onder andere een prognose en mogelijke trajecten voor vervolgbehandeling.
4. Bijdragen tot de ontwikkeling van specialistische patiëntenvoorlichting bij darmkanker.
5. Een specialistische behandeling doen begeleiden door wetenschappelijk onderzoek; effectmeting en verslaglegging hiervan.

3.3 Knelpunten binnen het zorgproces

Zoals reeds gezegd: het streven is dat de periode tussen twijfel, diagnose en operatie, slechts drie weken duurt. Dit lukt echter niet altijd. De overplaatsing van de ene lijn naar de andere leidt in de praktijk namelijk echter meer dan eens tot problemen en tot het dubbel verrichten van bepaalde handelingen. Ook de overdracht van patiënten tussen specialisten onderling wil nog wel eens problemen geven. Verder is de overdracht van informatie sterk afhankelijk van de kwaliteit van samenwerking tussen huisarts en specialist. Wie van hen als eerste verantwoordelijk is voor up to date-informatie aan alle betrokkenen (patiënt, familie en overige hulpverleners), is

afhankelijk van afspraken die per specialist kunnen verschillen. Dit kan soms een matige informatievoorziening aan de patiënt tot gevolg hebben.

Patiënten die met darmkanker worden geconfronteerd, hebben behoefte aan *heldere voorlichting*. Wat kunnen zij verwachten, tot wie kunnen zij zich wenden? Welke behandelprotocollen heeft men voor hen in petto? Ondanks de belangrijke impuls die gegeven is met het oprichten van de Integrale Kanker Centra, is de kwaliteit van voorlichting over dit soort vragen aan patiënten nog niet optimaal. Vooral het feit dat het voorlichtingsmateriaal en de behandelprotocollen niet eenduidig zijn, is voor de patiënt verwarrend. Dit veronderstelt immers dat de patiënt steeds mondig genoeg is om dóór te vragen. Maar die mondigheid mist men vaak wanneer men plotseling in de rol zit van patiënt met een potentieel dodelijke ziekte. Heldere informatie is voor patiënten daarom in het bijzonder bij de start van dit ziekteproces van onschatbare waarde. Ook kan het voor patiënten nuttig zijn, wanneer er iemand is die overzicht over alle deelbehandelingen heeft, vooral in de fases waarin de regievraag tussen de artsen ambivalent is zoals bijvoorbeeld tijdens fasen met een chemokuur, waarin de patiënt pendelt tussen huis(arts) en ziekenhuis(arts).

Een belangrijk knelpunt voor patiënten is ook de regeling inzake de hulpmiddelen. Op het punt van hulpmiddelen beschouwen patiënten - zo stellen hun organisaties - vooral andere, meer ervaren *lotgenoten* als deskundig om te beoordelen wat zij aan hulpmiddelen nodig hebben. Het is hen dan ook een doorn in het oog dat *de rol van beoordelaar* terzake gelegd is bij de zorgverzekeraar. Een tweede knelpunt voor patiënten is de *vergoeding* van hulpmiddelen, in het bijzonder rond het stoma: dit staat als 'medisch hulpmiddel' op basis van een 'krap berekend gemiddelde' financieel genormeerd.

Tot slot is een belangrijk knelpunt dat patiëntenverenigingen draaien op vrijwilligers. De inzet en de mate van professionaliteit die heden ten dage van deze mensen gevraagd wordt, is te hoog om deze situatie te laten voortduren. Zij hebben het nodig hun - vergeleken met hulpverleners - als vanzelfsprekend bestaande informatieachterstand te kunnen en mogen inlopen. Eveneens hebben deze verenigingen voldoende financiële ruimte nodig, om hun leden vrij te kunnen stellen voor werk op het vlak van professionele patiëntenvoorlichting.

3.4 Herordering vanuit patiëntenperspectief

Zou men de (specialistische) zorg voor mensen met darmkanker willen verbeteren, dan vloeien uit het voorgaande een aantal aanbevelingen voort. Allereerst is gezondheidsvoorlichting en opvoeding aangewezen: mensen vanaf 45 jaar dienen zich bewust te worden dat zij in belangrijker mate dan voorheen het risico lopen darmkanker te ontwikkelen en dat het daarom verstandig is gezond te eten, veel te bewegen en bij opvallende wijzigingen in het defaecatiepatroon de huisarts te raadplegen.

Ten tweede: voor patiënten die met de diagnose geconfronteerd worden, is het noodzakelijk dat professionals die zij raadplegen zo snel en effectief mogelijk handelen. Wachttijden zijn bij dit ziektebeeld (waaraan tot op heden 50% van de patiëntenpopulatie overlijdt!) simpelweg niet aanvaardbaar. De levenskansen van de patiënten stijgen immers naarmate men er eerder bij is met de diagnostiek. Een optimale verwijsstructuur en -cultuur alsmede snelle informatie-uitwisseling tussen huisarts en tweede lijn, tussen tweede lijn en topreferente centra etc. is dan ook een topprioriteit. Verder dienen de verenigde IKC's, huisartsen, specialisten (zowel uit reguliere, academische als topreferente centra) en oncologieverpleegkundigen gezamenlijk een procesgang te ontwerpen die haalbaar is voor alle gevallen binnen zo kort mogelijke tijd. De vraag wie van begin tot eind in deze procesgang de regie over de behandeling houdt, dient in deze procesgang (die in feite een landelijke richtlijn is) te worden meegenomen.

Ter verbetering van het tempo in de behandeling is ten tweede ook vooral voldoende ondersteunend uitvoerend personeel noodzakelijk, dat de hoog-technologische diagnostische apparatuur kan bedienen. Voorkomen moet worden dat deze maar 30% van de tijd kan worden gebruikt. Intensivering van het gebruik van deze apparatuur in de avonduren is eveneens zeer wenselijk.

Ter verbetering van een gevoel van veiligheid bij de patiënt dient vooral eenduidig voorlichtingsmateriaal te worden ontwikkeld. Daarbij behoort tevens dat de verschillen van inzicht in bestaande behandelprotocollen van de IKC's, de huisartsen en de internisten worden overbrugd. Aannemende dat sowieso nooit alle patiënten langs de weg van schriftelijk

materiaal bereikt zullen worden, moet een besluit genomen worden over de ondersteuning van de patiënt middels mondelinge voorlichting. Een oncologieverpleegkundige die open en helder uitleg biedt bij het beschikbare voorlichtingsmateriaal kan hier soelaas bieden. Alle voorlichtingsmateriaal dient ook op website te vinden te zijn.

Tot slot is voor de patiënten die met darmkanker moeten leven, en zeker voor hen die met een stoma moeten leren leven, een op individuele noden toegesneden regeling nodig voor de hulpmiddelen die zij behoeven.

4 Mensen met een depressie

4.1 Feitelijke informatie

In Nederland hebben jaarlijks 800.000 mensen last hebben van een depressie volgens DSM IV (Bijl en Ravelli, 1998). Niet al deze mensen beseffen dat de klachten waar zij last van hebben (moehheid, slecht slapen, concentratiestoornissen etc.) mogelijk uitingen zijn van een depressie. Er blijken veel gemaskeerde depressies te bestaan; bovendien ervaren veel mensen met depressieve klachten deze als somatische klachten. Deze mensen komen niet zelden terecht in de somatische gezondheidszorg. Soms komen mensen ook direct het ziekenhuis binnen na een suïcidepoging. Tot slot mogen veel mensen vanwege klachten over hun werk een tijdje thuis blijven van hun bedrijfsarts, zonder dat deze arts werkelijk de diagnose depressie heeft gesteld.

Van de mensen met een depressie (de meest frequent voorkomende psychiatrische aandoening; tevens één van de vijf meest voorkomende chronische klachten in de huisartsenpraktijk), zoekt bijna de helft hulp bij de huisarts, de andere helft niet. Vrouwen zoeken vaker hulp en consumeren meer zorg dan mannen. Qua maatschappelijke achtergrond van de patiënten is bekend dat alleenstaanden, alleenstaande ouders en werklozen die in een stad wonen, de grootste kans maken op contact met de ggz. Hoger opgeleiden zijn iets beter vertegenwoordigd dan andere groeperingen.

De patiënten met een depressie die wél reguliere hulp zoeken (ongeveer 400.000), melden zich vaak als eerste aan bij de huisarts. Niet ieder van hen wordt door de huisarts echter

vervolgens ook daadwerkelijk gediagnosticeerd als zijnde depressief. De huisarts kan bijvoorbeeld van mening zijn dat een patiënt erg somber is ten gevolge van een belangrijke 'life event' (zoals verlies van partner) en niet willen aanmoedigen dat de patiënt dit verwerkt langs de gemedicaliseerde weg van tweedelijns-ggz. Hij zou in dat geval zelf een aantal ondersteunende gesprekken kunnen aanbieden. In de actuele situatie behandelt de huisarts de meeste mensen met een depressie zelf, of verwijst binnen de eerste lijn (algemeen maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog etc.). Eén op de acht patiënten wordt naar de RIAGG verwezen (dat zouden dan 50.000 mensen zijn) en een op de 5,5 (ruim 70.000 mensen dus) naar de vrijgevestigde psycholoog, psychotherapeut of psychiater (Bijl en Ravelli, 1998). Gegevens uit de huisartsenpraktijk laten echter zien dat de huisarts bij de meeste (psychiatrische) stoornissen slechts 5% van de mensen naar de gespecialiseerde tweede lijn verwijst: de RIAGG, de vrijgevestigde praktijken van psychiaters en/of psychologen en/of psychotherapeuten (LINH, 1999). Uitgaande van 400.000 mensen die door de huisarts worden verwezen, zou het totaal dus uitkomen op circa 20.000 mensen, waarvan we dan ongeveer de helft bij het RIAGG zouden moeten vinden en de helft in de vrijgevestigde praktijk.

Hoe zien de getallen in de realiteit eruit? Het LINH (dat alleen de cijfers registreert over de casuïstieken waarbij de huisarts verwijst naar de specialist) vond over 1999 222 mensen per 100.000 ingeschrevenen bij de huisarts die op grond van een vermoeden van depressie (ICPC definitie van depressie) naar specialistische zorg werden doorverwezen. Uitgaande van een bevolking van 15 miljoen, zijn dit in totaal naar schatting 33.300 mensen. Veruit de meesten van hen (98%) worden naar de gespecialiseerde ggz verwezen; hierbij moeten wij denken aan RIAGG en aan vrijgevestigde specialisten. Ruim 60% wordt ingestuurd met als motief behandeling; 8% alleen voor diagnostiek.

Wat zegt de ggz er zelf over? In de RIAGG-populatie - inclusief jeugdigen, volwassenen, ouderen en crisisdiensten - komt circa 15% binnen onder de noemer 'depressie' (NVAGG, 1995). Aannemende dat dit percentage niet is gewijzigd sedert 1995, dan zouden er in 1999, een jaar waarin de RIAGG's 244.000 nieuwe cliënten registreerden, circa 36.000 mensen bij de RIAGG's geweest moeten zijn met een depressie. Dat cijfer ontloopt het getal van het LINH niet al te zeer. Wij weten echter dat ruim het tweevoud van het aantal

mensen bij een RIAGG zich tot vrijgevestigde specialisten wendt. In totaal komen wij nu dus op bijna 100.000 mensen met een depressie bij een specialist.

De conclusie moet luiden dat in werkelijkheid waarschijnlijk nog meer mensen met een depressie specialistische-therapeutische ggz hulp zoeken dan men op basis van bevolkingsonderzoeken zou verwachten. Het betreft in Nederland naar schatting jaarlijks minimaal circa 35.000 (nieuwe) mensen, maximaal ongeveer 120.000 mensen (nieuwe en recidivisten).

De kosten van zorg bij een depressie² liggen jaarlijks ergens tussen de 300 en 1000 miljoen gulden (RIVM, 1997). De verwachting van het RIVM is, dat de uitgaven met 0, 8% zullen moeten toenemen per jaar, omdat de kosten van depressie in de periode tot 2015 met 19% zullen toenemen. In het rapport Kosten van psychische stoornissen (1996) van IMTA en Trimbos Instituut zouden de kosten voor depressie jaarlijks op ongeveer 600 miljoen gulden uitkomen.

4.2 Het actuele zorgproces bij depressie

Ongeveer de helft van de mensen met een depressie zoekt ofwel helemaal geen behandeling, ofwel behandeling in het zogenaamde 'alternatieve' circuit aan therapeuten en genezers.

Komt men wel in de ggz terecht dan zijn na aanmelding en diagnostiek vijf mogelijkheden (Trimbos-instituut/IOGG, 2000):

1. de patiënt wordt terugverwezen en ontvangt verder *geen* specialistische ggz-hulp;
2. de patiënt wordt geïndiceerd voor *crisisinterventie*;
3. de ggz-deskundige gaat een consult verlenen aan een behandelaar buiten de specialistische ggz;
4. de hulpvrager ontvangt *probleemverheldering en advies*;
5. de patiënt wordt geïndiceerd voor een *specialistisch programma*.

Het is noodzakelijk om somatische aspecten mee te nemen. Tot op heden worden deze aspecten vaak onderschat in de reguliere ggz, zoals omgekeerd de zorg aan de psychiatrisch patiënt in het ziekenhuis wordt onderschat (Crommentuyn, 2000). Uit bevolkingsonderzoek is namelijk ook gebleken³ dat

mensen die psychiatrisch ziek zijn 1,23 keer vaker dan andere mensen ook een somatische ziekte rapporteren. En dit gebeurt bij meerdere psychiatrische aandoeningen meerdere keren opnieuw. Anders gezegd: somatische problematiek cumuleert. In de praktijk wordt de noodzaak om somatiek zwaar mee te wegen de laatste tijd gelukkig steeds meer onderkend, getuige specifieke afdelingen voor patiënten met co-morbiditeit, zoals bijvoorbeeld recentelijk in het Academisch Ziekenhuis Maastricht opgericht.

Wat houdt de behandeling van een depressie in? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de aard van de depressie. Een depressie kan een (exogene) reactie zijn op een life event (migratie, verlies van partner, acceptatie van een ziekte), het kan een reactie zijn op een situatie die men als uitzichtloos ervaart (een vluchtelingensituatie, een onmogelijk huwelijk, uitzichtloze werkloosheid), maar het kan ook een endogene depressie zijn, behorende tot ofwel een unipolair ziektebeeld of tot de bipolaire stoornis manische depressiviteit. Ten slotte kan depressie het gevolg zijn van dieper liggende persoonlijkheidsproblematiek. Afhankelijk van differentiaaldiagnostiek wordt dan ook de aard van de therapie vastgesteld. Het kan allereerst gaan om louter medicatie. Vervolgens kan het gaan om psychotherapie of om een combinatietherapie, waarin psychotherapie en medicatie worden gecombineerd. Andere therapievormen die bij depressie wel worden aangeboden, zijn lichttherapie (bij seizoengebonden depressies) en beïnvloeding van het slaappatroon. Tot slot is het bij zeer ernstige depressies, waarin vitale symptomen op de voorgrond staan en/of suïcidegevaar aanwezig is, mogelijk een patiënt op te nemen.

Patiënten die ooit depressief zijn geweest, lopen een gerede kans dit opnieuw te worden. In de ggz-praktijk poogt men dan ook deze patiënten te leren hun eigen symptomatologie te herkennen en hen ervan te doordringen dat zij de behandelrelatie met hun hulpverlener mogen reactiveren zodra zij daar behoefte aan hebben. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij dit type voorlichting en psycho-educatie.

Specifieke functies van specialistische zorg bij depressie

- Diagnostiek (somaatich disfunctioneren uitsluiten) en specifieke behandeling (psychotherapie, medicatie, combinatietherapie, suïcidepreventie etc.).

- Veiligheid bieden: opname in een multidisciplinaire setting met hulpverleners die allen specialistisch geschoold zijn in depressie, waardoor de patiënt met de specifieke problemen die een vitale depressie met zich meebrengt, zich begrepen en goed behandeld voelt.
- Consultatie: een vraagbaak zijn voor andere hulpverleners, bijvoorbeeld over waarom de reguliere zorg met een antidepressivum niet werkt, of voor praktische hulp zoals de patiënt beter op medicatie instellen ofwel een andere therapie inzetten (psychotherapie, eventuele somatische therapie).
- Second opinion bieden: formulering van onder andere een prognose en mogelijke trajecten voor vervolgbehandeling.
- Overbruggen van 'lijnen' ter herstel van een verstoorde behandelrelatie. Een behandelaar die met een depressieve patiënt is vastgelopen, kan consult vragen bij een specialist uit een andere setting.
- Bijdragen aan de ontwikkeling van gespecialiseerde patiëntenvoorlichting voor mensen met een depressie.
- Op sommige locaties: de specialistische behandeling doen begeleiden door wetenschappelijk onderzoek en effectmeting. Verslaglegging hiervan en overdracht naar anderen.

4.3 Knelpunten binnen het huidige zorgproces

Over de vraag hoe goed niet-specifiek psychiatrisch geschoolde artsen in eerste en tweede lijn een depressie kunnen onderkennen dan wel behandelen, lopen de meningen sterk uiteen. Volgens Pop (1999) herkent de huisarts slechts 40% van de casuïstiek die zich aandient. Anderen daarentegen menen dat de huisarts - omdat hij zo vertrouwd is met het gewone milieu en het alledaagse leven van de cliënten - juist bij uitstek geschikt geacht moet worden om een depressie te onderkennen en adequaat te behandelen door therapietrouw te bevorderen, bijvoorbeeld door beter dóór te vragen of het slikken van medicatie wel de beoogde verlichting brengt. De huisarts zou hiertoe in het bijzonder in staat zijn, wanneer hij daartoe volgens een gestandaardiseerde vragenlijst (een geactualiseerde NHG-standaard) te werk gaat. Het werken met de NHG-standaard zou sterk toenemen, de laatste tijd.

Een tweede knelpunt ligt bij bedrijfsartsen (Arbo-diensten) en artsen in de tweedelijns somatische gezondheidszorg die regelmatig geconfronteerd worden met ofwel co-morbiditeit

ofwel met door de patiënt als somatische klachten gepresenteerde dan wel gemaskeerde depressieve symptomen, ofwel met de gevolgen van een suïcidepoging.

Alle artsen zouden een depressie veel beter moeten kunnen onderkennen en behandelen, zo menen geraadpleegde respondenten. Zij onderbouwen dit met de stelling dat bij een goede beheersing van de depressie door huisarts, bedrijfsarts en specialisten⁴ de mensen met een enkelvoudige, niet gecompliceerde depressie plus de patiënten met chronisch terugkerende endogene depressie bijna volledig in de eerste lijn of in de algemene gezondheidszorg zouden kunnen worden opgevangen. Klinische opnames in de specialistische ggz of andersoortige specialistische ggz-consumptie zou hierdoor aanzienlijk teruggedrongen kunnen worden. Anderen stellen hiertegenover dat het waarschijnlijker is, dat bij een dergelijke vroegere en betere diagnostiek van depressie juist ook het zoeken naar specialistische ggz-behandeling zal toenemen. Desalniettemin lijkt het - zeker gezien bovenstaand vermelde feiten over co-morbiditeit - zeer wenselijk dat huisarts, ziekenhuisarts en bedrijfsarts, beter op de hoogte raken van psychiatrische diagnostiek en behandeling.

Een ander knelpunt wordt gevormd door de sterk uiteenlopende denkbeelden binnen de ggz over het belang van somatische factoren als symptoom en als etiologische factor. Er zijn psychiaters die somatiek en ggz als één en ondeelbaar geheel beschouwen. Zij zijn van mening dat elke psychiater ook alle basale somatische kennis moet onderhouden; er zijn ook psychiaters die vinden dat de verantwoordelijkheid voor kennis van somatiek bij een (institutioneel gehuisveste) huisarts kan worden ondergebracht. Tot slot bestaat er een grote derde categorie die in ieder geval voor casuïstieken met co-morbiditeit de knowhow van beide aspecten in één en dezelfde arts verenigd wil zien.

Een volgend knelpunt wordt gevormd door het feit dat niet altijd duidelijk is bij wie de regie over een depressiebehandeling ligt. Deze regie kan vooral bij de overdracht van een al langer bekende patiënt (van eerste naar tweede lijn; van tweede naar derde lijn; en in het bijzonder van derde naar tweede lijn) een probleem worden. Immers: wie is in dergelijke gevallen de hoofdbehandelaar? Is dat de huisarts? Is dat de bedrijfsarts? Is dat de specialist in de eerste respectievelijk derde lijn die de patiënt al lang in behandeling heeft? Of is dat de specialist inzake depressies uit de tweede

lijn? Het blijkt soms moeilijk voor verwijzers en behandelaars hierover met elkaar 'on speaking terms' te blijven. Dit ligt soms aan te laag/te hoog gespannen verwachtingen van de verwijzers, of aan onvoldoende onderlinge informatie-uitwisseling. Het kan ook liggen aan onderling uiteenlopende werkwijzen en de imagoproblemen die daaruit voortvloeien; in de ene setting (eerstelijns, paaz) is het bijvoorbeeld gemakkelijker om patiëntgericht te werken en 'met de patiënt mee' te reizen door het zorgsysteem dan in een andere setting (derdelijns psychiatrisch ziekenhuis).

Een belangrijk knelpunt voor cliënten is dat het maatschappelijk taboe op psychische problemen nog steeds krachtig is. Niet iedereen beschouwt en benoemt een depressie als een 'gewone ziekte'. Ten gevolge hiervan durven patiënten (onder meer) niet altijd voorlichting te vragen. Dit komt ook omdat ggz-voorlichting is gecategoriseerd naar diagnose. Mensen maken zich echter doorgaans al ongerust vóórdat bij hen een echte diagnose is gesteld. Voorlichting op Internet en in 'real life' met als ingang specifieke klachten (bijvoorbeeld slaapstoornissen), zou aan gewone mensen wellicht meer duidelijk maken over de ware oorzaak van hun klachten.

Tot slot: het is niet ongebruikelijk dat patiënten binnen de ggz langs diverse hulpverleners 'shoppen', omdat zij - soms op grond van een moeilijke persoonlijkheidsstructuur, soms op grond van reële klachten - ontevreden zijn over het hulpaanbod. Het is om deze reden inderdaad verstandig - zoals het Indicatie Overleg ggz recentelijk in haar voordeurprotocol voorstelde - om rekening te houden met de hulpverleningsgeschiedenis van iemand, en nieuw aanbod af te stemmen op de verwachting dat dit aanbod bij betreffende cliënt een reële kans van slagen heeft.

4.4 Herordening vanuit patiëntenperspectief

Gelet op het feit dat er veel mensen zijn die kennelijk wel last hebben van symptomen die op depressie wijzen doch geen zorg vragen (de 400.000 mensen die helemaal nergens heen gaan), is het allereerst wenselijk dat de bevolking informatie krijgt over welke klachten wél op een serieuze depressie wijzen en welke niet (signalering).

Vervolgens de behandeling. De huisarts behandelt kennelijk nu zélf de meeste patiënten met een depressie. Gezien hun zware

taak, mede ook ten dienste van de ggz als poortwachter, dient de huisarts steun te krijgen in zijn praktijk van iemand die goed is onderlegd in het onderkennen van depressies. Een ervaren ggz-verpleegkundige kan hier uitkomst bieden. Deze kan de potentiële doelgroep begeleiden, de werkelijk depressieve mensen eruit selecteren, hen leren de eigen symptomen te herkennen en er rekening mee te houden, hun medicatie in de gaten houden, verslaving aan slaapmedicatie afbouwen, zelfhulpgroepen opzetten, enz.

Dan continuïteit van zorg. Op het niveau van de gezamenlijke professionals bestaat de noodzaak dat huisarts, bedrijfsartsen, en specialistische ggz-hulp elkaar gaan verstaan en met elkaar kunnen samenwerken. Dat betekent dat zij onder de term 'depressie' hetzelfde moeten gaan verstaan en dat zij vervolgens ook de eigen behandelwijze met de andere hulpverleners afstemmen. Een (actieve) communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts ten behoeve van depressieve mensen verdient in dit licht nadrukkelijke aandacht.

