

Zorg om de patiënt: het mandaat van de medische professie

Jaarrede KNMG-voorzitter

Joke Lanphen

BIJ DE OPENING VAN ons congres 'Snijdende vlakken, professionele plichten en maatschappelijke machten' wil ik ingaan op de veranderingen die de patiëntenzorg en de gezondheidszorg ondergaan, en op de mogelijkheden van de medische professie haar maatschappelijk mandaat te behouden. Met 'maatschappelijk mandaat' bedoel ik dat de medische beroepsgroep de verantwoordelijkheid heeft om inhoud, kwaliteit en organisatie van opleiding en beroep te bepalen.

Het congres thema geeft daar alle aanleiding toe. Meer dan ooit tevoren balanceert de medische professie op snijdende vlakken, wordt zij geconfronteerd met (en soms ingelijfd bij) maatschappelijke machten en met een toenemend aantal professionele plichten. Hoe kan de medische professie deze ontwikkelingen het hoofd bieden?

Ik wil u voorhouden dat dit alleen maar kan door de relatie tussen arts en patiënt als ijkpunt te nemen. Want met enige overdrijving moet ik helaas stellen dat de arts-patiëntrelatie op papier het fundament van de geneeskunde is, maar dat zij in de praktijk een ogenschijnlijk toenemend onpersoonlijk of anoniem karakter krijgt. Ik bedoel daarmee dat medische zorg minder en minder ingebed is in een hechte relatie tussen arts en patiënt die

tevens wordt gekenmerkt door continuïteit. Er is steeds meer sprake van een opvolging van verschillende artsen en andere hulpverleners in het behandel- of begeleidingsproces. Daarnaast neemt de gerichtheid op de persoon van de patiënt af, bijvoorbeeld door richtlijnen en protocollen of de organisatie van het zorgproces.

Ik zal een aantal oorzaken van die ontwikkeling schetsen: verminderde continuïteit, economisering van de zorg en

de zich ontwikkelende medische kennis. Waar het mij vooral om gaat is een antwoord te vinden op de verontrustende vraag of onze beroepsgroep deze ontwikkelingen het hoofd kan blijven bieden. Zo niet, dan is het mandaat dat wij van de samenleving hebben gekregen in het geding, maar ook - en belangrijker - het centraal stellen van medische deskundigheid binnen de zorg voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Dat is in de eerste plaats in het belang van de patiënt.



De anonimisering van de zorg

Treffend voor de huidige gezondheidszorg is de constatering dat bijvoorbeeld in een ziekenhuis met ongeveer 600 bedden een patiënt die een galblaasoperatie ondergaat, geconfronteerd wordt met 22 verschillende hulpverleners. Gaat het om een herniacorrectie, dan is dat aantal 19.¹ Artsen maken van dat aantal een substantieel deel uit. Ik neem aan dat het beeld in andere sectoren van de zorg niet principieel anders is. Ook in de huisartsgeneeskunde treft een patiënt meer hulpverleners aan dan alleen zijn of haar 'eigen' huisarts. In de arbeids- en verzekeringsgeneeskunde valt dit beeld eveneens te bespeuren. Begrijp mij goed: er zijn vele onontkoombare oorzaken voor deze fenomenen. De vraag is: wat zijn de consequenties ervan voor de waarde van de relatie tussen de arts en diens patiënt, en in het verlengde daarvan voor het mandaat van de medische professie als geheel?

Foto: Ton Minnen, 't Sticht, Utrecht

Eerst een relativiserende opmerking: De aanduiding 'anonimisering van zorg' past in het rijtje 'juridisering'- 'medicalisering'- 'bureaucratisering'- etc. Daarmee is de verleiding groot een diffuus beeld te schetsen, dat vooral gekenmerkt wordt door de onderstroom 'van kwaad tot erger'. Zoals Schuyt heeft gezegd: bij dergelijke processen kan het omgekeerde tegelijkertijd ook aan de hand zijn.² Ook als de algemene tendens zou wijzen in de richting van 'anonimisering van de zorg', dan nog kunnen er vele plaatsen zijn waarop het tegendeel het geval is. Misschien gaat het erom bij die ontwikkelingen aansluiting te zoeken.

