

Minimale omvang medisch specialistische praktijk: standpunten uit de beroepsgroep

Jack B.F. Hutten

Utrecht, 2002

ISBN 90-6905-547-3

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond van de studie	7
1.2 Doel- en vraagstelling	8
1.3 Inhoud van het rapport	9
2 Opzet van de studie	11
3 Resultaten	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Organisatie van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten	13
3.3 Overzicht standpunten over grootte van een maatschap/afdeling	16
3.4 Achtergronden van de geformuleerde standpunten	20
3.4.1 Gynaecologie en verloskunde	20
3.4.2 Kindergeneeskunde	21
3.4.3 Nucleaire geneeskunde	22
3.5 Andere aspecten in het (kwaliteits)beleid die gerelateerd kunnen zijn aan de omvang van een ziekenhuis	22
3.5.1 Bereikbaarheid en toegankelijkheid	22
3.5.2 Normering van aantal en/of soort verrichtingen	23
3.5.3 Faciliteiten	24
3.5.4 Samenwerking en overleg	25
4 Conclusie en beschouwing	27
4.1 Samenvatting en conclusies	27
4.2 Beschouwing	29
Bronnen	31
Bijlagen:	
Bijlage 1: Overzicht internetaadpleging	35
Bijlage 2: Brief en vragenlijst	39

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verdiepingsstudie die het Nivel, op verzoek van het Ministerie van VWS, heeft uitgevoerd. De studie moet inzichtelijk maken of er in het (kwaliteits)beleid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten standpunten zijn ingenomen over de omvang van een maatschap of afdeling: de zogenaamde 'normpraktijk'. Het gaat daarbij in concreto over het minimum aantal specialisten dat werkzaam dient te zijn binnen een medisch specialistische praktijk.

De voortschrijdende professionalisering en de toegenomen kwaliteitseisen van medisch specialisten worden namelijk als één van de redenen genoemd voor de concentratie en schaalvergroting van ziekenhuisvoorzieningen in Nederland. Er ontbreekt op dit moment echter een overzicht welke normen of richtlijnen in dit verband zijn ontwikkeld en hoe deze tot stand zijn gekomen. Deze informatie is van belang voor de discussie over de opzet van medisch-specialistische zorg in de toekomst.

Verdiepingsstudies zijn kortdurende studies waarin op een beperkt beleidsrelevant terrein, bestaande gegevens en onderzoeksresultaten bijeengebracht en verwerkt worden tot een samenhangend overzicht. In de regel worden nauwelijks nieuwe gegevens verzameld. Met betrekking tot het onderhavige onderwerp was in de literatuur en andere openbaar toegankelijke kanalen onvoldoende informatie voor handen. Vandaar dat er een korte vragenlijst is verzonden naar alle 31 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Uiteindelijk zijn er 26 vragenlijsten teruggestuurd.

Jack B.F. Hutten

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van de studie

De plaats en organisatie van de medisch specialistische zorg in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem staan de laatste tijd volop in de beleidsmatige belangstelling (zie bijvoorbeeld de nota 'Positionering algemene ziekenhuizen' die het Ministerie van VWS, in samenwerking met Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten, heeft opgesteld) (Ministerie van VWS, 2001). Zo hebben bijvoorbeeld de toegenomen wachttijden en wachtlijsten tot een discussie geleid over de toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de medisch specialistische zorgverlening. Het gaat daarbij om de vraag hoe de organisatie van de zorg dient te worden gemoderniseerd zodat die beter aansluit bij de vraag naar zorg. In het recentelijk verschenen advies 'Medisch-specialistische zorg in de toekomst' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) wordt onder meer geconstateerd dat het aanbod van medisch specialistische zorg in Nederland onvoldoende aansluit bij de vraag (RVZ 2001). Dit zal consequenties hebben voor de manier waarop de medisch specialistische zorg in de toekomst wordt georganiseerd en de positie van de direct betrokkenen. Er wordt door de RVZ gepleit voor een sterke mate van flexibilisering van het zorgaanbod zo wel met betrekking tot de plaats als het type zorgverlener die de specialistische zorg verleent.

Belangrijke aspecten in deze discussie zijn de spreiding en grootte van ziekenhuisvoorzieningen. De afgelopen jaren hebben zich diverse belangrijke ontwikkelingen op dit punt voorgedaan. In het rapport 'De toekomst van het algemene ziekenhuis' (Meloen e.a., 2000) wordt uitvoerig beschreven dat er sprake is van concentratie en schaalvergroting in de Nederlandse ziekenhuisvoorziening. Het aantal ziekenhuizen is aan het einde van de 20ste eeuw aanzienlijk gedaald: van 169 in 1990 tot 137 in 1999. Deze daling van ruim 19% is het gevolg van een groot aantal fusies. Vaak ging het hierbij in eerste instantie om een organisatorische fusie waarbij de oorspronkelijke ziekenhuizen verder gingen als locaties van het nieuwe fusieziekenhuis. Ziekenhuislocaties zijn niet officieel geregistreerd, maar naar schatting bestaat ten gevolge van het fusieproces meer dan 1/3 van de ziekenhuizen uit meerdere locaties en worden er in toenemende mate buitenpoli's opgericht. De fusies hebben er toe geleid dat de gemiddelde omvang van het Nederlandse ziekenhuis is toegenomen. Een gemiddeld ziekenhuis had in 1990 nog 392 bedden, terwijl dat in 1999 412 bedroeg. Deze trend is nog sterker als alleen naar algemene ziekenhuizen wordt gekeken: een stijging van ruim 9,5%, van 421 naar een gemiddelde van 461 bedden (Meloen e.a., 2000).

Een belangrijke constatering uit het rapport van Meloen e.a. is dat er nauwelijks systematisch wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de effecten van ziekenhuisfusies in Nederland. Toch wordt er door de betrokkenen van uit gegaan dat er schaalvoordelen te behalen zijn, zowel ten aanzien van de efficiency, productiviteit, doelmatigheid als de kwaliteit van de gerealiseerde zorg ('the economy of scale'). Uitbreiding van het volume zou tot besparingen leiden doordat verrichtingen of behandelingen efficiënter georganiseerd kunnen worden. Daarnaast speelt het uitgangspunt dat een bepaalde minimale omvang van de voorzieningen noodzakelijk wordt geacht om kwalitatief voldoende zorg te leveren. Bepaalde verrichtingen dienen bijvoorbeeld regelmatig te worden uitgevoerd en of dit mogelijk is, is afhankelijk van de omvang van het adherentiegebied van het ziekenhuis.

Een tweede gepercipieerd voordeel van schaalvergroting wordt aangeduid met de term 'the economy of scope': een grotere diversiteit in het dienstenaanbod en de producten die worden geleverd. Op deze manier kunnen meer 'doelgroepen' of 'markten' worden bereikt. Dit is vooral van belang in het kader van subspecialisaties en het leveren van complexe zorg. Verder blijkt uit de literatuurstudie van Meloen e.a., dat schaalvergroting en concentratie van ziekenhuizen reacties zijn op de maatschappelijke trend naar een kortere werkduur. Grotere organisaties met meer personeel zouden beter in staat zijn zaken zoals diensten en bereikbaarheid te regelen dan kleinere organisaties waarin medewerkers en artsen min of meer gedwongen worden meer uren te werken. Dit kan leiden tot een te hoge en maatschappelijk onaanvaardbare werkbelasting.

De genoemde drijvende krachten achter de ziekenhuisfusies worden, volgens Meloen e.a., versterkt door elementen uit het overheidsbeleid (waaronder de toenemende kwaliteitseisen, bevordering van marktwerking en financiële prikkels in de budgettering) en het (kwaliteits)beleid van beroepsverenigingen. Deze laatste constatering staat centraal in de onderhavige verdiepingsstudie. In algemene termen gaat het hierbij om de voortschrijdende professionalisering en de toegenomen kwaliteitseisen van medisch specialisten. Meloen e.a. (2000) schrijven hier het volgende over:

'Er worden in toenemende mate eisen gesteld aan afdelingen van ziekenhuizen in termen van een minimum aantal specialisten, de zogenaamde normpraktijk. Deze eisen worden in het algemeen door de specialistenverenigingen bepaald in het kader van de professionele kwaliteitshandhaving of bevordering daarvan. Zij hebben uiteraard niet de bedoeling de omvang van ziekenhuizen te bevorderen, maar kunnen wel een indirect effect hebben op de schaalgrootte. De voorgeschreven minimale aantallen zijn voor sommige kleinere ziekenhuizen namelijk te groot. Werkte de specialist in de kleinste ziekenhuizen vroeger solitair, full-time of slechts part-time (met tevens een praktijk elders of aan huis), een dergelijke werkwijze wordt nu vaker als ongewenst beschouwd. Gesteld wordt nu dat de kwaliteit bevorderd wordt bij meer intercollegiaal contact en meer mogelijkheden voor bij- en nascholing. Dat vereist meer specialisten per afdeling, ook al omdat zij door zulke na- en bijscholing vaker afwezig zijn'.

In het betreffende rapport wordt genoemd dat de gynaecologen een normpraktijk van minimaal vijf FTE¹ gynaecologen hebben gesteld. Hoe dat bij de andere specialismen is, staat niet vermeld. Ook is niet duidelijk hoe de normen in de praktijk worden gehanteerd (bijvoorbeeld als aanbeveling of als harde eis), waarop ze gebaseerd zijn en hoe zij zich verhouden tot andere aspecten van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen. Het Ministerie van VWS heeft het Nivel dan ook gevraagd een korte verdiepingsstudie uit voeren om meer duidelijkheid over dit onderwerp te verkrijgen.

1.2 Doel- en vraagstelling

Het concrete doel van deze verdiepingsstudie is informatie te verzamelen en te ordenen over aspecten in het (kwaliteits)beleid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten die een relatie kunnen hebben met de schaalgrootte van ziekenhuisvoorzieningen in Nederland. Daarbij gaat het in ieder geval om de 'normpraktijk' die is geformuleerd. Het betreft normen of richtlijnen ten aanzien van het minimum aantal medisch specialisten dat werkzaam dient te zijn binnen een maatschap of medisch specialistische afdeling van een ziekenhuis.

De volgende onderzoeksvragen komen daarbij aan bod:

¹ FTE = Full Time Equivalent

- 1 *'Hebben wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten normen ten aanzien van de grootte van een maatschap (normpraktijk) in hun (kwaliteits)beleid opgenomen? Zo ja, welke normen zijn dat? Zo nee, waarom niet?*
- 2 *'Wat is het belang van deze normen? Wat is de status van deze normen? Zijn ze geformuleerd als harde eis, als richtlijn of advies? Welke plaats hebben zij in het totale (kwaliteits)beleid van de wetenschappelijke verenigingen?'*
- 3 *'Wat is de achtergrond van deze normen? Hoe zijn ze ontwikkeld en waarop zijn ze gebaseerd? Is er bij de opstelling ook rekening gehouden met het belang en de mening van andere disciplines?'*
- 4 *'Zijn er andere normen in het (kwaliteits)beleid van de wetenschappelijke verenigingen die gerelateerd kunnen zijn aan de schaalvergroting in de ziekenhuissector? Bijvoorbeeld ten aanzien van bi-locaties, bereikbaarheid en faciliteiten.'*
- 5 *'In hoeverre is er onderlinge afstemming tussen de wetenschappelijke verenigingen op dit gebied?'*

1.3 Inhoud van het rapport

In het volgende hoofdstuk wordt besproken hoe de informatie die in dit rapport te vinden is, bijeen is gebracht. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd. Het rapport eindigt met een concluderend hoofdstuk.

2 Opzet van de studie

Bij de uitvoering van de studie zijn diverse bronnen gebruikt om de benodigde informatie te verzamelen.