De relatie tussen deze twee eerstelijnsdeskundigen gezamenlijk en de tweedelijns-ggz is een tweede aandachtspunt. Het pakt bijvoorbeeld paradoxaal uit, dat bedrijfsartsen werknemers met lichte klachten thuis laten zitten, in afwachting van specifieke behandeling. Zulks staat - in de ogen van de professionele tweedelijns-ggz-sector, waar men het gevaar van niets doen, thuiszitten en piekeren nadrukkelijk onderkent en tegengaat - juist gelijk aan 'voeden van symptomen'. Dit type verschil van inzicht dient overwonnen te worden.

Experimenten met samenwerking tussen de specialistische ggz-sector en de eerste lijn zijn dan ook een topprioriteit. Bij het ontwerp van een meer rationele procesgang kan worden meegenomen hoe en met welke moderne (ICT-)technologie men de onderlinge communicatie over concrete casuïstiek wil bevorderen, ten behoeve van enige spoed door het traject aan de zijde van de cliënt.

De relatie tussen somatisch artsen en de ggz-sector als zodanig dient - op grond van modern onderzoek op het punt van comorbiditeit - te worden verbeterd. Dit kan worden bevorderd door het vak psychiatrie een groter aandeel te geven in het opleidingscurriculum van artsen. Ook is het te overwegen op EHBO-afdelingen een stageplaats psychiatrie te creëren en te vereisen dat de aldaar werkzame verpleegkundigen een gedegen kennis hebben van psychiatrie.

Wat betreft de rol van patiënten: het zal niet eenvoudig zijn patiënten met een depressie bijeen te brengen in een vereniging of in lotgenotengroepen. De vraag is ook, of dit wel gestimuleerd moet worden bij een ziektebeeld waarvan de patiënt uit de aard der zaak buitengewoon graag verlost wil blijven wanneer men er eenmaal overheen is. Het verdient wel aanbeveling de ervaringen met de hulpverlening van patiënten mensen die over een depressie heen zijn standaard vast te leggen en van deze exit rapporten goed gebruik te maken bij de planning van nieuwe voorzieningen en/of therapievormen.

5 Mensen met hartfalen

5.1 Feitelijke informatie

Hartfalen is een complex syndroom, gekenmerkt door de volgende symptomen: moeheid en bij geringe inspanning kortademigheid, vochtophoping, met name in de benen en de longen. Dit alles tengevolge van een minder goed werkende hartspier. Het hartspierweefsel wordt slecht doorbloed. Het is voornamelijk een aandoening, die zich manifesteert na afsluiting van het arbeidzame leven. De exacte grootte van de groep is onbekend. Wel is bekend dat de groep in snel tempo groeit. Dit is een gevolg van meer succesvolle en vroegtijdige interventies bij mensen met een coronair lijden. Vroeger werden aandoeningen van de kransslagaderen vaker te laat gediagnosticeerd en waren de mogelijkheden voor succesvolle interventie beperkt. Voorheen overleden dus veel mensen, terwijl men nu - zij het met een beschadigd hart - in leven blijft. Daarom is het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van hartfalen toegenomen en ook het aantal heropnames met de diagnose hartfalen na behandeling wegens coronair lijden is hoog: tussen de 37 - 50% belandt binnen negen maanden na ontslag weer in het ziekenhuis (Jaarsma, 1999, p. 122).

Het LINH heeft berekend dat in 1999 761 mensen per 100.000 ingeschrevenen bij de huisarts met een vermoeden van hartfalen werden doorverwezen naar een specialist. Uitgaande van een bevolking van 15 miljoen, zijn dit in totaal naar schatting 114. 200 mensen, 52% van hen was man. Ruim 25% van hen was ouder dan 75 jaar; ruim 30 % had een leeftijd tussen de 65 en de 74, en ruim 25% tussen 45 en 64 jaar. Het blijkt dat veruit de meeste mensen naar de cardioloog

verwezen worden: in totaal 105.437. Bijna 50% van hen werd verwezen met als doel diagnostiek en behandeling; een kleine 20% had waarschijnlijk te maken met het uitsluiten van pathologie.

De kosten van zorg, besteed ten gunste van mensen met deze aandoening liggen jaarlijks ergens tussen de 300 en de 1000 miljoen gulden. Hartfalen is onder meer zo kostbaar, omdat het gepaard gaat met ziekenhuisopname. Het is verantwoordelijk voor een groot deel van de toegenomen kosten van ziekenhuiszorg. De verwachting is dat de kosten van hartfalen in de periode tot 2015 met 43% zullen toenemen, vooral tengevolge van de veroudering van de samenleving (RIVM, 1997).

5.2 Het zorgproces bij hartfalen

Patiënten met een conorair lijden komen meestal via een verwijzing bij de cardioloog. Indien de cardioloog een interventie nodig acht, bijvoorbeeld een dotterbehandeling, zal de patiënt na het welslagen van die behandeling van controle ontslagen worden. Hij zal zelf ook geen aanleiding meer zien om de specialist te bezoeken, wanneer de klachten waarvoor hij in eerste instantie de specialist bezocht, verdwenen zijn. Meestal voelt hij zich beter dan tijden tevoren. Geleidelijk aan ontstaan nu echter andere klachten ten gevolge van zich ontwikkelend hartfalen, te weten moeheid en dikke voeten. Veel ouderen hebben verschillende aandoeningen tegelijkertijd: (pre)diabetes, COPD-achtige beelden, deficiënties enzovoorts. Al deze ziekten gaan gepaard met moeheid. Op oudere leeftijd wordt dit relatief gemakkelijk beleefd als 'nu eenmaal verbonden aan de oude dag'. Men ervaart het niet als een reden om zelf hulp te gaan zoeken en zeker niet in relatie tot de coronaire klachten van weleer, want die waren immers verdwenen. Hartfalen is om deze redenen moeilijk tijdig te diagnosticeren. Als de getroffen patiënten eindelijk hun huisarts raadplegen blijkt vaak weer een klinische interventie nodig.

Specifieke functies van specialistische zorg bij hartfalen

1. Diagnostiek en specifieke behandeling.
2. Consultatie bij onbegrepen fenomenen: een vraagbaak zijn voor de huisarts.
3. Meewerken aan de ontwikkeling van gespecialiseerde patiëntenvoorlichting.

5.3 Knelpunten binnen het huidige zorgproces

Een gerichte evaluatie van het bestaande zorgaanbod is nog weinig gedaan. Het is moeilijk om greep te krijgen op het geheel. Duidelijk is wel dat het zorgaanbod niet goed aansluit op de hulpvraag. Bij de huisarts is hartfalen een onvoldoende bekend terrein en de specialist, die in eerste instantie bij de behandeling van het coronair lijden was betrokken, is na een geslaagde ziekenhuisopname buiten beeld. Literatuuronderzoek leert echter dat veel van de heropnames voor hartfalen voorkómen zouden kunnen worden bij een betere follow-up van voor coronair lijden behandelde patiënten, gekoppeld aan intensiever begeleiding en zorg. Dit is een heel relevant gegeven, ook in verband met bestrijding van kosten. De huisarts lijkt hiervoor in eerste instantie de meest aangewezen figuur. Toch is dat een misvatting. Veel patiënten met dreigend hartfalen voelen zich na de specialistische behandeling van hun coronair lijden aanvankelijk namelijk zeer goed en zien helemaal geen aanleiding een huisarts te bezoeken, ook al omdat de specialist hen van verdere controle heeft ontslagen en hun klacht heel anders is dan die waarvoor zij in eerste instantie de specialist hebben bezocht.

5.4 Herordening vanuit patiëntenperspectief

Gebleken is, dat de introductie van een gespecialiseerde verpleegkundige, welke vooral voorlicht en begeleidt aan de hand van een standaard verpleegplan, door de patiënt als positief beleefd wordt. (Jaarsma, 1999). De begeleiding begint al in het ziekenhuis en wordt daarna door middel van huisbezoek en telefonisch contact voortgezet, echter gedurende een beperkte periode van 7-10 dagen. Uit het onderzoek blijkt, dat de positieve effecten van deze interventie na het staken van de begeleiding vrij snel weer tenietgedaan worden. Op de frequentie van heropnames is daardoor nauwelijks effect waar te nemen. Dat heeft wellicht te maken met de beperkte duur van de begeleiding in het Nederlandse experiment na ontslag uit het ziekenhuis. Literatuurstudies uit de VS - waar de begeleiding langer wordt volgehouden - laten daar wel effect zien. Het succes ervan is dus sterk afhankelijk van de duur van de begeleiding. Het zou de moeite waard zijn deze begeleiding een meer permanent karakter te geven, al kan

de frequentie van de contacten variëren, al naar gelang de zelfredzaamheid en de conditie van de patiënt.

Een aparte polikliniek voor deze groep patiënten is niet aan te bevelen. Nog afgezien van de vaak minder makkelijk te overbruggen fysieke afstand voor deze snel vermoeide patiënten, is bij deze groep vaak veel co-morbiditeit aanwezig, waardoor er shop-gedrag gaat ontstaan van de ene verpleegkundige naar de andere (diabetes, COPD). Beter zou het zijn verpleegkundigen, gespecialiseerd in de typische co-morbiditeit van deze groep, spreekuur te laten houden in de wijk, waar ze ook een consulterende functie kunnen hebben naar de andere werkers in de eerste lijn, in casu de huisarts. Omdat de begeleiding reeds in de opnameperiode start, kan de verpleegkundige ook de *trait d'union* zijn tussen de specialist en de hulpverlening in de thuissituatie.

6 Mensen na een verkeerstrauma

6.1 Feitelijke informatie

Sinds begin jaren '90 is er een tamelijk constant beeld te zien van het aantal verkeersslachtoffers dat in ziekenhuizen wordt opgenomen. Waren dat er volgens het CBS in 1990 20.750; in 1992 waren dat er 19.430, in 1994 19.840, in 1995 20.000, een aantal dat na een lichte daling in 1996 tot 19.420 in 1997 weer opliep tot 20.190 en vervolgens in 1998 daalde tot 18.620. Dit alles ondanks de enorme toename van het wegverkeer. Het is moeilijk een duidelijk beeld te krijgen van de samenstelling en de aard van verkeersslachtoffers. Het beeld is sterk wisselend, onder andere omdat zich in de loop van de tijd nieuwe typen ongevallen voordoen. Als voorbeeld moge dienen het skateboarden en aanverwante nieuwe (sportieve) wijzen van deelname aan het verkeer. Het aantal in-line skaters, behandeld in het ziekenhuis, bedroeg volgens een onderzoek van de Stichting Consument en Veiligheid, aldus een bericht in het Friesch Dagblad van 8 mei 2000 in 1998 13.000; dat is een stijging met 40% in vergelijking tot 1997. Het betrof hierbij vooral botbreuken bij jongeren onder de 14 jaar. De Nederlandse Vereniging voor Traumatologie houdt registraties bij. Er bestaat onder andere een Injury Severity Score (ISS), een puntensysteem dat de mate van zogenaamd 'restletsel' aangeeft. Een score van boven de 16 is de zwaarste categorie. Deze neemt de laatste jaren in omvang toe. Het aantal

ongevallen met dodelijke afloop is de laatste jaren duidelijk afgenomen. In 1986 waren er volgens de gegevens van het CBS 1.529 verkeersdoden te betreuren; in 1990 waren dat er 1.376, in 1992 1.285, in 1995 1.334, in 1996 1.180, in 1997 1.163 en in 1998 1.066. Het is bij opname van gewonden vaak lastig te differentiëren tussen ernstig en licht, omdat veel zaken die aanvankelijk lijken mee te vallen (schedelletsel, stomp buiktrauma), later ernstig blijken te zijn en omgekeerd.

6.2 Het zorgproces na een verkeerstrauma

Een verkeersslachtoffer doorloopt een keten van zorg, te beginnen bij de gealarmeerde huisarts of het 112 nummer. In deze keten zitten veel overdrachtsmomenten, zowel in het proces tot aan het ziekenhuis als binnen de muren van het ziekenhuis zelf. De hulpverlening aan verkeersslachtoffers blijkt evenwel zeer divers georganiseerd. Als het slachtoffer naar eigen oordeel of dat van de omstanders niet op eigen kracht verder kan, komt meestal een ambulance ter plaatse, welke bepalend is voor de verdere gang van zaken. Het ambulance- personeel is de laatste tien jaar sterk geprofessionaliseerd en goed in staat tot het beoordelen van de ernst van de situatie en tot noodzakelijke interventies ter plekke. Soms wordt een mobiel-medisch team opgeroepen om ter plaatse hulp te verlenen. De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) is de intermediair tussen de ambulance en het ontvangende ziekenhuis. CPA en ambulancepersoneel zijn op zich in staat om dát regionale ziekenhuis te kiezen dat in een specifieke situatie nodig is (bijvoorbeeld bij ernstig schedeltrauma meteen naar topcentrum). Na de eerste opvang in het ziekenhuis, meestal door een agio heelkunde, moet een keten van diagnostische en therapeutische activiteiten worden doorlopen, welke in eerste instantie bepaald wordt door de aard van de verwondingen, de acuïtheit en de urgentie. De patiënt doorloopt dit hele scala van de ene hulpverlener(groep) naar de andere. Er zijn veel overdrachtsmomenten.

Specifieke functies van specialistische zorg bij verkeersslachtoffers

1. Optimale diagnostiek en specifieke behandeling in een multidisciplinaire setting met werknemers die allen specialistisch geschoold zijn in traumazorg, waardoor adequaat en snel gehandeld wordt.
2. Trefzekere diagnostiek van het letsel.

3. Formulering van onder andere een prognose en mogelijke trajecten voor (vervolg)behandeling; patiënt adequaat verwijzen en snel doorsturen.
4. Op bepaalde locaties: de specialistische behandeling doen begeleiden door wetenschappelijk onderzoek en effectmeting. Verslaglegging hiervan en overdracht naar anderen.

6.3 Knelpunten binnen het huidige zorgproces

Het zorgaanbod, zoals het nu in het algemeen loopt, is niet geheel adequaat te noemen. De schakels in de zorgketen werken geïsoleerd, zodat er veel mis gaat in de informatieoverdracht en in de continuïteit van begeleiding van het slachtoffer en zijn naasten. Zo wordt op diverse momenten de bloeddruk gemeten door verschillende hulpverleners, maar van het verloop van de bloeddruk bestaat geen beeld, omdat er niet één dossier en één begeleider met de patiënt meegaat door de hele keten. Ook van gestructureerde nazorg en informatie naar andere betrokkenen is niet altijd sprake en zelfs als een patiënt al bekend is in dit ziekenhuis (of in een ander) komt die informatie nogal eens (te) laat boven tafel. Een opvallend gegeven is dat van moderne ICT nog nauwelijks gebruik wordt gemaakt. De instructies en een eventuele verslaglegging in veel ambulances staan nog steeds op papier. De andere hulpverleners in de keten zijn meestal niet op de hoogte van de inhoud van die instructies. Ook verder is men niet altijd op de hoogte van elkaars mogelijkheden. De CPA's beschikken nauwelijks over informatie betreffende de actuele mogelijkheden van de ziekenhuizen in de regio, noch medisch inhoudelijk (is er plaats op de Intensive Care afdeling? enzovoorts) noch met betrekking tot de actuele capaciteit en bezetting.

Ook binnen het ziekenhuis is de doorstroom van acute verkeersslachtoffers niet altijd goed geregeld. Deze stroom gaat tussen de gewone patiëntenstromen door, hetgeen storend is voor beide processen. Er wordt weinig feedback gegeven, noch binnen de ziekenhuizen zelf, noch in de hele zorgketen over de efficiency en de effectiviteit van het hele proces. De opvang van dit soort acute zaken wordt gezien als een storend element, dat er nu eenmaal bij hoort: onvoorzien en dus niet te regelen.

De eerste opvang is zeer verschillend. In sommige ziekenhuizen door nog zeer onervaren agio's, meestal heelkunde of interne, in andere door agio's of algemene ziekenhuisartsen, welke een speciale opleiding hebben genoten. Ze zijn meestal niet bij het voortraject en nauwelijks bij het vervolotraject, als opname op een gespecialiseerde afdeling is geschied, betrokken. Ze vormen een vrij geïsoleerd onderdeel in het gehele zorgproces.

6.4 Herordening vanuit patiëntenperspectief

Aan specifieke functies binnen de verkeersslachtofferhulp is slechts beperkt behoefte. Wel is de aanwezigheid van een gespecialiseerde hulpverlener vereist, die de gang van de patiënt door het hele proces volgt en de communicatie over en met de patiënt en diens omgeving in de gaten houdt. Voorts zal natuurlijk het handhaven en verbeteren van de kwantiteit en niveau van het ambulancepersoneel prioriteit moeten hebben. Belangrijker nog is het kantelen van het totale zorgproces en de organisatie ervan met - bijvoorbeeld volgens de BPR-methode - goed afgestemde doorstroomprocessen. Voorts zal meer gebruik gemaakt moeten worden van ICT. In enkele traumacentra wordt al geëxperimenteerd met nieuwe maatregelen en geopteerd voor nieuwe mogelijkheden:

- een traumaverpleegkundige, vanuit het ziekenhuis gedetacheerd bij het ambulancevervoer, blijft de patiënt volgen vanaf opname in de ziekenauto tot en met de laatste keten in het ziekenhuis en is daarbij met name verantwoordelijk voor het informatieproces en het al vanaf het begin af aan inschakelen van de specialisten van het ontvangende ziekenhuis als consultant;
- de eerste opvang in het ziekenhuis kan door een agio heelkunde, die technieken als intubatie beheerst, worden gedaan. Een algemene ziekenhuisarts kan dit ook, maar sommigen twijfelen aan de meerwaarde van zo'n apart daartoe opgeleide arts;
- veel meer gebruik van moderne ICT in de ambulance, al of niet via de CPA, in contact met het ontvangende ziekenhuis;
- goede informatie van en over de diverse schakels bij elkaar. Met name de CPA zal als intermediair zoveel mogelijk informatie moeten hebben, zowel van de mogelijkheden van de ontvangende ziekenhuizen als van de eerste opvangmogelijkheden ter plaatse van het ongeval (de huisarts in het plattelandsdorp of de politie enz.). De

ziekenhuizen zullen per regio afspraken moeten maken over wat ze te bieden hebben en dat moet bekend zijn bij de andere in te schakelen hulpverleners en instanties, met name bij de CPA;

- kanteling van het hele zorgproces, zowel van de ziekenhuisorganisatie als transmuraal. Zo is in het Radboudziekenhuis in Nijmegen (door VWS aangewezen als traumacentrum) een kantelingsoperatie in voorbereiding, waarbij de traumaopvang georganiseerd is binnen een eigen rechtspersoon met een eigen bestuur, welke dwars door de bestaande clusters heenloopt en zelfs tot buiten de ziekenhuismuren strekt. De huisartsen zijn participant in het geheel. Dus niet alleen het zorgproces is gekanteld, maar ook de hele organisatie eromheen.

7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 Functies van medisch-specialistische zorg

Kort samengevat vervult medisch-specialistische zorg de volgende functies.

1. (Voortgezette) diagnostiek en specialistische behandeling.
2. Overname van de reguliere behandeling in een (dikwijls multidisciplinaire) setting met hulpverleners die allen specialistisch geschoold zijn in een bepaald ziektebeeld.
3. Consultatie: een vraagbaak zijn voor meer generalistisch werkende hulpverleners, of voor specialisten op een ander terrein.
4. Second opinion bieden: formulering van onder andere een prognose en mogelijke trajecten voor vervolgbehandeling.
5. Voorlichting: geven van en meewerken aan de ontwikkeling van gespecialiseerde patiëntenvoorlichting.
6. De (specialistische) behandeling doen begeleiden door wetenschappelijk onderzoek en effectmeting. Dit onderzoek kan op allerlei locaties plaatsvinden; de locatie is meer dan eens juist de eerste lijn, omdat het onderzoek gericht is op betere samenwerking tussen de lijnen, of op een verbeterde inzet van specialistische kennis in de eerste lijn. Ook in topreferente locaties vindt onderzoek plaats. Verslaglegging hiervan en overdracht naar anderen.

7.2 Aanbevelingen vanuit patiëntenperspectief

Wil men de specialistische zorg vanuit patiëntenperspectief verbeteren, dan lijkt het allereerst van belang de wachttijden positief te beïnvloeden en dus de efficiency in de patiëntenlogistiek zowel tussen als binnen de lijnen drastisch te bevorderen. Dit is des te belangrijker wanneer het gaat om ziekten als kanker, waarbij een lange wachttijd de kans op een vroege dood vergroot. In dit kader is een herontwerp van de procesgang door de gehele hulpverleningsketen van belang, zodat de efficiency niet steeds per patiënt hoeft te worden herontdekt. Vooral de schakelfunctie tussen de diverse lijnen (afstemming, overdracht van informatie) moet drastisch uitgebreid worden. Voor zover deze snelle schakeling van informatie vastzit op de wijze van informatie-uitwisseling (geschreven dossiers!), moet flink geïnvesteerd worden in ICT-systemen die door professionals uit alle lijnen eenvoudig te gebruiken zijn. Het is niet te verdedigen dat in een zo informatie-intensieve sector als de gezondheidszorg, nog slechts 2% van de uitwisseling van informatie geautomatiseerd verloopt (Nederlof, 2000).

Bij de uitvoering van taken kunnen medisch specialisten ontlast worden, door de inzet van minder superspecialistisch opgeleide artsen als de zogenoemde ziekenhuisarts, maar ook door de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen. Het gaat daarbij evenwel om meer taken dan louter (voorheen) geneeskundige taken zoals de voorbehouden handelingen die omschreven staan in de Wet BIG. Het gaat ook om taken die een verpleegkundige vanwege haar bredere scope (de gevolgen van ziekte voor het dagelijkse leven) anders zal uitvoeren dan een arts, zodat de kwaliteit van de gegeven zorg met haar inzet mogelijk zelfs stijgt. Gedacht kan worden aan het geven van voorlichting aan patiënten, het monitoren van de patiëntencarrière, het bijhouden en desgewenst uitvoeren van geprotocolleerde voor- en nazorg tijdens controle-afspraken en het verrichten van minder complexe ingrepen. Bepaalde geneeskundige taken kunnen door de medisch specialist afgestoten worden naar een ziekenhuisarts. Een randvoorwaarde bij vormen van taakherschikking is, dat ziekenhuisarts en gespecialiseerd verpleegkundige voor de patiënt herkenbaar zijn als deskundige professionals.

Daarnaast verdient het aanbeveling de specialistische zorgorganisatie niet voor alle patiënten precies gelijk in te richten. Patiënten zijn immers niet allemaal hetzelfde; zij

verschillen naar de aard van hun ziekte, naar de mate waarin hun ziekteproces is voortgeschreden, naar levensfase, naar zorgvraag, naar de wijze waarop zij bejegend willen worden. Men moet dus differentiatie aanbrenge in de organisatie van medisch-specialistische zorg. Zie ook deel 4 in dit Dossier: ordening patiëntenstromen.

In bepaalde gevallen (bijvoorbeeld in het geval van een zeer specifieke of chronische aandoening, zoals depressie, of hartfalen) is een transmurale ordening noodzakelijk, waarbij behandeling door specialist en eerste lijn gezamenlijk stelselmatig wordt overwogen. Rikken en De Bakker (1998) bepleiten ook dergelijke samenwerkingsvormen bij farmacotherapie voor een aantal chronische aandoeningen. Verpleegkundigen kunnen hierbij een uitstekende rol spelen in het overbruggen van de kloof tussen eerste en tweede lijn.

Tot slot is een belangrijk knelpunt dat patiëntenverenigingen draaien op vrijwilligers. De inzet en de mate van professionaliteit die heden ten dage van deze mensen gevraagd wordt is te hoog om deze situatie te laten voortduren. Zij hebben het nodig hun - vergeleken met hulpverleners - als vanzelfsprekend bestaande informatieachterstand te kunnen en mogen inlopen. Eveneens hebben deze verenigingen voldoende financiële ruimte nodig, om hun leden vrij te kunnen stellen voor werk op het vlak van professionele patiëntenvoorlichting.