Continuïteit van zorg

Wat betreft de continuïteit van zorg kan worden geconstateerd dat verschillende ontwikkelingen de persoonlijke continuïteit in de relatie tussen arts en patiënt belemmeren.

Een herkenbare ontwikkeling is de noodzaak tot verdere specialisering. Het is eenvoudigweg niet goed mogelijk om het hele veld van de geneeskunde te overzien. Ook kennen de huidige specialismen daarnaast hun experts op specifieke onderdelen van het vak. Specialisatie en subspecialisatie leiden vervolgens weer tot een bepaalde arbeidsdeling binnen de ziekenhuizen, die zich uiteindelijk vertaalt aan het bed van de patiënt.

Een volgende oorzaak is gelegen in de voortschrijdende technische ontwikkeling van de geneeskunde. Aan de ene kant omdat daardoor een verdere specialisatie kan optreden onder artsen. Aan de andere kant omdat de kosten zodanig hoog zijn dat een schaalvergroting in de ziekenhuizen noodzakelijk wordt om de benodigde investeringen op te brengen. In dat verband is de constatering van Erkelens dat in ziekenhuizen de ruimte voor diagnostische en behandelafdelingen enorm is toegenomen ten koste van de verpleegafdelingen, interessant.³ Technische ontwikkelingen leiden daarbij tot een toename van het aantal technieken (en gebruikers van die technieken) per patiënt en dus tot meer hulpverleners per patiënt.

We kunnen niet voorbijgaan aan de veranderingen in de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. Op alle terreinen is er sprake van een toegenomen organisatorische complexiteit, waardoor patiënten de organisatie moeten volgen in plaats van het omgekeerde. Verder is er sprake van een toename van sturende wetten en regelgeving (denk aan de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Kwaliteitswet, de meldingsprocedure euthanasie, de Klachtwet). Het gevolg daarvan is bureaucratisering. Over ziekenhuizen spreekt men daarom als 'professionele bureaucratieën'.⁴

Een laatste oorzaak die ik hier wil noemen is de normalisering van werktijden voor artsen. Hoewel de ontwikkeling legitiem en noodzakelijk is, valt niet te ontkennen dat het realiseren van continuïteit in de zorg hierdoor moeilijker is geworden - althans binnen de huidige organisatie van het medisch werk. In het verlengde hiervan kan worden geconstateerd dat ook het arbeidsethos van de arts aan het verschuiven is. Het is gelukkig niet meer vanzelfsprekend dat men een arbeidsweek van 80 uur aanvaard. Jonge artsen nemen veel vaker dan in het verleden het standpunt in dat beide partners een adequaat deel van de zorg thuis op zich moeten nemen - hetgeen zich moeizaam verhoudt met de arbeidstijden die ook nu nog gebruikelijk zijn. Dat het merendeel van de studenten vrouw is en dat vrouwelijke artsen in toenemende mate het potentieel van de beroepsgroep uitmaken, speelt hierin een rol, maar ook oudere artsen komen meer en meer tot de overtuiging dat excessieve werktijden niet alleen ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg, maar op de lange termijn ook van hun thuissituatie en van de eigen arbeidsatisfactie. Burn-out komt ook onder artsen voor! Wie het verloop van de loopbaan van veel artsen nagaat, ziet dat het nogal eens voorkomt dat men na een tiental jaren 'vastloopt' in de praktijk.