Literatuurstudie

De studie is gestart met het zoeken (via de catalogus van het Nivel en Medline) en ordenen van de literatuur die de afgelopen tien jaren over dit onderwerp is verschenen. Daarbij zijn de volgende zoektermen gebruikt: kwaliteit, kwaliteitsbeleid, normpraktijk, medisch specialisten, ziekenhuizen. Hierbij hebben we ons beperkt tot publicaties over de Nederlandse situatie.

Via deze literatuurstudie kwamen maar weinig relevante publicaties naar boven. Een algemene bron is 'Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector' van Bennema-Broos e.a. (2000). Daarin worden onder andere de algemene trends in het kwaliteitsbeleid van de medisch specialisten beschreven. Er wordt echter niet ingegaan op het beleid van ieder afzonderlijk specialisme, terwijl dit voor de beantwoording van de vraagstelling relevant is. Het boek 'Kwaliteitsbeleid medisch specialisten' van Theuvenet e.a. geeft dit wel, maar dat dateert uit 1995 en gaat niet specifiek in op het onderwerp van deze studie. In Medisch Contact is tussen 1996 en 1997 een serie artikelen verschenen over het kwaliteitsbeleid van de meeste wetenschappelijke verenigingen, maar ook hierbij geldt dat de informatie niet gedetailleerd genoeg is voor de vraagstelling van dit onderzoek.

Raadpleging internet

Ten tweede zijn de internet-sites van de wetenschappelijk verenigingen, systematisch doorzocht naar relevante informatie. Daarbij is uitgegaan van de 31 wetenschappelijke verenigingen die op de site van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) worden genoemd. In bijlage 1 zijn de verantwoording en resultaten van dit gedeelte van de studie te vinden. Veel sites bleken zowel een publiek toegankelijk deel te bevatten als een deel dat alleen door leden van de vereniging geraadpleegd kan worden. Vanzelfsprekend blijven onze bevindingen beperkt tot het openbare deel. Het betrof vaak algemene informatie over de vereniging, informatie over inhoudelijke onderwerpen en voorlichting voor patiënten. Er is weinig informatie gevonden die voor de beantwoording van de vraagstelling van dit onderzoek van belang is.

Schriftelijke enquête

Aangezien er bij voorbaat van uit is gegaan dat de bestaande gegevensbronnen onvoldoende specifieke informatie bevatten over het betreffende onderwerp is, op voorhand, besloten om ook informatie bij de wetenschappelijke verenigingen zelf te verzamelen.

Alle 31 wetenschappelijke verenigingen kregen een korte schriftelijke enquête toegestuurd (zie bijlage 2). Deze was meestal gericht aan de secretaris van de vereniging of een contactpersoon van de sectie kwaliteit. De geadresseerde bepaalde wie de vragen het best kon beantwoorden. Vervolgens is, indien nodig, bij de vereniging telefonisch navraag gedaan bij wie de enquête terecht is gekomen en wanneer een reactie kon worden verwacht. In veel gevallen is de enquête in het dagelijks bestuur besproken. In de meeste gevallen heeft de voorzitter van de commissie kwaliteit of de commissie beroepsbelangen de enquête ingevuld. Enkele malen is dit door een beleidsmedewerker gedaan. Uiteindelijk hebben 26 verenigingen de vragenlijst geretourneerd.

Documentanalyse

In de enquête is gevraagd om relevante beleidsdocumenten terug te sturen. Deze zijn, samen met de documenten die via de andere kanalen zijn verkregen, nader bestudeerd.

Interviews

Tenslotte zijn, als aanvulling, (telefonische) interviews gehouden met drie medisch specialisten om meer inzicht te krijgen in de achtergronden van de standpunten. Hierbij ging het om één specialisme dat een 'normpraktijk' heeft geformuleerd (kindergeneeskunde), en twee specialismen die dit niet hebben gedaan (orthopedie en radiologie).

3 Resultaten

3.1. Inleiding

Zoals in de inleiding is gesteld, vormt het vaststellen van een 'normpraktijk' een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Het is dan ook belangrijk om eerst uitvoeriger aandacht te besteden aan de manier waarop zij de kwaliteit van zorg in het algemeen waarborgen. Dit wordt besproken in paragraaf 3.2. De informatie is voornamelijk afkomstig uit de literatuurstudie en de documenten die via internet zijn verkregen. In paragraaf 3.3 volgt een overzicht van de concrete standpunten over de 'normpraktijk'. De achtergronden worden besproken in paragraaf 3.4. Dit zijn de resultaten van de schriftelijke enquête en de studie van de documenten die de wetenschappelijke verenigingen hebben opgestuurd, aangevuld met informatie uit de interviews. Andere aspecten in het kwaliteitsbeleid die gerelateerd kunnen zijn aan de omvang van een ziekenhuis worden in paragraaf 3.5 besproken. Voor deze laatste paragraaf is voornamelijk gebruik gemaakt van de documenten die zijn opgestuurd of die via internet zijn verkregen. Inzichten uit de interviews zijn hieraan toegevoegd.

3.2 Organisatie van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten

Bij het waarborgen van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorgverlening in Nederland zijn diverse partijen betrokken. Uiteraard spelen de overheid (ontwikkeling van wettelijke kaders), zorgverzekeraars (contractbesprekingen) en cliënten-/patiënten(verenigingen) (formulering van kwaliteitseisen en betrokkenheid bij toetsing) een aanzienlijke rol van betekenis. Duidelijk is wel dat de kwaliteit van de dagelijkse patiëntenzorg voor een groot deel gevoed wordt door het kwaliteitsbeleid van de ziekenhuisorganisaties en van de professionele beroepsorganisaties (zowel verpleegkundigen als medisch specialisten). Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt in 'landelijke' of algemene aspecten en zaken die lokaal of bijvoorbeeld per beroepsgroep worden geregeld. Bij de landelijke aspecten kan worden gedacht aan regelgeving in het kader van de opleidingseisen, (her)registratie (Specialisten Registratie Commissie), het tuchtrecht, accreditatie, de kwaliteitswet en andere wettelijke kaders zoals op het terrein van bouw, veiligheid en apparatuurbeheer. Op ziekenhuisniveau gaat het bijvoorbeeld over de activiteiten van het instellingsmanagement, de medische staven en verschillende kwaliteitsbevorderende commissies (zoals FONA-, geneesmiddelen-, infectie- en ethische commissie) (Klazinga, 1996). In dit rapport blijven het kwaliteitsbeleid van de ziekenhuizen en andere professionele organisaties verder buiten beschouwing.

We richten ons dus uitsluitend op het beleid van de medisch specialisten. Zij zijn op drie niveaus georganiseerd. De KNMG is de overkoepelende organisatie van artsen die veel activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkeling heeft geïnitieerd en gestimuleerd. Daarbij is de Orde van Medisch Specialisten aangesloten. De Orde heeft zowel het doel om een goed functionerende en toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen als de belangen van de beroepsgroep te behartigen (Orde van Medisch Specialisten, 1998).

De Orde is in 1997 opgericht en voortgekomen uit drie afzonderlijke verenigingen: de Academische Specialisten Vereniging, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nederlandse Specialisten Federatie. De Orde bestaat uit drie 'kamers' die zich bezighouden met

belangenbehartiging: een kamer voor vrijgevestigde specialisten, een voor specialisten in dienstverband en een kamer voor academische specialisten (internetsite van de Orde Medisch Specialististen via www.artsennet.nl, augustus 01). Daarnaast is er, op hetzelfde niveau in de organisatie, de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit. Deze vier organen hebben een grote mate van autonomie op hun eigen gebied, maar zijn wel verplicht het beleid op gemeenschappelijke terreinen af te stemmen. Hun voorzitters hebben zitting in het bestuur van de Orde.

Het spreekt voor zich dat kwaliteitswaarborging onder de verantwoordelijkheid van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit valt. Een belangrijke taak daarbij is het stimuleren van informatie uitwisseling, samenwerking en onderlinge afstemming tussen de 31 wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen.

Deze verenigingen zijn autonome organisaties met een eigenstandige verantwoordelijkheid, ieder op het eigen vakgebied of medisch specialisme (zie onder meer Theuvenet e.a. (1995), Klazinga (1996) en Bennema-Broos e.a. (2000)). Bijna elke wetenschappelijke vereniging heeft een commissie kwaliteit die de kwaliteitsactiviteiten binnen de vereniging coördineert en stimuleert. Deze commissies zijn sinds het begin van de jaren negentig geformeerd. Voor specifieke onderdelen van het kwaliteitsbeleid zijn in de meeste gevallen subcommissies ingesteld. Activiteiten die in het kader van de bevordering en bewaking van de kwaliteit worden uitgevoerd zijn onder meer:

- *Verzamelen en ordenen van (inter)nationale wetenschappelijke literatuur* op het betreffende vakgebied. Er zijn verenigingen die bijvoorbeeld een eigen tijdschrift uitgeven of via hun internetsite relevante wetenschappelijke publicaties onder de aandacht van hun leden brengen.
- *Organiseren en accrediteren van na- en bijscholingsprogramma's* (wetenschappelijke symposia, congressen, cursussen, themadagen, refereerbijeenkomsten). Deelname geschiedt meestal nog op vrijwillige basis, maar er wordt over gediscussieerd in hoeverre deelname verplicht moet worden gesteld.
- *Opstellen van een beroepsprofiel*. Het gaat daarbij om een beschrijving van het werkterrein van het betreffende specialisme (patiëntencategorieën of ziektebeelden, verrichtingen en dergelijke).
- *Opzetten van landelijke registraties of databases*: bijvoorbeeld de landelijke complicatie registratie voor heelkunde, de Landelijke Verloskunde Registratie en de registratie van alle total-heup operaties door de orthopeden. Een groot deel van deze gegevens wordt actief gebruikt voor kwaliteitsbevordering, onder meer door algemene trends te bestuderen en praktijken die daar (sterk) van afwijken te identificeren (zogenaamde spiegelinformatie).
- *Onderhouden van externe contacten*, bijvoorbeeld met internationale of buitenlandse zusterorganisaties, patiëntenverenigingen en andere relevante professionele organisaties voor artsen, verpleegkundigen of paramedici. Een aantal verenigingen werkt bijvoorbeeld samen op het gebied van bij- en nascholing met hun Vlaamse collega's.
- *Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen*. De meeste wetenschappelijke verenigingen hebben inmiddels richtlijnen ontwikkeld ten aanzien van de medisch-inhoudelijke zorgverlening bij verschillende patiëntencategorieën, ziektebeelden of verrichtingen. Daarbij verschuift het accent van 'consensus'- naar 'evidence-based' richtlijnen (Theuvenet e.a., 1995; Bennema-Broos e.a., 2000).
- *(Intercollegiale)toetsing*. De vorming van intercollegiale toetsingsgroepen wordt ondersteund door de wetenschappelijke verenigingen. Het gaat daarbij om de groep artsen waarmee

binnen het verband van de medische staf van een ziekenhuis wordt samengewerkt.

