

# Reflotron

G. J. H. HAAN

**Recent werden in Huisarts en Wetenschap de ervaringen met een reflotron in de huisartspraktijk beschreven. In deze reactie komen vier punten aan de orde: kostenaspecten (niet goedkoper, vermoedelijk duurder), kwaliteitsaspecten (onvoldoende garanties), financieel-beleidsmatige aspecten ten opzichte van de ziektekostenverzekeraars en de overheid (een onbestuurbaar geheel) en effecten op de praktijkvoering (in de praktijk is haast zelden geboden). Gepleit wordt voor overleg tussen vertegenwoordigers van de overheid, de LHV, de ziektekostenverzekeraars, het COTG, de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland (SAN), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en de leveranciers. In de tussentijd kan in de praktijken waar apparatuur is geplaatst, ervaring worden opgedaan.**

Drs. G. J. H. Haan, klinisch-chemicus, Stichting Huisartsenlaboratorium, Nieuwegracht 39, 2011 NC Haarlem.

## Inleiding

De mogelijkheid om als huisarts laboratoriumbepalingen in de eigen praktijk te verrichten, zijn met de komst van de 'droge chemie' aanzienlijk toegenomen. Het hemoglobinegehalte en diverse klinisch-chemische parameters kunnen eenvoudig worden gemeten in bloed verkregen door een vingerprik. De reflotron is wellicht het bekendste voorbeeld van een dergelijke reflectiefotometer die werkt met chemicaliën gehecht aan plastic stripjes. Recent werden de ervaringen in een huisartspraktijk in dit tijdschrift beschreven.<sup>1</sup> In deze bijdrage ga ik nader in op vier punten:

- kostenaspecten;
- kwaliteitsaspecten;
- financieel-beleidsmatige aspecten ten opzichte van de ziektekostenverzekeraars en de overheid;
- effecten op de praktijkvoering.

## Kostenaspecten

Ons huisartsenlaboratorium werkt samen met ongeveer 200 huisartsen, die per dag gemiddeld ongeveer 300 patiënten sturen voor bloedonderzoek. Dit soort getallen kunnen variëren met de regio en de daar aanwezige voorzieningen, maar niet zo sterk dat het gebruikte voorbeeld geen goed inzicht zou geven (1,5 patiënt/huisarts/dag). Wel is er een groei van 5 à 10 procent per jaar, mogelijk door verjonging van het huisartsenbestand en het overheidsstreven om de eerste lijn te versterken.

Per jaar worden in een 'gemiddelde' huisartspraktijk circa 360 patiënten verwezen (48 weken  $\times$  5 dagen  $\times$  1,5 patiënt). Hiervan wordt een derde deel voor alleen hematologisch onderzoek verwezen (meer dan alleen Hb), een derde deel voor alleen chemische bepalingen en een derde deel voor beide bepalingengebieden en/of serologisch onderzoek. Voor de reflotron komen derhalve (even afgezien van het beperkte pakket) dus circa 240 patiënten per arts per jaar in aanmerking.

De kosten voor een reflotron bedragen bij aanschaf circa f 11.000,- (inclusief BTW). Per jaar zijn de vaste kosten 34 procent van de aanschaf (20 procent afschrijving, 7 procent onderhoud, 7 procent renteverlies), zijnde circa f 3.700,-. Per patiënt is dat circa f 15,- aan vaste kosten. Voor een enkelvoudige bepaling komt daar dan nog circa f 4,- bij, als we geen rekening houden met verlies van strips door duplo-bepalingen en kwaliteitscontrole.

Deze kosten moeten worden vergeleken met de kosten die worden bespaard in de artsen/ziekenhuislaboratoria (verder laboratoria te noemen), wanneer de patiënt niet meer verwe-

zen hoeft te worden. De besparingen zijn de bloedafname, de administratieve verwerking, de uitslagverwerking en reagentia (in een laboratorium dubbeltjes in plaats van guldens), hetgeen samen ten hoogste f 10,- per patiënt zal bedragen. Op alle andere kosten van de laboratoria wordt weinig of niets bespaard, omdat de gehele structuur in stand moet blijven ten behoeve van het ziekenhuis of voor het hematologisch, overig klinisch chemisch, serologisch bacteriologisch onderzoek en eventueel biometrie. Het is mede hierom niet juist de kosten van de reflotron te vergelijken met de tarieven die de laboratoria in rekening brengen. Deze tarieven worden immers vastgesteld op basis van de totale kosten van een laboratorium, vertaald in een spaarpuntentarief, hetgeen een slechte weergave is van de werkelijke kosten voor een bepaling.