Dit alles is te karakteriseren als een ontwikkeling waarbij de arts in toenemende mate zijn arbeidssituatie problematiseert. Dat de geneeskunde geen 'nine to five'-activiteit is wordt natuurlijk geaccepteerd, maar tegelijkertijd is men in steeds mindere mate bereid de prijs te accepteren die samenhangt met het realiseren van een medische loopbaan en zoekt men naar alternatieven. Daarin ligt een enorme uitdaging, die - zo schijnt het - grote consequenties zou kunnen hebben voor de wijze waarop de patiëntenzorg is georganiseerd. We hebben daarin eenvoudigweg geen keus, als we althans het kwalitatieve potentieel van de gehele beroepsgroep willen benutten. Ik verzeker u dat daar op dit moment nog geen sprake van is; het beeld dat in bedrijfsleven en industrie te bespeuren valt, geldt ook in de geneeskunde: de doorstroming van vrouwen naar 'de top' beperkt zich tot enkele gevallen. Deze ontwikkelingen - specialisering, technische ontwikkeling, normalisering van arbeidstijden en bureaucratisering - zijn bezig hun sporen te trekken in de gezondheidszorg. Dat gegeven moeten we eenvoudigweg onder ogen zien. Het vertaalt zich op verschillende manieren, maar de kern ervan is mijns inziens een *druk op de arts-patiëntrelatie*. Dat gebeurt op twee manieren, namelijk door de persoonlijke continuïteit ervan moeilijker te maken en

door de - ook voor patiënten waarneembare - ontwikkeling dat de techniek (of dat nu een apparaat of een pil is) steeds belangrijker wordt.⁵ Om een concreet voorbeeld te geven: psychotherapie moet steeds heviger concurreren met psychofarmaca; beide ontwikkelingen veroorzaken dat die ene arts voor de patiënt minder belangrijk aan het worden is.

Economisering van zorg

Een tweede proces dat gaande is, is wat Vos 'economisering van de gezondheidszorg' heeft genoemd.⁶ Het wordt gekenmerkt door het centraal stellen van begrippen als 'schaarste', 'doelmatigheid' en het 'vraag-aanbodmechanisme' (om er een paar te noemen). De bedrijfsmatige benadering heeft de laatste jaren opgeld gedaan, niet alleen in de gezondheidszorg maar ook in de belendende sociale sector. Voor een deel is dat natuurlijk een cosmetische kwestie: men blijft hetzelfde doen, alleen wordt het anders benoemd. Toch is er fundamenteel een aantal zaken veranderd: het hoog oplopende 'Taxol-debat' maakt dat duidelijk. De op kosten gerichte benadering - ingezet met de functionele budgettering van de jaren '80 - heeft nu een punt bereikt waarop de inhoud van de zorg in het geding is gekomen. Alle partijen in de gezondheidszorg zijn het daarover eens. Voor artsen betekent dat twee zaken: ten eerste dat de vraag naar doelmatigheid een facet van het dagelijks leven is geworden. En dat is op zichzelf niet erg. Ten tweede dat er bij het leveren van gezondheidszorg 'nee' moet worden verkocht - en dat is wel erg. Wanneer geïndiceerde zorg niet kan worden gegeven 'omdat het budget onvoldoende is', verliest de patiënt, verliest de zorg en verliest de arts. Ook de medische beroepsgroep verliest dan iets, namelijk een stuk van haar inhoudelijke mandaat. Een tweede ontwikkeling waarin de economisering van de zorg zichtbaar wordt is binnen 'managed care'. Overgewaaid uit de Verenigde Staten, lijkt het als begrip inmiddels enige grond onder de voeten te hebben gekregen.⁷ Niet minder opmerkelijk is de grote belangstelling van de farmaceutische industrie voor het onderwerp, met als doel 'de efficiency ten aanzien van prescriptie te verhogen' door middel van 'pharmaceutical benefit management'.^{7,8}