- *Visitaties van medisch specialistische afdelingen/maatschappen.* Van oudsher worden afdelingen/maatschappen met een opleidingsbevoegdheid gevisiteerd door de wetenschappelijke verenigingen. Sinds het einde van de tachtiger jaren is men ook bezig met het opzetten van een visitatiesysteem voor niet-opleidingspraktijken. Het doel van een visitatie is een oordeel te krijgen over het functioneren van de afdeling/maatschap en zo nodig mogelijkheden ter verbetering te formuleren. De status van de visitaties varieert tussen de verenigingen: vrijwillig of verplichte deelname, openbaar of vertrouwelijke karakter van de bevindingen, al dan niet consequenties van de uitkomsten in termen van herregistratie. In 1995 hebben bijvoorbeeld vier wetenschappelijke verenigingen (kindergeneeskunde, obstetrie en gynaecologie, orthopedie, interne geneeskunde) verplicht gesteld dat niet-opleidingspraktijken van hun leden eens in de vijf jaar worden gevisiteerd (Bennema-Broos e.a., 2000). Inmiddels heeft ook de *Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie* een dergelijke verplichting ingesteld waarbij tijdens de visitaties onder meer wordt getest of de standpunten en richtlijnen van de vereniging in de praktijk worden gevolgd. Meestal wordt gedurende een hele dag de afdeling of maatschap doorgelicht. Dit gebeurt met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten waarin een veelheid van aspecten van de medisch specialistische praktijk aan bod komen. De registreerde complicaties worden onder andere bestudeerd en er vinden gesprekken plaats met de andere partijen zoals de verpleging, andere specialismen, de directie en medische staf van het ziekenhuis, en eventueel vertegenwoordigers van verwijzers dan wel aanvragers of samenwerkingspartners buiten het ziekenhuis (te denken is aan huisartsen en verloskundigen). De belangrijkste bevindingen worden nog dezelfde dag doorgesproken met de maatschap/afdeling. Er wordt een uitvoerig visitatierapport geschreven waarin concrete verbeterpunten zijn aangegeven. Bij sommige verenigingen krijgt alleen de gevisiteerde praktijk inzage. Bij veel verenigingen wordt het verslag ook besproken in het bestuur van de wetenschappelijke vereniging of de commissie kwaliteit. Daarnaast zijn er verenigingen die de resultaten ook aan andere belanghebbenden doen toe komen zoals de stafvoorzitter van het betreffende ziekenhuis. Bij ernstige tekortkomingen kan de visitatie in een aantal gevallen na een jaar worden herhaald.
- *Patiëntenvoorlichting.* Een aantal wetenschappelijke verenigingen besteedt veel aandacht aan de voorlichting van hun patiënten. Op hun internetsites is vaak specifieke informatie voor patiënten opgenomen. Daarmee wordt hun kennis vergroot en kunnen verwachtingen met betrekking tot de zorgverlening worden verduidelijkt. Beter geïnformeerde en mondigere patiënten kunnen een bijdrage leveren aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering in de zorgverlening.

De grootte van de verenigingen is nogal variërend: van enkele tientallen tot meer dan 1000 leden. Dat geldt ook voor hoe lang ze bestaan. Dit betekent dat ze ook verschillen in de mate waarin de hierboven genoemde activiteiten zijn of kunnen worden uitgevoerd (Theuvenet e.a., 1995). Om het kwaliteitsbeleid ook gezamenlijk verder te ontwikkelen, zijn de voorzitters van de commissies kwaliteit vertegenwoordigd in het zogenaamde platform kwaliteit waarvan de voorzitter adviserend lid is van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit.

De wetenschappelijke ontwikkeling van het vakgebied en de organisatie van de dagelijkse praktijk waarin de patiëntenzorg wordt verleend zijn nauw met elkaar verbonden. We zien dan ook dat veel wetenschappelijke verenigingen naast medisch-inhoudelijke aspecten van de zorgverlening, ook aandacht besteden aan de structuur en de organisatie. Zo heeft bijvoorbeeld de *Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie* concrete richtlijnen opgesteld ten aanzien van de organisatie en het management van het klinisch-chemisch laboratorium. Daarin wordt ook aandacht besteed aan de beschikbaarheid en werking van apparatuur, de procedures die doorlopen moeten worden en het aantal benodigde medewerkers.

Hoewel de wetenschappelijke verenigingen vaak verschillende commissies hebben voor de behartiging van de beroepsbelangen en de waarborging van de kwaliteit van zorg, wordt door diverse wetenschappelijke verenigingen benoemd dat deze aspecten veel raakvlakken hebben. De *Nederlandse Orthopaedische Vereniging* stelt in de nota 'Kwaliteit in beweging': *'het is ook duidelijk dat zonder goede werkomstandigheden geen kwaliteit geleverd kan worden. Goede werkomstandigheden hangen nauw samen met financiering'*. Ook de *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* is van mening dat *'kwalitatief goede zorg slechts mogelijk is indien ook de maatschappelijke belangen van de zorgverlener, in casu de reumatoloog, zijn gewaarborgd. Inkomensbescherming van de leden is dan ook een conditio sine qua non voor kwaliteit'* (Van Oijen en Bijlsma, 1996).

Het onderwerp van de onderhavige studie, normen ten aanzien van de grootte van een medisch specialistische praktijk, is ook duidelijk gerelateerd aan de organisatorische inbedding van het medisch specialistisch beroep. Het bevindt zich als het ware op het snijvlak tussen kwaliteitsbeleid en beroepsbelangen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat onze enquête door zowel vertegenwoordigers van de commissies kwaliteit als beroepsbelangen is ingevuld.

3.3 Overzicht standpunten over grootte van een maatschap/afdeling

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de schriftelijke enquête. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de normen of richtlijnen die op dit moment ontwikkeld zijn door de wetenschappelijke verenigingen met betrekking tot de omvang van een maatschap of medisch specialistische afdeling. Met omvang wordt hier het aantal werkzame medisch specialisten bedoeld. Dit wordt ook wel aangeduid met de term 'normpraktijk' maar, zoals in paragraaf 3.5 zal blijken, wordt onder dit begrip ook wel het aantal verrichtingen of werkbelastingseenheden per medisch specialist per jaar verstaan. Als een vereniging op het moment van onderzoek (najaar 2001) nog geen norm heeft ontwikkeld, is gevraagd of men plannen heeft om dit in de toekomst alsnog te doen. Tevens is gevraagd of er andere richtlijnen of normen in hun (kwaliteits)beleid zijn die mogelijk gerelateerd zijn aan de grootte van een ziekenhuisorganisatie. Deze zijn zoveel mogelijk geclusterd in een viertal categorieën:

- bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit;
- normering van het aantal verrichtingen;
- faciliteiten (ruimtelijk, personeel, apparatuur);
- samenwerking en overleg.

Tabel 3.1. Standpunten van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten ten aanzien van het minimum aantal specialisten dat deel dient uit te maken van een maatschap of afdeling

Specialisme wetenschappelijke vereniging (aantal leden) ¹	Standpunt aantal specialisten in maatschap/afdeling geformuleerd? ²	Standpunt in de toekomst? ²	Andere richtlijnen gerelateerd aan grootte van een ziekenhuis? ³
Allergologie (21)	Nee	Nee	Nee
Anesthesiologie (1073)	Nee	Men is er mee bezig	- bereikbaarheid - aantal verrichtingen - faciliteiten - samenwerking

Cardiologie (643)	Nee	Nee	Nee
Dermatologie en Venereologie (389)	Nee	Nee	Nee
Klinische geriatrie (75)	Nee	Er wordt mee begonnen	- bereikbaarheid - aantal verrichtingen - faciliteiten - samenwerking
Heelkunde (1000)	Nee	Nee	- bereikbaarheid - faciliteiten - samenwerking
Interne geneeskunde (1659)	Nee	Er wordt mee begonnen	Nee
Kindergeneeskunde (970)	Ja, minimaal 3 FTE per locaties als richtlijn	n.v.t.	- bereikbaarheid - aantal verrichtingen - faciliteiten - samenwerking
Klinische chemie (20)	Nee	Nee	- bereikbaarheid - faciliteiten - samenwerking
Klinische genetica (62)	n.v.t. specialisme wordt uitsluitend uitgeoefend in academische setting	n.v.t.	n.v.t.
Klinische neurofysiologie ⁴	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend
KNO-heelkunde (449)	Nee	Nee	- faciliteiten
Laboratoriumdiagnostiek (18) ⁵	Nee	Er wordt mee begonnen	Nee
Longziekten/tuberculose (387)	Nee	Nee	Nee
Gastro-enterologie: Maag-Darm-Leverartsen (138)	Nee	Nee	Nee
Medische microbiologie (207)	Nee	Nee	Nee
Neurochirurgie (110)	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend
Neurologie (632) ⁴	Nee	Men is er mee bezig	- bereikbaarheid - aantal verrichtingen - faciliteiten - samenwerking
Nucleaire geneeskunde (79)	Ja, minimaal 0,50 FTE per locatie als harde eis	n.v.t.	- bereikbaarheid - faciliteiten - samenwerking
Verloskunde/gynaecologie (773)	Ja, minimaal 5 FTE als zwaarwegend advies	n.v.t.	- bereikbaarheid - aantal verrichtingen - faciliteiten - samenwerking

Oogheelkunde (620)	Nee	Men is er mee bezig	Nee
Orthopedie (451)	Nee	Nee	- aantal verrichtingen
Pathologie (324)	Nee, wel wordt aangeraden niet solitair te werken	Nee	- aantal verrichtingen
Plastische en reconstructieve chirurgie (170)	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend
Psychiatrie (2195)	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend
Radiologie (867)	Nee	Nee	- aantal verrichtingen
Radiotherapie en oncologie (165)	Nee	Nee	- aantal verrichtingen - faciliteiten
Reumatologie (156)	Nee	Er wordt mee begonnen	- faciliteiten - samenwerking
Revalidatie (156)	Nee	Nee	Nee
Thoraxchirurgie (105)	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend
Urologie (317)	Nee	Men is er mee bezig	- bereikbaarheid - faciliteiten

¹ omvang van verenigingen is ontleend aan Bennema-Broos e.a. (2000)

² gegevens zijn afkomstig uit de schriftelijke enquêtes die naar alle wetenschappelijke verenigingen zijn verzonden (stand van zaken, najaar 2001)

³ gegevens zijn afkomstig uit de schriftelijke enquêtes, tijdschriftpublicaties en documenten die via de wetenschappelijke verenigingen zelf of het via openbare deel van hun internet-site zijn verkregen

⁴ de *Nederlandse Vereniging voor Neurologie* en de *Nederlandse Vereniging voor Neurofysiologie* hebben een gezamenlijk commissie kwaliteit. Samen hadden ze in 2000 632 leden (Bennema-Broos e.a., 2000)

⁵ bron: van de Leur en Berends (1996)

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat, voor zover we op basis van de beschikbare gegevens kunnen nagaan, een drietal wetenschappelijke verenigingen hebben gedefinieerd uit hoeveel medisch specialisten een afdeling of maatschap minimaal moet bestaan. De *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* stelt, als zwaarwegend advies, dat er binnen iedere maatschap of afdeling tenminste een bezetting moet zijn van vijf FTE gynaecologen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het hierbij om het vak (obstetrie en gynaecologie) in volle omvang gaat, dus inclusief de tot het vak behorende subspecialisaties. In één van de criteria voor kindergeneeskundige niet-opleidingspraktijken heeft de *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* vastgesteld dat een minimale praktijk *bij voorkeur* door tenminste drie FTE kinderartsen wordt uitgeoefend. De *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde* hanteert als kwaliteitsnorm dat er per locatie tenminste 0,5 FTE nucleair geneeskundige werkzaam moet zijn.

Wat betreft de andere wetenschappelijke verenigingen leveren de uitkomsten van de studie een gevarieerd beeld op. Een achtal geeft aan dat er op dit moment wordt gesproken over de formulering van een standpunt over de minimale grootte van een maatschap/afdeling of verwacht daar in de toekomst mee te beginnen. Daarbij is vaak aangegeven dat het onderwerp de nodige discussie oproept onder de leden van de wetenschappelijke vereniging. Hoewel de *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* in de enquête heeft aangegeven dat men op dit

moment de minimale grootte van een maatschap of afdeling nog niet concreet heeft gedefinieerd, staat er in de 'Kwaliteitsnormen Praktijkvoering Reumatologie', van juli 2000, wel vermeld: 'Om verantwoorde zorg te kunnen leveren en de continuïteit te kunnen handhaven is het wenselijk dat de reumatologische praktijk wordt uitgeoefend door minimaal twee met elkaar samenwerkende reumatologen'. Dit mag echter in geen geval als richtlijn of norm worden beschouwd omdat de discussie binnen de wetenschappelijke vereniging nog niet is voltooid. Overigens is deze voorkeur eerder verwoord in het 'Advies inzake herziening verzorgingsbereik reumatologie' dat het College voor ziekenhuisvoorzieningen in 1992 met in stemming van de *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* heeft opgesteld.

