

# Acupunctuur: de twijfel aan het voordeel

Op grond van gegevens uit de Gezondheidsenquête van het CBS wordt geschat dat in 1987 bijna 12 procent van de bevolking een alternatieve genezer en/of een alternatief behandelende huisarts heeft geraadpleegd, terwijl dit percentage in 1981 nog 6,4 bedroeg. Voor het grootste gedeelte wordt deze stijging toegeschreven aan de toename van het raadplegen van huisartsen die alternatieve geneeswijzen toepassen. Van de in totaal circa 12,6 miljoen 'alternatieve' contacten in 1987 kwam bijna de helft voor rekening van huisartsen die alternatieve geneeswijzen toepassen. Overigens behoeven bij deze laatste contacten niet per se alternatieve geneeswijzen te zijn toegepast.<sup>1</sup>

Al vaker is geconcludeerd dat alternatieve geneeswijzen een maatschappelijk belangrijk fenomeen vormen, en in toenemende mate worden opgenomen in de praktijk van de reguliere geneeskunde. Duidelijk is ook dat huisartsen zich hierbij niet onbetuigd laten. Wanneer zij al niet zelf een of meer alternatieve geneeswijzen toepassen, menen zij over het algemeen toch minstens een taak te hebben bij het verwijzen of adviseren met betrekking tot alternatieve geneeswijzen.<sup>2</sup>

Afgaande op dergelijke gegevens zou het kunnen lijken dat de alternatieve geneeswijzen een belangrijk element van de gezondheidszorg zijn geworden. Maar is het, zoals wel wordt gemeend, 'onvermijdelijk' dat te concluderen?<sup>3</sup>

Analyse van 'de betekenis van de alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg' vormde het kernelement in de opdracht die de Commissie-Muntendam in 1977 kreeg. Voor alle duidelijkheid had de toenmalige Staatssecretaris aan de opdracht toegevoegd die betekenis niet alleen te bepalen in kwantitatieve zin, maar ook in kwalitatief opzicht.<sup>4</sup> Deze ondubbelzinnigheid heeft niet verhinderd dat tot dusver vrijwel steeds de betekenis van alternatieve geneeswijzen wordt ontleend aan kwantitatieve, maatschappelijke aspecten.<sup>3-4</sup> Voorbijgaand aan de prelabelde vraag naar de kwalitatieve, gezondheidsaspecten wordt urgentie gegeven aan vragen van secundair belang. Is het zo belangrijk inventarisaties van de omvang van organisaties en de toepassing van alternatieve geneeswijzen te actualiseren naar aantallen beoefenaars, patiënten, contacten en omzet? Hoe relevant is het te weten in hoeverre de kosten in de gezondheidszorg zouden toe- of afnemen bij 'erkenning' van bepaalde alternatieve geneeswijzen? Die relevantie is moeilijk in te zien vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, zolang over de effectiviteit van de betrokken alternatieve geneeswijzen voor de geclaimde indicatiegebieden nog nauwelijks iets te zeggen valt.

Acupunctuur is een van de zes 'hoofdstromingen' die de Commissie-Muntendam heeft onderscheiden op het terrein van de alternatieve geneeswijzen.<sup>4</sup> Afgemeten aan het jaarlijkse aantal contacten neemt acupunctuur de derde plaats in (na de manuele en de homeopathische geneeswijzen).<sup>3</sup> Mede gezien de tot een eerbiedwaardig verleden teruggaande ont-

staansgeschiedenis nemen velen de effectiviteit van acupunctuur zonder meer aan. Ziektekostenverzekeraars dekken in toenemende mate de kosten, zij het onder vaak uiteenlopende voorwaarden. Men lijkt wel erg in de contramine te moeten zijn om nu nog de vraag naar de effectiviteit te durven stellen.

In 1979 stelde de toenmalige Staatssecretaris in haar notitie over acupunctuur weliswaar nog dat het volksgezondheidsbelang richtsnoer moet zijn voor het te voeren beleid. 'Dit betekent dat enerzijds waardevol gebleken geneeswijzen niet aan de bevolking onthouden mogen worden, doch anderzijds, alleen die voorzieningen beschikbaar mogen worden gesteld die geen onaanvaardbare risico's met zich meebrengen.'<sup>5</sup> Maar al het in 1981 uitgebrachte rapport van de Commissie-Muntendam getuigt van de hoog oplopende gemoederen over de vraag wat als 'waardevol gebleken geneeswijze' beschouwd moet worden. En de meerderheid van de commissie geeft acupunctuur het voordeel van de twijfel.<sup>4</sup>

*Ter Riet e.a.* hebben, vasthoudend aan het volksgezondheidsbelang, een grondig literatuuronderzoek verricht naar de doeltreffendheid van acupunctuur bij een aantal indicatiegebieden die voor huisartsen van belang zijn. In een serie artikelen brengen zij hiervan deze maanden verslag uit.