Noten

- ¹ Er zijn negen Integrale Kanker Centra in Nederland. Zij registreren de incidentie en stimuleren tot kwaliteitsontwikkeling, onder meer middels richtlijnen.
- ² Belangrijk is, hoe men deze kosten definieert. Hier worden alleen de kosten gepresenteerd die besteed worden in de tweedelijns ggz. Zou men de maatschappelijke kosten ten gevolge van ziekteverzuim etc. meerekenen, dan zou men op een hoger bedrag uitkomen.
- ³ Telefonische informatie J. Neeleman, vakgroep sociale psychiatrie, RU Groningen
- ⁴ Informanten stellen bijvoorbeeld dat uit onderzoek bekend is dat kanker een omvangrijke co-morbiditeit met depressie laat zien. Veel oncologen hebben weerstand tegen deze opvatting, waardoor patiënten voor hun depressie niet behandeld worden.

Informatie werd verkregen van

Algemene oriëntatie:

Mw. drs. D.C.M. aan de Stegge, arts, MESOS Medisch Centrum, Utrecht
Drs. C. Vermaat, projectmanager, Stichting Rhijnhuysen/ MESOS Medisch Centrum, Utrecht
Mevr. J.E.M. Baars, hoofdverpleegkundige, MESOS Medisch Centrum, Utrecht
Dr. D. de Bakker, LINH, Utrecht
Drs. J. Maljers, Plexus Medical Group Amsterdam

Inzake darmkanker:

Mw. V. Damen, patiëntenvoorlichting, Antonie van Leeuwenhoekziekenhuis
Mw. B. Ambaum, oncologieverpleegkundige Utrecht Medisch Centrum
J. Ouwkerk, oncologieverpleegkundige Leids Universitair Medisch Centrum
Mw. R. Smeijers, voorzitter Nederlandse Vereniging Harry Bacon
Dr. A.S.T. Planting, Daniël den Hoed Kliniek/Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Inzake depressie:

Dr. R. Bijl, Trimbos Instituut, Utrecht
Mw. drs. A. van Geleuken, beleidsmedewerker Depressie Stichting
Dr. A. Honig, Academisch Ziekenhuis Maastricht
R.J.J. Lutterman, verpleegkundige PAAZ Utrechts Academisch Medisch Centrum
Drs. H.C. Milius, Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal & RIAGG, Maastricht
Dr. J. Mos, Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg
Dr. J. Neeleman, Vakgroep Sociale Psychiatrie, Rijks Universiteit Groningen
Mw. drs. C. Prins, GGZ-Nederland

Inzake hartfalen:

Mevr. Dr. T. Jaarsma, Hartstichting Nederland

Inzake verkeerstrauma:

Dr. H.J.J.M. Berden, directeur Medische Zaken, Universitair Medisch Centrum, Nijmegen
Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen

Literatuur

Verwijsrelaties:

Foets, M. en J. van der Velden. Basisrapport Verrichtingen in de huisartsenpraktijk: nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

Groenewegen, P.P. en D.M.J. Delnoij. Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?: De positie van huisartsen in relatie tot de raad en de kosten van de zorg. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom, 1997.

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.
Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), Jaarrapport 1998. Utrecht: Nivel, 1999

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: deel VI: Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven; Maarsen: RIVM: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Rikken, S.A.J.J. en D.H. de Bakker, Transmurale afstemming van farmacotherapie, Onderwerpskeuze bepaalt mede het succes, Medisch Contact, 53, 1998, no. 11, 364-366

Darmkanker:

Damhuis, R.A.M., L.J. Schouten en O. Visser. Gastro-intestinal cancer in the Netherlands 1989-1992. Utrecht: Nederlandse Kankerregistratie, 1994.

Nederlandse Stomavereniging "Harry Bacon".
Informatiepakket. Breukelen: Nederlandse Stomavereniging "Harry Bacon", 1999.

Visser, O., L.J. Schouten en B.J.J. Elbertse. Feiten en fabels over kanker in Nederland. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2000.

Visser, O., et al. Incidence of cancer in the Netherlands. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 1998.

Depressie:

Bensing, J.M. en P.F.M. Verhaak. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 138, 1994, no. 3, p. 130-135

Bijl, R.V., G. van Zessen en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland, het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141, 1997, no. 50

Bijl R.V. en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte, Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 76, 1998, no. 8, p. 446-457.

Crommentuyn, R. Lastige klanten: Ziekenhuizen behandelen psychiatrisch patiënten vaak slecht. Medisch Contact, 55, 2000, no. 16.

Depressie Zelftest, Stichting Dag voor de Geestelijke Volksgezondheid

Jurg, H. en J. Mos. Niet buiten de boot; een toekomstverkenning naar verbeterde farmacotherapie bij schizofrenie en depressie. Zoetermeer: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1999.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Passende ambulante zorg bij depressie. Utrecht: KNMG (in samenwerking met Trimbos-instituut, institute for Medical Technology Assessment, Instituut voor Gezondheidsethiek), 1999.

Marwijk, H.W.J. van, et al. NHG Standaard Depressie, Nederlands Huisartsen Genootschap Standaard M43. Huisarts en Wetenschap, 37, 1994, no. 11, p. 482-490.

Pop, V.J.M. Depression care management in de eerste lijn: probleemgerichte vroegdetectie, preventie van en zorg voor een chronische ziekte. Notitie voor Depressie Stichting. S.l.: s.n., 1999.

Prins, C., RIAGG's in getallen. Utrecht: NVAGG, 1995.

Roijen, L. van en L.R. Arends. Kosten van psychische stoornissen. Utrecht: Institute for Medical Technology Assessment en Trimbos Instituut, 1996.

Trimbos-instituut/Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg. Landelijke richtlijn Voordeurprotocol Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut, maart 2000.

Hartfalen:

Cost, B. Heart Failure in the elderly. Proefschrift Rotterdam, 2000.

Jaarsma, T. Heart Failure: nurses care. Proefschrift Maastricht, 1999

Jaarsma, T., et al. De polikliniek hartfalen in Nederland: waar zijn we, waar gaan we naar toe? *Cardiologie*, 51, 2000, p. 15-20.

Kingma, J.H., Zorg voor de chronische patiënt in de cardiologie. *Ordenieuws*, 3, 1999, no. 11, p. 13-15.

Verkeerstrauma:

Berden H.J.J.M., et al. Spoedeisende Medische Hulpverlening: versterking van de keten, *Medisch Contact*, 51, 1996, no. 17, p. 583-585.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. De keten rammelt. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1995.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Structuur en financiering ambulancehulpverlening: naar betaalbare en betaalde kwaliteit. Zoetermeer: NRV, 1991.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Kwaliteit van de ambulancehulpverlening. Zoetermeer: NRV, 1990.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsvisie traumazorg ex artikel 8 Wet op de bijzondere medische verrichtingen. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten Generaal. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 25387-4.

Diversen:

Ziekenhuisketen, de en Ernst & Young. Eindrapport project Verkorting van Doorstroomtijden; herontwerp van zorgprocessen door Business Process Redesign. Utrecht: De Ziekenhuisketen; Ernst & Young, 1999.

Nederlof, F.J., Mijn computer communiceert niet, Medisch Contact, 55, 16 juni 2000, p. 894-896.

Deel 4

Ordering patiëntenstromen

1 Inleiding

In het kader van de voorbereiding van het RVZ-advies Medisch specialistische zorg in de toekomst is een nader ingegaan op de vraag: op welke manier kunnen groepen patiënten benoemd worden die aangewezen zijn op medisch specialistische zorg? De verschillende groepen kunnen gezien worden als patiëntenstromen in de gezondheidszorg. In deze secretariaatsnotitie wordt ingegaan op de vraag welke principes bruikbaar zijn bij het ordenen van patiëntenstromen. Bij de ordening moeten we bedenken dat medisch specialistische zorg een onderdeel is van het totale zorgproces (zie par. 2). De vraag waarom het ordenen van patiëntenstromen zinvol is, komt in par. 3 aan de orde. Vervolgens gaan we in op de vraag hoe patiëntenstromen geordend kunnen worden (par. 4), waarna twee praktijk voorbeelden belicht worden (par. 5). Tot slot is er kort aandacht voor de kwantificering van patiëntenstromen (par. 6).

Vooraf wordt uitdrukkelijk opgemerkt dat het *niet* de bedoeling is om in deze notitie een uitgewerkt model van patiëntenstromen te presenteren. Wel is het de bedoeling om een aantal in de praktijk gehanteerde orderingsprincipes nader te analyseren.

2 Het zorgproces

Het zorgproces bevindt zich op het snijvlak van inhoud en organisatie; zie figuur 2.1.

Bij een benadering van het zorgproces vanuit de *inhoud* komen vragen aan de orde als:

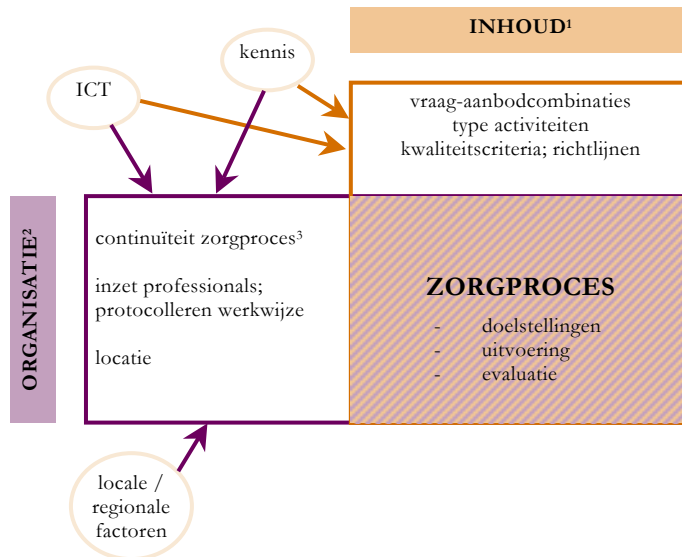
- welke zorgactiviteiten zijn nodig voor welke (groepen van) patiënten?
- zijn op deze manier relevante vraag-aanbodcombinaties te vormen?

- hoe dient de zorg uitgevoerd te worden? (richtlijnen en kwaliteitscriteria)?

Bij een benadering van het zorgproces vanuit de *organisatie* gaat het onder meer om de volgende aspecten:

- wie moet in het zorgproces ingezet worden en met welke specifieke taken (protocollering)?
- wanneer moet iedere stap in het zorgproces gezet worden (planning; continuïteit)?
- waar vindt de zorg plaats (locatie)?

Figuur 2.1 **Zorgproces: op snijvlak van inhoud en organisatie**



¹ "voor wie wat en hoe te doen?"

² "wie doet wat, wanneer en waar?"

³ denk bijvoorbeeld aan logistieke planning, wachtlijstbeheer

Bron: RVZ (2000)

3 Waaron ordenen?

De 'vraag naar medisch specialistische zorg' kunnen we ons voorstellen als een patiëntenstroom, die zich een weg baant door het medische circuit. Waaron is ordening in die stroom nodig? Kort gezegd: om beter tegemoet te kunnen komen aan de individuele behoefte van de patiënt. Paradoxaal genoeg vereist juist een meer vraaggestuurde zorg een heldere omschrijving van het zorgaanbod en van doelgroepen (Huijsman en Boekholdt, 2000).

In de huidige gezondheidszorg gaan patiënten die medisch specialistische zorg nodig hebben meestal naar een ziekenhuis. Het ziekenhuis anno 2000 is nog te veel een *one size fits all*-organisatie: één structuur en één organisatie waar alle soorten patiënten hun weg in vinden. *"Het gevolg is dat in de wachtkamers patiënten met terminale aandoeningen naast patiënten voor een onschuldige controle zitten. Dat voor beide patiënten evenveel tijd is ingeruimd op het spreekuur en dat ze allebei op dezelfde wijze aangesproken worden."* (Maljers, 1999, blz. 8).

De patiëntenstroom is niet homogeen. Patiënten verschillen van elkaar in allerlei opzichten. Om de heterogene stroom patiënten die behoefte hebben aan medisch specialistische zorg adequaat te kunnen verwerken, is ordening van die stroom noodzakelijk. 'Adequaat' betekent hier: kwalitatief goede zorg, tijdig en op doelmatige wijze aangeboden.

Wat wil de patiënt? De patiënt wil technisch en professioneel goed behandeld worden. Hij wil begeleiding en eenduidige voorlichting over de aandoening en de behandeling.

Wat wil de patiënt niet? De patiënt wil niet steeds hetzelfde verhaal herhalen. Hij wil niet te vaak terug naar het ziekenhuis voor zaken die ook achter elkaar zouden kunnen plaatsvinden. Hij wil niet nodeloos lang moeten wachten op een mogelijk ongunstige uitslag.

Door de patiëntenstroom te ordenen kunnen aanbieders van medisch-specialistische zorg beter inspelen op wat de patiënt wel en niet wil. De vraag is dan op welke manier de stroom geordend dient te worden.

4 Hoe ordenen?

De patiëntenstroom kan aan de hand van verschillende invalshoeken geordend worden. We noemen hier de volgende invalshoeken:

1. het type aandoening c.q. het type orgaan;
2. het type interventie c.q. segment in het zorgproces;
3. de planbaarheid van de interventie;
4. type aandoening x type interventie;

ad 1) het type aandoening c.q. het type orgaan

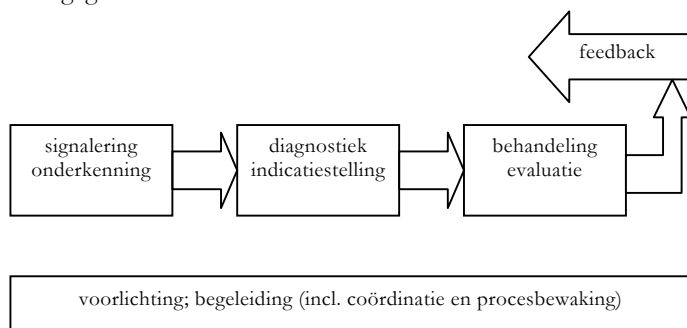
Een veel voorkomende ordening in de praktijk is een onderscheid naar type aandoening of type orgaan. Patiënten komen op grond van hun aandoening terecht bij een categorale instelling of categoriaal werkende professional. Voorbeelden: diabetescentrum en diabetesverpleegkundige; hart- en vaatpoli; oogkliniek; kankercentrum en oncologieverpleegkundige, mammapoli.

ad 2) het type interventie c.q. segment in het zorgproces

Niet de aandoening van de patiënt is uitgangspunt voor de ordening, maar het type interventie of de noodzakelijke activiteit. Bijvoorbeeld: in het Maaslandziekenhuis te Sittard zijn er plannen om voor de nieuwbouw aldaar een nieuwe organisatie op te zetten, met daarin de volgende centra:

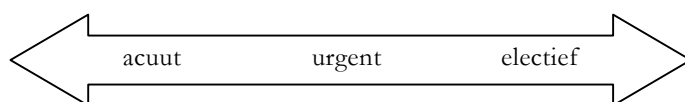
- *centrum voor diagnostiek en screening*: foto's; bloed prikken enz. De huisarts beslist als eerste welk diagnostisch onderzoek nodig is;
- *spreekuurcentrum*: patiënt meldt zich bij een centrale balie en wordt van daaruit verder begeleid naar zijn eerste consult met de specialist. Indien nodig vinden hier ook pre-operatieve screenings plaats;
- *behandelcentrum*: alle ingrepen; inclusief de meer complexe functie-onderzoeken;
- *verpleegcentrum*: indien de patiënt na behandeling niet direct naar huis of naar een andere plek kan;
- *expertisecentrum*: ligt als 'foyer' over de vier patiëntencentra heen. Ontmoetingsplaats voor medisch specialisten en andere professionals om kennis en ervaring uit te wisselen;
- *logistiek centrum*: laboratorium; apotheek; facilitaire dienstverlening.

Een hieraan verwante ordening van de patiëntenstroom is die van de verschillende stappen in het zorgproces. Het zorgproces kan met behulp van de volgende segmenten weergegeven worden:



ad 3) de planbaarheid van de interventie

De patiëntenstroom kan geordend worden aan de hand van de mate waarin de interventie planbaar c.q. urgent is. Deze urgentie is als een continuüm weer te geven:



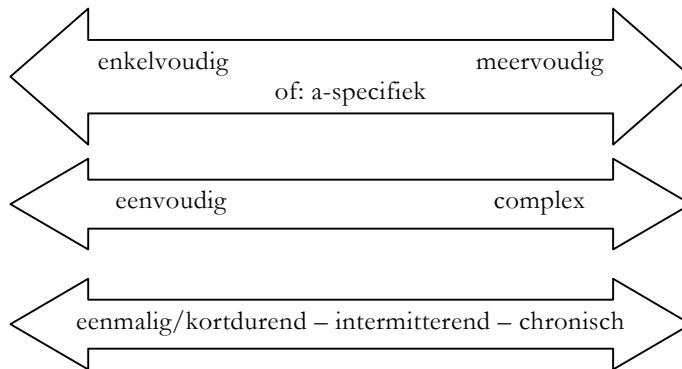
- Acute zorg: duldt geen uitstel. Ook wel aangeduid als medische urgentiegraad-1: onmiddellijk bij acute levensbedreigende stoornissen. Voorbeelden: ernstig trauma en letsel; barstend aneurysma; placentaloslating. Naar schatting 10 % van alle meldingen bij de Spoedeisende hulp (SEH) is werkelijk acuut (Maljers,1999).
- Urgente zorg: ingrijpen binnen uren vereist. Medische urgentiegraad-2: vandaag (kans op) ernstige, niet levensbedreigende complicaties. Medische urgentiegraad-3: morgen of overmorgen: acuut maar geen dreigende complicatie(s). Voorbeelden: CVA, 'acute buik', TIA, ontspoorde diabetes. Subgroepen: bijv. invasief versus non-invasief; lichte versus zware verpleegkundige ondersteuning.

Electieve zorg: alle zorg die binnen een redelijke termijn (dagen, weken, maanden) planbaar is. Het merendeel van de medisch specialistische zorg is electieve zorg.
 Voorbeelden: kleine chirurgische verrichtingen; incontinentieklachten; hartfalen; otitis media; lage rugklachten enz.

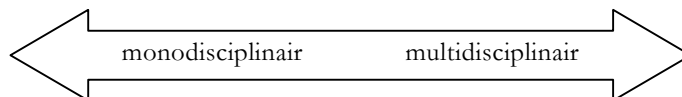
Voorbeeld uit de praktijk:
 In het Maaslandziekenhuis (Sittard) wordt gewerkt aan een 'keten-breed' herontwerp van zorgprocessen. Het belangrijkste criterium is de planbaarheid. Men onderscheidt 'bulk' en 'specials', waarbij men streeft naar een verhouding van 80 resp. 20 %.

ad 4) type aandoening x type interventie

Bij type aandoening is de aard van de aandoening aan de hand van de volgende variabelen aan te duiden:



Type interventie:



Zie verder ook de eerdere indeling onder ad 2.

5 Twee voorbeelden nader belicht

Uiteraard wordt in het veld al langer nagedacht over de meest adequate organisatie van specialistische zorg. In deze notitie gaan we wat dieper in op twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld is het Deventer Ziekenhuis, dat in samenwerking met organisatieadviesbureau Plexus Medical Group een nota opstelde: 'Het nieuwe Deventer ziekenhuis, vraaggestuurd in zorg, opbouw en organisatie'. Het tweede voorbeeld is het Mesos Medisch Centrum Utrecht dat participierend vanuit de Stichting Rhijnhuysen Utrecht (een samenwerkingsverband van zorgaanbieders uit Utrecht-West) haar beleidsvisie op 'het Ziekenhuis van de 21^{ste} eeuw' geformuleerd heeft in de aanvraagverklaring voor een nieuwbouwvergunning.

Beide ziekenhuizen benoemen als kernprobleem dat de primaire bedrijfsprocessen in een algemeen ziekenhuis doorgaans niet rationeel en dus niet efficiënt verlopen, omdat in het gemiddelde ziekenhuis alles voortdurend moet kunnen wijken voor een spoedbehandeling of spoedopname. Medisch specialisten kunnen worden weggeroepen voor een spoedeisende zaak, waardoor mensen met afspraken te lang moeten wachten enz.

Beide ziekenhuizen benoemen bovendien vergelijkbare doelen voor de toekomst: uitgaan van de reële zorgvraag van de patiënt, doorbreken van bestaande financieringsregels, noodzakelijke flexibiliteit in de bouw, samenwerking met andere organisaties, noodzakelijke investeringen in ICT ten behoeve van een ook door samenwerkingspartners te gebruiken elektronisch patiënten dossier enz. Toch kiezen zij elk een eigen ordeningsprincipe voor innovatie.

Het nieuwe Deventer Ziekenhuis

Het ordeningsprincipe van het nieuwe Deventer Ziekenhuis is tijd. Het ziekenhuis wil de patiëntenpopulatie namelijk differentiëren naar de mate waarin de behandeling of zorg die deze behoeft nog planbaar is. Langs deze lijn geredeneerd, onderscheidt men 4 hoofdstromen van zorg (zie ook de toelichting hiervoor):

- *acute zorg* duldt geen uitstel; behoeft hoogopgeleide en multidisciplinaire staf met brede insteek en goede verwijskanalen;
- *urgente zorg* duldt enkele uren uitstel en is nog enigszins te plannen; er zijn bijvoorbeeld mogelijkheden voor

- huisartsenbedden, er is een hechte verwijsrelatie met functieafdelingen en faciliteiten als laboratorium en röntgen worden - ook - op de urgente zorg zelf ondergebracht;
- *electieve zorg* duldt dagen tot weken uitstel en is goed op afspraak te plannen, naar diagnosegroep te organiseren en in principe eindig, dus niet chronisch;
 - *chronische zorg* eveneens goed te plannen, maar - anders dan de electieve zorg - bij voorkeur niet aan te bieden in een ziekenhuisachtige sfeer, dus niet zozeer naar *diagnose* als wel naar *de mate van beperking*.

Vooraf afsplitsing van de *acute zorg* kan soelaas bieden: ook verwijzers (huisartsen of andere medisch specialisten) mogen voortaan geen onnodig gebruik meer maken van de EHBO om wachtlijsten in de poliklinieken te omzeilen.

Ook het verder differentiëren binnen de grote categorie van de *electieve zorg* is een interessante mogelijkheid om de wachttijden van patiënten te bekorten. Men kan bijvoorbeeld onderscheid maken tussen patiënten die een enkelvoudige aandoening hebben (en daar bijvoorbeeld een aparte unit voor inrichten) en patiënten die meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben en daardoor vaak op verschillende specialismen zijn aangewezen. Verpleegkundigen die zich gespecialiseerd hebben op het gebied van een patiëntencategorie met een welomschreven aandoening (ofwel een enkelvoudige zeer specifieke aandoening ofwel juist multiple pathologie), kunnen de functie van “doelgroepmanager” bekleden. Als “doelgroepmanager” zorgt deze verpleegkundige ervoor dat een omschreven categorie hulpvragers de meest adequate zorg krijgt binnen een vooraf afgesproken termijn en volgens de actueel vigerende professionele standaard. Veel verwijzingen blijken welomschreven, laagcomplex en voor een groot deel protocollair af te werken. Ook op het gebied van verslaglegging en informatieoverdracht kan veel worden gestandaardiseerd. Is dat standaardisatieproces afgerond, dan kan de verpleegkundige bovendien veel van de electieve zorg zelf uitvoeren.

Ten behoeve van de *chronische zorg* spelen verpleegkundigen eveneens een cruciale rol. Bij chronische aandoeningen gaat het er immers niet om dat men louter de ziekte goed behandelt. Hier komen vooral de beperkingen om de hoek kijken die de aandoening met zich meebrengt in het leven van alledag. Patiënten hebben behoefte aan voorlichting over

patiëntenorganisaties, aan informatie hoe zij hun leven met deze handicap zo goed mogelijk kunnen inrichten etc.