De 13 andere wetenschappelijke verenigingen hebben geen plannen in die richting. Uit de enkele aanvullende interviews en de bestudering van beleidsdocumenten komt naar voren dat hier verschillende redenen aan ten grondslag liggen. Voor sommige specialismen is het onderwerp niet aan de orde omdat het specialisme al erg klein is en daarom vanzelf geconcentreerd is of bijvoorbeeld alleen in een academische setting wordt uitgevoerd. Ook hebben fusies en verdergaande samenwerking er toe geleid dat het aantal werkzame specialisten per maatschap/afdeling überhaupt al is toegenomen.

Enkele verenigingen geven expliciet aan dat de professionele verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg primair bij de individuele beroepsbeoefenaar ligt. Kwaliteit van zorg wordt bepaald door een veelheid van factoren. Zo geeft bijvoorbeeld de *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde* aan dat de te toetsen kwaliteitsaspecten en normen per afdeling kunnen verschillen, naar gelang de grootte en functie van het ziekenhuis. De *Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie* wijst er ook op dat het een kleinspecialisme betreft dat lang niet in alle ziekenhuizen aanwezig is. Het wordt in verschillende settings uitgeoefend, zodat het moeilijk is een algemene normpraktijk vast te stellen. Ook andere specialismen stellen dat het ondoenlijk is om algemeen geldende normen ten aanzien van de praktijkvoering op te stellen. Dit betekent ook dat men terughoudend is met het formuleren van te expliciete of strikte eisen over de praktijkvoering. Daarbij wordt er tevens door een aantal op gewezen dat in het gehele kwaliteitsbeleid van de verenigingen al diverse kwaliteitswaarborgen zijn ingebouwd (met name regelmatige visitaties), zodat de omvang van de werkeenheid minder relevant is. Overigens wordt in verscheidende documenten wel benadrukt dat de financiering van deze procedures een probleem vormt. Ook is er in een interview genoemd dat er bij het betreffende specialisme nauwelijks sprake is van trauma's of spoedeisende zorg zodat het regelen van diensten minder noodzakelijk is. Vooral bij het regelen van de waarneming zou een maatschap of afdeling van een te beperkte afdeling een probleem kunnen zijn. In een ander gesprek is eveneens aangegeven dat het regelen van diensten een reden zou kunnen zijn om een minimale praktijkomvang te definiëren. De vraag is echter of diensten wel op het niveau van de maatschap of afdeling dienen te worden geregeld. Er worden op dit moment vormen van samenwerking ontwikkeld (bijvoorbeeld brug- en regiomaatschappen) waarbinnen diensten en bijvoorbeeld samenwerking met betrekking tot subspecialisaties gestalte krijgen. Kleinere specialismen kunnen ook samenwerking zoeken met vakgenoten buiten het ziekenhuis of, binnen een ziekenhuis, met medici van andere specialismen. De omvang van een maatschap of afdeling van ieder afzonderlijk ziekenhuis wordt daarmee, volgens de betreffende respondent, in bepaalde opzichten minder relevant.

Een andere genoemde reden om voorzichtig te zijn met het formuleren voor expliciete normen voor de omvang van een maatschap/afdeling is dat er helemaal geen bewijzen zijn dat kleinere praktijken kwalitatief mindere zorg zouden verlenen. Eerder in dit rapport is al opgemerkt dat er nauwelijks onderzoeksgegevens beschikbaar zijn over de effecten van ziekenhuisfusies op bijvoorbeeld de kwaliteit van de geleverde zorg.

Tenslotte willen we nog ingaan op het onderscheid dat binnen de klinische chemie wordt gemaakt tussen laboratoriumartsen klinische chemie en klinisch chemici (niet noodzakelijk

geneeskundigen)². Het opstellen van professionele eisen waaraan een klinisch chemicus moet voldoen loopt voor een belangrijk deel parallel aan de medisch specialisten. De *Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie* heeft in oktober 1995 een uitgebreid document gepubliceerd waarin richtlijnen over het aantal klinisch chemici en medewerkers worden benoemd. Dit is een onderdeel van het kwaliteitsbeleid om een optimale effectiviteit en efficiency van het vakgebied te bereiken. De richtlijnen zijn gebaseerd op een enquête onder 30 ziekenhuislaboratoria. In deze notitie wordt uitdrukkelijk aangegeven dat vergroting van de effectiviteit niet meer, zonder kwaliteitsverlies, kan worden gerealiseerd door het aantal verrichtingen per klinisch chemicus te vergroten, maar door het aantal klinisch chemici te laten toenemen. Verder is gesteld: *Gezien de noodzaak van de professionele inbreng van de klinisch chemicus in de patiëntenzorg en logistiek acht de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie het van het grootste belang dat ook in kleinere ziekenhuizen tenminste één klinisch chemicus werkzaam is*. Daarbij wordt 0,75 als minimale aanstelling genoemd. Er is uitdrukkelijk aangegeven dat het hier om een richtlijn gaat die onder geen enkele voorwaarde als absolute norm mag worden gebruikt.

3.4 Achtergronden van de geformuleerde standpunten

Deze verdiepingsstudie is onder meer bedoeld om meer te weten te komen over de achtergronden van de geformuleerde normen ten aanzien van de grootte van de maatschap of afdeling. Aangezien een klein aantal verenigingen een concrete norm heeft geformuleerd, kunnen we in deze paragraaf slechts de achtergronden voor iedere vereniging afzonderlijk beschrijven.

3.4.1 Gynaecologie en Verloskunde

De minimale praktijkgrootte van vijf FTE is een onderdeel van de 'Nota Normpraktijk gynaecologie 2000' waarin ook richtlijnen met betrekking tot andere aspecten van het werk van de gynaecoloog worden behandeld. De nota is opgesteld door een werkgroep bestaande uit leden van de Beroeps Belangen Commissie, de Commissie Kwaliteit en de VAGO (Vereniging Assistent-geneeskundigen Gynaecologie en Verloskunde). De norm van vijf FTE wordt gekarakteriseerd als een zwaarwegend advies gebaseerd op de huidige situatie en inzichten. Dit betekent dat de norm in de toekomst kan worden herzien, indien dit nodig mocht zijn. Als redenen voor het vaststellen van de 'normpraktijk' worden genoemd:

- Wetgeving in het kader van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg (WGBO, Wet Klachtrecht, BIG, Kwaliteitswet Zorginstellingen) en arbeidstijden zal grote invloed hebben op de beroepsuitoefening. De nota 'Normpraktijk' kan fungeren als een leidraad voor deze veranderingen.
- Op basis van een enquête van het Nivel (Van der Velden e.a., 1997) wordt geconcludeerd dat er sprake is van een te hoge en maatschappelijk onaanvaardbare werklast met name in kleine en middelgrote perifere praktijken die een continue kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening bedreigt. De werklast van gynaecologen dient dan ook te worden genormeerd.
- Door het vaststellen van een 'normpraktijk' krijgen de patiënten/cliënten meer inzicht in het medisch handelen en de praktijkvoering van de gynaecologen. Dit bevordert de transparantie.

² Artsen klinische chemie hebben na een basisartsexamen een specialistenopleiding gevolgd en staan ingeschreven in het SRC-register. Klinisch chemici hebben een eigen opleiding en register (NVKC) en hebben meestal een natuurwetenschappelijke achtergrond. Hoewel er enige verschillen zijn in de opleidingen worden ze beschouwd als 'gelijkwaardige beroepsbeoefenaren'. Er zijn in Nederland 350 klinisch chemici werkzaam versus 18 artsen klinische chemie (van de Leur en Berends, 1996).

- Producttypering wordt de basis van het nieuwe financieringsmodel. Daarbij wordt uitgegaan van de huidige 'gemiddelde praktijk'. De *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* vindt het van groot belang om eerst na te gaan of de 'huidige praktijk' wel in overeenstemming is met de kwaliteitseisen (normen en waarden) die de vereniging aan de beroepsuitoefening stelt.

De nota 'normpraktijk gynaecologie 2000' is vooral tot stand gekomen via raadpleging van leden van de vereniging en door middel van discussies binnen diverse commissies en gedingen binnen de *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* (onder andere beroepsbelangen, kwaliteit, het consilium en het bestuur). De norm van vijf FTE is berekend op basis van een aantal concrete normen of wettelijke uitgangspunten en aannamen ten aanzien van werktijden, aard van de werkzaamheden, bereikbaarheidsdiensten, het volgen van bij- en nascholing en afwezigheid wegens vakantie, ziekte of verlof.

3.4.2 Kindergeneeskunde

In de 'Criteria kindergeneeskundige niet-opleidingspraktijken', die de *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* in 1994 heeft vastgesteld, wordt de voorkeur uitgesproken voor een minimale praktijkomvang van drie FTE kinderartsen. Uit de beantwoording van de schriftelijke enquête bleek dat dit standpunt voornamelijk gebaseerd is op de ervaringen die kinderartsen in de praktijk hebben opgedaan. De formulering van het standpunt heeft zich grotendeels binnen de vereniging afgespeeld: door middel van raadpleging van leden en discussies binnen de commissie beroepsbelangen en de visitatie-commissie.

De belangrijkste redenen om een minimale praktijkgrootte te formuleren liggen, volgens de schriftelijke enquête, op het gebied van werkbelasting (met name het regelen van de diensten), kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening. In het aanvullend interview zijn deze aspecten verder uitgediept. Een belangrijk punt is dat de meeste kinderartsen in loondienst zijn van een ziekenhuis. In het kader van CAO-onderhandelingen moeten explicietere afspraken worden gemaakt over de werklast (inclusief diensten) en honorering dan bij vrije beroepsbeoefenaren. Ook de omstandigheden waarbinnen het beroep wordt uitgeoefend dienen bij CAO-onderhandelingen veel meer te worden geëxpliciteerd. Dit betekent dat begrippen als 'normpraktijk' voor kinderartsen al in een veel eerder stadium besproken zijn. Verder is de vaststelling van de minimale praktijkomvang op drie FTE een reactie op enkele ontwikkelingen die er toe hebben geleid dat het financieel minder aantrekkelijk voor een ziekenhuis is om een grotere kinderafdeling te hebben. De salarissen van kinderartsen worden door ziekenhuis betaald en het kan dan ook uit efficiency-overwegingen interessant kan zijn om het aantal kinderartsen tot een minimum te beperken. Tevens geldt dat de verschuiving van klinische opnamen naar dag- en poliklinische behandeling bij kindergeneeskunde verder is doorgevoerd dan bij de andere medisch specialismen, zodat grotere kinderafdelingen minder noodzakelijk zijn. De voorkeur van de beroepsgroep gaat echter uit naar 'wat grotere afdelingen'. De belangrijkste redenen zijn:

- Veel kinderartsen werken part-time. Dit betekent onder meer dat er relatief meer tijd moet worden besteed aan overdacht, onderling overleg, bij- en nascholing en protocollair werken. Dit is beter op te vangen in een grotere praktijk.
- Er is een tekort aan kinderartsen. In grotere praktijken kan het beroep aantrekkelijker worden gemaakt door aandachtsgebieden te verdelen zodat mensen meer toekomen aan subspecialisatie.
- 7x24-uurs bereikbaarheid is van groot belang voor kindergeneeskunde. Regionale waarneming is vaak onvoldoende.
- Multidisciplinaire samenwerking wordt steeds belangrijker binnen de kindergeneeskunde. Dat geldt niet alleen voor samenwerking met andere medisch specialismen maar ook met bijvoorbeeld psychologen en maatschappelijk werkenden. Deze disciplines zijn vaker

beschikbaar in grotere setting dan in kleinere.