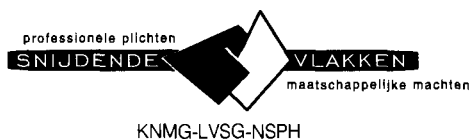
Over 'managed care' valt veel te zeggen, afhankelijk van de precieze verhouding tussen arts, patiënt/werknemer, verzekeraar/financier en overheid. In het algemeen gaat het erom het klinisch proces te controleren of te sturen vanuit de doelstellingen van de financier. Doelmatigheid (of kostenbeheersing c.q. schadelastbeheersing) is steeds één van de be-

langrijkste doelstellingen.⁹ In de Verenigde Staten - waar 'managed care' in enkele jaren tijd het aanzien van de gezondheidszorg ingrijpend heeft veranderd - gaat het om instrumenten gericht op verzekeren (gezond gedrag stimuleren, aanspraken beperken) en artsen (autorisatie van bepaalde procedures, financiële incentives, 'utilization review'). Dit heeft ertoe geleid dat de American Medical Association een rapport 'Ethical Issues in Managed Care' het licht heeft doen zien.¹⁰

De ontwikkelingen in de Verenigde Staten zijn wat dit betreft te beschouwen als het schip op het strand dat een bak in zee is. Daaraan kunnen twee belangrijke ijkpunten worden ontleend: de mogelijkheid van de professional een individuele patiënt geïndiceerde zorg te kunnen geven en de mogelijkheid voor de beroepsgroep om zelf de professionele standaarden of richtlijnen op te stellen.

In de VS is de verregaande ontwikkeling van 'managed care' mogelijk geweest doordat de medische professie in de jaren '70 haar maatschappelijk mandaat om de zorg vorm te geven heeft verloren en de gezondheidszorg inmiddels voor een belangrijk deel bestaat uit organisaties met winst oogmerk.¹¹ Toegegeven, het stelsel van gezondheidszorg daar is anders dan het onze, maar sommige ontwikkelingen in Nederland maken de toepassing van bepaalde facetten van 'managed care' wel waarschijnlijker. We kunnen daarbij wijzen op de beperkte budgetten voor de gezondheidszorg, het feit dat de zorgplicht bij de verzekeraars is neergelegd, in combinatie met de verzekeraarsbudgettering, en het feit dat deze vanaf 1 januari 1998 geen nacalculaties meer kunnen hanteren en volledig aangeslagen worden voor budgetoverschrijdingen. Denk daarnaast aan de recente privatisering van de Ziektewet en de daarmee samenhangende ontwikkeling dat verzekeraars zowel het verzuimrisico als de gezondheid van de werknemer gaan verzekeren. Het handelen binnen de gezondheidszorg wordt dan onherroepelijk verder geproblematiseerd vanuit het perspectief van de schadelastbeheersing. Daarmee is zonder meer de positie van de arts gemoeid, zoals blijkt uit discussie rond de bedrijvenpoli, en de heroriëntatie van de medische beroepsgroep op de rol van de arts op het snijvlak van arbeid en gezondheid.

Ook de economisering van zorg leidt mijns inziens tot een hindernis voor de persoonlijke continuïteit binnen de gezondheidszorg. Immers, wanneer de besluitvorming ten aanzien van het medisch handelen niet meer alleen in de handen van de arts ligt maar ook in de handen van derden,



zijn dezen minstens indirect aanwezig - als 'strangers at the bedside', zoals David Rothman het kernachtig uitdrukte.¹²

Algemene kennis en bijzondere ervaring

Een derde hoofdthema dat ik naast de continuïteit en de economisering van zorg aan de orde wil stellen, is de relatie tussen kennis en zorg. Daarin zit namelijk een paradox verscholen die van groot belang is voor het thema 'anonimisering van zorg'. De traditie wil dat de arts-patiëntrelatie gekenmerkt is door een oriëntatie op de individuele noden van de patiënt. Daarin vindt in ieder geval een belangrijk deel van de professionele ethiek haar legitimatie. Die traditie wil ik niet ontkennen, maar wel relativeren in het licht van de huidige tijd. De paradox waar ik op wil wijzen is dat deze traditionele visie bijzonder serieus moet worden genomen, terwijl we tegelijkertijd moeten constateren dat zij de werkelijkheid bij lange na niet volledig weer geeft.