Tot slot vindt het Deventer ziekenhuis dat men de beleving van de patiënten moet respecteren. Niet elke patiënt wil persé zo spoedig mogelijk zijn diagnose weten. Er zijn ook mensen die daar naar toe moeten groeien. Het getuigt van kwaliteit als men dit verschil tussen mensen weet te respecteren, meer dan wanneer men vaste procedures opstelt. Het getuigt van kwaliteit wanneer men mensen een op hen toegesneden bejegening weet te bieden.

Mesos Medisch Centrum

Ook dit ziekenhuis wil de echt acute zorg afsplitsen om te voorkomen dat deze elk ander bedrijfsproces frustrereert. Mesos Medisch Centrum gebruikt de mate van co-morbiditeit als ordeningsprincipe voor de interne organisatie.

Dit ziekenhuis gaat er allereerst van uit dat de ziekenhuisorganisatie van de 21^{ste} eeuw niet langer het dominante zorgcentrum kan blijven binnen de totale zorgketen in een regio. Men zal ten behoeve van de bevolking in het adherentie gebied optimaal moeten samenwerken met mantelzorgers, met de eerste lijn, met gezondheidscentra, met verpleeg- en verzorgingshuizen etc. Men gaat er van uit dat de patiënt snel, kwalitatief goed, zo dicht mogelijk bij het eigen huis en als totale mens wil worden geholpen. Om dat als ziekenhuis te kunnen waarmaken moeten sleutelfiguren uit het ziekenhuis eerst optimaal leren samenwerken met collegae uit andere lijnen en/of instellingen. Daarom is vanuit de Stichting Rhijnhuysen (samenwerkingsverband van zorgaanbieders Utrecht-West) een groot aantal zorgvernieuwingstrajecten ontwikkeld waarbij samenwerking tussen verschillende organisaties centraal staat. Een proeftuin in deze is het Transmuraal Zorgcentrum te Houten in oprichting, waar medewerkers zoals onder andere de medisch specialisten zich in het samenwerken met andere disciplines of andere lijnen en burens kunnen leren bekwamen. In dit Transmuraal Zorgcentrum worden ook een aantal klinische huisartsbedden gelokaliseerd.

Bovendien werkt men - als grondslag voor de moderne zorgorganisatie en te financieren door de zorgverzekeraar - aan een omvangrijk pakket aan diensten in de sfeer van ICT en telenetwerken. Dit zal tot gevolg hebben dat voortaan niet altijd de specialist zélf in actie hoeft te komen. De specialist

kan nu ook – bijvoorbeeld met behulp van een beeldtelefoon - de consultant zijn voor iemand die hij coacht: een ziekenhuisarts, een huisarts, een verpleeghuisarts, een verpleegkundig specialist of nurse practitioner. Voorwaarde voor deze nieuwe manier van werken is dat men gezamenlijk eenzelfde patiëntendossier deelt.

Moet men toch samenwerken op locatie van het ziekenhuis, dan wil men dat organiseren binnen Multidisciplinaire Advies Groepen. Voor patiëntenpopulaties met een vergelijkbare diagnose dan wel met een zodanig samengestelde comorbiditeit dat vergelijkbare disciplines met hen bezig zijn, worden - dwars door de lijnen heen - Multidisciplinaire Advies Groepen opgericht. Deze verrichten gezamenlijk de kerntaken diagnostiek en interventie, in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het kan zelfs zo zijn, dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft in Mesos Medisch Centrum.

De medisch specialist in het Mesos Medisch Centrum van de 21^{ste} eeuw is op nóg meer manieren dienstbaar aan de patiënt en de te bieden zorg. Voor patiënten die een klinische opname nodig hebben, streeft men naar een indeling van de bedden op basis van het soort verpleegkundige zorg en begeleiding die mensen nodig hebben. Mesos Medisch Centrum gaat dus niet langer uit van een indeling van ziekenhuisbedden naar ziektebeeld of naar medisch specialisme. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan een afdeling voor terminale zorg (willekeurig om welke medische reden), een afdeling waar veel mobiliteits-oefeningen gedaan moeten worden enzovoorts. De hoofdzaak is, dat het ziekenhuis van de toekomst afdelingen kent die in verpleegkundig opzicht homogeen zijn, terwijl zij in medisch specialistisch opzicht heterogeen (kunnen) zijn.

Sociotechniek

Het denken in patiëntenstromen van deze beide ziekenhuizen vertoont veel overeenkomsten met de aanpak waarbij (industriële) werkprocessen in organisaties met behulp van de zogenaamde sociotechniek worden herontworpen. De sociotechnische benadering van organisaties is een stroming in de bedrijfskunde. Het doel is te komen tot een procesgerichte organisatie met zelfsturende teams, waarbij gestreefd wordt naar verbetering van prestaties en het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers.

De sociotechniek bestaat uit vier stappen*:

1. paralleliseren (zie model Deventer): producten groeperen die voor eenzelfde markt geproduceerd worden;
2. segmenteren(zie model Deventer): verschillende productstromen opknippen in segmenten. Tussen deze verschillende segmenten dient zo min mogelijk overlap te bestaan, omdat anders problemen bij de besturing optreden;
3. benoemen van taakgroepen c.q. zelfsturende teams (zie model Utrecht): binnen segmenten opzetten van taakgroepen, die verantwoordelijk worden voor de productie;
4. besturingssysteem opzetten (zie model Utrecht) van onderop; verantwoordelijkheden op een zo laag mogelijk niveau toedelen.

* Mondelinge informatie van Dr.J.de Haan, universitair hoofddocent departement Organisatie en Strategie, Economische Faculteit KUB

De sociotechniek is een integrale benadering. Toepassing van de techniek leidt niet alleen tot structurele wijzigingen, maar ook tot cultuurveranderingen en wijzigingen in diverse systemen (regels, procedures, budget-, planning- en beloning- en beoordelingssystemen).

In het Deventer Ziekenhuis wordt als criterium voor de indeling in vier patiëntenstromen de doorlooptijd gehanteerd: de snelheid waarmee behandeling ingezet kan worden. De vier patiëntenstromen worden verder onderverdeeld, wat met name bij de grotere stromen ook noodzakelijk is, gelet op de nog aanwezige heterogeniteit in de vier hoofdstromen. Het is belangrijk dat heldere criteria gehanteerd worden bij de verdere onderverdeling. De omvang van parallelle stromen is bepalend voor de vraag of een aparte organisatie van de stroom noodzakelijk is.

Het denken in patiëntenstromen volgens de lijnen van de sociotechniek kan vruchtbare inzichten opleveren. Van belang is om de stromen niet aan één instelling (ziekenhuis) te koppelen, maar deze stromen consequent transmuraal te benaderen.

6 Kwantificering patiëntenstromen

Harde cijfers over de omvang van de verschillend stromen zijn niet voorhanden. Een paar gegevens uit praktijk en literatuur:

- vuistregel is: 80% = routine (lees: planbaar); 20% = bijzonder;
- 40 % van de ziekenhuispopulatie is chronisch ziek;
- 61% van de chronisch zieken heeft jaarlijks contact met de medisch specialist;
- 90 % van alle patiënten die de huisarts verwijst, is goed te helpen in 'decentrale ziekenhuizen'. D.w.z. het gaat om snelle diagnostiek en behandeling van 'gewone' klachten. (Positioneringsnota, 2000);
- Gegevens over diseasemanagement in de VS (PCS Health Systems; cijfers via STG):
 - . 70% = weinig intensieve interventies
 - . 20% = gemiddeld intensieve interventies
 - . 9 % = intensieve inteventies
 - . 1% = casemanagement.

Deel 5

Beleidskader medisch-specialistische zorg

1 Inleiding

Dit deel van het dossier biedt een overzicht van het beleidskader voor medisch-specialistische zorg. Het is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel (hoofdstuk twee) wordt de door het kabinet gedragen visie op medisch-specialistische zorg beschreven en de algemene beleidslijn die daaruit volgt. In het volgende deel wordt voor een aantal te onderscheiden beleidsthema's een tweeslag gemaakt: een beschrijving van het voorgenomen beleid, gevolgd door een weergave van het ingezette beleid. Tenslotte volgt in het laatste deel een toetsing van het ingezette beleid.

De toetsing vindt plaats aan de hand van de algemene doelstellingen die het ministerie van VWS nastreeft met haar beleid ten aanzien van medisch-specialistische zorg, namelijk:

- Zorg op maat, die van goede kwaliteit is
- Deregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden (en bevoegdheden?)
- Verhoging doelmatigheid door middel van (introductie dan wel uitbreiding) van marktwerking.

2 Visie als vertrekpunt voor beleid

2.1 Visie op medisch-specialistische zorg

In het rapport *Het ziekenhuis: a human enterprise?* presenteert de minister van VWS haar visie op ziekenhuis(gerelateerde), ofwel medisch-specialistische zorg. Deze visie laat zich als volgt schetsen.

"De sturingsverantwoordelijkheid voor ziekenhuis(gerelateerde) zorg ligt primair bij de veldpartijen in de regionale situatie. Eén verzekeraar heeft in deze regionale setting een coördinerende rol. Het zorgaanbod is regionaal georganiseerd en afgestemd op de in de regio aanwezige

doelgroepen. Binnen het aanbod worden voldoende prikkels aangebracht om doelmatig te werken. De overheid blijft verantwoordelijk voor het vaststellen van de kaders en de grote lijnen op financieel en inhoudelijk gebied. Het accent wordt echter verlegd van planning vooraf naar toetsing achteraf.

De zorg wordt geïntegreerd aangeboden in enerzijds een regionaal netwerk en anderzijds in een interdisciplinair, rond zorgprocessen georganiseerd, medisch-specialistisch bedrijf. De zorg wordt op maat aangeboden, waar dit kan zo dicht mogelijk bij de woon/werk-omgeving van de patiënt door:

- deconcentratie van activiteiten rondom een ziekenhuiskern waar de hoog technologische en kapitaalintensieve infrastructuur voorhanden is
- substitutie van intra- naar trans- en extramuraal
- verschuiving van klinisch naar poliklinisch

De aangeboden zorg is van goede kwaliteit en de toegankelijkheid tot essentiële zorg (het tweede compartiment) wordt via solidariteit gegarandeerd.

Transparantie in de zorg is nodig, zowel vanwege het realiseren van samenhang en continuïteit in de zorg als vanwege verantwoording van het gepresteerde naar overheid en samenleving toe. De aanwezigheid en toepassing van moderne communicatie- en informatietechnologie is een belangrijke voorwaarde voor transparantie."

2.2 Algemene beleidslijn

De door het kabinet gedragen visie op ziekenhuis(gerelateerde) zorg leidt tot de volgende algemene beleidslijn:

- Er wordt gekozen voor een nieuwe bestuurlijke aanpak: de overheid stelt een financieel en zorginhoudelijk meerjarig kader vast en maakt vervolgens meerjarenafspraken met de deelsectoren.
- Binnen dit kader maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders op regionaal niveau prestatieafspraken over het zorgvolume. De verzekeraar met het grootste marktaandeel neemt de regiefunctie op zich en start een regionaal proces waarbij een visie wordt ontwikkeld rond capaciteit, taakverdeling en concentratie. Het ziekenhuis is een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf dat als maatschappelijke onderneming functioneert in een

- regionale situatie. Dit bedrijf organiseert in nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio zorgprocessen, zodat de zorgketen rond deze processen op een efficiënte, effectieve, doelmatige en cliëntvriendelijke wijze wordt ingevuld. Risicodragende zorgverzekeraars bewaken de afgesproken budgetten.
- De overheid faciliteert waar nodig de regionale processen en entameert de zelfsturing binnen de regionale situatie. Belemmeringen om zorg te deconcentreren, te verschuiven van intra- naar extramuraal en van klinisch naar poliklinisch worden aangepakt.
 - De consument dient inzicht te krijgen in de prestaties en het aanbod van een zorginstelling respectievelijk verzekeraar, zodat hij beter gefundeerde keuzen kan maken.

Uit deze algemene beleidslijn volgt dat de regelende taak van de overheid zich tot de volgende beleidsaspecten zal beperken:

- a. zorgaanspraken, omvang lasten en bekostiging eerste en tweede compartiment;
- b. vaststellen van de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen alsmede de budgetteringssystematiek voor zorgverzekeraars;
- c. het opstellen van kaders c.q. spelregels voor het regionale spel;
- d. grootschalige infrastructurele capaciteitsbeslissingen;
- e. topklinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde;
- f. opleiding en onderzoek;
- g. kwaliteit en doelmatigheid;
- h. het organiseren van een informatiesysteem.

3 Het beleid ter zake: van voornemen naar implementatie?

3.1 Bekostiging en bedrijfsvoering

Voorgenomen beleid

De Minister ziet als gewenste eindsituatie van het bekostigingsmodel voor ziekenhuizen een volledige integratie van medisch-specialisten in het ziekenhuisbedrijf en een grotere verantwoordelijkheid van ziekenfondsen voor een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg.

Op weg naar de gewenste eindsituatie zijn de volgende vier

stappen voorzien:

1. Ontwikkeling van een systeem van producttypering om tot reële integrale kostprijzen te kunnen komen.
2. Modernisering van de financiering van ziekenhuizen, waarbij uiteindelijk slechts voor het vaste deel van de ziekenhuisbudgetten (kapitaallasten, topreferentiezorg en opleidingen) een budget blijft bestaan. Het overige gedeelte van de begroting van het ziekenhuis zal worden bepaald door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars over volume en prijs van diagnose-behandelcombinaties (dbc's).
3. Integratie van de kosten van medisch-specialistische hulp in het ziekenhuisbudget op geleide van de nog te ontwikkelen productieparameters in termen van dbc's.
4. Afstemmen van de ziekenhuisfinanciering met de ziekenfondsbudgettering in die zin dat verzekeraars meer risico gaan dragen voor die onderdelen van de ziekenhuiskosten waarop zij invloed kunnen uitoefenen.

Ingezet beleid

1. Ontwikkeling systeem producttypering

VWS subsidieert een gezamenlijk project van de NVZ, vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Orde van Medisch-specialisten (OMS) om te komen tot een systeem van producttyperingen (op basis van diagnose-behandelcombinaties). Wegens de trage voortgang van het project hebben partijen in het najaarsakkoord Meerjarenafspraken vastgelegd ernaar te streven om uiterlijk in 2003 alle zorg in dbc's te hebben omschreven.

2. Modernisering financiering ziekenhuizen

In het kader van het moderniseringstraject is aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) gevraagd een onderzoek te doen naar de kostenstructuur van ziekenhuizen, zoals dat ook gedaan is voor de academische ziekenhuizen. Inmiddels wordt voor de academische ziekenhuizen gewerkt aan de invoering van de uitkomsten van dat onderzoek, hetgeen inmiddels geleid heeft tot de introductie van een functiegericht budgetteringsmodel. Daarmee sluiten de academische ziekenhuizen aan op de systematiek zoals die voor algemene ziekenhuizen geldt.

3. Integratie kosten medisch-specialistische hulp in ziekenhuisbudget

Per 1 februari 2000 is de zogenoemde Integratiewet (Wet van

24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege het ziekenhuis; Stb. 1999, 16), in werking getreden Deze wet voegt de voorheen in de ZFW apart geregelde aanspraak op niet-klinische genees-, heel- en verloskundige zorg, te verlenen door een medisch-specialist, en de aanspraak op klinische medisch-specialistische hulp samen tot één aanspraak (thans geïntegreerde verstrekking genoemd). Consequentie hiervan is dat ziekenfondsen geen zorgovereenkomsten meer sluiten met vrijgevestigde medisch-specialisten, voor zover zij hun beroep in het ziekenhuis of in de ziekenhuisorganisatie uitvoeren. Het ziekenfonds sluit overeenkomsten met de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie.

Overigens blijft de aanspraak op medisch-specialistische zorg die niet verleend wordt in het kader van een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie (er wordt op geen enkele wijze gebruikgemaakt van ziekenhuisfaciliteiten) apart bestaan. Als een ziekenfonds met een medisch-specialist een medewerkersovereenkomst, sluit kan die overeenkomst alleen betrekking hebben op deze zorg. Het is aan het ziekenfonds om te beslissen of hij naast overeenkomsten met de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie nog behoefte heeft aan zorgovereenkomsten daarbuiten; het ziekenfonds is niet verplicht om overeenkomsten met individuele beroepsbeoefenaren te sluiten.

De overgang naar de geïntegreerde verstrekking gaat in de praktijk gepaard met de nodige strubbelingen. De oorzaak hiervan is gelegen in onzekerheid die heeft bestaan over het model van een toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Inmiddels is overigens een akkoord bereikt tussen de besturen van de Orde van medisch specialisten en de NVZ over een nieuwe modeltoelatingsovereenkomst, waaraan het document medische staf is gekoppeld (MTO/DMS); in juni 2000 geeft ook de algemene ledenvergadering van de Orde haar goedkeuring aan de modeltoelatingsovereenkomst.

Anders dan in de meeste algemene ziekenhuizen zijn de medisch-specialisten in de academische ziekenhuizen in loondienst. In deze ziekenhuizen is derhalve reeds sprake van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In het kader van het moderniseringstraject speelt ook het vraagstuk van de honorering en goodwill van medisch-

specialisten. Aan het CTG is gevraagd tot een uurhonorarium te komen voor medisch-specialisten en een stappenplan daartoe. Daarnaast worden stappen ondernomen om de goodwillproblematiek af te bouwen. Enkele ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid met een experiment te starten om een goodwill vrije situatie in hun organisatie te creëren. Aan de hand van deze experimenten wordt in de loop van 2000 met betrokken partijen de verdere aanpak bezien als element van het totale beleid inzake de honorering.

4. Afstemmen van ziekenhuisfinanciering met ziekenfondsbudgettering

In afwachting van de modernisering van de ziekenhuisfinanciering worden enkele (tijdelijke) maatregelen genomen om de grootste problemen in de afstemming het hoofd te bieden. Deze maatregelen bestaan uit technische aanpassingen van het splitsingsmodel, dat sinds 1996 gehanteerd wordt ter berekening van het budget van ziekenfondsen.

3.2 Infrastructuur

Voorgenomen beleid

Het beleid met betrekking tot de bouw van ziekenhuizen is gericht op een reductie van de totale (bedden)capaciteit, op het deconcentreren van relatief eenvoudige ziekenhuiszorg en het concentreren van de meer complexe zorg en op het totstandbrengen van een regionaal zorgnetwerk. In bouwtermen gesproken betekent dit dat ziekenhuisgebouwen flexibel moeten zijn.

Ook voor de bouw van ziekenhuisvoorzieningen geldt dat er een grotere verantwoordelijkheid bij de ziekenhuisbesturen wordt gelegd. Ingeval van vergunningplichtige bouw is het voornemen om in de toekomst niet meer een investeringsbudget vast te stellen, maar een exploitatiebudget. Met het beschikbare exploitatiebudget zal het ziekenhuisbestuur zelf vorm moeten geven aan het ziekenhuis van de 21ste eeuw. Wel gelden daarbij enkele randvoorwaarden: een door de regio gedragen visie omtrent taak en functie die het ziekenhuis zal vervullen, een flexibele opzet, reductie van capaciteit bij vervangende nieuwbouw, bouwkundige structurering rond zorgprocessen, verplechting met het zorgaanbod van andere zorgaanbieders en inbedding van investeringen in ICT in de planontwikkeling van het

ziekenhuisgebouw.

Ingezet beleid

De vigerende bouwwet, de WZV, dateert van 1971. De WZV is van toepassing op intramurale zorginstellingen; sinds 1991 is ze ook van toepassing op academische ziekenhuizen. Op grond van deze wet is het verboden te bouwen zonder vergunning. Voordat vergunning wordt verleend is een verklaring van behoefte nodig. Deze wordt, volgens de wet, getoetst aan provinciale plannen. Omdat deze plannen niet of nauwelijks zijn opgesteld, zijn tal van beleidsregels uitgevaardigd, die hun wettelijke basis vinden in artikel 3 van de WZV. Deze beleidsregels zijn zeer gedetailleerd en hebben, wat de structurering van de ziekenhuissector betreft, betrekking op: schaalgrootte, samenhang, verdeling van functies en bedden, normen voor nieuwbouw, renovatie en sloop. Na afgifte van een verklaring volgt doorgaans uiteindelijk afgifte van een vergunning. In het hele traject wordt niet getoetst op beschikbaarheid van financiële middelen (exploitatiekostenplafond). Daarom is een systeem van bouwprioritering door de Minister vastgesteld: dit geeft voor vier jaar aan welke bouwinitiatieven uitgevoerd mogen worden. Deze lijst komt tot stand mede op basis van adviezen van provincie en zorgverzekeraars.

Vanaf begin jaren '90 ontstaat er drang (vanuit het veld) tot deregulering van de bouwwet. Op dat moment was al een Meldingsregeling van kracht, die inhield dat geen vergunning vereist was voor verbouwing of uitbreiding waarvan de kosten niet uitstegen boven een bepaald bedrag. In 1996 werd deze regeling uitgebreid door de verantwoordelijkheid voor instandhoudingsbouw geheel over te dragen aan de instellingen (Meldingsregeling nieuwe stijl). Daartoe vindt geormerkte budgetopbouw plaats. Verdere deregulering was voorzien in het wetsvoorstel Bouwbeheersing zorginstellingen; dat voorstel heeft de eindstreep echter niet bereikt.

Thans ligt een nieuw voorstel ter advisering voor aan diverse uitvoeringsorganen: Het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen. Daarin wordt het plan als spil van het sturingssysteem vervangen door de zorgvisie (waarin de minister een overzicht geeft voor de volle breedte van de sector van benodigde infrastructuur en het bedrag dat daarvoor beschikbaar is) en de regiovisie (waarin de provincie op basis van adviezen van partijen in de regio de zorgvisie uitwerkt voor de betreffende regio). De wet zal van toepassing

zijn op alle zorginstellingen (zowel intra- als extramurale voorzieningen) en combineert twee elementen: de toelating van instellingen (thans op basis van ZFW en AWBZ) en vergunningverlening voor bouw. Er wordt dan ook gesproken over een 'exploitatietoestemming'. Deze toestemming geeft de bandbreedte van de exploitatie aan en kan ook capaciteiten aangeven. De contracteerverplichting voor zorgaanbieders (zoals geregeld in ZFW en AWBZ) blijft met dit voorstel ongewijzigd.

Elke instelling die zorg wil bieden uit hoofde van de ZFW/AWBZ moet daarvoor een exploitatietoestemming hebben van de Minister, respectievelijk het College voor zorgverzekeringen. Op aanvragen van een instelling voor een exploitatietoestemming waarbij het gaat om bouw (nieuwbouw, ingebruikneming, bouwkundige ingrepen voor instandhoudingsbouw) beslist de Minister, waarbij afwijzen mogelijk is op basis van prestatie-eisen en op basis van exploitatiegevolgen die zouden leiden tot overschrijding van het in de zorgvisie aangegeven totaalbudget. Net als in de WZV zal voor de instandhoudingsbouw de verantwoordelijkheid geheel bij de instelling worden gelegd, tenzij de geraamde kosten de beschikbare budgetruimte te boven gaan. Dan zal de Minister de beslisbevoegdheid houden. Op aanvragen van een instelling voor een exploitatietoestemming waarbij geen sprake is van bouw, beslist het Cvz. Ook hier kan afwijzing plaatsvinden indien de exploitatie tot overschrijding van het macrobudget zou kunnen leiden. Voor bouw waarvoor de minister exploitatietoestemming heeft gegeven, is een vergunning van het College voor zorginstellingen nodig, dat beoordeelt aan de hand van opgestelde prestatie-eisen.