3.4.3 *Nucleaire geneeskunde*

De norm van 0,5 FTE per locatie voor nucleaire geneeskundigen is vastgelegd in het document 'Kwaliteitsrichtlijnen van de *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde*' uit april 1999. Dit document omvat een gehele set van richtlijnen met betrekking tot de uitvoering van de nucleaire geneeskunde en dient als basis voor de visitaties die de vereniging uitvoert. Het standpunt over de minimale medisch specialistische praktijkomvang wordt getypeerd als een 'harde eis/verplichting'. Het is, als onderdeel van de totale set kwaliteitsrichtlijnen, tot stand gekomen via discussies in diverse onderdelen van de vereniging en een ledenraadpleging. Ook is er overleg gevoerd met de Orde van Medisch Specialisten.

De genoemde richtlijnen zijn gebaseerd op:

- bestaande normen die eerder door de *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde* zelf en andere organisaties (OMS (Orde Medisch Specialisten), NVKF (Nederlandse Vereniging van Klinisch Fysici), NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apotheken), NVvR (Nederlandse Vereniging voor Radiologie) en de stichting PACE (Proefproject Accreditatie van ziekenhuizen) zijn opgesteld;
- belangrijke aspecten uit de BIG-wet en de WGBO;
- ervaringen met visitaties en daarbij gehanteerde vragenlijsten.

3.5 **Andere aspecten in het (kwaliteits)beleid die gerelateerd kunnen zijn aan de omvang van een ziekenhuis**

De vierde onderzoeksvraag - zijn er andere normen in het (kwaliteits)beleid van de wetenschappelijke verenigingen die gerelateerd kunnen zijn aan de schaalvergroting in de ziekenhuissector? - blijkt lastig te beantwoorden. Dit komt onder meer doordat er in de bestudeerde documenten geen expliciet verband wordt gelegd tussen normen of standpunten en de grootte van een maatschap/afdeling of ziekenhuis. Dit hangt vanzelfsprekend ook samen met de eerdere constatering dat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de effecten van ziekenhuisfusies of schaalvergroting op de genoemde aspecten. Met andere woorden, wetenschappelijke verenigingen kunnen bijvoorbeeld normen of richtlijnen hebben ontwikkeld omtrent bereikbaarheid, maar of die ook beter worden gerealiseerd in grotere organisaties is onduidelijk. Ook moet worden vermeld dat de meeste verenigingen geen uitspraken doen over de schaalgrootte van een ziekenhuisorganisatie. Het gaat in dit verband alleen om onbedoelde gevolgen van een kwaliteitsnorm. Opgemerkt moet worden dat, gezien de beperkte methode, geen volledig beeld kan worden gegeven. Aspecten die bij één of enkele verenigingen zijn gevonden, zijn bijvoorbeeld niet voorgelegd aan andere verenigingen. Dit betekent dat het niet mogelijk is alle resultaten te kwantificeren (in de zin van 'zoveel verenigingen hebben een standpunt ingenomen'). Hiermee moet uitdrukkelijk bij de interpretatie van de onderstaande bevindingen rekening worden gehouden.

3.5.1 *Bereikbaarheid en toegankelijkheid*

Professionele normen ten aanzien van de bereikbaarheid (7x24-uur) en toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg kunnen een relatie hebben met de grootte van een ziekenhuis. Vooral bij de ondersteunende specialismen en bij specialismen die betrokken zijn bij spoedeisende zorg zoals verloskunde en traumatologie is dit een relevant punt. De *Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie* geeft aan dat: 'Een ziekenhuislaboratorium

ook ten dienste staat van spoedeisende patiëntenzorg waardoor een continue beschikbaarheid noodzakelijk is (...) Het klinisch-chemisch laboratorium is derhalve een continubedrijf dat 24 uur per dag en 7 dagen per week operationeel is'. Ook de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie stelt dat: 'De formatie van een afdeling Anesthesiologie is van een zodanige omvang dat 24 uur per etmaal een anesthesioloog beschikbaar is en dat als regel vakantie en kortdurende ziekte binnen deze formatie kunnen worden opgevangen'. Ook de genoemde 'normpraktijken' voor gynaecologie en kindergeneeskunde zijn voor een deel gebaseerd op de problemen rond de waarneming en 24-uurs bereikbaarheid. Het lijkt voor de hand te liggen dat de waarneming gemakkelijker te regelen is binnen een maatschap of afdeling van enige omvang. Verschillende wetenschappelijke verenigingen beperken de waarneming echter niet tot een ziekenhuis of maatschap zo blijkt uit onderstaand citaat uit een toelichting van de beantwoording van de vragenlijst door de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie.

'In de uitvoering van ons specialisme, een dienstverlenend vak, is vanzelfsprekend continue dienstverlening vereist. In de praktijk blijken de solistisch werkende collega's zeer wel met collega's waarneming voor bijvoorbeeld de 7x24-uurs bereikbaarheid, vakantie, etc. te kunnen regelen. De grootte van de praktijk is dus niet zo van belang. In deze zin lijkt de 'normpraktijk' voor een vak als het onze niet zozeer van toepassing'.

De Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde heeft in de kwaliteitsrichtlijnen opgenomen dat spoedeisende nucleaire geneeskundige zorg 7 dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Dit mag evenwel bij toerbeurt in regionaal verband worden geregeld. Dit geldt ook voor heelkunde. In de Kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde uit 1996 en de recente Kwaliteitsnormen voor de zes aandachtsgebieden³ binnen de heelkunde (2001) wordt aangegeven dat voor de waarborging van de continuïteit van de zorgverlening een beroep kan worden gedaan op een chirurg uit de maatschap of regio.

Ook de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie hebben richtlijnen omtrent de waarneming opgesteld. Deze zijn ook niet expliciet verbonden aan een maatschap/afdeling of ziekenhuis. Wel wordt wel aangegeven dat de afspraken voor alle betrokkenen duidelijk moeten zijn en schriftelijk zijn vastgelegd. Voor een solitair werkende neuroloog geldt bijvoorbeeld de aanvullende kwaliteitsnorm dat *'bij tijdelijke afwezigheid of moeilijke bereikbaarheid er duidelijke richtlijnen voor de verpleging vast liggen en adequate waarneming is dan wel de patiënt kan worden overgeplaatst naar een andere kliniek'*. Diensten kunnen dus ook op regionaal niveau worden verdeeld. Het is wel van groot belang dat iedere betrokkene op de hoogte is van de afspraken zodat continuïteit van patiëntenzorg ten alle tijden kan worden gewaarborgd.

3.5.2 Normering van aantal en/of soort verrichtingen

In het begin van paragraaf 3.2 is reeds aangegeven dat de term 'normpraktijk' ook wordt gehanteerd in termen van het aantal en/of soort verrichtingen (werkbelastingseenheden) per (voltijd werkend) medisch specialist per jaar. Deze normen zijn of worden vooral ontwikkeld om tot een rechtvaardige relatie te komen tussen de werkbelasting en inkomen. Dit speelt met name een rol bij de introductie van nieuwe financieringssystemen zoals producttypering en DBC's (diagnose-behandel-combinaties). Ook kwaliteitsaspecten spelen hierbij een rol. Aangegeven wordt dat, aan de ene kant, een te hoge werkbelasting tot vermindering van kwaliteit van zorg kan leiden. Aan de andere kant kan een te lage werkbelasting (gering aantal werkuren, soorten ingrepen of patiënten) ook negatieve gevolgen hebben voor de geleverde zorg omdat vaardigheden en kennis 'getraind' moeten blijven in de dagelijkse praktijk. Dit betekent dat er zowel minimale als maximale normen worden vastgesteld. In hoeverre deze normen

³ Het betreft chirurgische oncologie, gastro-intestinale chirurgie, chirurgie bij kinderen, longchirurgie, traumatologie, vaatchirurgie.

kunnen worden gerealiseerd, kan samenhangen met de grootte van het adherentiegebied van een ziekenhuis. De *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* stelt dat een praktijk een adherente bevolking dient te hebben voor tenminste twee kinderartsen met een volledige dagtaak. De *Nederlandse Vereniging voor Radiologie* heeft in het verleden een aantal projecten uitgevoerd om een normpraktijk vast te stellen (10.000 verrichtingen per radioloog per jaar). Op dit moment wordt nagegaan of deze norm moet worden bijgesteld. Ook de *Nederlandse Vereniging voor Pathologie* heeft een dergelijke norm: 6.400 werkbelastingseenheden bij een 40-urige werkweek. De *Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie* heeft als normeringseenheid de bestralingseenheden per jaar op basis waarvan men een model afdeling heeft vastgesteld (norm voor benodigde voorzieningen (personeel en apparatuur)). De vereniging is van mening dat de bestralingscapaciteiten per afdeling van een dussdanige omvang moeten zijn om te kunnen anticiperen op nieuwe medisch-technische ontwikkelingen. Hoewel voor urologie geen echte 'normpraktijk' is gedefinieerd worden er wel regelmatig indicaties gegeven voor de bevolkingsadherentie, het aantal polikliniek bezoeken, opnamen en dagbehandeling per praktiserend uroloog (zie voor recente berekeningen Bruijnes, 2001). In de kwaliteitsnormen voor klinische geriatrie wordt ook alleen het minimum aantal werkuren per week genoemd, namelijk minimaal 16 uur per week. Dit geldt ook voor neurologie.

De normering van het aantal en soort verrichtingen dat een medisch specialist jaarlijks dient uit te voeren zal in de nabije toekomst verder worden vorm gegeven. De (her)registratie van orthopeden is op dit moment, zoals bij de meeste medisch specialismen, alleen gebaseerd op het aantal uren per week dat de specialist werkt. In de nota 'Kwaliteit in beweging' schrijft de *Nederlandse Orthopaedische Vereniging*: '(...) verder gaand zou een bepaald niveau van de vaardigheden geëist kunnen worden door te omschrijven welke en hoeveel ingrepen men minimaal per jaar moet uitvoeren of welke diagnosegroepen men minimaal per jaar moet behandelen'.

3.5.3 Faciliteiten

Bij faciliteiten kan worden gedacht aan ruimtelijke criteria zoals de omvang van de praktijkruimte, specifieke voorzieningen, beschikbare apparatuur en de benodigde personele bezetting (bijvoorbeeld verpleging) in een ziekenhuis. Verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben in algemene termen aangegeven dat materiële en personele voorzieningen belangrijk zijn, zonder dat dit expliciet is uitgewerkt. In de eerder genoemde nota 'Kwaliteit in beweging' noemt de *Nederlandse Orthopaedische Vereniging* bijvoorbeeld poliruumtes, gipskamers, klinische bedden en bedden voor dagbehandeling, operatiekamers, instrumentarium, hulpmiddelen en implantaten. De *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* stelt dat 'de gynaecoloog dient te beschikken over goede ruimtelijke voorzieningen en andere voorzieningen die aan redelijke eisen voldoen'. Ook de *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde* merkt op dat het ziekenhuis faciliteiten ter beschikking moet stellen '(...) waardoor de heelkunde op een goed niveau overeenkomstig het beleid van de maatschap verzorgd kan worden'. Hierbij gaat het onder andere om faciliteiten ten behoeve van de verpleegafdeling, polikliniek, operatiekamers, functieafdelingen, intensive care en de recoveryroom. In de Kwaliteitsnormen Heelkunde wordt dit uitgewerkt naar ruimtelijke voorzieningen, verpleegkundig en paramedisch personeel, deskundigheid van het personeel, outillage en apparatuur. Ook de *Nederlandse Vereniging voor Neurologie* stelt: 'Het ziekenhuis dient voor de neurologie zodanige voorzieningen te hebben getroffen dat de inrichting van de afdeling een goede behandeling van neurologische patiënten mogelijk maakt'.