We mogen de geneeskunde beschouwen als een intermediair tussen de ervaringen en gewaarwordingen van een individuele patiënt enerzijds en de algemene theoretische kennis van ziekten en de daaraan ten grondslag liggende biochemische en fysiologische mechanismen anderzijds. Tot enkele decennia terug stond de arts alleen voor de taak deze kloof te overbruggen. Daarbij werd hij hooguit ondersteund door bekende medische aforismen als dat van Hippocrates of van Boerhaave, die de functie hadden een brug te slaan tussen kennis (die algemeen is) en de patiënt (die bijzonder is). Pas de laatste jaren worden artsen daarbij ondersteund door middel van klinisch-epidemiologisch onderzoek, besliskundige technieken, en standaarden en protocollen. Hoewel deze ondersteunende mogelijkheden een grote vlucht hebben genomen, geldt voor het merendeel van de klinische beslissingen nog steeds dat de arts in belangrijke mate op zijn eigen oordeelsvorming (en ervaring) moet steunen. De ontwikkeling van 'evidence based medicine', klinische richtlijnen en dergelijke mag van die constatering niet afleiden.

Daarmee wil ik terugkeren naar de paradox die ik zojuist heb aangeduid. Hoewel de algemene opvatting is dat de arts zich specifiek richt op de noden van de patiënt, is dat maar zeer ten dele zo. Hij kan dat alleen voorzover de noden van de patiënt zich laten vertalen binnen de medische

termen en mogelijkheden die de arts ter beschikking heeft. De opkomst van nieuwe ziektebeelden laat dat iedere keer weer zien, net zoals de discussies over de grenzen van de geneeskunde, bijvoorbeeld over de moderne voortplantingstechnieken. Dat vraagt bij iedere patiënt een inspanning van de arts om succesvol als intermediair te kunnen optreden. De traditionele opvatting dat de arts als vanzelfsprekend de relatie tussen medische kennis en mogelijkheden en de patiënt tot stand brengt, onderschat de benodigde inspanning. Het komt mij voor dat een heroriëntatie op het primaire proces in de gezondheidszorg ook die inspanning moet waarderen. Blijft deze erkenning achterwege, dan lopen we het risico dat artsen onvoldoende onderkennen wanneer patiënten zich niet herkend en erkend weten. Dan wordt de arts voor de patiënt inwisselbaar, een anonieme functionaris. Daarmee verarmt de zorg en dat treft het mandaat van de professie, maar ook de patiënt door het verlies van de toegevoegde waarde van de arts-patiëntrelatie.

Het mandaat van de beroepsgroep

De ontwikkelingen die ik heb aangestipt, leiden tot wat ik heb genoemd 'de anonimisering van de zorg'. Die ontwikkeling is mijns inziens relevant omdat zij het mandaat van de beroepsgroep ondermijnt, en daarmee op termijn de positie van de arts als professional binnen de gezondheidszorg in het geding kan komen.

Wat is nu de inhoud van dat mandaat? Freidson heeft daarvan enkele aspecten aangeduid: de technische autonomie om de inhoud van het medische beroep te definiëren, de daarmee samenhangende invloed op de opleiding, de erkenning van beroepsbeoefenaren en de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en de sociale en economische macht om de context van en de termen waaronder het vak wordt uitgeoefend te bepalen.¹³

De sociale en economische macht van de professie is de laatste jaren evident onder vuur komen te liggen; ik heb enkele veranderingen al aangegeven. Met de economisering zijn andere actoren - zoals de verzekeraars en de instellingsdirecties - binnen de curatieve zorg invloedrijker geworden. Daarnaast zijn ook juristen en ethici de zorg binnengetroten, nadat psychologen en sociologen hen een decennium eerder voorgingen. Er zijn

inderdaad nogal wat 'strangers at the bedside' gearriveerd, overigens bepaald niet altijd ten nadele van de verleende zorg. Daarnaast staat de vanzelfsprekende sociale rol van de medische beroepsgroep duidelijk ter discussie, zoals we in de reorganisaties van bijna alle gemeentelijke gezondheidsdiensten hebben moeten constateren. De benarde positie van de sociaal-geneeskundige opleidingen kan verder niet onvermeld blijven.