De Minister beoordeelt de aanvragen om een exploitatietoestemming waarbij bouw een rol speelt in onderlinge samenhang. De Minister beoordeelt allereerst of een initiatief past in de zorgvisie en of aan de prestatie-eisen wordt voldaan. Als dat zo is, beziet de Minister de projecten waarvoor een aanvraag is ingediend in onderling verband om aan de hand van de prioriteitscriteria de mogelijkheid en volgorde van realisatie vast te stellen. In de volgorde die hieruit voortvloeit, worden de projecten op een lijst gezet (het bouwprogramma) tot de som van de afzonderlijke projecten de voor het programma beschikbare financiële ruimte heeft bereikt. Voor het verlenen van toestemming raadpleegt de Minister de provincies.

3.3 Positionering aanbieders medisch specialistische zorg

Voorgenomen beleid

Wat de plaats van de verschillende aanbieders van medisch-specialistische zorg in het bestel betreft streeft de overheid samenhang tussen de ziekenhuizen na in een sector die piramidaal van opbouw is. Relatief eenvoudige zorg in alle ziekenhuizen, meer complexe zorg geconcentreerd in grotere algemene en academische ziekenhuizen, last resort functie voor academische ziekenhuizen. Met het oog op de toegankelijkheid van patiënten tot alle vormen van zorg (van eenvoudig tot zeer complex) zijn afspraken over onder andere verwijzing en samenwerking noodzakelijk. Zelfstandige behandelcentra kunnen een functie in het bestel hebben wanneer ze bijdragen aan de oplossing van wachtlijstproblemen.

Ingezet beleid

Op grond van de beleidsregels ex WZV beschikt ieder ziekenhuis minimaal over een vastgesteld aantal specialismen. Ieder ziekenhuis vervult dan ook de functie van aanbieder van reguliere patiëntenzorg.

Met de inwerkingtreding van de Regeling zelfstandige behandelcentra zijn zelfstandige behandelcentra onder de werkingssfeer van de WZV gebracht. In beginsel kunnen ook zij derhalve reguliere patiëntenzorg aanbieden. Om een vergunning te kunnen ontvangen, moeten zij aan bepaalde criteria voldoen: een gestructureerde samenwerking met een nabij gelegen ziekenhuis voor opvang/nabehandeling, het moet gaan om zorg waarvoor in het betreffende gebied aanzienlijke wachtlijsten bestaan, het behandelcentrum moet bijdragen aan de verkorting van die wachtlijsten, er moeten duidelijke commitments zijn van betrokken lokale partijen en de juridische structuur moet duidelijk zijn.

De Wet op de bijzondere medische verrichtingen, WBMV, biedt de overheid een instrumentarium om topklinische zorg in enkele centra te concentreren. Bij de besluitvorming daarover zijn behalve het ministerie van VWS ook de verzekeraars en de ziekenhuizen betrokken. Het grootste deel van de topklinische functies is geconcentreerd in de academische ziekenhuizen.

	Aantal ziekenhuizen	Aantal artikel 18-functies	Gemiddeld aantal artikel 18-functies
Academische ziekenhuizen	8	86	10,7
Algemene ziekenhuizen	65	100	1,5

Bron: NZi, 1996, Topklinische zorg in getallen

De topreferentiefunctie is in de praktijk voorbehouden aan academische ziekenhuizen: zij ontvangen er een geoormerkt bedrag voor.

De WBMV biedt de mogelijkheid om de functie ontwikkelingsgeneeskunde te stimuleren door middel van een financiële ondersteuning. De werkingssfeer van ontwikkelingsgeneeskunde is met deze wet verruimd van ziekenhuisvoorzieningen tot de praktijk van de gezondheidszorg in zijn geheel. Subsidie wordt echter alleen verstrekt wanneer een project wordt uitgevoerd door of in samenwerking met een academisch ziekenhuis, een universiteit of andere gelijkwaardige onderzoeksinstelling.

Op grond van de Wet op het hoger wetenschappelijk onderwijs (WHWO) hebben de academische ziekenhuizen ook een wettelijke taak als werkplaatsfunctie voor onderzoek en onderwijs en als opleidingsinstituut voor de opleiding tot medisch specialist. In de praktijk is het academisch ziekenhuis niet meer de exclusieve werkplaats voor de medische opleiding; een belangrijk deel van de co-assistenten vindt plaats in geaffilieerde ziekenhuizen. Vooral de grotere ziekenhuizen nemen ook een belangrijk aandeel voor hun rekening in de opleiding van medisch specialisten (vaak in samenwerking met academische ziekenhuizen).

Tenslotte behoort ook tot het ingezette beleid de zogenoemde fusiebonus: fuserende ziekenhuizen ontvangen een bonus (variërend van f 5 miljoen tot f 10 miljoen gulden) omdat zij overwegend zwaardere patiënten te behandelen krijgen.

3.4 Opleiding

Voorgenomen beleid

Kort gezegd is het voornemen: de benodigde

opleidingscapaciteit op peil te houden en waar nodig uit te breiden, teneinde de kwaliteit van medisch-specialistische zorg voor de toekomst voldoende te waarborgen en te voldoen aan de toenemende zorgvraag.

Ingezet beleid

Om de capaciteit adequaat te kunnen sturen is per 1 januari 1999 een onafhankelijk Capaciteitsorgaan ingesteld. Dit orgaan zal jaarlijks een capaciteitsplan opstellen voor onder meer het aantal benodigde medisch specialisten. Daarnaast zijn vanaf 2000 extra middelen gereserveerd voor extra opleidingsplaatsen.

3.5 Kwaliteit en toegankelijkheid

Voorgenomen beleid

Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor de feitelijke kwaliteit van zorg berust bij de veldpartijen. De bemoeienis van de overheid met de kwaliteit van zorg dient derhalve beperkt te blijven tot het scheppen van randvoorwaarden en het houden van toezicht op de geleverde zorg.

De overheid heeft daarnaast een (grondwettelijke) taak de toegankelijkheid van de (noodzakelijke) gezondheidszorg voor een ieder te waarborgen. In dat kader is het streven erop gericht om bestaande wachtlijsten in de zorg weg te werken tot een niveau van 'aanvaardbare wachttijden'.

Ingezet beleid

Kwaliteit

De overheid concentreert zich met name op wetgevende activiteiten om op elementair niveau de kwaliteit van zorg te garanderen. Dat leidde voor de zorgaanbieders tot de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) (1993), gefaseerd ingevoerd per 1 januari 1998. Voor de patiënten en consumenten leidde dat tot de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Beide wetten zijn in 1995 in werking getreden. In 1996 werd daaraan toegevoegd de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ).

Kwaliteitswet zorginstellingen	Verplicht alle zorginstellingen tot het aanbieden van ‘verantwoorde zorg’ en tot het afleggen van verantwoording over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar jaarverslag.
De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	Doelstelling van de wet is bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en de bescherming van de patiënt tegen ondeskundig handelen van beroepsbeoefenaren.
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, Wet klachtrecht en Wet medezeggenschap cliënten zorgsector	Bieden patiënten en consumenten(organisaties) mogelijkheden om meer invloed uit te oefenen op het beleid betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid in de zorgsector.

Met deze wetten schept de overheid voorwaarden voor zorginstellingen en beroepsbeoefenaren voor zelfregulering.

Daarnaast geeft de overheid financiële steun aan de ontwikkeling en versterking van het kwaliteitsbeleid binnen de verschillende beroepsgroepen en koepelorganisaties, vooral met het oog op de ontwikkeling en implementatie van diagnostische- en behandelingsprotocollen. Tevens heeft ze middelen uitgetrokken om onafhankelijke externe beoordeling te stimuleren. Hiertoe is in 1995 de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ) opgericht.

Toegankelijkheid

Om een inhaalslag te maken heeft de overheid in 1997 incidenteel vijftig miljoen gulden extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van wachtlijsten. Dit geld is verdeeld op basis van de beoordeling van ingediende projecten van zorginstellingen. Een speciale Wachtlijstbrigade volgt de bestedingen en beziet de ontwikkeling van de wachtlijsten. Later is nog eens in totaliteit 105 miljoen gulden extra beschikbaar gesteld. Voor de verdeling van de extra middelen hebben alle betrokken partijen (ziekenhuizen, verzekeraars, werkgevers- en werknemersorganisaties, patiënten en

specialisten) begin maart 1998 een gezamenlijk plan van aanpak geformuleerd.

Naast deze incidentele extra gelden heeft de overheid een meer structureel beleid in ontwikkeling. Dit bestaat uit de volgende componenten:

- De wachtlijstregistratie wordt verbeterd.
- Aan ziekenhuizen die geen wachtlijsten hebben worden incentives gegeven in plaats van het via extra geld in feite geven van incentives voor het wel hebben van wachtlijsten. In de ziekenhuissector zijn daartoe bijvoorbeeld verruimde mogelijkheden gecreëerd voor het maken van productieafspraken voor de materiële kosten van cataract-, totale knie- en heupoperaties. Ook bedrijfstijdverlenging zal worden bezien.
- Voor arbeidsgerelateerde aandoeningen wil de overheid de in de zorgsector beschikbare expertise vergroten via kenniscentra voor dergelijke aandoeningen. Ook moet de samenwerking tussen behandelende artsen en Arbo-diensten beter worden, zowel op het somatische als op het psychische vlak. De minister wil wel graag aandoeningsgerichte zorg bevorderen, maar niet bedrijfsgerelateerde zorgverlening.

4 Toetsing beleidskader (medisch)-specialistische zorg

4.1 Bekostiging en bedrijfsvoering

Eén van de doelstellingen van het beleid inzake de bekostiging en bedrijfsvoering van medisch-specialistische zorg is dat de overheid de financiële kaders schept en dat het veld meer verantwoordelijkheden krijgt. Het beleid dat daartoe ingezet wordt, bestaat uit vier stappen. Wat opvalt is dat deze stappen sterk met elkaar samenhangen in die zin dat een volgende stap niet genomen kan worden voordat de eerdere is gezet. De trage voortgang in het ontwikkelen van een systeem van producttypering - de eerste stap - is er debet aan dat het totaal van de voorgenomen beleidsmaatregelen op dit vlak niet slagvaardig is te noemen.

Bovendien leidt dit tot interne inconsistentie. Er blijkt een discrepantie tussen het voorgenomen beleid en het beleid dat ingezet wordt. Omdat het huidige bekostigingsmodel niet meer aansluit bij ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg

en een nieuw bekostigingsmodel nog niet ontwikkeld is, ziet de overheid zich genoodzaakt tot het nemen van vele - soms gedetailleerde - overgangsregelingen om de grootste knelpunten het hoofd te bieden, waaronder:

- lokale initiatieven: vaststelling van het honorariumbudget op het niveau van het ziekenhuis;
- lumpsum financiering: aanneemsommen voor ziekenhuizen;
- beleidsmaatregel zorgvernieuwing: mogelijkheid om productieafspraken over zorgvernieuwing te maken;
- beleidsmaatregel ziekenhuisverplaatste zorg: mogelijkheid voor ziekenhuizen om bij ziekenfondsverzekerden thuis zorg te verlenen zonder dat dit leidt tot verlaging van het budget;
- flexizorg regeling: mogelijkheid om verzekerden vervangende hulp, dat wil zeggen alternatieven in de transmurale sfeer, die niet onder de wettelijke omschrijving van aanspraken vallen, aan te bieden
- regeling coördinatie en organisatiekosten zorgvernieuwing: mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden de kosten van bijvoorbeeld een projectcoördinator transmurale zorg te financieren;
- beleidsregels inzake aanvullende inkomsten;
- incidentele regelingen, zoals de wachtlijstgelden.

Deze intensieve beleidsaandacht voor aanpassingen van het bestaande, niet meer op de praktijk toegesneden, bekostigingsmodel staat haaks op de doelstelling deregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden (en bevoegdheden).

Hoewel de vele overgangsmaatregelen vaak in het teken staan van het bevorderen van zorg op maat blijken ze in de praktijk toch niet altijd even doeltreffend te werken. Zo werd van de flexizorgregeling nauwelijks gebruik gemaakt door de bureaucratie die met de toepassing van de regeling gepaard ging. Dit leidde vervolgens weer tot aanpassingen en nadere verfijningen van de regeling. Al met al lijkt dit aan te tonen dat het niet fundamenteel aanpakken van de financieringsgrondslagen en het in plaats daarvan 'toevlucht nemen' tot aanpassingen van onderdelen van het bekostigingssysteem het leveren van zorg op maat frustreert.

Met de inwerkingtreding van de Integratiewet is de integratie van de kosten van medisch-specialistische hulp in het ziekenhuisbudget (althans formeel) gerealiseerd. Vraag is echter in hoeverre deze integratie bijdraagt aan zorg op maat.

De wet heeft primair financiële integratie op het oog; als afgeleide wordt verondersteld dat deze integratie zal leiden tot meer samenhang in de zorg binnen de ziekenhuizen. Niet goed valt te zien waarop die veronderstelling berust: het totstandkomen van multidisciplinaire vormen van samenwerking binnen ziekenhuizen lijkt meer te worden ingegeven door cultuur en intermenselijke verhoudingen dan door integratie van budgetten.

Vanuit een oogpunt van zorg op maat is een winstpunt van de wet wel dat ze meer openingen biedt voor het verlenen van transmurale zorg, aangezien de aanspraak op medisch-specialistische zorg in deze wet geformuleerd is als 'zorg verleend door of vanwege het ziekenhuis'.

Het beoogde nieuwe bekostigingsmodel voor geïntegreerde medisch-specialistische bedrijven, waarin uitsluitend voor de vaste kosten een budget blijft bestaan en voor het overige onderhandeld kan worden op basis van een systeem van reële kostprijzen, biedt openingen voor meer marktwerking. Wel veronderstelt dit model dat verschillende wettelijke regelingen worden aangepast, waaronder met name de Wet tarieven gezondheidszorg.

Het valt te betwijfelen of de (financiële) integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie bijdraagt tot meer marktwerking; het tegendeel lijkt het geval. Er resteert slechts één contractpartner voor de zorgverzekeraar, die bovendien een contracteerverplichting jegens die partner heeft.

4.2 Infrastructuur

Het meest opvallende aan het beleid met betrekking tot de bouw van instellingen is dat er enerzijds sprake is van een deregulerings-tendens die stap voor stap gerealiseerd wordt, terwijl anderzijds zeer gedetailleerde regelingen worden getroffen in de vorm van beleidsregels ex artikel 3 WZV. Deze beleidsregels worden eenzijdig vastgesteld en onttrekken zich voor een groot deel aan de waarneming, terwijl ze dermate minutieus zijn dat daarmee in de praktijk in vergaande mate gestuurd kan worden.

Overigens is de inzetbaarheid van deze maatregelen zeer beperkt: ze spelen een rol wanneer sprake is van bouwinitiatieven. Binnen tien jaar na ingebruikname of

ingrijpende renovatie is aan bouw geen behoefte. Renovatie van een ziekenhuis is over het algemeen voor het eerst twintig jaar na ingebruikname nodig; een tweede renovatie vijftien jaar na de eerste. Hiervan uitgaande is vervangende nieuwbouw op zijn vroegst vijftig jaar na ingebruikname aan de orde. Deze geringe inzetbaarheid maakt de beleidsregels minder geschikt als sturingsinstrument om meer zorg op maat te bewerkstelligen.

Het voorstel van de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) geeft partijen weliswaar de mogelijkheid aan te geven hoe het aanbod in de regio moet zijn (zoals die mogelijkheid in beginsel ook bestond op grond van de WZV-provinciale plannen), maar de regiovisie heeft geen bindende rechtskracht, noch voor de Minister bij het opstellen van de zorgnota, noch voor partijen zelf.

Verder is opvallend dat in het wetsvoorstel ook de mogelijkheid is voorzien dat de Minister nadere beleidsregels vaststelt, die in gedetailleerdheid kunnen overeenkomen met de huidige beleidsregels ex artikel 3 WZV. Ook overigens is onduidelijk in hoeverre dit wetsvoorstel meer verantwoordelijkheden delegeert aan de veldpartijen. Een toestemming (vergunning en toelating) blijft nog steeds vereist. Wellicht biedt de bandbreedte van de exploitatietoestemming iets meer substitutiemogelijkheden voor de instellingen, maar onzeker is nog wat die bandbreedte precies inhoudt. De WEZ biedt zeker niet de voltooiing van het dereguleringstraject.

De mogelijkheid om zorginstellingen te bouwen en zorg te mogen leveren uit het eerste en/of tweede compartiment blijft - ook na (eventuele) inwerkingtreding van de WEZ - afhankelijk van toestemming. Als die toestemming er eenmaal is, bestaat voor de inkopers van zorg een contracteerplicht. Daarmee wordt (meer) marktwerking zeker niet bevorderd.

Uit het voorgaande punt volgt dat teneinde meer marktwerking mogelijk te maken, de bestaande contracteerplicht losgelaten dient te worden. De contracteerplicht en de koppeling met de toelating zijn beide bedoeld om te waarborgen dat de (kostbare) met publieke middelen bekostigde infrastructuur daadwerkelijk en optimaal wordt benut. Het opheffen van de contracteerplicht betekent dan ook onvermijdelijk dat tevens het systeem van toelating ter discussie gesteld moet worden.

Ook vanuit Europees mededingingsrechtelijk perspectief is de

verplichting om met Nederlandse zorginstellingen te contracteren dubieus. Het beschermt de nationale aanbieders van zorg tegen aanbieders vanuit het buitenland. Buitenlandse aanbieders kunnen geen beroep doen op de contracteerplicht, tenzij de bevolking in een bepaald Nederlands gebied regelmatig gebruik maakt van deze buitenlandse voorziening. Voor buitenlandse aanbieders geldt derhalve een voorwaarde om een beroep op de contracteerplicht te doen, terwijl Nederlandse aanbieders zich er zonder meer op kunnen beroepen. Daar komt nog bij dat het voor buitenlandse aanbieders moeilijk is om aan de gestelde voorwaarde te voldoen, omdat Nederlandse inwoners pas gebruik kunnen maken van buitenlandse voorzieningen wanneer zij daarvoor toestemming hebben verkregen van hun zorgverzekeraar. (P.M.: dit punt heeft niet primair betrekking op het beleid ten aanzien van bouw, maar hangt daar wel nauw mee samen).

4.3 Positionering aanbieders medisch-specialistische zorg

Alle ziekenhuizen leveren reguliere patiëntenzorg; vanuit een oogpunt van zorg op maat, en met name het bereikbaarheidsaspect daarvan, is dat een pluspunt. Deze zorg is op relatief korte afstand van de woon-/werk omgeving van de patiënt te bereiken.

Bij de verdeling van topklinische functies spelen betrokken partijen een rol, maar de beslissende stem is van de Minister. Opvallend is dat de topklinische zorg vooral geconcentreerd is in academische ziekenhuizen: zij beschikken over vrijwel alle aangewezen topklinische functies, terwijl grotere algemene ziekenhuizen één of enkele topklinische functies in huis hebben. Vanuit de optiek van zorg op maat zou de spreiding evenwichtiger kunnen zijn over academische en algemene ziekenhuizen. Dat zou bovendien de (snellere) verspreiding van kennis ten goede komen.

Topreferente zorg is niet in concreet medisch handelen te definiëren. Het gaat om zorg waarvoor zeer gespecialiseerde kennis en kunde vereist is. Topreferente zorg is 'last resort' zorg. Academische ziekenhuizen ontvangen er een apart budget voor. Bijzonder is dat topreferente zorg in wezen niet iets bijzonders is: kleine algemene ziekenhuizen verwijzen soms door naar grotere algemene ziekenhuizen, omdat daar meer of de juiste infrastructuur (apparatuur en personeel)

voorhanden is; grotere algemene ziekenhuizen verwijzen om dezelfde reden soms door naar academische ziekenhuizen. Bijzonder is wel dat voor de topreferentiefunctie van academische ziekenhuizen een apart budget wordt toegekend, terwijl aan de subtopreferentiefunctie van grotere algemene ziekenhuizen een dergelijke consequentie niet is verbonden.

Vanuit een oogpunt van zorg op maat (met name het continuïteitsaspect daarvan) kan de fusiebonus als een adequate maatregel gezien worden. In beginsel kunnen fusies tussen instellingen (horizontaal, maar vooral verticaal) bevorderend zijn voor het totstandkomen van zorgketens. Aan fusies kleven echter ook mogelijke bezwaren. Ze kunnen de keuzevrijheid beperken van:

- Patiënten/consumenten. Vraag is echter of dit niet genuanceerder ligt: om welke keuzemogelijkheden gaat het de patiënt nu eigenlijk? Horizontale fusies verminderen niet het aantal individuele aanbieders van medisch-specialistische zorg; de patiënt kan nog steeds kiezen uit hetzelfde aantal medisch specialisten. De keuze uit verschillende ziekenhuizen wordt door horizontale fusies in beginsel wel beperkt. Van verticale fusies (tussen bijvoorbeeld ziekenhuis, verpleeg-/verzorgingshuis) is voorshands niet duidelijk op welke manier deze de keuzevrijheid van patiënten beperken, tenzij de patiënt de mogelijkheid wordt onthouden om bij het overstappen van de ene schakel naar de andere schakel in het totale zorgproces voor bijvoorbeeld een ander verpleeghuis te kiezen dan het verpleeghuis dat deel uitmaakt van het gefuseerde concern.
- Verzekeraars. Een verzekeraar kan zijn beoogde rol alleen dan waarmaken wanneer hij in zijn contracteerbeleid kan kiezen uit meerdere aanbieders van medisch-specialistische zorg.

De WBMV biedt algemene en categorale ziekenhuizen in beginsel de ruimte om ontwikkelingsgeneeskundige projecten in te dienen en daarvoor subsidie te ontvangen. Wel is daarvoor een samenwerkingsverband met een academisch ziekenhuis, universiteit of gelijkwaardige instelling noodzakelijk. Op zichzelf lijkt dit een adequate maatregel met name om verspreiding van kennis (en daarmee zorg op maat) te bevorderen. Wellicht verdient het aanbeveling daaraan de mogelijkheid te koppelen dat deze instellingen dan ook kunnen dienen als werkplaats voor onderzoek en onderwijs. Deze functie is thans op grond van de WHWO voorbehouden aan

academische ziekenhuizen.

Afspraken over verdeling van functies kunnen kwetsbaar zijn in het licht van de (Europese) mededingingsregels.

Tenslotte

De overheid ziet het als haar verantwoordelijkheid om een informatiesysteem te organiseren. Opvallend is het ontbreken van beleid op dit gebied. Vanuit het streven naar zorg op maat, waaronder ook keuzevrijheid van patiënten is te scharen, is dat op zijn minst merkwaardig: wat heeft een patiënt aan keuzevrijheid (zo die al voldoende bestaat) wanneer hij geen of onvoldoende informatie kan krijgen over bestaande keuzemogelijkheden?

Deel 6

Europa en mededinging

De Nederlandse gezondheidszorg komt in toenemende mate onder invloed van Europees beleid. Dat beleid is onder meer gericht op gezondheidspreventie en –bescherming, onderzoek en onderwijs, convergentie van sociale zekerheidsstelsels en bevordering van de interne markt.

Het grensoverschrijdend patiëntenverkeer is met 0,2 procent van het totaal heel beperkt van omvang. Het doet zich vooral in de grensregio's voor. Dat zal waarschijnlijk zo blijven als bestaande belemmeringen wegvallen, zij het dat de omvang wat groter zal worden. Ook oefenen maar heel weinig zorgverleners hun beroep in andere lidstaten van de Europese Gemeenschap uit. Wel kan de toetreding van Midden- en Oost-Europese landen tot de Europese Gemeenschap voor een grotere migratiestroom zorgen. Dit zal invloed hebben op de beroepskrachtenplanning, de opleiding en de salariëring. Het grensoverschrijdend dienstenverkeer ondervindt beperkingen als gevolg van de nationale zorgstelsels. De omvang zal ongetwijfeld toenemen als die beperkingen wegvallen, wat kan leiden tot een verdere schaalvergroting bij de zorgverzekeraars en een grensoverschrijdende organisatie van gespecialiseerde delen van de gezondheidszorg. Alleen voor goederen als medicijnen en hulpmiddelen tekent zich een Europese markt af. Er zijn nog nationale barrières, maar het ontstaan van een Europese markt lijkt slechts een kwestie van tijd.