Verschillende verenigingen hebben expliciete richtlijnen of normen ten aanzien van de beschikbare faciliteiten vastgesteld. Vaak is dit gebeurd in overleg met het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zo wordt er in de beschrijving van de Spreekuurafdeling Keel Neus

Oorheelkunde (Nijdam) een relatie gelegd tussen het aantal ingrepen en de benodigde voorzieningen (bijvoorbeeld het aantal behandelkamers en ruimtes voor audiologisch onderzoek). Hierbij wordt verwezen naar het Maatstavenrapport dat het College voor Ziekenhuisvoorzieningen in 1996 heeft opgesteld. De *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* noemt in het document 'Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie' een aantal faciliteiten voor zowel de kliniek als polikliniek. Het gaat daarbij om zaken als een spreek-/onderzoekkamer, een polarisatiemicroscoop, een hoog-laag onderzoeksbank en aanpassingen voor minder valide mensen (hoge stoelen, rolstoelfaciliteiten).

Ten aanzien van de ruimtelijke faciliteiten staat in de kwaliteitsrichtlijnen van de *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde* vermeld dat een afdeling moet beschikken over de volgende ruimten: *verslag/bekijkruimte, ergometriekamer, bureauruimte voor administratieve ondersteuning, ruimte voor besprekingen/vergaderingen, materiaalopslag, archief, B- of C-radionuclide laboratorium, afval verzamel/versterfruimte.*

Bepaalde medisch specialismen, zoals anesthesiologie, klinische chemie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde, moeten beschikken over 'high-tech' apparatuur. Dit betekent vaak een aanzienlijke financiële investering voor het ziekenhuis. De *Nederlandse Vereniging voor Radiologie en Oncologie* geeft bijvoorbeeld aan dat een aparte CT-scanner voor iedere afdeling radiotherapie noodzakelijk is. In 'het basispakket apparatuur behorende bij een modelafdeling radiotherapie' worden ook diverse andere apparaten genoemd zoals lineaire versnellers (inclusief MLC), EPID, simulatoren, 3D-treatment-planning-systeem, data- en image-management-systeem en Brachytherapie (LDR/PDR - HDR-afterloader).

3.5.4 Samenwerking en overleg

Normen of richtlijnen ten aanzien samenwerking met andere medische specialismen en onderling overleg kunnen implicaties hebben voor de schaalgrootte van de ziekenhuizen.

Een expliciete vorm van samenwerking bestaat tussen kinderartsen en obstetrici/gynaecologen omdat beide betrokken zijn bij de tweedelijnsverloskunde. Zij maken dan ook gezamenlijke afspraken over de medisch verantwoordelijkheid voor, tijdens en na de geboorte wat betreft moeder en kind. Daarbij geldt dat men ten alle tijden beschikbaar voor elkaar moet zijn. In speciale gevallen, bijvoorbeeld bij operatieve ingrepen zoals keizersneden, is ook de anesthesioloog betrokken. Kinderartsen dienen verder te worden ondersteund door voldoende en adequaat geschoold verpleegkundig personeel. De *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* noemt ook expliciet dat de kinderarts een beroep moet kunnen doen op het maatschappelijk werk van het ziekenhuis.

In de eerder genoemde kwaliteitsrichtlijnen van de *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde* wordt expliciet gewezen op de aanwezigheid van andere noodzakelijk professies zoals een ziekenhuisapotheker, een klinisch fysicus met bestralingsdeskundigheid, en ervaren en adequaat geschoold paramedisch en administratief personeel.

In het kwaliteitsbeleid binnen de heelkunde nemen samenwerking en overleg met name met andere specialismen een belangrijke plaats in. Zo dient bijvoorbeeld '*ondersteuning door anesthesisten in voldoende mate aanwezig te zijn*'. Ook veel andere specialismen worden genoemd. Dit is uiteraard mede afhankelijk van het aandachtsgebied waar het om gaat. Opmerkelijk is dat, hoewel men geen minimum praktijkomvang voor de heelkunde zelf heeft gedefinieerd, er in de kwaliteitsnormen longchirurgie wel staat dat er '*minstens twee longartsen aan het ziekenhuis verbonden moeten zijn*'.

Verder valt op dat samenwerking en overleg tussen verschillende medische specialismen aan belang toenemen bij verdere subspecialisatie en zorg voor speciale patiëntencategorieën. De *Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen* geeft aan dat '*nieuwe behandelingsvormen leiden tot samenwerkingsverbanden die concentratie van zorg uit een oogpunt van kwaliteit noodzakelijk maken niet alleen met elkaar maar ook met neuroradiologen en stralingsdeskundigen*'.

Op basis van de gegevens uit de paragraaf 3.3 kan worden geconstateerd dat het solitair werken van medisch specialisten niet bij voorbaat wordt uitgesloten. In het kwaliteitsbeleid van enkele wetenschappelijke verenigingen worden daaraan wel enige voorwaarden verbonden. De *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* geeft in de 'Kwaliteitsnormen Praktijkvoering Reumatologie' (juli 2000) aan dat solistisch werkende artsen bij voorkeur samenwerking dienen te zoeken met interne geneeskunde. In het 'Advies inzake herziening verzorgingsbereik reumatologie', dat het College voor ziekenhuisvoorzieningen in 1992 met in stemming van de *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie* heeft opgesteld, wordt een duidelijke relatie gelegd met de grootte van een ziekenhuisorganisatie: *'Deze maatschappen zouden bij voorkeur aan de grotere ziekenhuizen verbonden moeten worden. Hierdoor wordt niet alleen de feedback op het eigen handelen verbeterd, ook de samenwerking met andere disciplines (met name orthopeden en internisten) kan hierdoor beter gestalte krijgen'*. Overigens wordt hierbij wel opgemerkt dat deze maatschappen ook in andere ziekenhuizen poliklinische spreekuren kunnen verzorgen en dat klinische behandelingen kunnen worden geconcentreerd. In de kwaliteitsnormen van 2000 wordt ook genoemd dat gemeenschappelijke spreekuren met orthopedisch chirurg, handchirurg en revalidatiearts wenselijk zijn. Dat geldt ook voor multidisciplinair overleg met verpleging, reuma consulent, fysiotherapeut en ergotherapeut.

In de kwaliteitsnormen van de *Nederlandse Vereniging voor Neurologie* zijn specifieke aspecten genoemd voor solitair werkende neurologen, 'duo-praktijken' en afdelingen/maatschappen met meer dan twee neurologen. Daarbij geldt als aanvullende voorwaarde voor solitair werkende neurologen onder meer dat ook goede contacten dienen te bestaan met neurologen elders voor overleg over bijzondere patiënten.

4 Conclusie en beschouwing

4.1 Samenvatting en conclusies

Deze studie is bedoeld om inzicht te krijgen in aspecten in de (kwaliteits)beleid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten die mogelijk een rol kunnen spelen bij de discussies rond de schaalgrootte van ziekenhuisvoorzieningen in Nederland. Een concreet onderwerp is de formulering van een 'normpraktijk': richtlijnen of normen voor de minimale omvang van een medisch specialistische praktijk. Hierbij gaat het om het minimum aantal specialisten dat werkzaam dient te zijn in een maatschap of afdeling. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen nog eens samengevat door middel van de beantwoording van de vijf onderzoeksvragen. Dit mondt uit in enkele algemene conclusies. In paragraaf 4.2 volgt een beschouwing waarin wordt ingegaan hoe de bevindingen een rol kunnen spelen in de verdere discussie rond de structuur en organisatie van de medisch specialistische zorgverlening dan wel ziekenhuiszorg in Nederland.

Voor de beantwoording van de onderstaande onderzoeksvragen is informatie gebruikt uit diverse bronnen: literatuurstudie, raadpleging van de internetpagina's van de wetenschappelijke verenigingen, enkele interviews en een schriftelijke vragenlijst onder de wetenschappelijke verenigingen. Van de laatst genoemde zijn er 26 van de 31 geretourneerd.

De eerste onderzoeksvraag luidt: *'Hebben wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten normen ten aanzien van de grootte van een maatschap (normpraktijk) in hun (kwaliteits)beleid opgenomen? Zo ja, welke normen zijn dat? Zo nee, waarom niet?'* Uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat de meeste wetenschappelijke verenigingen niet expliciet hebben geformuleerd hoeveel specialisten minimaal binnen een maatschap of afdeling werkzaam moeten zijn. Alleen kindergeneeskunde (minimaal drie FTE per locatie), nucleaire geneeskunde (minimaal 0,50 FTE per locatie) en gynaecologie/verloskunde (minimaal vijf FTE) hebben normen vastgesteld en gepubliceerd.

Een achttal wetenschappelijke verenigingen geeft wel aan dat er binnenkort mee begonnen wordt of dat men er reeds mee bezig is. Daarbij wordt opgemerkt dat het onderwerp soms tot behoorlijke discussies tussen de leden leidt.

Er zijn verschillende redenen te noemen waarom medisch specialisten terughoudend zijn of waarom wetenschappelijke verenigingen besloten hebben om (voorlopig) geen 'normpraktijk' te definiëren. Ten eerste geldt dat door ziekenhuisfusies, het aantal specialisten binnen een maatschap of afdeling min of meer 'vanzelf' is toegenomen en dat het aantal solitair werkenden sterk is verminderd. Ten tweede wordt aangegeven dat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de relatie tussen de grootte van een medisch specialistische praktijk en de kwaliteit van de geleverde zorg; met andere woorden het zou ontbreken aan 'evidence-based' argumenten om normen te specificeren. Een ander belangrijk discussiepunt is op welk niveau de medisch specialistische zorgverlening vorm krijgt. Is de maatschap of afdeling, het ziekenhuis, de regio of de beroepsgroep als geheel het niveau waarop zaken als bereikbaarheid en kwaliteit van zorg worden geregeld? Hoe hoger het niveau, hoe minder belangrijk de exacte omvang van iedere afzonderlijke praktijk. In dit verband is onder meer gewezen op de toenemende samenwerking tussen maatschappen en afdelingen op regio-niveau in het kader van waarneming, diensten en subspecialisaties. Verder is een

belangrijk punt dat gesteld wordt dat uiteindelijk de individuele beroepsbeoefenaar primair verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van de verleende zorg. Het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen is er aan de ene kant opgericht om er voor de zorgen dat beroepsbeoefenaar, volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten, kan handelen (bijvoorbeeld door het organiseren van bij- en nascholing). Aan de andere kant is het ook bedoeld om de individuele beroepsbeoefenaar te wijzen op diens verantwoordelijkheid (bijvoorbeeld via het monitoren van handelingen in de vorm van visitaties en registraties).

Van de gevonden normen wilden we weten welk belang er aan wordt gehecht: *'Wat is de status van deze normen? Zijn ze geformuleerd als harde eis, als richtlijn of advies en welke plaats ze hebben in het totale (kwaliteits)beleid van de wetenschappelijke verenigingen?'*

De *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* noemt de norm een richtlijn, de *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* omschrijft de norm als een zwaarwegend advies en de *Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde* spreekt over een harde eis. Het is belangrijk om op te merken dat de normen bij alle drie de verenigingen een onderdeel vormen van een breed pakket van normen en richtlijnen die in het kader van het kwaliteitsbeleid zijn opgesteld.