Dit alles overziend, kan ik mij niet onttrekken aan de indruk dat onze beroepsgroep een diepgaande verandering ondergaat wat betreft haar positionering in de gezondheidszorg en ook daarbuiten. Die verandering maakt weliswaar onzeker, maar biedt ook veel aanknopingspunten voor vernieuwing. Daarbij moeten we uitdrukkelijk één - voorspelbaar - fenomeen onder ogen zien, om het te kunnen vermijden. Dat is, dat externe druk en van buitenaf veroorzaakte veranderingen nogal eens leiden tot interne strijd. Het hoeft geen betoog dat een dergelijk fenomeen de medische professie geen goed doet.

In welke richting nu zouden we moeten gaan om het mandaat dat ons nog steeds is toevertrouwd te behouden en te moderniseren? Ik denk dat drie punten van steeds grotere waarde zullen blijken te zijn: professionele deskundigheid, continuïteit van zorg en transparantie. Deskundigheid, omdat dat het onderscheidend criterium is ten opzichte van andere actoren in de gezondheidszorg. Continuïteit, omdat deskundigheid en continuïteit leiden tot kwaliteit, en tot een herkenbare rol van de arts ten opzichte van de patiënt. Transparantie, omdat alleen in een transparant systeem verantwoording over het handelen kan worden afgelegd, zodat er vertrouwen in het handelen van artsen bestaat.

Hoe is verdere verbetering mogelijk op deze drie terreinen?

Wat betreft het thema 'deskundigheid' zou in het verlengde van de ontwikkeling van het Raamplan voor de basisartsopleiding ook voor de vervolgoopleidingen systematisch aan curriculumontwikkeling aandacht kunnen worden geschonken. Per vakgebied zijn daarin belangrijke verschillen te constateren. Ook in het traject van de na- en bijscholing zijn nog belangrijke verbeteringen te realiseren, zoals een helder systeem van accreditatie en certificatie van na- en bijscholing, en aanbieders daarvan. Belangrijk sluitstuk zal hier een adequaat systeem van capaciteitsbepaling zijn.

Naast de opleidingen is het van groot belang dat de verspreiding van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek op

een gebruiksklare manier verder toeneemt. Het CBO en het NHG kunnen daarbij niet onvermeld blijven, maar heel veel werk wordt ook binnen andere wetenschappelijke verenigingen gedaan. Het belang daarvan kan nauwelijks worden onderschat. De profilering van de beroepsgroep zal via deze werkzaamheden tot stand moeten komen. Dat daarbij ook zal moeten worden gekeken naar innovaties om de afstand tussen wetenschap en praktijk te verkleinen, is voor mij een conditio sine qua non. Niet ontkend kan worden dat juist de essentiële schakel naar de werkvloer nog verdere versterking heeft.¹⁴ Hoe dan ook: het belang van een vooraanstaande rol van de beroepsgroep bij de ontwikkeling van klinische richtlijnen, die eveneens aspecten van kosten-effectiviteit bevatten, is buitengewoon groot.

Op het gebied van het thema 'continuïteit' lijkt het mij essentieel dat de wens tot normalisering van arbeidstijden te komen, wordt gecombineerd met een daaraan aangepaste manier om het medisch werk te organiseren.¹⁵ Met name van belang daarbij is het beperkt houden van het aantal overdrachtsmomenten en het bewerkstelligen van een grotere continuïteit jegens patiënten. Het accent komt dan te liggen op het zorgproces, met een patiënt-georiënteerde structuur. Dat past overigens prima bij één van de bepalingen in de modelovereenkomst arts-patiënt, die inhoudt dat indien meerdere artsen bij de behandeling betrokken zijn, één van hen als contactpersoon optreedt. Dit alles moet toch mogelijk zijn - bijvoorbeeld door vormen van case-management en kwaliteitsmanagement - zonder dat de kwaliteit van de arbeid van artsen te zeer onder druk komt te staan. In dit verband lijkt mij de tendens die is ingezet om medici steeds meer te betrekken bij het beleid en de organisatie van de instelling, van groot belang. Voor het kwaliteitsbeleid is dit recent door Klazinga verdedigd.⁴ Vele lokale initiatieven wijzen eveneens in die richting. Dat samenwerking tussen huisartsen, specialisten, bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen hierbij cruciaal is, behoeft geen betoog.