De voordelen van de Europese markt liggen vooral in de mogelijkheden die zij biedt om aan beperkingen in eigen land te ontkomen. Patiënten kunnen over de grens als er in eigen land wachtlijsten zijn. Verzekeraars kunnen bij schaars aanbod buitenlandse hulpverleners en instellingen inschakelen. Zorgverleners kunnen als ze in eigen land geen werk kunnen vinden naar een ander lid van de Europese Gemeenschap. Instellingen kunnen hun capaciteit vollediger benutten door patiënten uit andere lidstaten te behandelen. De gevolgen voor de kosten en de kwaliteit van de zorg lijken op de korte en de middellange termijn beperkt. Bij de capaciteitsplanning zal op langere termijn rekening moeten worden gehouden met aanbod aan de andere kant van de grens en typisch nationale

kwaliteitskenmerken zoals evidence-based werken, zullen zich op de markt moeten bewijzen (RVZ, 1999).

Gegeven de beperkte omvang van het grensoverschrijdend verkeer is voorlopig vooral aandacht nodig voor de doorwerking van de Europese mededingingsregels in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze regels zijn namelijk geïncorporeerd in de Nederlandse Mededingingswet en dus ook van toepassing wanneer er geen grensoverschrijdende elementen in de zorgactiviteiten te bekennen zijn.

De mededingingsregels zijn van toepassing op 'ondernemingen' en behelzen een verbod op misbruik van een economische machtspositie en een verbod op kartels dat wil zeggen op overeenkomsten, onderling afgestemde gedragingen en dergelijke, die de mededinging kunnen beperken.

In het beleid van het ministerie van VWS met betrekking tot medisch-specialistische zorg ligt sterk de nadruk op samenhang in de zorg. Die samenhang dient met name bereikt te worden door samenwerking tussen aanbieders van zorg: zowel verticaal, tussen verschillende zorgaanbieders (ketenvorming), als horizontaal - tussen gelijksoortige aanbieders, in casu aanbieders van medisch-specialistische zorg.

Samenhang en samenwerking tussen zorginstellingen is te stimuleren door middel van fusies (verticaal en horizontaal). Maar fusies kunnen ook leiden tot economische machtsposities, in het uiterste geval zelfs tot (regionale) monopolies. Terecht is dan ook de vraag of fusies tussen zorginstellingen niet op gespannen voet staan met de (Europese) mededingingsregels.

Hierbij is het van belang voorop te stellen dat het innemen van een economische machtspositie, zelfs in de meest ultieme vorm, op zichzelf niet verboden is; slechts het misbruik van zo'n positie is verboden. Voorbeelden van misbruik van een economische machtspositie zijn: het vragen van te hoge of discriminerende prijzen, het beperken van de productie, de afzet of technische ontwikkeling ten nadele van consumenten en het gebruiken van de economische machtspositie om afnemers te dwingen ook andere producten aan te schaffen (zogenaamde koppelverkoop). Met name het bedingen van te hoge prijzen levert vrijwel altijd misbruik van machtspositie op.

Gezien de huidige stringente regelgeving is niet goed voorstelbaar dat ziekenhuizen tot misbruik van hun (eventuele) machtspositie in staat zijn: volume en prijs van producten liggen vast. Wanneer (of zodra?) de regelgeving ziekenhuizen meer ruimte biedt om zich daadwerkelijk als ondernemers te gedragen, ligt misbruik meer voor de hand en daarmee tevens handelen in strijd met de mededingingsregels.

Wat hiervan ook zij, inmiddels huldigt het ministerie van VWS de opvatting dat fusering van zorginstellingen niet de meest geëigende manier is om de gewenste samenhang te bewerkstelligen. Als meest aangewezen middel om dit doel te bereiken wordt thans het maken van onderlinge afspraken en het vormen van samenwerkingsverbanden (anders dan door middel van fusie) gezien. Echter ook dit middel kan op gespannen voet staan met de mededingingsregels en wel met het kartelverbod. Betekent dit nu dat samenwerkingsovereenkomsten tussen aanbieders van zorg verboden zijn, zelfs wanneer samenwerking vanuit kwaliteitsoogpunt gewenst of zelfs noodzakelijk is?

Het is van belang voorop te stellen dat samenwerkingsovereenkomsten, en dergelijke uitsluitend onder het kartelverbod vallen, wanneer ze een merkbare beperking van de mededinging tot gevolg (kunnen) hebben. Dit betekent in de eerste plaats dat zogenoemde bagatelovereenkomsten (overeenkomsten tussen ondernemingen, waarvan de gezamenlijke omzet een bepaald drempelbedrag niet te boven gaat) niet verboden zijn. In de tweede plaats betekent dit dat samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders die louter strekken tot kwaliteitsverbetering in beginsel niet onder het kartelverbod vallen. Een voorbeeld hiervan is een overeenkomst tussen twee of meerdere zorgaanbieders tot het gezamenlijk ontwikkelen van protocollen en richtlijnen.

Twijfel over de toelaatbaarheid van samenwerkingsafspraken is er wel wanneer aan deze afspraken behalve kwaliteitsdoelstellingen tevens andere (dat wil zeggen: economische) overwegingen ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld: een huisarts sluit met één aanbieder van medisch-specialistische zorg een samenwerkingsovereenkomst, die hieruit bestaat dat de huisarts al zijn patiënten die daarvoor geïndiceerd zijn, verwijst naar deze aanbieder. De aanbieder op zijn beurt verplicht zich de toegangstijd voor deze patiënten tot maximaal twee weken te beperken en tevens tot adequate

en tijdige informatievoorziening aan de huisarts over het verloop van de behandeling.

Aan een dergelijke samenwerkingsovereenkomst liggen onmiskenbaar kwaliteitsdoelstellingen ten grondslag (waarborgen van continuïteit in de zorg). Vanuit economisch perspectief bezien is deze overeenkomst echter te kwalificeren als een marktverdelingsafpraak; als een afspraak die de mededinging kan beperken en derhalve in beginsel onder het kartelverbod valt.

(P.M.: een ander voorbeeld betreft het vestigingsbeleid van huisartsen, dat door de NMa onder de loep werd genomen. De LHV voerde in de procedure aan dat het vestigingsbeleid de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg dient, omdat het een evenwichtige spreiding van huisartsen over het land bewerkstelligt. De NMa oordeelde echter dat het vestigingsbeleid drempels opwierp voor nieuwe toetreders, omdat het vestigingsbeleid bepaald werd door de reeds gevestigde groep huisartsen.)

Afspraken die de mededinging kunnen beperken, kunnen onder bepaalde omstandigheden in aanmerking komen voor een vrijstelling of ontheffing van het kartelverbod. Overeenkomsten die daarvoor in aanmerking komen moeten aan de volgende criteria voldoen:

1. de afspraak moet bijdragen tot verbetering van de productie of distributie, dan wel een technische of economische vooruitgang opleveren;
2. de voordelen die voortvloeien uit de afspraken moeten voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;
3. de concurrentie mag niet verder worden beperkt dan strikt noodzakelijk is;
4. er moet in de markt voldoende concurrentie overblijven.

Van de mogelijkheid tot het verlenen van groepsvrijstellingen is inmiddels ruimschoots gebruik gemaakt.

- Op Europees niveau is onlangs (1 juni 2000) een vernieuwde verordening inzake een groepsvrijstelling voor verticale overeenkomsten toepasbaar geworden. Deze groepsvrijstelling werkt rechtstreeks door in de Nederlandse Mededingingswet. Als algemene regel wordt gesteld dat het kartelverbod niet geldt indien de betrokken ondernemingen een marktaandeel hebben dat lager ligt dan 30%.
- Naast deze groepsvrijstellingen gelden thans ook Europese groepsvrijstellingen voor onderzoek en

ontwikkeling, technologieoverdracht en voor specialisatie. Voor concurrentiebeperkende afspraken die niet onder één van de groepsvrijstellingen vallen kunnen ontheffingen worden verleend. Dan wordt per individueel geval bekeken of de betreffende overeenkomst voldoet aan de criteria, zoals hierboven geschetst.

Tenslotte is in de mededingingsregels nog voorzien in een uitzondering op het kartelverbod in verband met het vervullen van bijzondere taken. Overeenkomsten zijn uitgezonderd van het kartelverbod wanneer ze worden gesloten door een onderneming die bij wettelijk voorschrift of door een bestuursorgaan is belast met het beheer van 'diensten van algemeen economisch belang'. Deze uitzondering geldt alleen voor zover de toepassing van het kartelverbod de vervulling van deze bijzondere taak zou verhinderen. In de literatuur wordt wel verdedigd dat aanbieders van zorg - met name ziekenhuizen - belast zijn met de vervulling van zo'n bijzondere taak.

Conclusie

Onder de huidige nationale wet- en regelgeving leveren fusies tussen aanbieders van zorg niet snel strijd met de mededingingsregels. Naarmate deze regulering meer vrijheid van handelen laat aan zorgaanbieders, neemt de kans op misbruik van een economische machtspositie toe en daarmee ook een onverkorte toepassing van de mededingingsregels.

Samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders die de mededinging niet of nauwelijks kunnen beperken vallen niet onder het kartelverbod. Zelfs wanneer dergelijke afspraken wel een concurrentiebeperkend effect (kunnen) hebben zijn er mogelijkheden om vrijgesteld te worden van dit verbod.

Al met al sluiten samenwerking en mededinging elkaar niet uit.

Deel 7

Het 'alles in één ziekenhuis'

Een toekomstverkenning naar continuïteit en verandering van de specialistische zorg in ons land

Drs. P. Lems, Prismant

1 Inleiding

De minister van VWS heeft de RVZ gevraagd advies uit te brengen over de toekomst van de specialistische zorg in ons land. Die belangstelling voor het thema staat niet op zich. Op de drempel van de nieuwe eeuw is er internationaal belangstelling voor denkbeelden over verleden en toekomst van de ziekenhuis- en specialistische zorg. In 1999 is in een artikelenserie in het British Medical Journal (Henscher, et al. 1999; Posnett, 1999; Haycock, 1999; Dowie, 1999; Edwards, 1999) een schets gegeven van het ziekenhuis van de toekomst, geïnspireerd door ervaringen uit het verleden. In 1999 rondde PriceWaterhouseCoopers een studie af onder de titel 'Healthcast 2010' waarin voorspellingen worden gedaan over de ontwikkelingen in de zorgindustrie in de westerse wereld. De studie heeft de veelzeggende naam 'Smaller world, bigger expectations'. Ook andere buitenlandse medische tijdschriften hebben rond de eeuwwisseling gepubliceerd over 'de toekomst van het ziekenhuis' (Nakayama, 1999; Komeasoff, 1997).

Als onderdeel van het denkproces van de Raad om zijn advies op te stellen, is Prismant verzocht buitenlandse ervaringen en voorbeelden aan te dragen die nuttig kunnen zijn als inspiratiebron voor het denken over de toekomst van de specialistische zorg in ons land. Er is belangstelling voor drie thema's in het bijzonder:

1. Zal het ziekenhuis een dominant integratiekader blijven van specialistische zorg in ons land en zal de fysieke infrastructuur belangrijk blijven voor de uitoefening van het werk?

2. Zal medisch specialistische zorg het exclusieve domein blijven van medisch specialisten of zullen andere beroepsbeoefenaren delen van deze taak overnemen?
3. Zal de oriëntatie van specialisten primair gericht zijn op de eigen professie en het eigen specialisme of meer op dat van de patiëntengroepen en patiëntenstromen?

Naast literatuuronderzoek is gecorrespondeerd met ons netwerk aan buitenlandse deskundigen met het verzoek commentaar te leveren op een schema (zie bijlage) en voorbeelden te leveren die illustratief zijn voor de ontwikkelingen in hun land. Het schema geeft een schets van de huidige situatie van de specialistische zorg in ons land en geeft mogelijke opties voor die zorg in de toekomst. Respondenten is gevraagd dit schema aan te vullen, voorbeelden te geven en tegengestelde trends te signaleren, enz. Zo is uit Noorwegen informatie verkregen over van het project RIT 2000 (opzet bouw Trondheim Regional Hospital) waarin een ziekenhuis qua bouw, organisatie en werkprocessen helemaal is afgestemd op onderscheiden patiëntenstromen (RIT 2000, 1997).

De informatie die ten behoeve van dit project verzameld is, is niet verwerkt in de vorm van losse voorbeelden, maar in de vorm van een antwoord op de gestelde vragen. Dat antwoord is vorm gegeven in een plausibel scenario van de ontwikkeling van de (somatisch) specialistische zorg in ons land, geïnspireerd door buitenlandse ervaringen en voorbeelden. Het geheel is niet meer dan een vingeroefening, gezien de beperkte beschikbare tijd.

2 Internationale basis voor het Nederlandse 'alles in één ziekenhuis'

Het scenario voor de ontwikkeling van de ziekenhuis- en specialistische zorg in de Nederlandse situatie is gebaseerd op uitgangspunten en krachten die alle stelsels van zorg in alle westerse landen in gelijke mate zullen raken. De internationale verkenningen stemmen op dat punt goed overeen.

2.1 Internationale basis

De internationale basis kan kortweg samengevat worden in een vijftal uitgangspunten:

1. Consumptie, productie en kosten van de zorg, ook van de ziekenhuis- en specialistische zorg, in de rijkere wereld, zullen blijven stijgen en een steeds groter aandeel van het BNP uitmaken.
2. Macht, kennis en beïnvloedingsmogelijkheden van klanten van de zorg zullen steeds groter worden, mede dankzij moderne communicatie- en informatietechnologie; de 'impatient patient' (PriceWaterhouseCoopers, 1999) wordt partner in het beslissingsproces van dokters en andere professionals.
3. Financiering, regulering en verzekering van de zorg zal een combinatie zijn van collectieve inspanning (om iedereen toegang tot goede en betaalbare zorg te kunnen geven) en van private arrangementen (aanvullende verzekering, aanvullende inkomsten, privé-klinieken).
4. Onderdelen van de specialistische beroepsbeoefening zullen geleidelijk aan door anderen worden overgenomen en de specialist verandert van ambachtsman/vrouw in supervisor.
5. In de organisatie van de zorg moet rekening worden gehouden met de karakteristieken van verschillende patiëntengroepen.

2.2 Het 'alles in één ziekenhuis' anno 2000

Kenmerkend en uniek voor het Nederlandse ziekenhuis is dat het een 'alles in één ziekenhuis' is. Dat betekent in de praktijk:

- Bijna alle medisch specialistische zorg in ons land wordt binnen de muren van een ziekenhuis bedreven, buiten de ziekenhuizen komt specialistische (somatische) zorg nauwelijks voor.
- Rijk en arm maken in principe gebruik van dezelfde faciliteiten en hebben dezelfde rechten.
- Alle poortspecialismen zijn aanwezig en vormen een basisziekenhuis.
- Patiënten met allerlei soorten aandoeningen en ziekten worden door elkaar behandeld en verpleegd.
- Specialistische activiteiten zijn geconcentreerd binnen de muren van een ziekenhuis, van poliklinisch onderzoek, tot operaties en opnamen.

- Alle specialistische handelingen worden door of onder verantwoordelijkheid van medisch specialisten verricht.

2.3 Het 'alles in één ziekenhuis' in de toekomst

Toepassen van internationale uitgangspunten en ervaringen op de ontwikkeling van de Nederlandse ziekenhuis- en specialistische zorg leidt tot een verrassende conclusie. Het 'alles in een ziekenhuis' zal blijven voortbestaan, maar geheel anders zijn samengesteld dan voorheen.

In deze rapportage wordt uitsluitend ingegaan op organisatorische aspecten van de specialistische (somatische) zorg, niet op inhoudelijke ontwikkelingen die samenhangen met innovaties in geneeskunde en medische technologie. Die ontwikkelingen zijn zowel verrekend (gentechnologie) als onvoorspelbaar.

3 Groei van de ziekenhuiszorg

Internationaal wordt verwacht dat de consumptie, productie en uitgaven voor de specialistische zorg de komende decennia zullen blijven toenemen. De ambulante zorg zal daarbij sneller groeien dan de klinische. Terwijl in de 20e eeuw de kliniek de icoon van de ziekenhuiszorg is, is de ambulante zorg dat van de 21e eeuw. Hoe gaat dat in Nederland?

3.1 Stijging uitgaven zorg

De afgelopen decennia is het aantal patiënten dat van een ziekenhuis gebruikmaakt toegenomen. Steeds meer mensen komen in aanraking met een ziekenhuis en een specialist. Het kost tijd om er binnen te komen maar wie er eenmaal binnen is, is er ook meestal snel weer uit.

Overall ter wereld zijn dezelfde krachten werkzaam in de richting van een verdere verhoging van consumptie en productie (en dus ook kosten) van specialistische zorg en ziekenhuiszorg:

- vergrijzing en geboortegolven;
- nieuwe medische en technische mogelijkheden;
- verschuiving indicatiecriteria voor specialistisch consult of behandeling;

- adequate verzekering tegen kosten ziekenhuiszorg;
- grote publieke belangstelling voor wat er in een ziekenhuis gebeurt.

Mede op basis van deze factoren heeft de SER onlangs de verwachting uitgesproken dat de zorgquote in ons land (uitgaven zorg t.o.v. BNP) zal stijgen van 8,5% in 2000 tot boven de 13% in 2040 (Crom, 2000). Ter vergelijking, Amerika heeft momenteel een percentage dat wij in 2040 denken te bereiken.

3.2 De kliniek voorbij, groei van de ambulante zorg

Tot ver in de jaren '70 is een ziekenhuis vooral een beddenhuis. Het beeld van de ziekenhuizen wordt gedomineerd door bedden, verpleegdagen en opnamen; een landelijke poliklinische registratie ontbreekt op dat moment. Midden jaren '70 neemt de relatieve betekenis van de kliniek af, gaat de ambulante zorg spectaculair groeien en wordt het verzorgingsgebied van de ziekenhuizen steeds groter.

De afgelopen jaren is ondanks de vergrijzing en de toename van de bevolking het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen per 1000 inwoners gedaald van 92 naar 86. Niettemin is het absoluut aantal opnamen in deze periode toegenomen met 6% van 1,26 miljoen in 1975 tot 1,34 miljoen in 1997 (CBS, 1975).

Naast een beperkte groei van het aantal klinische opnamen is de dagbehandeling de afgelopen decennia spectaculair gegroeid. In 1981 was de verhouding tussen dagopnamen - klinische opnamen 1 op 10, in 1997 is die verhouding 1 op 2 geworden (CBS, 1983; NZi, 1998).

Het aantal polikliniekbezoeken groeide in de periode 1981-1997 van 16,2 miljoen naar 19,6 miljoen. Hoewel het hier maar gaat om een jaarlijkse stijging van 1%, is er binnen de totale groep polibezoeken een revolutionaire verandering opgetreden. Het aantal eerste polibezoeken nam sterk toe (toename 79%) en het aantal herhaalbezoeken sterk af. In 1981 is de verhouding eerste polibezoeken - herhaalbezoeken 1 op 5, in 1997 is die verhouding gedaald naar 1 op 3 (CBS, 1983; NZi, 1998).

3.3 Verhoging doorstroming bedden

Hoewel eind jaren '90 de klinische patiëntenstroom groter is dan ooit, vinden de opnamen plaats in steeds kleinere aantallen bedden. In de periode '75-'97 neemt het beddenbestand in algemene ziekenhuizen met 21% af. Toename van de opnamen in minder bedden is bereikt door de gemiddelde ligduur te bekorten en jaarlijks per bed meer patiënten op te nemen. In deze periode neemt het gemiddeld aantal patiënten per bed per jaar toe van 21 in 1975 tot 28 in 1997, een toename van 33% (CBS, 1975).

Midden van de jaren '70 vindt het merendeel van de operaties plaats bij klinische patiënten. Eind jaren '90 overtreft in ons land - net als in vele buitenlandse landen - het aantal poliklinische operaties, de klinische. In 1997 worden in ons land in algemene ziekenhuizen in totaal 3 miljoen operaties verricht, waarvan 2 miljoen poliklinisch en 1 miljoen klinisch (NZi, 1998). Niettemin liggen patiënten gemiddeld nog 9 dagen in een ziekenhuisbed in ons land. En dat gaat verder omlaag.

De afgelopen decennia is het aantal bedden per 1000 inwoners bijna overal in de wereld afgenomen. Nieuwe ziekenhuisconcepten houden al rekening met 2 klinische bedden per 1000 inwoners. In Engeland maakt men zich daar zorgen om:
"The contradiction between falling bednumbers and the pressure on the hospital system from increasing admissions is probably a factor contributing to the institution of a review of bednumbers in the UK secretary of state for health "(Edwards, 1999).

3.4 Beheersing productie door substitutie

De potentiële groeimogelijkheden van de specialistische zorg en ziekenhuiszorg zijn groot en daarom worden overal ter wereld substitutieprojecten gestart. Deze zijn bedoeld om ziekenhuiszorg te voorkomen (huisarts als poortwachter), intern te verschuiven (van kliniek naar ambulante zorg) of extern te verplaatsen (verpleging en verzorging na operatie en korte opname in een ziekenhuis). Substitutie als remmende factor op het groeipotentieel van ziekenhuizen. In de praktijk blijkt echter het omgekeerde en is substitutie eerder een

mechanisme voor verdere groei van de specialistische zorg dan voor beperking ervan.

Engelse onderzoekers komen eveneens tot die conclusie: “Whether the shift to outpatient care is a substitute for inpatient stay or represents additional work made possible by technological advances remains a matter of debate, but recent evidence in the UK suggests that a large proportion of this represents additional work facilitated by new technology and the availability of day case facilities rather than a substitute for inpatient procedures” (Henscher, 1999).

Internationale ervaring leert dat als een factor in de specialistische zorg beheerst moet worden, deze direct gereguleerd moet worden en niet via de omweg van substitutie. Zo is de dagbehandeling in de VS verder ontwikkeld dan in Europa, mede vanwege de onaantrekkelijke financiering van klinische zorg aldaar. Engelse onderzoekers komen daarom tot de conclusie:

“The current trends of increased efficiency, substitution between inpatient and outpatient care, and changes in clinical management, are likely to continue. There is substantial potential to increase the proportion of outpatient care undertaken, and experience in the US shows that the actual level of daysurgery in many countries falls far short of the technical potential” (Henscher, 1999).

Conclusie

De totale consumptie en productie van ziekenhuiszorg en specialistische zorg in ons land is de afgelopen decennia op alle onderdelen toegenomen, zij het in verschillend tempo. Het aantal opnamen groeide licht, het aantal dagopnamen fors en het aantal eerste polikliniekbezoeken spectaculair. De ambulante zorg zal verder blijven groeien en de klinische zorg stabiliseren, waar tegenover staat dat herhaalbezoeken, bedden en ligdagen verder zullen verminderen.

4 Ziekenhuis als dominant integratiekader

Eind jaren '80 is in een scenarioreport voor de Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg (STG) vastgesteld dat in Nederland de unieke situatie bestaat dat medisch specialisten hun werk nagenoeg exclusief in een ziekenhuis

verrichten (Lems, 1990). Dat is uniek omdat in de meeste buitenlandse specialistische zorg ook buiten een (collectief gefinancierd) ziekenhuis bedreven wordt in de vorm van zelfstandige poliklinieken, zelfstandige praktijken, privéklinieken e.d. In ons land zijn de gehele specialistische patiëntenstroom en de onderzoeks- en behandeltrajecten binnen de muren van een ziekenhuis geconcentreerd. Daarnaast zijn ziekenhuizen er voor arm en rijk. Verandert dat als we de internationale uitgangspunten toepassen? Kortom: blijft het ziekenhuis integratiekader van allerlei vormen van zorg en zal die zorg binnen de muren van het ziekenhuis geconcentreerd zijn?