Het gaat erom of de extra kosten die de ziektekostenverzekeraars moeten maken bij de huisarts, opwegen tegen de besparing die te halen zou moeten zijn bij de laboratoria. De kosten bij één patiënt per dag per huisarts voor slechts één bepaling op de reflotron bedragen in een jaar voor de Nederlandse gezondheidszorg bijna 29 miljoen gulden (6.000 artsen  $\times$  240 dagen  $\times$  f 20,-). Wanneer er echter bij enkele patiënten per dag een bepaling of enkele bepalingen worden verricht, worden de kosten al snel tweemaal zo hoog. Voor dat geld, ongeveer de totale kosten van alle huisartsenlaboratoria in Nederland samen, presteren deze laboratoria toch heel wat meer (sic!).

Het zal duidelijk zijn dat de reflotron kosten-technisch niet aantrekkelijk is, vergeleken met de laboratoria. Doordat Nederland vrij dicht en gelijkmatig voorzien is van laboratoria, zullen er maar weinig plaatsen zijn waar de reflotron het kosten-technisch tegen de laboratoria zou kunnen opnemen.

## Kwaliteitsaspecten

Ervan uitgaande dat de kwaliteit van de reflotron en de reagentia goed is – en dat neem ik graag aan – blijven er toch nog een aantal kwaliteitsaspecten over.

De bloedafname door middel van een vingerprik vergt de nodige ervaring, evenals een venapunctie. Vaak wordt er maar weinig bloed verkregen (van welke kwaliteit?) en is de neiging tot sjoemelen met de hoeveelheid bloed groot, zeker als er meer bepalingen gedaan moeten worden. De controle van het apparaat vereist, als het goed gedaan wordt (zoals in de laboratoria), dat van alle bepalingen op minstens twee concentratieniveaus een meting wordt verricht en wel dagelijks. Gezien de kosten in relatie tot de produktie kan dit niet worden verwacht, hetgeen betekent dat men de controle tot een minimum

zal beperken en mogelijk te laat zal ontdekken dat er iets niet klopt.

De kwaliteit van de laboratoria is, dankzij de Nederlandse klinisch chemici en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie, op een zeer hoog peil gekomen en er functioneert een uitstekend kwaliteitscontrolesysteem. Het zou zeer te betreuren zijn als een deel van de onderzoeken buiten dat circuit zou gaan vallen. Verder kan de klinisch chemicus de arts veel bieden aan achtergrondinformatie en interpretatie, ook een stukje kwaliteit dat juist voor de huisarts belangrijk is. Klinische chemie is terecht een vak, mede om een goede kwaliteit te bereiken. Alle aspecten zijn door de huisarts niet te doorgronden. Hoe bepaalt of controleert de huisarts bijvoorbeeld referentie- of normale waarden?

Een voorbeeld van een volkomen onbegrip met betrekking tot in dit geval een zwangerschapstest wordt onbedoeld prachtig beschreven in *Medisch Contact*.<sup>2</sup> Een patiënte gaat met de door haar uitgevoerde zwangerschapstest naar de huisarts om de test te laten aflezen, een test die trillingsvrij moet worden neergezet en op tijd moet worden afgelezen, hetgeen door de arts niet wordt doorgrond. Die vindt het feit dat de urine in de koelkast heeft gestaan, veel belangrijker, terwijl dit er nu juist niet toe doet.

### Financieel-beleidsmatige aspecten

Naast het kostenaspect dat de ziektekostenverzekeraars zeker zal interesseren, bestaat het tariefmatige probleem dat laboratoriumonderzoek geen zelfstandige verrichting is, en als zodanig geen verstreking is in de zin van de ziekenfondswet. Ook bestaat er geen landelijk afgesproken tarief tussen ziektekostenverzekeraars en de beroepsverenigingen LHV/LSV. Veelal vallen laboratoriumkosten in ziekenhuizen onder het verpleegtariaf en daar waar afgerekend wordt, gaat dit voor het reeds jaren gefixeerde bedrag van f 1,70 per tarief-VII-punt, of rekenen huisartsenlaboratoria met tarieven die zijn overeengekomen met ziektekostenverzekeraars op non-profitbasis aan de hand van de COTG-normen en -richtlijnen.