De volgende vraag gaat verder in op de achtergrond van de normen die zijn gevonden: *'Hoe zijn ze ontwikkeld en waarop zijn ze gebaseerd? Is er bij de opstelling ook rekening gehouden met het belang en de mening van andere disciplines?'*

Er zijn verschillende redenen genoemd om de normen expliciet vast te stellen. Het gaat daarbij om veranderingen in de wetgeving (kwaliteitswet en wetgeving ten aanzien van arbeidstijden), beroepsbelangen of arbeidsvoorwaarden (werkbelasting, bereikbaarheidsdiensten) en kwaliteit van zorg (waaronder continuïteit en bereikbaarheid). De normen zijn voor, een belangrijk deel, gebaseerd op de ervaringen en meningen van de leden van de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Deze zijn onder meer opgedaan via visitaties van de praktijken. De normen zijn in de drie gevallen uitvoerig in de wetenschappelijke vereniging besproken en uiteindelijk geaccordeerd. Bij de nucleaire geneeskunde is vermeld dat bij het vaststellen van de norm ook andere organisaties zoals de Orde van Medisch Specialisten en (wetenschappelijke) verenigingen van klinisch fysici, radiologen en ziekenhuisapotheken zijn betrokken. Bij de andere twee is niet bekend of rekening is gehouden met andere partijen.

De vierde vraagstelling - *'zijn er andere normen in het (kwaliteits)beleid van wetenschappelijke verenigingen die gerelateerd kunnen zijn aan de schaalvergroting in de ziekenhuissector?'* - blijkt moeilijk te beantwoorden. In het kwaliteitsbeleid van veel wetenschappelijke verenigingen zijn normen geformuleerd ten aanzien van bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg (continuïteit en waarneming), het minimum aantal of soort verrichtingen, de faciliteiten (ruimtelijk, personeel, apparatuur), en samenwerking en overleg met andere zorgverleners. Het probleem is echter dat deze aspecten meestal niet zijn gekwantificeerd. Dan staat bijvoorbeeld alleen genoemd dat er 'goed opgeleid en ervaren personeel aanwezig moet zijn'. Ook geldt dat er in de bestudeerde documenten nauwelijks expliciet verband wordt gelegd tussen de genoemde normen en de grootte van een ziekenhuisorganisatie of maatschap. Dit betekent dat de meeste wetenschappelijke verenigingen vaak niet de expliciete intensie hebben om te streven naar schaalvergroting. Dit neemt niet weg dat de opgestelde richtlijnen of normen omtrent de genoemde onderwerpen wel, kunnen worden meegenomen in de discussie rond ziekenhuisfusies of de sluiting van een ziekenhuisvoorziening.

De laatste onderzoeksvraag luidt: *'In hoeverre is er onderlinge afstemming tussen de wetenschappelijke verenigingen op dit gebied?'*

Uit het verzamelde materiaal blijkt dat de discussie, onder de medisch specialisten, nog in volle gang is over de wenselijkheid om een dergelijke expliciete norm voor de minimale omvang van de medisch specialistische praktijk vast te leggen. Zowel binnen als tussen de

wetenschappelijke verenigingen zijn er duidelijk verschillende inzichten en bestaat vaak geen consensus of een norm moet worden vastgesteld, nog los van de vraag welke norm dit dan zou moeten zijn en waarop deze dient te worden gebaseerd.

Concluderend kan worden gesteld dat de vraag in hoeverre wetenschappelijke verenigingen normen moeten ontwikkelen omtrent de minimale omvang van een medisch specialistische praktijk zeer relevant is. Dit is mede ingegeven door de ontwikkelingen rond DCB's, producttypering, transparantie van de zorgverlening als veranderingen in de beroepsgroep (bijvoorbeeld feminisering). Zowel binnen als tussen de wetenschappelijke verenigingen wordt er echter nogal verschillend over gedacht. Ook kan uit deze studie worden geconcludeerd dat dergelijke normen niet uitsluitend worden opgesteld vanuit 'kwaliteitsargumenten'. Beroepsbelangen, in de zin van arbeidsvoorwaarden (werktijden, waarneming, et cetera) spelen een rol. Het is overigens de vraag in hoeverre dit onderscheid wel van belang is. In verschillende documenten staat aangegeven dat beroepsbelangen en kwaliteit van zorg nauw met elkaar verbonden zijn en niet zonder meer zijn te onderscheiden.

4.2 Beschouwing

De achterliggende reden voor het onderhavig onderzoek is de huidige discussie over de structuur en organisatie van de medisch specialistische zorg in Nederland. Met name het proces van schaalvergroting en concentratie van ziekenhuisvoorzieningen heeft tot veel commotie geleid. Aan de ene kant wordt er op gewezen dat de positie van kleine(re) ziekenhuizen in het nauw komt en dat door fusies en sluiting dan wel ontmanteling van ziekenhuislocaties de bereikbaarheid en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in een aantal gebieden in Nederland in gevaar komen. Aan de andere kant worden argumenten aangedragen voor de noodzaak tot schaalvergroting en concentratie van medisch specialistische zorgverlening. Het gaat daarbij zowel om financieel-economische motieven, (beroeps)belangen van zorgverlener en waarborging van de kwaliteit van zorg. In het rapport 'De toekomst van het algemene ziekenhuis' wijzen Meloen e.a. (2000) er op dat de belangen van de betrokken partijen nogal uit een kunnen lopen. In de onderhavige verdiepingsstudie is uitsluitend het beleid van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten (het professionele perspectief) bestudeerd. Andere partijen zoals andere beroepsverenigingen van andere zorgverleners, de ziekenhuizen, de overheid, verzekeraars en patiënten(verenigingen) zijn niet meegenomen.

In diverse publicaties (zie onder andere Meloen e.a. (2000), Crommentuyn (2001) en Hagen (2001)) komt naar voren dat de voortschrijdende professionalisering en de toegenomen kwaliteitseisen van medisch specialisten meespelen bij het proces van schaalvergroting en concentratie van Nederlandse ziekenhuisvoorzieningen. Zo wordt bijvoorbeeld bij de beslissing om de tweedelijnsverloskunde in Oldenzaal niet te handhaven vermeld dat dit standpunt grotendeels gebaseerd is op de analyses van de betrokken wetenschappelijke verenigingen (Nieuwsbrief Zorgvisie, 22, 2001, 3). In een artikel in Trouw (11-12-01) schrijft Hagen over de invloed van de wetenschappelijke verenigingen op concentraties: *'Zij stellen immers normen vast voor de minimumomvang van een vakgroep in een instelling. Een maatschap van drie artsen voelt zich gauw onvolwaardig, als de eigen wetenschappelijke vereniging vijf specialisten als ondergrens aangeeft. Daar wordt de neiging tot samengaan en concentreren ook daar aangeblazen'*. Ook Crommentuyn (2001) haalt in het Medisch Contact-artikel 'Het ziekenhuis op de hoek verdwijnt' enkele citaten aan die wijzen op de invloed van de wetenschappelijke verenigingen. Uit het onderhavig onderzoek komt echter een iets genuanceerder beeld. Het blijkt dat, op dit moment, een drietal wetenschappelijke verenigingen concrete normen over de grootte van medisch specialistische praktijk hebben geformuleerd. De kinderartsen en gynaecologen hebben de hoogste normen. Dit zijn ook de specialismen die in

de verschillende publicaties worden genoemd. Daarbij wordt opgemerkt dat er sprake kan zijn van een 'domino-effect'. Doordat enkele specialismen binnen een locatie of ziekenhuis verdwijnen, komen ook andere specialismen op de tocht te staan. Dit kan er uiteindelijk snel toe leiden dat de locatie wordt gesloten of ontmanteld.

Hoewel we in het onderzoek alleen een concrete definiëring van een normpraktijk hebben gevonden ten aanzien van kindergeneeskunde, gynaecologie/verloskunde en nucleaire geneeskunde, is het de verwachting dat acht andere wetenschappelijke verenigingen binnen afzienbare tijd met dergelijke normen komen. Ook bleek dat een aantal andere aspecten uit het (kwaliteits)beleid van diverse wetenschappelijke verenigingen mogelijk verband houden met de schaalvergroting in de ziekenhuissector. We noemden bijvoorbeeld de 7x24-uursbereikbaarheid, beschikbare faciliteiten en normering van het aantal verrichtingen/werkbelastingpunten. Hoewel een aantal verenigingen hier wel standpunten over heeft gedefinieerd is het moeilijk gebleken om die te relateren aan schaalvergroting van ziekenhuisorganisaties. Een belangrijke constatering daarbij is dat er nog veel essentiële kennis ontbreekt op dit punt. Vooral nader empirisch onderzoek naar de relatie tussen de organisatie van de medisch specialistische zorgverlening en toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, is van groot belang in het verdere proces van modernisering van de curatieve zorg in Nederland.

Bronnen

- Aa G.C.H.M. van der, Keijzer J.A.L. de, Raymakers J.A., Cammen T.J.M. van der, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (19). Kwaliteitsbevordering binnen de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie*, Medisch Contact, 52, 1997, 4, 136-137.
- Baan S. van der, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Kwaliteitsbeleid in de keel-, neus- en oorheelkunde en de heilkunde van het hoofd-halsgebied*, Medisch Contact, 52, 1997, 24, 756.
- Bennema-Broos M., Sluijs E.M., Wagner C., *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht: Nivel, 2000.
- Biesheuvel-Snellen F.M.M. Balen A.Th.M. van, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (12). Kwaliteitsbeleid in de oogheelkundige zorg*, Medisch Contact, 51, 1996, 38, 1226.
- Bleker O.P., Merkus J.M.W.M., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (11). Kwaliteitsbeleid in de obstetrie en gynaecologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 36, 1147-1148.
- Bosch D.A., Mooij J.J.A., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (8). Kwaliteitsbeleid in de neurochirurgie*, Medisch Contact, 51, 1996, 29/30, 977-978.
- Buiting A.G.M., Dijk W.C. van, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (15). Kwaliteitsbevordering in de medische microbiologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 44, 1425-1426.
- Bruijnes E. *Urologie en gezondheidsstatistiek*. Urograaf, 1, 2001, 5-7.
- College voor ziekenhuisvoorzieningen, *Advies inzake herziening verzorgingsbereik reumatologie*, november 1992.
- Crommentuyn R., *Het ziekenhuis op de hoek verdwijnt*, Medisch Contact, 56, 2001, 47, 1724 - 1726.
- Delhez H., Boer R.O., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (6). Kwaliteitszorg in de nucleaire geneeskunde*, Medisch Contact, 51, 1996, 26, 886-887.
- Ende P.L.A. van den, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (2). Kwaliteitsactiviteiten in de radiotherapie-oncologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 18, 611-612.
- Hagen H., *Ziekenhuis niet belonen voor fusie*, Trouw, 11-12-01.
- Jansen A.P.H., Dubois A.E., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Kwaliteitsbeleid in de allergologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 31/32, 1008-1009.
- Jong, B.D. de, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Kwaliteitsbeleid in de plastisch chirurgie*, Medisch Contact, 52, 1997, 19, 602.
- Klazinga N.S., *Quality management of medical specialist care in the Netherlands*. Amersfoort: Belvédère, 1996 (Proefschrift, Rotterdam).
- Leur J.J.C.M. van de, Berends F., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (13). Kwaliteitsbeleid in de professie arts klinische chemie*, Medisch Contact, 51 1996, 40, 1287-1288.