4.1 Desintegratiekrachten

Het ziekenhuis als integratiekader staat onder druk. Er zijn maatschappelijke krachten werkzaam die de hechtheid van de integratiekrachten aantasten:

- een beter opgeleide en rijker wordende bevolking die eisen stelt aan toegankelijkheid, kwaliteit, bejegening, die steeds kritischer wordt over de zorg die ze ontvangt en bereid is voor extra zorg te betalen;
- de ontwikkeling van patiënt tot consument, die geen medische zorg in dankbaarheid aanvaard, maar als een dienst waarvoor betaald is/wordt en waaraan eisen kunnen worden gesteld;
- frustraties bij medisch specialisten over inkomensontwikkeling, capaciteitsbeperkingen en ziekenhuisbureaucratie, mede als gevolg van de schaalvergroting;
- toenemende druk vanuit het bedrijfsleven op ziekenhuizen in verband met lange wachttijden en reïntegratie van zieke werknemers; de beschikbaarheid van privaat geld om wachttijden te bekorten en reïntegratie zo snel mogelijk aan te vangen;
- toename van de technologische mogelijkheden om specialistische zorg te bedrijven buiten een ziekenhuis;
- toenemend verzet tegen de 'overmatige' regulering en bureaucratiesering van de zorg (tarieven, planning).

4.2 Integratiekrachten

Ondanks deze desintegratiekrachten zijn de publiekgefinancierde algemene ziekenhuizen de afgelopen

jaren alleen maar sterker geworden. Het 'alles in één ziekenhuis' heeft eind vorige eeuw gezegevierd. Categoriele ziekenhuizen, waarvan we er in 1975 nog 40 hadden, zijn nagenoeg verdwenen. Zelfstandige klinieken en privé-klinieken zijn de afgelopen decennia geleidelijk weer geïntegreerd in de algemene ziekenhuizen.

Naast beleid van de overheid terzake, zijn er ook ziekenhuisinterne integratiekrachten werkzaam. Deze komen voort uit de toenemende onderlinge afhankelijkheid van specialisten en uit de regionale organisatie van de specialistische zorg.

Onderlinge afhankelijkheid

Een belangrijke impuls voor het behoud van het ziekenhuis als dominant integratiekader van specialistische zorg, is de toenemende onderlinge afhankelijkheid van medisch specialisten. Onderzoek wijst uit dat klinische patiënten - wanneer we hun hele zorgtraject in ogenschouw nemen inclusief poliklinische voor- en nazorg - in 65% van de gevallen met meer dan een poortspecialist te maken hebben (de Vries, 1999). Deze ontwikkeling zal de komende jaren alleen maar verder worden voortgezet.

De achtergronden hiervan zijn:

- veroudering van de bevolking, mede dankzij de successen van de medische technologie, en het toenemen van complexe syndromen, die de inzet van meerdere specialismen vereisen;
- verdergaande subspecialisatie onder specialisten waardoor onderlinge consultatie en onderling verwijzen steeds vaker noodzakelijk is;
- de noodzaak, uit oogpunt van effectiviteit en efficiency, om zorg binnen een ziekenhuis te coördineren (verhogen doorstromingsnelheid, voorkomen dubbel onderzoek e.d.).

Regionalisering

De ontwikkeling naar een private en/of poliklinische markt voor specialisten en ziekenhuizen veronderstelt dat deze onderling met elkaar kunnen/willen/moeten concurreren om de gunst van patiënten, verzekeraars of bedrijven. De afgelopen decennia hebben we evenwel gezien dat niet concurrentie maar samenwerking het basisbeginsel is geweest bij de acties van ziekenhuizen en specialisten. De ontwikkeling van regionale ziekenhuisconglomeraten (zie hoofdstuk 5) is een verdere invulling daarvan. Het meest kenmerkend - voor deze op samenwerking gerichte ontwikkeling - is dat de Orde

van Medisch Specialisten een speerpunt heeft gemaakt van regionale samenwerking en regionalisering (OMS, 2000).

4.3 Internationale ervaring

Het concept van het geïntegreerde ziekenhuis, waar alle vormen van specialistische zorg voorkomen en dat door arm en rijk gebruikt wordt, past binnen de kaders van de internationale uitgangspunten. Het stelsel past bij het uitgangspunt dat burgers recht hebben op kwalitatief goede, toegankelijke gezondheidszorg.

In ons land is dat uitgangspunt nog weer eens bevestigd in de maatschappelijke discussie over voorrangbeleid. Mede als gevolg van het bestaan van lange wachtlijsten en lange wachttijden bij sommige specialismen, is er een discussie op gang gekomen over voorrangbeleid. Bedrijven willen dat zieke werknemers, met het oog op spoedig herstel, voorrang krijgen boven anderen. In de maatschappelijke discussie hierover is deze optie verworpen en is gepleit voor snelle toegang voor iedereen. Begin 2000 hebben alle partijen in de gezondheidszorg het zogenaamde Treekackoord gesloten (Streefnormstelling wachttijden curatieve sector, 2000), waarbij men zich verplicht heeft de toegangs- en wachttijden voor specialistische zorg binnen maatschappelijk aanvaardbare grenzen te brengen.

Wanneer dat (in 2003) lukt, zijn een aantal emotioneel politieke discussies overbodig geworden (voorrangbeleid, privé initiatieven). En dat lukt alleen als ziekenhuizen erin slagen organisatorische maatregelen te nemen om doorstroomtijden te bekorten (logistiek) en het aantal arbeidskrachten uit te breiden (specialisten, verpleegkundigen). Om dat te verwezenlijken zullen de krappe budgettaire kaders in ons land moeten worden verruimd.

In ons land, maar ook daarbuiten, bestaat het besef dat gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar moet zijn. Een marktgerichte gezondheidszorg garandeert die toegankelijkheid niet beter dan een meer collectief gereguleerde. Crom schrijft naar aanleiding van zijn analyse van marktontwikkelingen in de gezondheidszorg:

“Efficiencybeoordeling is niet los te zien van de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. Verontrustend is dat de toegankelijkheid in Nieuw-Zeeland, Engeland en andere

landen is verkleind, terwijl juist werd beoogd die met behulp van efficiëntiewinsten te vergroten. Als gevolg van rendementseisen, hogere afschrijvingslasten, hogere rentelasten en efficiencykortingen, moesten ziekenhuizen rigoureuze besparingen doorvoeren op met name personele uitgaven. Daardoor is het voorzieningenniveau teruggelopen, zijn wachtlijsten gegroeid en is ziekenhuiszorg afgewenteld op andere aanbieders en het thuisfront” (Crom, 2000).

4.4 Binnen de muren van een ziekenhuis?

Specialistische zorg en ziekenhuiszorg zijn in ons land overwegend geconcentreerd binnen de muren van een ziekenhuis. Polibezoeken, EHBO, dagbehandeling, diagnostisch onderzoek, operaties, opnamen, het gebeurt allemaal binnen de muren van het ziekenhuis. De fysieke en gebouwde infrastructuur is belangrijk voor het reilen en zeilen van een ziekenhuis. Binnen geringe aantallen vierkante meters wordt een groot aantal verschillende functies verenigd. Zal die infrastructuur van onderzoekskamers, operatiekamers, diagnostische apparatuur, personeel en bedden ook in de toekomst geconcentreerd zijn of kunnen die faciliteiten gedeconcentreerd worden?

Zorgverplaatsing

Er is constante druk op ziekenhuizen en specialisten, onder meer met het oog op verdergaande beddenreductie, om de ligduur in de kliniek verder te verlagen. Met een gemiddelde ligduur van bijna 9 dagen scoort Nederland internationaal gezien nog betrekkelijk hoog. Er is blijvende noodzaak om medisch uitbehandelde patiënten uit een klinisch bed te ontslaan. In ons land staan daarvoor (in theorie) een groot aantal verschillende alternatieven ter beschikking: verpleeghuizen (groei beddenbestand 1975-1997 van 42%); zorghotels binnen of buiten de muren van een ziekenhuis; verzorgingshuizen (CVA-patiënten bijvoorbeeld), revalidatiecentra; hospices, zorg thuis (met behulp van thuiszorg en huisarts). Deze voorzieningen zijn zelf echter ook allemaal overbezet zodat het meestal niet mogelijk is ziekenhuispatiënten snel en gemakkelijk naar elders te verplaatsen. Om de afhankelijkheid van anderen te beperken zullen ziekenhuizen eigen voorzieningen treffen, zoals 'zotels' bijvoorbeeld, om hun eigen interne patiëntenstromen te kunnen sturen. Die voorzieningen zullen veelal binnen de muren van het ziekenhuis geconcentreerd zijn.

E-health

In het verleden waren patiënten voor hun informatie grotendeels aangewezen op specialisten en verpleegkundigen in het ziekenhuis. Steeds meer wordt die informatie ingewonnen via Internet, buiten de muren van een ziekenhuis. In een Amerikaanse studie van Deloitte Consulting-Cyber Dialog (Haugh, 1999) naar het gebruik van Internet om informatie over gezondheidszorg op te vragen, blijkt:

- dat vrouwen van in de 40 met kinderen het meeste tijd besteden op het web, op zoek naar informatie over gezondheidszorg;
- dat op het web vooral gezocht wordt naar informatie over specifieke ziekten;
- dat consumenten van Internet-gezondheidsinformatie het meest geïnteresseerd zijn in on line-informatie van hun eigen dokter.

Naast deze vorm van tele-informatie en telecounseling nemen ook de mogelijkheden toe om patiënten op afstand te bewaken en te monitoren (zwangeren, hartpatiënten e.d.).

Electronic Health (E-Health) brengt met zich mee dat patiënten en specialisten ook buiten de muren van een ziekenhuis zorg kunnen krijgen en bieden.

4.5 Bouw ziekenhuisvoorzieningen

Het gecombineerde effect van zorg verplaatsen van binnen naar buiten en van buiten naar binnen, is dat de fysieke infrastructuur van ziekenhuizen (de muren van het ziekenhuis) onverminderd van belang blijft. In de praktijk worden steeds meer functies binnen steeds minder vierkante meters gerealiseerd. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen heeft deze bevinding onlangs bevestigd. Het College verwacht dat in tegenstelling tot wat de minister van VWS denkt (ziekenhuizen als interventiecentra voor complexe zorg, gedeconcentreerde poliklinieken en dagbehandelingscentra, transmurale voorzieningen in ziekenhuizen):

“de door de Minister voorziene ontwikkelingen in de opzet van ziekenhuisgebouwen zich voorshands in geringe mate zullen voordoen, zeker indien men rekening houdt met de in het kader van de meldingsregeling gerealiseerde bouwinitiatieven waar een dergelijke ontwikkeling van de

opzet van het ziekenhuisgebouw tot dusver nauwelijks tot uiting komt” (CBZ, 2000).

Conclusie

Het ziekenhuis zal dominant integratiekader blijven van alle vormen van specialistische zorg. Binnen en buiten de ziekenhuizen zal op beperkte schaal sprake zijn van commerciële activiteiten. Een geconcentreerde fysieke infrastructuur (gebouw, ruimten, apparatuur, personeel) zal belangrijk blijven voor de beoefening van de specialistische zorg. Als gevolg van technologische ontwikkelingen zullen bepaalde aspecten van de specialistische zorg niet meer in de nabijheid van de patiënt maar op afstand worden verzorgd: communicatie, informatie, monitoring, consult. Face to face contact blijft een belangrijk element in de zorg en daarmee blijft de fysieke omgeving voor die ontmoeting een centraal element in de organisatie en bouw van ziekenhuizen.

5 Van basisziekenhuis naar regionale conglomeraten

Sinds het midden van de jaren '70 wordt in ons land actief gewerkt aan schaalvergroting in de ziekenhuiszorg. Het aantal ziekenhuizen is in 25 jaar gehalveerd en hun verzorgingsgebied verdubbeld. Die ontwikkeling zal verder worden voortgezet. Dat leidt tot regionale monopolies. Hoe verhoudt dat zich tot de internationale ervaring en uitgangspunten?

5.1 Schaalvergroting ziekenhuizen

De afgelopen 25 jaar is het aantal zelfstandige algemene ziekenhuizen gehalveerd (tot 100 in 2000) en hun verzorgingsgebied verdubbeld. Bediende een algemeen ziekenhuis in 1975, 70.000 inwoners, eind jaren '90 is dat opgelopen tot 154.000. Organisatorische schaalvergroting leidt in de praktijk meestal ook tot ruimtelijke concentratie van de activiteiten in een nieuw gebouw. Het aantal locaties waar ziekenhuiszorg bedreven wordt, is daarmee dan ook afgenomen (CBS, 1975).

De afname van het aantal algemene ziekenhuizen zal ook de komende jaren verder worden voortgezet. Er wordt nog volop gefuseerd. In veel regio's zijn ziekenhuizen bezig met hun

volgende fusie en deze ontwikkeling zal leiden tot ca. 40 ziekenhuisconglomeraten die tussen de 350.000 en 400.000 inwoners bedienen. Organisatorische integratie zal hierbij niet meer gepaard gaan met ruimtelijke integratie, zodat deze conglomeraten over meerdere locaties beschikken.

5.2 Regionalisering specialistische zorg

Deze ziekenhuisconglomeraten zullen regionaal georganiseerd zijn. Daarmee ontstaat een nieuw element in de ziekenhuiszorg. Traditioneel zijn ziekenhuizen en specialistenmaatschappen sterk lokaal verankerd en goed landelijk georganiseerd. Het midden - de regio - heeft nooit veel betekenis gehad. Het midden zal geleidelijk worden opgevuld. Ook de Orde van Medisch Specialisten heeft het midden ontdekt en van regionalisering een speerpunt gemaakt.

De regionaliseringsactiviteiten van de Orde richten zich daarbij op:

- het creëren van infrastructuren voor regionale samenwerking tussen medisch specialisten;
- het ontwikkelen en entameren van regionale transmurale activiteiten;
- het ontwikkelen van regionale farmacieprojecten;
- het uitwisselen van patiënteninformatie door gebruik te maken van mogelijkheden van de moderne informatietechnologie en elektronische patiëntendossiers (OMS, 2000).

Terwijl de schaalvergroting in het verleden is aangemoedigd door de overheid, later enthousiast gevolgd door ziekenhuisdirecties, zijn nu ook de medisch specialisten een kracht geworden achter verdere schaalvergroting. Gemiddeld telt een algemeen ziekenhuis in ons land 45 fulltime plaatsen voor poortspecialisten verdeeld over 14 basisspecialismen, dat is gemiddeld per praktijk iets meer dan 3 fulltime poortspecialisten. Die praktijken zijn als gevolg van verschillende ontwikkelingen steeds kwetsbaarder geworden.

Die ontwikkelingen zijn:

- de toegenomen zorgvraag en de variëteit van de activiteiten (poliklinisch, dagbehandeling, klinisch, eerste hulp etc.);
- toename van de tijdsbesteding aan niet-direct patiëntgebonden activiteiten;

- wettelijke beperkingen van de arbeidsduur van artsassistenten;
- meer parttimers en onderbreking van werkzaamheden (mede als gevolg van de grotere toestroom van vrouwelijke specialisten);
- uitval van specialisten als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid;
- steeds kritischer en mondiger wordende patiënten.

Hierdoor neemt de totale hoeveelheid werk toe en wordt het steeds moeilijker de 24-uurszorg te blijven leveren. Schaalvergroting, regionale samenwerking en het afstoten van basisfuncties in sommige ziekenhuizen zijn een antwoord op de toegenomen kwetsbaarheid van de maatschappen.

5.3 Regionalisering en functiedifferentiatie

De regionale ziekenhuis- en specialistenconglomeraten zullen niet meer in staat en bereid zijn op alle locaties het complete pakket aan specialistische basisfuncties te bieden. Per locatie zal er daarom sprake zijn van functiedifferentiatie waarbij op de ene locatie het ene pakket, op de andere het andere pakket aan diensten zal worden geboden. Daarmee wordt een nieuw element gecreëerd in het stelsel van onze gestratificeerde ziekenhuiszorg. Naast academische en topklinische ziekenhuizen, krijgen we in de toekomst het gespecialiseerde basisziekenhuis. De ontwikkeling van de verschillende medische profielen is uit nood geboren, maar zal omgezet worden in een deugd. Want functiedifferentiatie speelt in op een behoefte onder consumenten.

“The new health consumer is well informed, technological savvy and demands choices. The old way of attracting patients – location, word of mouth, a high ranking on the US News :’ Best Hospitals” list – are fading away. Organisations will have to reach the new consumer through branding. Branding is more than a logo or slogan. David Shore, associate dean of the Harvard School of Public Health, says the simple formula for branding is 'strategic awareness plus perceived quality plus singular distinction”. The most powerful brands are known for superiority in one area rather than for general excellence” (CBS, 1975).

5.4 Regionalisering of markt

Hoe verhoudt de hiervoor geconstateerde ontwikkeling naar regionale conglomeraten zich tot de wens om ook marktelementen in de Nederlandse ziekenhuiszorg te realiseren? Vaak wordt verondersteld dat marktwerking in de gezondheidszorg zal leiden tot meerdere aanbieders van vergelijkbare zorg, zodat patiënten, huisartsen en zorginkopers keuzevrijheid hebben. Regionale monopolies passen helemaal niet in dit beeld. Toch blijkt in landen die een marktgerichte gezondheidszorg hebben, schaalvergroting ook plaats te vinden. Men fuseert om de onzekerheden die het functioneren op de markt met zich brengt, te beperken. Ook in die stelsels zijn ziekenhuizen (in veel gebieden) regionale monopolisten.

“De mogelijkheid voor marktwerking wordt sterk belemmerd doordat ziekenhuizen regionale monopolies zijn. Ellwood (1996) schetst hoe zowel zorginkopers als aanbieders in Engeland trachtten onzekerheid te reduceren door schaalgrootte te zoeken in fusies met andere inkopers resp. aanbieders.....Verder wijst Ellwood (1996a) op hoge marktdrempels als specifieke know how en hoge investeringen die het toetreden van nieuwe aanbieders in Amerika bemoeilijkt” (Crom, 2000).

Conclusie

Of de ziekenhuismarkt nu gedomineerd wordt door overheidsregulering of marktmechanismen, schaalvergroting van ziekenhuizen doet zich overal voor. Ook in ons land, waar de schaalvergroting verder zal worden voortgezet totdat ca. 40 conglomeraten zijn ontstaan. Binnen die conglomeraten zal sprake zijn van functiedifferentiatie, zodat in de nieuwe eeuw afscheid wordt genomen van het lokale basisziekenhuis. Deze regionaal georiënteerde ziekenhuizen zullen in veel regio's een monopoliepositie hebben.

6 Alles in één: patiënten door elkaar

Het alles in één ziekenhuis betekent in Nederland ook dat patiënten zich allemaal door elkaar in het ziekenhuis bewegen. Patiënten met uiteenlopende aandoeningen en ziekten worden in dezelfde eenheden (wachtkamers, spreekuren, aandacht, verpleegafdelingen) behandeld. Dat heeft onder meer te maken met de specialisme-gerichte indeling van ziekenhuiszorg.

Schaalvergroting en de toenemende aandacht voor de kenmerken van verschillende patiëntengroepen, leiden internationaal tot andere vormen van organisatie van ziekenhuiszorg. Daarin staan niet specialismen centraal, maar doelgroepen. Hoe verhoudt dat zich tot het 'Nederlandse alles in één ziekenhuis'?

6.1 Categoriele ziekenhuizen

Nog niet zo lang geleden kende ons ziekenhuisstelsel zelfstandige ziekenhuizen voor specifieke patiëntengroepen. Begin jaren '80 waren er 176 algemene ziekenhuizen (thans 100) en 47 categoriale (thans 13) (NZi, 1981; NZi 1998). Deze laatste groep richtte zich op:

- patiëntengroepen zoals kinderen;
- organen zoals ogen, hersenen, huid en longen;
- ziekten zoals kanker, reuma, epilepsie en astma;
- ingrepen zoals chirurgische, orthopedische en verlossingen.

Sindsdien is het beleid gericht geweest op vermindering van het aantal categoriale ziekenhuizen door schaalvergroting (het ontstaan van de revalidatiecentra) en door aansluiting bij algemene of academische ziekenhuizen (zoals de kindziekenhuizen). Dat beleid is zo succesvol geweest dat eind jaren '90 het aantal categoriale ziekenhuizen is teruggelopen tot 13.

6.2 Onderscheid naar doelgroepen

Na een periode van afbouw van de categoriale ziekenhuizen, steekt de doelgroepencomponent opnieuw de kop op. Nu niet in de vorm van zelfstandige ziekenhuizen, maar als onderdeel van een grotere ziekenhuisinfrastructuur.

De krachten achter die ontwikkeling zijn:

- noodzaak om uit logistiek oogpunt (optimale inzet capaciteit en beperking doorstroomtijden), patiëntenstromen te scheiden en zo beter te beheersen;
- kritische consumenten die onderzocht, behandeld en eventueel opgenomen willen worden in een bij hen passende omgeving;
- het kunnen bieden van multidisciplinaire patiëntenzorg die nodig is door veranderde ziektebeelden

- (vaatproblematiek bijvoorbeeld) en door verdergaande subspecialisatie;
- optimaliseren van de kwaliteit van het medisch en verpleegkundig handelen;
 - interne schaalverkleining door clustervorming.

Die gerichtheid op doelgroepen krijgt op verschillende manieren vorm: in centra, in de organisatie van ziekenhuizen en her en der ook in de bouw.

6.3 Ontwikkeling naar centra

Binnen de ziekenhuizen manifesteert de doelgroepenbenadering zich in de ontwikkeling van zogenaamde 'centra'. Een centrum is een samenwerkingsverband van verschillende specialismen gericht op het leveren van doelmatige, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor een specifieke patiënten- of diagnosegroep. Binnen ziekenhuizen kunnen meerdere centra voorkomen. Veelal gaat het hierbij om niet geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van zogenaamde 'vaatcentra' waarin verschillende specialismen samenwerken om vaatproblemen te diagnostiseren en te behandelen. In 1998 stelde de Advisory Board in de VS een overzicht samen van innovatieve producten en diensten van ziekenhuizen (Beijers, 1999). Centra nemen daarin een prominente plaats in.

Het overzicht kent de volgende centra, gericht op:

- diagnostiek van borstkanker;
- behandeling van kanker;
- vrouwen van middelbare leeftijd;
- ouderen;
- gewrichten;
- hartfalen;
- diabetes,
- handen;
- stroke;
- kinderen.

6.4 Clustervorming

Naast het creëren van centra, wordt de op doelgroepen gerichte patiëntenzorg soms ook vormgegeven in de vorm van

ziekenhuisclusters. Bepaalde specialismen met hun infrastructuur worden dan samengevoegd tot een eigen relatief zelfstandige organisatorische eenheid. Zo ontstaan er eenheden: moeder en kind (gynaecologie, verloskunde, kindergeneeskunde), circulatie en ventilatie (cardiologie, cardiochirurgie, thoraxchirurgie en ademhalingsgeneeskunde), mobiliteit (orthopedie, reumatologie en plastische chirurgie). Een goed voorbeeld hiervan is Noorwegen waar het Academisch Ziekenhuis Trondheim, gemodelleerd wordt volgens deze benadering.

“The patients perspective is the guiding force behind all the planning and construction of Trondheim’s new university hospital. Patients play an active role in the planning – both in design of the buildings and in the organisation of the work. If one takes the ideology seriously, the consequences are far-reaching. Today many public health services are organised in terms of functions and disciplines, not necessarily what is most practical for the production to be carried out” (RIT 2000, 1997).

Op basis van dit uitgangspunt zijn zelfstandige eenheden gevormd die in eigen gebouwen worden ondergebracht. Die eenheden worden centra genoemd en zo kent men onder meer:

- mobility centre;
- abdominal centre;
- environmental medicine centre;
- cardio-respiratory centre.

“The major building programme has been broken down into smaller units to produce coherent, decentralised facilities with an open block structure to suit the urban surroundings. The decentralised development pattern reflects the organisational structure of independent clinical centres and interdisciplinary centres, with basically one centre in each block. The university function is closely integrated with the clinic buildings through the ‘academic districts’ on the second floor of each centre, linked by walkways to form a coherent university area” (RIT, 2000).