Welk tarief zou de huisarts moeten hanteren: via het volkomen achterhaalde puntenstelsel of op kostenbasis of anders? Vallen zij ook onder COTG-normen en -richtlijnen, of kunnen zij patiënten rekeningen sturen naar eigen inzicht. Veelal gebeurt het laatste; een economisch delict? De overheid en ziektekostenverzekeraars zullen toch eerst een standpunt moeten innemen over de wenselijkheid van een tarief.

De reflotron zou beschouwd kunnen worden als een middel om de eerste lijn te versterken en de huisarts een stukje inkomen op verrichtingenbasis te laten verkrijgen. Te vrezen valt echter

dat het verrichten van bloedonderzoek door zo'n beleid sterk zal toenemen, terwijl in Nederland al te veel bloedonderzoek wordt uitgevoerd.<sup>3</sup> Of ook door de huisarts te veel bloedonderzoek wordt uitgevoerd, is moeilijk vast te stellen. Dat er nog enkele jaren een gestage groei zal zijn, valt echter te verwachten. Het inbouwen van financiële prikkels om zelf bloedonderzoek te verrichten, zal leiden tot een onbestuurbaar geheel, gezien vanuit de ziektekostenverzekeraars.

### Praktijkvoering huisarts

Belangrijke argumenten voor de aanschaf van een reflotron moeten worden ontleend aan de praktijkvoering van de huisarts. Hoe en waarom vraagt de huisarts om bloedonderzoek, hoe snel moet de uitslag er dan zijn, welke moeite moeten arts en patiënt zich daarvoor getroosten.

Er zijn enkele redenen waarom bloedonderzoek gewenst is: uitsluiten van pathologie, gerichte diagnostiek, volgen ziektebeeld en therapie, controle specifieke patiëntengroepen (diabetes, schildklier). Het beperkte reflotronpakket zal onvoldoende zijn om in de behoefte van de huisarts te voorzien. Het beste zal de reflotron voldoen als het gaat om uitsluiting van pathologie, dus geruststelling en preventieve zorg, omdat het daarbij om algemene bepalingen gaat. In deze categorie echter vallen veel patiënten waar een snelle laboratoriumuitslag niet gewenst is. Bloedonderzoek wordt regelmatig aangevraagd om uitstel te verkrijgen, bijvoorbeeld om verwijzing naar de tweede lijn te voorkomen.

Ook zullen er patiënten zijn die om onderzoek gaan vragen als het zo gemakkelijk kan. Zo zal vooral de behoefte om het cholesterolgehalte te weten, groot zijn, terwijl hiervoor geen directe indicatie bestaat. Wanneer aan de druk van de bevolking wordt toegegeven en bijvoorbeeld de helft van de huisartspraktijk zou worden gescreend op cholesterolgehalte in een eenmalige bepaling op de reflotron, dan zullen de kosten daarvan het niet geringe bedrag van 30 miljoen gulden vergen (circa 1.000 mensen  $\times$  6.000 huisartsen  $\times$  f 5,- voor strips en een beetje vaste lasten). Een hogere drempel – verwijzing naar een laboratorium – is dan kostenbesparend.

Voor specifieke patiënten als diabeten zou de gehele controle in één zitting kunnen worden afgewikkeld, hetgeen voor de diabeet erg plezierig is. Daar is dan vooral voor de patiënt een voordeel te behalen. Van de andere kant zijn de arts en laboratoria doende met het oprichten van diabetesdiensten om ervoor te zorgen dat de diabeet zo dicht mogelijk bij huis kan worden geprikt, waarbij de uitslag tijdig, eventueel met adviezen, bij de arts is als de diabeet voor controle komt.

De snelheid van de uitslagen is zelden een

probleem; een goed functionerend laboratorium kan binnen enkele uren de uitslagen gereed hebben, zeker het reflotronpakket. Met de komende elektronische communicatie zullen veel laboratoria de meeste uitslagen op de dag van bloedafname bij de arts thuis uit de printer kunnen laten komen en, gezien de technische ontwikkelingen en dalende kosten, is dat veel dichterbij dan menigeen denkt, althans zeker in de regio Haarlem.

### Conclusie

Er zijn op dit moment geen redenen om de aanschaf van de reflotron door de huisarts te stimuleren. Eerst zullen overheid en ziektekostenverzekeraars zich moeten uitspreken over de kosten en een tarief, en zullen de klinisch chemicus zich moeten uitspreken over de kwaliteitsaspecten. Intussen zal de huisarts zich terdege moeten realiseren wat een dergelijk apparaat voor zijn praktijkvoering betekent. Er is overleg nodig tussen vertegenwoordigers van de overheid, de LHV, de ziektekostenverzekeraars, het COTG, de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland (SAN), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en de leveranciers. In de tussentijd kan in de praktijken waar apparatuur is geplaatst, ervaring worden opgedaan, wat nuttig kan zijn voor dit overleg.