Eén van hun verdiensten is dat zij de wijze waarop de reviews tot stand zijn gekomen, maximaal inzichtelijk hebben uiteengezet. Deze benadering, de verantwoording van de selectie van de literatuur, en de uiteenzetting van de gebruikte criteria en begrippen, geven de best denkbare garanties om, desgewenst met de oorspronkelijke publikaties erbij, de auteurs stap voor stap te kunnen volgen bij de beoordeling van de literatuurbevindingen.

De gebruikte methode van reviewen kan ook de forumfunctie van dit tijdschrift versterken. Mochten lezers tot andere conclusies komen dan de auteurs, dan mag worden verwacht dat discussies daarover kunnen worden gevoerd aan de hand van argumenten die gemakkelijk zijn te koppelen aan concrete stappen bij de selectie en beoordeling van de literatuur door de auteurs. Zoiets mag zeker worden gehoopt wanneer de gemoederen wederom hoog oplopen.

W.A. van Veen

<sup>1</sup> Van Sonsbeek JLA. Het raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen in 1985-1987. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1988; nr. 8-9: 4-11.

<sup>2</sup> Visser GJ. Huisarts en alternatieve geneeswijzen. Deelonderzoek 2. Utrecht: NIVEL, 1988.

<sup>3</sup> Maassen van den Brink H, Vorst HCM. Alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Med Contact 1988; 23: 715-9.

<sup>4</sup> Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Alternatieve geneeswijzen in Nederland. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981.

<sup>5</sup> Notitie over Acupunctuur. Tweede Kamer, 1979-1980, 15 300 XVII, nr. 53. ■

# Automatiseren, standaardiseren, differentiëren

Huisartsen zijn anders dan andere artsen:

- Alle patiënten in de praktijk kunnen elk gezondheidsprobleem op elk moment in elk stadium van de ontwikkeling aan de huisarts presenteren; deze behandelt de patiënt zelf of hij zoekt naar een oplossing waarbij een andere hulpverlener hem beter van dienst kan zijn ('poortwachterfunctie').
- De huisarts wil verantwoordelijk zijn voor de continuïteit in de zorg voor zijn patiënten, zowel feitelijk als persoonlijk. De geneeskundige geschiedenis van mensen en gezinnen strekt zich immers uit in de tijd: allerlei gebeurtenissen spelen daarin een rol – soms in duidelijke samenhang, soms zonder enige begrijpelijke relatie.

Beide kenmerken van de huisartsgeneeskundige vragen om administratieve ondersteuning en tegenwoordig dus om automatisering. Een exacte administratie van alle mensen in de praktijk is onmisbaar en de patiëntenkaart moet aan hoge eisen voldoen. Vooral bij het ondersteunen – en bij het nader onderzoeken – van continuïteit kan automatisering een belangrijke rol spelen.

In dit nummer bespreken *Ter Braak en Van der Werf* de problemen die zich voordoen bij de introductie van een computer in de huisartspraktijk.<sup>1</sup> Het vervaardigen van een betrouwbaar leeftijd- en geslachtregister van alle ingeschreven patiënten vraagt veel werk, zeker als de standaard voor niet-medische gegevens wordt gehanteerd.<sup>2</sup> Dat komt niet alleen door het automatiseren, maar ook doordat huisartsen tot op heden ongestraft incomplete en deels onjuiste basisinformatie konden beheren.

Het is duidelijk dat in het 'post-Dekker'-tijdperk de financiële existentie van huisartsen direct is gekoppeld aan het nauwgezet bijhouden van de patiëntenadministratie en het declareren van verrichtingen die in aanmerking komen voor extra honorering. Ook de verantwoordelijkheid van huisartsen voor een aantal preventieve maatregelen maakt een – controleerbare – geautomatiseerde patiëntenregistratie noodzakelijk.

In de bijdrage van *Flierman en Groenewegen* wordt opnieuw de gemengde honorering van de Deense huisarts beschreven;<sup>3</sup> *Meyboom-de Jong* deed dat al eerder in dit tijdschrift.<sup>4</sup> Het ziet ernaar uit dat onze Deense collegae meer – declarabele – verrichtingen doen dan wij – ongedeclareerd – in het huidige stelsel. 'Stukwerk' leidt tot een grotere productie en tot het afstoten van niet of slecht betaalde verrichtingen.<sup>5</sup>

In de komende jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* mogen we een reeks verslagen van onderzoek naar de verschuivingen in het werk van de huisarts door een veranderde financiering verwachten. Dan zal blijken hoe sterk het stuurmiddel van het directe financiële belang is, en ook hoe sterk de professionele opvattingen van de huisarts zijn. Zelfs in het Noordamerikaanse systeem, waar huisartsen – bijvoorbeeld net als internisten – patiënten in een ziekenhuis kunnen opnemen en behandelen, behoeven professionele normen niet te sneuvelen. *Bertakis and Robbins* onderzochten ruim

500 patiënten van wie de helft door eerstelijns internisten en de andere helft door huisartsen was behandeld.<sup>6</sup> Bij de in een ziekenhuis opgenomen patiënten bleken zowel het aantal verrichtingen als de duur van de opname aanzienlijk lager wanneer de huisarts de verantwoording droeg.