6.5 Ontwikkelingen in ons land

Ook in ons land zijn bovengenoemde ontwikkelingen zichtbaar. Een deel van de voormalige categorale instellingen is een herkenbaar onderdeel van het ziekenhuisbestel gebleven,

zoals de kinderziekenhuizen. De aandacht voor de multi-problematiek van ouderen is tot uitdrukking gekomen in de ontwikkeling van geriatrie afdelingen in de ziekenhuizen. Het verschijnsel centrum is geen onbekende meer, getuige het bestaan van 'vaatcentra' en 'oncologische centra' en er zijn ziekenhuizen die het onderscheid naar patiëntengroepen in de vorm van clusters georganiseerd hebben. Tenslotte zijn er ziekenhuizen die, net als in Trondheim, het onderscheid in patiëntenstromen voortzetten tot op het niveau van de bouw en de architectuur.

In ons land heeft het Deventer ziekenhuis zich laten inspireren door de verschillen tussen patiëntenstromen en gebruikt de nieuwbouw om het zogenaamde vierstromenmodel te implementeren. acute zorg; urgente zorg; electieve zorg, chronische zorg.

“Elk van de vier stromen vereist een andere sfeer en uitstraling, die deskundigen op het gebied van bouw en architectuur gebruiken om een vertaalslag te maken naar de vormgeving van het gebouw” (Maljers, 1999).

Conclusie

Het alles door elkaar ziekenhuis zal geleidelijk veranderen omdat meer aandacht wordt besteed aan de specifieke kenmerken van verschillende patiëntengroepen. Met het oog op de inzet van capaciteiten en de beperking van doorstroomtijden, worden patiëntenstromen onderscheiden en apart georganiseerd. In de praktijk heeft dat uiteenlopende gevolgen, variërend van het instellen van een spreekuur voor specifieke patiëntengroepen (diabetes bijvoorbeeld), tot het inrichten van centra (vaatcentra) en het ruimtelijk scheiden van verschillende patiëntenstromen (Deventer).

7 Specialist: van ambachtsman naar supervisor

Toename van de vraag naar specialistische zorg zal niet gepaard gaan met een evenredige toename van het aantal medisch specialisten. Andere beroepsbeoefenaren zullen een deel van de specialistische zorg voor hun rekening nemen. De specialist ontwikkelt zich van ambachtsman tot supervisor. De specialistische beroepsbeoefening wordt uitgeoefend in een krachtenveld waarin de zorgvraag toeneemt, kosten moeten worden beheerst en beroepen moeten innoveren om

aantrekkelijk te zijn voor nieuwkomers. Met het oog hierop wordt internationaal en nationaal bekeken welke taken van de specialist door anderen kunnen worden overgenomen. Hoe gebeurt dat en wat heeft dat voor gevolgen voor de inhoud van het werk van de specialist?

7.1 Complementaire verschuiving: van specialist naar huisarts

Traditioneel zijn in de acute somatische zorg twee groepen beroepsbeoefenaren actief bij diagnostiek en behandeling van ziekten: de huisarts en de specialist. Zij onderhouden complementaire relaties. De geschiedenis van beide professies laat zien dat er voortdurend activiteiten verplaatst worden van de ene naar de andere beroepsgroep. Zo heeft bijvoorbeeld de eerste hulp van een ziekenhuis steeds meer de taak overgenomen van de huisarts, buiten kantoor tijd, terwijl omgekeerd de huisarts een deel van het werk van de specialist heeft overgenomen bij na-controles na een specialistische behandeling. Deze heen en weer beweging zal de komende jaren niet minder worden maar continu blijven doorgaan.

7.2 Collegiale verschuiving: van specialist naar ziekenhuisarts

In de VS, maar ook in ons land, is er belangstelling voor de 'ziekenhuisarts'. Deze ziekenhuisartsen, in de VS 'hospitalisten' genoemd, komen in ons land (nog) op beperkte schaal voor. In ons land is het Academisch Ziekenhuis Groningen in 1998 gestart met een opleiding tot ziekenhuisarts (HMF, 1999). Deze arts heeft een clusterspecifiek profiel, werkt specialisme-overstijgend en is daarnaast inzetbaar op het terrein van management en onderwijs. Binnen het ziekenhuis ziet men drie gebieden waarop de ziekenhuisarts zich verdienstelijk kan maken:

- interdisciplinaire patiëntenzorg aan specifieke patiëntengroepen;
- de sociale verzekeringsgeneeskunde;
- eerste hulp geneeskunde.

In de VS zijn hospitalisten een soort casemanagers die verantwoordelijk zijn voor de gang van de patiënt van opname tot ontslag. Eén van de taken in deze is om de ligduur te bewaken (niet te lang).

7.3 Innovatieve verschuiving: van specialist naar verpleegkundigen

“Experience from the US and Europe suggests that there is still greater scope for making better use of nursing staff in specialist roles – for example in anaesthetic departments and outpatient consultation settings and as surgical assistants” (Dowie, 1999).

Wij kennen in de gezondheidszorg de figuur van de gespecialiseerde verpleegkundigen, die op alle terrein van de zorg haar intrede heeft gedaan: oncologie, diabetes, cardiologie, transferverpleegkundigen en dergelijke. Deze groep verpleegkundigen staan niet tussen de verpleegkundige en de arts in, maar zijn een gespecialiseerde tak van de groep verpleegkundigen. Niettemin nemen deze verpleegkundigen wel taken over die traditioneel door specialisten worden verzorgd zoals het geven van voorlichting, het verzorgen van nacontroles en het screenen van patiënten.

“In toenemende mate wordt de medische sector gedwongen tot een efficiëntere beroepsuitoefening. De (poliklinische) werkbelasting wordt intensiever. Niet alleen de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken zijn hiervan de oorzaak, maar ook vooral dat steeds grotere aantallen patiënten in verkorte klinische opname of dagopname worden behandeld. Door de toegenomen complexiteit van diagnostiek en behandelingsopties vragen patiënten steeds meer tijd dan voorheen, terwijl de zorgverleners in steeds mindere mate continu aanwezig zijn door arbeidsduurverkorting en het sterk stijgend aantal parttimers. Een mogelijke oplossing voor deze problematiek werd gezien in het inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen of nurse practitioners. Deze functionarissen kunnen zowel een belangrijke bijdrage leveren in de toegenomen behoefte aan begeleiding en voorlichting als een deel van de werklast op zich nemen die traditioneel voorbehouden was aan de medicus” (Schlooz-Vries, 2000).

Het in de VS ontwikkelde idee van de nurse practitioner, die tussen de verpleegkundige en de specialist in staat, is inmiddels ook in ons land geen onbekend gegeven meer. Het hierboven aangehaalde citaat heeft betrekking op de nurse practitioner werkzaam op de mammapolikliniek van het UMC. Deze nurse practitioner verricht behalve verpleegkundige taken ook

zelfstandig een aantal medische taken zoals het houden van een eigen follow-up spreekuur en het uitvoeren van (seroom) puncties. In het Academisch Ziekenhuis Groningen worden momenteel nurse practitioners opgeleid voor verschillende terreinen van de gespecialiseerde geneeskunde.

7.4 Intramurale verschuiving: van buiten naar binnen

Sommige beroepen die tot op heden uitsluitend extramuraal voorkomen, zoals de verloskundige en de optometrist worden aangetrokken om zorg in het ziekenhuis te leveren. In enkele ziekenhuizen in ons land worden verloskundigen ingezet in de ziekenhuispraktijk. Terwijl de verloskundigen traditioneel werkzaam zijn in de extramuraal zorg, zien we deze figuur nu terug bij de afdelingen gynaecologie/verloskunde in de ziekenhuispraktijk. Hoewel patiënten die een specialist bezoeken een verwijsbrief van de huisarts dienen te hebben, wordt deze regel in de oogheeskundige praktijk met voeten getreden. Onderzoek wijst uit dat ca. 60% van de patiënten zich bij een oogarts meldt zonder tussenkomst of verwijsbrief van een huisarts. In een aantal ziekenhuizen worden optometristen ingezet om oogmetingen te verrichten ter ontlasting van de oogarts.

7.5 Technologische verschuiving: van mens naar machine

Het werk in ziekenhuizen van verzorging en verpleging tot medische behandeling wordt nog overwegend ambachtelijk bedreven. Zorg is mensenwerk, instrumenten en machines zijn hulpmiddelen. Mede als gevolg van actuele personeelstekorten zal ook steeds meer gekeken worden naar de mogelijkheden van automatisering.

Er zijn in ziekenhuizen al eilanden van hoogwaardige technologie zoals bewakingsafdelingen (hartbewaking, intensive care) en ziekenhuislaboratoria. De mogelijkheden van automatisering zullen ook op andere gebieden worden toegepast zoals het interpreteren van diagnostische beelden en het verrichten van operaties

Op het vlak van de herkenning is er belangstelling voor machines die diagnostische informatie kunnen lezen en interpreteren.

“Herkenning wordt nog belangrijker als niet langer de arts, maar een computer afbeeldingen interpreteert. Een computer kreeg 50.000 mammografieën te zien en wist met een nauwkeurigheid van 90% de tumoren er uit te pikken. De onderzoeker maakte gebruik van zelflerende computers. Door hem te wijzen op zijn fouten was de machine steeds beter in staat de juiste diagnose te stellen” (Wildevuur, 1887).

Op het vakgebied van de chirurgie zullen robots een steeds grotere rol spelen. Eerst als instrument van de chirurg, later als vervanger van de chirurg.

“Weltweit sind, wie die Charite mitteilte, gegenwärtig 170 instrumentenführende Roboter für die Chirurgie und die Strahlentherapie im Einsatz. Davon werden ca. 90 Geräte (in Deutschland davon ca. 50) zum vollautomatischen Fräsen eines Loches (Kavität) in den Oberschenkelknochen

eingesetzt. Ca. 15 Geräte weltweit dienen dem vollautomatischen Bewegen einer Strahlenquelle in der Krebsbehandlung. Ca. 20 Geräte werden weltweit zur ferngesteuerten Instrumentenführung bei Schlüsseloperationen für Herz-Bypass- OP's verwendet (davon ca. 10 Geräte in Deutschland). Daneben gibt es noch über 400 robotähnlicher Systeme, die als motorisiertes Kamera oder Mikroskop-Stativ in der Endoskopie und in der Neurochirurgie benutzt werden” (Janositz, 2000).

Een Duitse autoriteit op dit gebied - Prof. Hanisch - verwacht dat de robottechnologie binnen enkele jaren de standaard wordt voor de minimale invasieve chirurgie (Janositz, 2000).

7.6 Specialist als supervisor

Door het overnemen van traditioneel specialistische taken door andere beroepsbeoefenaren en machines, ontwikkelt de specialist zich ten aanzien van deze taken tot supervisor. Hij/zij verricht niet zelf meer alle specialistische handelingen, maar ziet er op toe dat anderen dat doen. De specialist geeft advies en grijpt in als er iets misgaat of dreigt te gaan.

Conclusie

Kostenbeheersing, specialistenkrachte en technische innovaties leiden ertoe dat een aantal specialistische handelingen zal worden overgenomen door: huisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen, ziekenhuisartsen, technisch specialisten en apparaten (interpretermachines en robots). De specialist zal zich ten aanzien van deze beroepsgroepen ontwikkelen tot supervisor.

8 Samenvatting en conclusies

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg brengt eind 2000 advies uit aan de minister van VWS over de toekomst van de specialistische zorg in ons land. Met het oog daarop heeft de Raad Prismant verzocht op basis van buitenlandse ervaringen en voorbeelden antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Zal het ziekenhuis dominant en exclusief integratiekader blijven van specialistische zorg en hoe belangrijk blijft de fysieke infrastructuur van het ziekenhuis?
2. Zal specialistisch werk het exclusieve domein blijven van medisch specialisten of zullen andere beroepsbeoefenaren delen van het werk overnemen?
3. Zal het ziekenhuis specialismegeoriënteerd zijn of meer gericht worden op patiëntenstromen en patiëntengroepen?

In ons land bestaat de unieke situatie dat praktisch alle medisch specialistische activiteiten in een ziekenhuis verricht worden (ziekenhuis als integratiekader voor medisch specialisten) en dat ziekenhuizen er zijn voor zowel arm als rijk (solidariteit). In vele buitenlandse landen is dat niet het geval, zodat er een tweedeling in de zorg is ontstaan. Op grond van internationale ervaringen mag verwacht worden dat in de westerse wereld de twee stelsels van zorg (solidariteit in ons land, tweedeling in Angelsaksische landen) naar elkaar toe groeien. Voor ons land betekent dat, dat zowel binnen als buiten de ziekenhuizen bepaalde vormen van zorg op commerciële basis zullen worden aangeboden en dat de zorg in sommige opzichten 'ontregeld' zal worden. Toch zal dat niet leiden tot een wezenlijke aantasting van het Nederlandse ziekenhuis als dominant integratiekader van specialistische zorg.

Het concept van het lokale, algemene, basisziekenhuis dat voor iedereen binnen 15 minuten bereikbaar is en waarin alle

basisfuncties aanwezig zijn, zal geleidelijk verdwijnen. Er zal sprake zijn van de ontwikkeling naar regionale conglomeraten waarin sprake is van functiedifferentiatie. Niet elk ziekenhuis binnen die conglomeraten zal meer het gehele pakket aan basisfuncties bieden.

De fysieke infrastructuur van een ziekenhuis (gebouw, bedden, poliruimten, operatiekamers, spreekkamers, laboratoria, diagnostische faciliteiten e.d.) zal ook in de toekomst belangrijk zijn voor het bieden van ziekenhuiszorg. Net als in het verleden zal de druk op ziekenhuizen blijven om klinische patiënten zo kort mogelijk op te nemen zodat er voortdurend zorg verplaatst wordt naar andere zorgcircuits. Tegelijkertijd nemen door technologische innovaties de mogelijkheden toe om 'zorg op afstand' te bedrijven. Daarbij gaat het voornamelijk om informatie en communicatie (Internet, directe interactie met dokter) en monitoring op afstand.

Op grond van internationale en nationale ervaringen kan verwacht worden dat een aantal taken die traditioneel tot het domein van de medisch specialisten behoren, door andere beroepsbeoefenaren zullen worden overgenomen. Het gaat daarbij om verpleegkundigen (praktijk verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen), om technische specialisten (optometristen) en om nieuwe medische beroepen (ziekenhuisarts). Daarnaast zullen nieuwe technologieën taken overnemen van specialisten (op het terrein van de diagnostiek en therapie). Ten aanzien van deze beroepsbeoefenaren en technologieën zal de specialist een superviserende rol vervullen.

Internationale ervaring laat zien dat ziekenhuizen hun organisatie steeds meer afstemmen op de specifieke karakteristieken van verschillende patiëntengroepen in verband met capaciteitsplanning, versnelde doorstroming en bejegening. Het specialisme georiënteerde ziekenhuis zal geleidelijk plaats maken voor het patiënt georiënteerde ziekenhuis.

Het Nederlandse 'alles in één ziekenhuis' zal gecontinueerd worden en tegelijkertijd op essentiële onderdelen veranderingen ondergaan.

Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1975. Den Haag: CBS, 1975.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Intramurale gezondheidszorg 1981. Den Haag: CBS, 1983.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets gewenste ziekenhuisspreiding. Utrecht: CBZ, 2000.

Crom, B. Het perspectief van marktwerking voor Nederlandse ziekenhuizen. Tijdschrift voor Bedrijfsadministratie, 104, 2000, juli/aug.

Dowie, R. Staffing of Hospitals. British Medical Journal, 319, 30 okt. 1999, p. 1193-1195.

Edwards, N. Planning Hospitals with limited evidence. British Medical Journal, 319, 20 nov. 1999, p. 1361-1363.

Haugh, R. The New Consumer. Hospitals & Health Networks USA, 73, 1999, no. 12, p. 30-36.

Haycock, J. Changing Hospitals. British Medical Journal, 319, 6 nov. 1999, p. 1262-1264.

PriceWaterhouseCoopers Health Cast 2010. Smaller world, bigger expectations. S.l.: PriceWaterhouseCoopers, 1999.

Health Management Forum. Toekomst medisch specialistische zorg. Zoetermeer: HMF, 1999.

Henscher, M, et al. International trends in the provision and utilization of Hospital Care. British Medical Journal, 319, 25 sept. 1999, p. 845-848.

Henscher, M., et al. Better out than in? British Medical Journal, 319, 23 okt. 1999, p. 1127-1130.

Henscher, M., et al. Hospital Provision. Activity, and Productivity in England since the 1980's. British Medical Journal, 319, 2 okt. 1999, p. 911-914.

Hospital of the future, The. British Medical Journal, 319, 25 sept- 20 nov. 1999

Janositz, P. Operationsroboter: Überblick und Perspektive. Das Krankenhaus, mei 2000.

Komeasoff, P.A. What is the future of the hospital system? The medical journal of Australia, 1997, no. 1.

Lems, P. Het ziekenhuis in de 21^e eeuw: een aanzet tot discussie. Rijswijk: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1990.

Maljers, J. Het nieuwe Deventer ziekenhuis: vraaggestuurd in zorg, bouw en organisatie. Deventer: Deventer Ziekenhuis, 1999.

Nakayama, Kousaku. Strategies for the improvement and survival of our Hospitals. Perspectives for the 21st century. Japan Hospitals, 1999, no. 18.

Nationaal Ziekenhuis Instituut. Intramuraal gezondheidszorg in cijfers 1997. Utrecht: NZi, 1998.

Orde van Medisch Specialisten. District op orde. Nieuws OMS, 4, 2000, no.5.

Posnett, J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. British Medical Journal, 319, 16 okt. 1999, p. 1063-1065.

RIT 2000. The development project for the new university hospital in Trondheim, Norway. Trondheim, Norway: HCHD, 1997.

Schlooz-Vries, M.S. Patiënten tevreden over nurse practitioners. Med. Contact, 55, 14 jan. 2000, p. 48-50.

Streefnormstelling wachttijden curatieve sector. Zeist: Treek-accord, jan. 2000.

Vries, G. de. Besturing van multidisciplinaire patiëntenstromen. Lopend promotieonderzoek TUE. Utrecht: Prismant, 2000.

Wildevveen, S.E. Beter met beter. Medisch Contact, 52, 19 dec. 1997, p. 1628.

Bijlage

Deel 7

International comparative exploration on specialist practice development

The council for Health Care (RVZ) is an advisory body for the Dutch Health Ministry on issues relating to the development of health care. One of the issues the Council is investigating is the future development of specialist practice. An international comparative exploration should make part of the advisory report on this issue. The objective is to explore which developments in other countries are relevant and perhaps also applicable for the Dutch setting. Prismant/NZi is asked to perform this study. Apart from literature and contacts via scientific bodies of medical specialties, we will also try to make use of the contacts via the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services. The draft report needs to be ready end of June.

Characterisation of the Dutch setting

To enable the comparison with relevant developments in other countries, we have tried to describe adequately the setting and development in our country. The below scheme lists this characterisation on a number of relevant aspects of specialty practice. For each aspect of specialist practice a short characterisation is given for the current setting and for the projected future setting. These projected settings have an illustrative function and the international comparative study will hopefully make clear what alternative developments may happen. The items 2, 3 and 5 have most priority in the comparison.

Aspect of specialist practice	Current characterisation	Possible future characterisation
1. Content of the work	Craft, with use of more or less advanced tools	Supervisor, problem solver, while technology will replace part of the craft
2. Structuring of the work	Specialty oriented	Disease/diagnosis oriented
3. Function/position of the work	Complementary to general practitioner, with no other linking professionals	Specific function of medical specialist as part of many different professions (differentiation in functions)
4. Juridical status	Entrepreneur in a system that is dominated by anti-preneurial rules	Employee/entrepreneur in a system with private and public arrangements
5. Relationship with hospital	Specialist care is integrated in hospital, with hardly private specialist practice	Medical specialists are operating inside and outside hospitals (stand alone outpatient centres, private practices)
6. Sex	Male and macho culture	Increasingly feminine profession, with many consequences for economic binding, working hours, etc.
7. Organisation	Local firm structure for specialist practice	Regional structure as a basis for medical practice
8. Status	High (income, image)	Medium
9. Relationships with other specialties	Each specialty has its own domain, and uses referral and consultation to link with other specialties	Multi-disciplinary approach and teaming up

The questions we have are:

- can you comment on, modify or complete the position of specialist practice in your country?
- can you illustrate it with innovative examples in your country's health care?
- can you give references for further inquiries on this subject in your country?

We are most interested in answers relating to the items 2, 3 and 5 in the above scheme.

Bijlage

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 245,-.

Adviezen en achtergrondstudies

00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	42,50
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00
00/03	De rollen verdeeld	30,00
99/26	Care en cure	25,00
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	25,00
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00

99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/10E	Europe and health care	30,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00

97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
Bijzondere publicaties		
99/24	Evaluatie en actie	gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00

95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50

Tabel 1.1 Kenmerken van in Nederlandse ziekenhuizen werkzame artsen

Soort arts	Duur van de opleiding	Op wachtlijst voor agio-plek?	Werkzaam binnen één specialisme?	Werkzaam voor cluster specialismen?	Doorgroei-mogelijkheden in loopbaan?	Zelfstandig-heid in beroeps-uitoefening?	Zelfstandig behandelaa-er op specialistisch gebied?
Super-specialist	8 à 10 jaar bovenop basis	n.v.t.	ja, beperkte taken binnen één specialisme	ja, afhankelijk van constellatie in ziekenhuis	binnen tot nu toe succesvolle loopbaan beperkt; alleen nog mogelijk in management of hoogleraarschap	maximaal	ja, soms ingeroepen voor korter durende consulten
Specialist	4 à 6 jaar bovenop basis	n.v.t.	ja	ja, afhankelijk van constellatie in ziekenhuis	beperkt*; eventueel doorgroei tot superspecialist of in onderwijs of management	maximaal	ja
agio	nog in opleiding na basis	n.v.t.	ja	ja, afhankelijk van constellatie in ziekenhuis	groot; heeft perspectief op specialisatie, eventueel super-specialisatie en werkplek	alleen eindverantwoordelijkheid voor het eigen handelen; niet voor wat wordt gedelegeerd	ja, mits onder supervisie van specialist
agnio	afhankelijk van ziekenhuis 1 à 2 jaar opleiding na basis	71% ambieert dat; 25% zou huidige positie willen bestendigen	soms; dan verbonden aan een vaste afdeling of EHBO/SEH	soms, voor groepje nauw verwante specialismen; men is dan zogenoemd wisselassistent	zeer beperkt; dit kan toenemen nadat men deze functie heeft geformaliseerd	alleen eindverantwoordelijkheid voor het eigen handelen; niet voor wat wordt gedelegeerd	ja, maar alles gebeurt in het kader van het behandelprogramma van de specialist
ziekenhuis-arts	3 jaar opleiding na basis (in academisch ziekenhuis Groningen)	nee	nee	specialisme-overstijgend, ook taken in patiëntenlogistiek tussen afdelingen, in onderwijs of in transmuralisatie	nog niet duidelijk maar naar verwachting beperkt*; men wordt immers expliciet geen specialist en werkt vaak in deeltijd	nog niet duidelijk, maar naar verwachting binnen eigen domein groot	nog niet duidelijk; men verricht handelingen binnen een specifiek competentiegebied
basisarts	6 jaar	is mogelijke ambitie, naast huisarts en verpleeghuis-arts, sociaal geneeskundige	nee	soms	beperkt* zonder vervolgoopleiding	niet op specialistisch gebied; alleen generalistische taken	nee

*: Daar waar te lezen is dat de doorgroei-mogelijkheden beperkt zijn, moet beseft worden dat mensen wel de keus hebben uit algemene, categorale en academische ziekenhuizen en dat er ook beleidsfuncties zijn waarvoor men zich kan kwalificeren..