Naar ik hoop zal de SAN het initiatief kunnen nemen tot een dergelijk overleg.

<sup>1</sup> Van den Bosch W, Serrarens A, Lörx M, Van Sas A. De Reflotron in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 96-9.

<sup>2</sup> Molledans ML. Dagboek van een waarnemer. *Medisch Contact* 1989; 44: 404.

<sup>3</sup> De Vries T. Rationeel gebruik van ziekenhuislaboratoria door artsen. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland, 1988.

### Naschrift

**Het afwegen van voor- en nadelen bij de invoering van een nieuwe techniek in de huisartspraktijk is geen simpele zaak. Met de meeste inhoudelijke aspecten van het stuk van Haan kunnen wij het volledig eens zijn. Zijn reactie is echter nogal defensief van karakter. De neiging bestaat hierop eveneens in de verdediging te gaan, maar het is zeker niet onze bedoeling om als pleitbezorgers voor de invoering van de Reflotron te fungeren.**

De ontwikkelingen op het gebied van de droge chemie zijn zover gevorderd, dat het in de toekomst steeds gemakkelijker zal zijn om laboratoriumonderzoek op een andere plaats dan een

centraal laboratorium uit te voeren. In dit geval is dat de huisartspraktijk. Het lijkt ons verstandig om deze ontwikkeling goed te begeleiden. Aan de invoering zitten een aantal voor- en nadelen die dikwijls haaks op elkaar staan. De tijdswinst die bij de ene patiënt een voordeel is, wordt bij de andere patiënt als een nadeel beschouwd.

Als de door Haan naar voren gebrachte aspecten op een rij worden gezet, kan gezegd worden dat kosten-batenanalyses rond dit thema veel moeilijker zijn dan door hem gesuggereerd wordt. De berekening van kosten door het laboratorium zou heel anders uitvallen als de kosten van het door de huisarts aangevraagde deel op zichzelf zouden worden berekend. De prijs van droge chemietoestellen en reagentia zouden in de toekomst best eens fors kunnen dalen bij een uitbreiding van de markt. Het economische verlies door verlies aan tijd bij prikken in het laboratorium is geheel buiten beschouwing gebleven. Vanuit het oogpunt van de consument kan hier toch niet aan voorbijgegaan worden. Uitgaande van de cijfers die Haan zelf noemt, en van de schatting dat een kwart van de te prikken patiënten het werk gedurende een uur moet verzuimen tegen een economische uurprijs van f 50,-, zouden de 6.000 huisartsen in Nederland dagelijks 9.000 patiënten sturen. Het zou daarbij gaan om een bedrag van meer dan f 100.000 per dag of bijna f 30 miljoen per jaar, afgezien van reiskosten.

Deze laatste berekening laat zien hoe moeilijk het is om een macro-kosten-batenanalyse te maken, omdat zo moeilijk te bepalen valt welke aspecten in de berekening moeten worden meegenomen.

Inhoudelijk interessanter voor de huisartsen zijn de invloed op de praktijkvoering en de kwaliteitsbewaking. In ons artikel hebben wij gepleit voor een gecentraliseerde kwaliteitsbewaking, zo er al wordt overgegaan tot aanschaf van de Reflotron. Dit kwaliteitsbewakingsaspect zou echter niet alleen moeten gelden voor de Reflotron, maar ook andere apparatuur die de huisarts regelmatig gebruikt, zoals de weegschaal, de bloeddrukmeter en de Hb-meter. Hier liggen voor de beroepsgroep nog belangrijke taken weggelegd.

Daarnaast is het belangrijk om een gezond wantrouwen te blijven koesteren tegen uitkomsten van apparaten. Dit geldt zowel voor eigen onderzoek als voor onderzoek van laboratoria. Als de uitkomsten van onderzoek niet in overeenstemming zijn met het klinische beeld, blijft het verstandig de meting ten minste eenmaal te herhalen. Uitbreiding van diagnostische faciliteiten, hoe mooi deze apparaten ook zijn, moeten er niet toe leiden dat er uitslagen behandeld worden, in plaats van patiënten.