Wat betreft het thema 'transparantie' zijn er mogelijkheden in de richting van de erkenning en registratie van specialismen, zoals de systemen van visitatie en herregistratie. Daarbij gaat het er niet om dat derden inzicht krijgen op individueel niveau, maar dat de beroepsgroep aan anderen laat zien dat zij de zaken op een goede manier kan regelen. Wat dit betreft biedt het kwaliteitsbeleid zoals dat voor de specialisten in het document 'Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten 1995' is uiteengezet, buitengewoon veel belangrijke aanknopingspunten.

Conclusie

We kunnen niet ontkomen aan de feiten. De veranderingen in de gezondheidszorg gaan buitengewoon snel en ze kunnen beschreven worden met trefwoorden als 'economisering', 'anonimisering' en 'bureaucratisering'. Die veranderingen beïnvloeden de positie van artsen en het inhoudelijk mandaat dat zij van de samenleving hebben gekregen. Ik ben ervan overtuigd dat dit mandaat de moeite waard is te worden behouden. De enige manier waarop dit kan is door middel van professionele deskundigheid, aangewend in een persoonlijke relatie met de patiënt die gekenmerkt wordt door voldoende continuïteit. Op die manier zal medische deskundigheid centraal kunnen blijven staan in de Nederlandse gezondheidszorg, voor de patiënt en voor de volksgezondheid. •

Joke Lanphen,

huisarts, voorzitter KNMG

Literatuur/Noten

1. Broomhaar B. Development, implementation and evaluation of surgical patient education. Proefschrift RUL. 1996.
2. Schuyt CJM. Tegendraadse werkingen. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1995: 51.
3. Crevel H van. Van Evidence naar Behandeling. Verslag van de Tijdschriftconferentie gehouden op 6 juni 1996. Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 1915-20.
4. Klazinga NS. Quality management of medical specialist care in the Netherlands. Overveen: Belvédère, 1996.
5. Willems D. Tools of Care. Explorations into the Semiotics of Medical Technology. Proefschrift Universiteit Limburg. 1995.
6. Vos R. Beoordeling en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. Taxol als ijkpunt. Medisch Contact, 1996; 51: 1221-4.
7. Degen JEC. De betekenis van managed care voor de farmaceutische sector. Health Management Forum, 1996 (1): 9-11.
8. Dat grote farmaceutische firma's zoals Merck en Eli Lilly meerderheidsbelangen hebben in 'prescription benefit managing organizations' (die bepaalde activiteiten voor managed care-organisaties uitvoeren) mag daarbij niet onvermeld blijven. Zie: Tromp TFJ, Mil JWF van, Smet PAGM de. De uitdagingen van 'managed care'. Farmacie & Samenleving 1996; 131: 278-81.
9. Kwaliteitsverhoging (of-behoud) wordt ook genoemd, doch duidelijk minder vaak, en het instrumentarium dat verzekeraars veelal hanteren (zoals het DRG-systeem) is daarvoor ook niet bijzonder geschikt.
10. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Ethical Issues in Managed Care. JAMA 1995; 273: 330-5.
11. Starr P. The social transformation of American medicine. Basic Books, 1982.
12. Rothman D. Strangers at the Bedside. Basic Books, 1991.
13. Freidson E. Profession of Medicine. Dodd/Mead, 1970: 373.
14. Kanouse DE, Kallich JD, Kahan JP. Dissemination of effectiveness and outcomes research. Health policy 1995; 34: 167-92.
15. Zie bijvoorbeeld De Lange en Knippers, Werktijdenbesluit voor Geneeskundigen en Verloskundigen. Zegen of zeperd. Medisch Contact 1996; 51: 1248-52.