- Manoliu R.A., Lampmann L.E.H., Lombarts M.J.M.H., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (7). Kwaliteitsbeleid en visitatie in de radiologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 27/28, 929-931.
- Ministerie van VWS. *Positionering van algemene ziekenhuizen*. Den Haag: SDU, 2001.
- Meloen J.D., Groenewegen P.P., Hingstman L. *De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuis aanbod*. Utrecht: Nivel, 2000.
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging, *Nota kwaliteit in beweging*.
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, *Standpunten over de Anesthesiologisch Praktijkuitoefening*, december 1999.
- Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose, *De Nederlandse longarts in de 21e eeuw: Het heft in eigen hand. Een heroriëntatie*, mei 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, *Kwaliteitsnormen Heelkunde*, februari 1996.
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, *Kwaliteitsnormen Aandachtsgebieden*, april 2001.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, *Criteria kindergeneeskunde niet-opleidingspraktijken*, juni 1994.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, *Kwaliteitsnormen Klinische Geriatrie*. Aanpassing 8-10-2001.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie, *Richtlijnen aantal klinisch chemici en medewerkers*, oktober 1995.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie, *Klinische Chemie: plaats en functie in de gezondheidszorg*, 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie, *Kwaliteitsnormen*, juni 1998.
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire geneeskunde, *Kwaliteitsrichtlijnen NVNG*, april 1999.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, *Algemene kwaliteitsnormen*, maart 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, *Nota normpraktijk gynaecologie 2000*, september 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie en Oncologie, *Radiotherapie: onze zorg. Een actualisatie van de ontwikkelingen in de radiotherapie voor periode 200 - 2010*, maart 2000.
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, *Kwaliteitsnormen Praktijkvoering Reumatologie*, juli 2000.
- Neumann H.A.M., Everdingen J.J.E. van, *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (5). Kwaliteitsbeleid in de dermatologie en venereologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 24, 814-815.
- Nieuwsbrief Zorgvisie, *Oldenzaal verliest voorlopig verloskunde*. Nieuwsbrief Zorgvisie, 22, 2001, 3.
- Nijdam H.F., *Beschrijving spreekuurafdeling Keel Neus Oorheelkunde*, Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde.
- Oosterhof G.O.N., Ypma A.F.G.V.M., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (14). Kwaliteitsbeleid in de urologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 42, 1358-1359.

- Orde van Medisch Specialisten (OMS). *Jaarverslag 1996-1997*. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 1998.
- Overbosch D, Hulsteijn L.H. van, *Kwaliteitsbeleid medisch specialist (17). Kwaliteitsbevordering in de inwendige geneeskunde*, Medisch Contact, 51, 1996, 48, 1565-1567.
- Oijen P.L.M. van, Bijlsma J.W.J., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (16). Kwaliteitsbeleid Nederlandse Vereniging voor Reumatologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 46, 1506-1508.
- Poll J.S., Thieme Groen R.A., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (3). Kwaliteitsbeleid in de anesthesiologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 20, 683-684.
- Ruiter D.J., Mulder A.H., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (4). Kwaliteitsbeleid in de pathologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 22, 744-747.
- RVZ (Raad voor Volksgezondheid & Zorg). *Medisch-specialistische zorg in de toekomst*. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- Theuvenet P.J., et.al. *Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten 1995*. Alkmaar: De Doelenpers, 1995.
- Velde G.P.M. ten, Hekking P.R.M., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (10). Kwaliteitsbeleid bij longziekten en tuberculose*, Medisch Contact, 51, 1996, 33/34, 1073-1074.
- Velden L.G.J. van der, Hingstman L., Ridder M., *Behoeftering obstetrici/gynaecologen 1997-2010*. Utrecht: Nivel, 1997.
- Verheugt F.W.A., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (1). Kwaliteitsbeleid in de cardiologie*, Medisch Contact, 51, 1996, 16, 547-548.
- Vries B.C. de, Keeman J.N., *Arts en samenleving. Kwaliteitsbeleid van de Nederlandse vereniging voor heelkunde*, Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 140, 1996, 14, 789-791.
- Wiggers T., Groenink J.A., Meijer W.S., Ooijen B. van, Thije J.H. ten, Steensma D.J., *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten (18). Een regionaal professioneel netwerk van chirurgen-oncologen*. Medisch Contact, 52, 1997, 2, 56-58.

Bijlage 1 Overzicht internetraadpleging

Naam vereniging	Webpagina (route)	datum raadpleging	geraadpleegde documenten
Nederlandse Vereniging voor Allergologie	www.artsen.net/asp/content/homepage.asp?node_id=2881	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie	www.anesthesiologie.nl/index-exp.html	26-09-01	Standpunt over het kwaliteitsbeleid van een afdeling Anesthesiologie. Standpunt over de organisatie van een afdeling Anesthesiologie.
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie	www.cardiologie.nl	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden.
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	www.nvdv.nl	26-09-01	Web-site is uitsluitend toegankelijk voor leden
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	www.nvkg.homestead.com	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	www.heelkunde.nl	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Internisten Vereniging	www.internisten.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	www.nvk.pedinet.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie	www.ziekenhuis.nl/domeinen/klinisch.chemicus/home/index.html	26-09-01	Klinische Chemie: plaats en functie in de gezondheidszorg

Vereniging voor Klinische Genetica Nederland	www.nav-vkgn.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Klinische Neurofysiologie	www.nvknf.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde	www.kno.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Vereniging Artsen Laboratorium-diagnostiek	niet beschikbaar		
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose	www.nvalt.nl/	26-09-01	de Nederlandse longarts in de 21e eeuw: het heft in eigen land uitgangspunten kwaliteitsbeleid NVALT
Nederlandse Genootschap van Artsen voor Maag-, Darm- en Leverziekten	www.mdl.nl/index.asp	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie	www.nvmm.nl/	26-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen	www.nvvn.org/	26-09-01	Kwaliteitsbeleid in de neurochirurgie
Nederlandse Vereniging voor Neurologie	www.neurologie.nl/home.asp	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde	www.nucleaire.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	www.nvog.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden

Nederlands Oogheelkundig Gezelschap	www.oogheekunde.org/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Orthopaedische Vereniging	www.nov.orthoweb.org/	25-09-01	Kwaliteit in beweging
Nederlandse Vereniging voor Pathologie	www.pathology.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie	www.nvpc.nl/index1.htm	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	www.nvvp.net/home.asp	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Radiologie	www.radiologen.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden. Er wordt wel gesproken over normpraktijk (maar in een andere betekenis, namelijk hoeveel verrichtingen)
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie	www.nvro.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie	www.nvr.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen	www.revalidatiegeneeskunde.nl/	27-09-01	Functieomschrijving revalidatiearts
Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie	www.nvt.net.nl/	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden
Nederlandse Vereniging voor Urologie	www.urolog.nl/home/index.asp	27-09-01	Geen relevante documenten gevonden

Bijlage 2 Brief en vragenlijst

Brief aan wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten

24 september 2001

030 27 29 653

HSZ/BRA/032.01/JHu/MBr

Het Nivel inventariseert, op verzoek van het Ministerie van VWS, welke wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten op dit moment een 'normpraktijk' hebben gedefinieerd. Met 'normpraktijk' worden normen of richtlijnen bedoeld ten aanzien van het minimum aantal medisch specialisten dat werkzaam moet zijn binnen een maatschap of afdeling.

In het Nivel-rapport 'De toekomst van het algemene ziekenhuis' (Meloen e.a., 2000) worden de voortschrijdende professionalisering en toegenomen kwaliteitseisen van de medisch specialisten genoemd als redenen voor de trend tot schaalvergroting van ziekenhuizen. Daarbij wordt onder andere gewezen op de 'normpraktijken' die zijn gedefinieerd. Onbekend is echter of alle verenigingen een dergelijke norm hanteren en waarop die norm is gebaseerd. Overigens is het mogelijk een vereniging geen expliciete normpraktijk heeft gedefinieerd, maar wel richtlijnen of normen heeft geformuleerd die (indirect) gerelateerd zijn aan de grootte van maatschap/afdeling. Te denken is aan 7x24-bereikbaarheid of beschikbare faciliteiten .

Deze informatie is van belang voor de discussie over de opzet van medisch-specialistische zorg in de toekomst. Vandaar dat dit inventariserend onderzoek wordt uitgevoerd.

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen. Er wordt gezocht naar relevante informatiebronnen via de beschikbare literatuur en het internet. Er vinden gesprekken plaats met enkele sleutelfiguren en er wordt een korte schriftelijke enquête verstuurd naar alle wetenschappelijke verenigingen.

Voor dit laatste onderdeel vragen wij uw medewerking. Wij zouden het zeer op prijs stellen als u of een betrokken collega de korte schriftelijke enquête invult die u hierbij aantreft. Tevens vragen wij u, indien mogelijk, relevante beleidsdocumenten naar ons te sturen.

De resultaten van de inventarisatie zullen worden gepubliceerd in een openbaar rapport dat aan alle wetenschappelijke verenigingen zal worden aangeboden.

Wij hopen op een snelle reactie. Voor meer informatie kunt u bellen met nummer: 030-2729653.

Met vriendelijke groeten,
Stichting Nivel

Dr. J.B.F. Hutten
programmaleider relatie huisarts-specialist-ziekenhuis



Nivel
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Dr. J. Hutten
Telefoonnummer 030 27 29 653



Vragenlijst voor
wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten



Naam wetenschappelijke vereniging:

Vragenlijst is ingevuld door: (naam)

(functie)

(telefoon)

1 Heeft uw wetenschappelijke vereniging concreet gedefinieerd wat de minimale of optimale grootte van een maatschap/afdeling van medisch specialisten in een ziekenhuis c.q. locatie (de zogenaamde 'normpraktijk') behoort te zijn?

- ja, de normpraktijk is door onze vereniging vastgesteld op tenminste . . . medisch specialisten die tezamen tenminste . . . FTE (full time equivalenten) werken.
Dit dient gerealiseerd te zijn op:
 - locatie-niveau
 - ziekenhuis-niveau (dus eventueel over meerdere locaties verspreid)
- nee, maar we zijn er wel mee bezig ➡ u kunt verder gaan met vraag 6
- nee, maar we gaan daar wel mee beginnen ➡ u kunt verder gaan met vraag 6
- nee, we hebben ook geen plannen in die richting ➡ u kunt verder gaan met vraag 6

2 Hou zou u het standpunt van uw vereniging ten aanzien van de 'normpraktijk' willen typeren?

- een harde eis/verplichting
- een zwaarwegend/dwingend advies
- een richtlijn
- een vrijblijvende aanbeveling
- anders, namelijk

3 Is het standpunt van uw vereniging ten aanzien van de 'normpraktijk' schriftelijk in één of meerdere documenten vastgelegd?

- nee
- ja:

<i>naam document</i>	<i>datum van publicatie</i>	<i>openbaar</i>
.....	ja / nee
.....	ja / nee
.....	ja / nee

Indien mogelijk zouden wij graag een kopie van het document/de documenten willen ontvangen.

4 Kunt u aangeven hoe het standpunt van uw vereniging ten aanzien van de 'normpraktijk' tot stand is gekomen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- raadpleging van leden (bijvoorbeeld discussie/consensusbijeenkomsten)
- op basis van wetenschappelijk onderzoek (literatuurstudie, empirisch onderzoek)

- overleg met de Orde van Medisch Specialisten
- overleg met andere wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, te weten
- overleg met andere partijen, te weten
- anders, te weten

5 Kunt u kort aangeven waarop het standpunt van uw vereniging ten aanzien van de 'normpraktijk' is gebaseerd? Welke argumenten lagen daaraan ten grondslag?

.....

6 Het is mogelijk dat een wetenschappelijke vereniging (ook) andere richtlijnen of normen heeft opgesteld die (indirect) gerelateerd kunnen zijn aan de grootte van een maatschap/afdeling. Te denken is aan 7x24-uurs bereikbaarheid, personele bezetting en beschikbare faciliteiten. Heeft uw wetenschappelijke vereniging dergelijke normen/richtlijnen opgesteld?

- Nee *☞ u bent nu klaar met het invullen van deze vragenlijst*
- Ja, namelijk omtrent

7 Is dit schriftelijk, in de vorm van een document, vastgelegd?

- nee
- ja: naam document datum van publicatie openbaar
- ja / nee
- ja / nee
- ja / nee
- ja / nee

Indien mogelijk zouden wij graag een kopie van het document/de documenten willen ontvangen.

Wij danken u voor het invullen van de vragenlijst en hopen dat wij, bij eventuele onduidelijkheden, telefonisch contact met u mogen opnemen.