De praktijkvoering van de huisarts zal tenslotte bepalend zijn of er plaats is voor een Reflotron of vergelijkbaar apparaat. Hierbij zal een solo-praktijk in de buurt van het ziekenhuis andere wensen hebben dan een groepspraktijk op een grotere afstand. Met Haan zijn wij eens dat er, en niet alleen door huisartsen, te veel laboratoriumbepalingen worden aangevraagd. Het gaat daarbij ons inziens vooral om onzinnige aanvragen, zoals het vervolgen van leverfuncties bij iedere ziekte van Pfeiffer en het aanvragen van 'pakketten' door het zetten van kruisjes op geduldige laboratoriumformuliertjes. Laboratoriumbepalingen aanvragen ter geruststelling is een gevaarlijke bezigheid, omdat de kans op fout positieve uitslagen hierbij relatief groot is. In ons onderzoek waren de bepalingen ter controle van een chronische aandoening ook het meest frequent.

Ter versterking van de positie van de huisarts is het goed hem de beste mogelijkheden te geven om deze positie waar te maken. Een goede samenwerking met het huisartsenlaboratorium is hiervoor een voorwaarde. Het instellen van prikdiagnostiek en het geautomatiseerd versturen van uitslagen kunnen een verbetering betekenen. Of de aanschaf van de Reflotron een verrijking kan zijn voor de praktijkvoering, een gemak voor de patiënt en een voordeel voor de verzekeraars, staat nog te bezien. Dit zal afhangen van de lokatie van de praktijk en de geneigtheid van de huisarts en assistente intensiever betrokken te zijn bij de indicatiestelling en kwaliteitsbewaking.

Onze ervaringen met de Reflotron zijn op schrift gesteld. Wij hopen dat de Reflotron van meer kanten getoetst zal worden om huisartsen en beleidsmakers een betere kans te geven hun keus te maken.

W. van den Bosch  
A. Serrarens,  
huisartsen te Lent

## Alternatieve behandelingswijzen

### *Aan het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap*

Ondergetekenden, leden van het NHG en allen intensief betrokken bij de inhoudelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde, maken zich grote zorgen over het ontbreken van heldere gedragsregels voor praktizerende huisartsen inzake de alternatieve behandelingswijzen.

- Aanleidingen voor deze bezorgdheid zijn:
- de toegenomen tolerantie van beleidsmakers met betrekking tot de uitoefening van alternatieve behandelingswijzen;
  - de dreigende opname van alternatieve medicatie zonder voorafgaande registratie door de geneesmiddelencommissie;
  - de toenemende druk op huisartsen om recepten van alternatief werkenden mede te ondertekenen;
  - de bij vacatures gesignaleerde vraag naar huisartsen met alternatieve behandelingswijzen in hun pakket.

Deze signalen roepen vragen op als:

- in hoeverre kunnen of moeten de alternatieve behandelingswijzen een plaats hebben binnen de huisartsgeneeskunde?
- welke plaats kunnen of moeten dientengevolge de alternatieve geneeswijzen krijgen in NHG, LHV en in de beroepsopleiding van huisartsen?
- moeten rapporten als 'Kenmerken van de huisarts', 'Basistakenpakket van de huisarts' en het rapport van de curriculum commissie beroepsopleiding huisartsen (CCBOH) nu worden bijgesteld?

Het moge duidelijk zijn dat wij deze vragen met grote nadruk ontkennend beantwoorden, eigenlijk niet anders dan met betrekking tot soortgelijke vragen reeds in 1982 in een redactioneel commentaar gebeurde.<sup>1</sup> Belangrijker echter is dat wij vinden dat het Genootschap als wetenschappelijke organisatie van huisartsen niet mag toestaan dat genoemde vragen onbeantwoord blijven.

Wij realiseren ons dat het innemen van een standpunt inzake de alternatieve behandelingswijzen vraagt om wijsheid en tact, rechtdoend aan wetenschaps-filosofische en inhoudelijke overwegingen en aan afwegingen van politieke aard. Wij willen erop wijzen dat het Genootschap met het Standaardenbeleid reeds een belangrijke stellingname heeft betrokken: uitgangspunt is een huisartsgeneeskunde die haar handelen wenst te toetsen aan de huidige stand van wetenschappelijke inzichten en die een houding aanneemt waarin ook kwalitatieve aspecten van het hulpverleningsproces open bediscussieerd en geëvalueerd kunnen worden. Behandelingswijzen die dit tweeledig uitgangspunt niet

## NOTA BENE

Waarom velen wel bereid zijn hun werkzaamheden te laten onderbreken door een rinkelende telefoon, maar niet door een persoonlijk aangegaan onderhoud, is vreemd en inkonsekvent. Stelling bij: Oude Vrieling H. Vasomotie en skeletal muscle perfusion [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.