*Ter Braak en Van der Werf* doen ook veel moeite om de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart goed te gebruiken. Daar is in ons maandblad tien jaar geleden reeds uitvoerig over geschreven.<sup>7</sup> De wens om de routine van de dagelijkse praktijk nu ook te automatiseren, is duidelijk. Er is echter nog een lange weg te gaan voordat huisartsen de goed bijgehouden maar met de hand beschreven patiëntenkaart vaarwel kunnen zeggen en inwisselen voor een computer. De praktische bruikbaarheid en de complexiteit van de grijze gezinskaart maken dat een even goede computerkaart – laat staan een betere – niet in het verschiet ligt. Een goed bijgehouden probleemlijst ligt echter veel dichterbij onder ons bereik. Recent zijn aanbevelingen geformuleerd voor een probleemlijst die geschikt is voor opname in een geautomatiseerd patiëntenbestand.<sup>8</sup>

Ook internationaal gaat het in de richting van harmoniseren en standaardiseren. Men zou dan ook bijna vergeten dat de computer in de huisartspraktijk ook gebruikt kan worden om beter te differentiëren. De complexiteit van de medische historie van patiënten in de huisartspraktijk vraagt om extra ondersteuning. Twee categorieën patiënten hebben daar direct belang bij:

- Herhaaldelijk wordt gewezen op het toenemend percentage 65-plussers in onze maatschappij, waarbij de totale vraag naar zorg voor oude mensen stijgt. Men verwijst in dit kader naar de *compressie van mortaliteit* bij steeds oudere mensen. Huisartsen ervaren echter dagelijks, dat er sprake is van *decompressie van morbiditeit*. Steeds meer ziekten – bijvoorbeeld maligne aandoeningen en congenitale ziekten – worden in een steeds vroeger stadium gediagnostiseerd en met steeds meer succes gedurende vele jaren behandeld. Het traject waarover een ziekte bestaat, wordt langer: de spreiding in de gevolgen ervan voor patiënten waaiert sterk uiteen.

Juist bij oudere mensen variëren de aard en de omvang van functieverlies sterk. Functie is uit talrijke elementen opgebouwd: er is geen standaard 65-jarige, 75-jarige, 85-jarige en straks 95-jarige, waar de huisarts een globale strategie voor heeft. De computer helpt inzicht te krijgen in de samenhang tussen de gevolgen van de simultaan optredende gezondheidsproblemen en deze op waarde te schatten. Ons beeld van 'zieke bejaarden' vraagt om meer differentiatie en een betere afweging van het individuele nut van de beschikbare geneeskundige interventies.

- Het evenwicht tussen de vraag en het aanbod van zorg is altijd labiel, vooral als men van overheidswege de vraag te hoog vindt. Er ontstaan – wanneer ook het aanbod daalt of verschuift – wachtlijsten en verdelingsproblemen voor ver-

schillende diagnostische en therapeutische ingrepen. Druk op het aanbod behoeft onze patiënten niet direct te schaden: de indicatiestelling voor talrijke slechts ten dele doeltreffende ingrepen kan worden aangescherpt. De grote variatie in het toepassen van dergelijke ingrepen illustreert dat ook. Wél schadelijk is dat zieke, oude, minder begaafde en arme mensen vaak achter in de rij komen te staan wanneer er verdeeld moet worden. Het gezondheidszorgsysteem draagt in principe niet bij aan het verminderen van de sociale ongelijkheid in onze samenleving, terwijl het dat toch eigenlijk juist bij uitstek zou moeten doen.<sup>5</sup> Huisartsen, gesteund door een betrouwbaar informatiesysteem, moeten ervoor waken, dat dit hun patiënten te zeer raakt. In een informatiemaatschappij maken gekwantificeerde gegevens het mogelijk snel alarm te slaan en getallen maken ook meer indruk op de meningsvorming dan professionele opvattingen en ideële uitgangspunten.

Differentiëren tussen doeltreffend en overbodig, tussen doelmatig en te duur, tussen rechtvaardig en discriminerend, tussen aantoonbare noodzaak en indicatiestelling uit de losse pols, gaat Nederlandse huisartsen evenzeer aan als hun Deense of Engelse collega's. Een financiering met meer nadruk op een verrichtingenstelsel komt de patiënt, de huisarts en ook het gezondheidszorgsysteem in principe niet ten goede. Het punt van een praktisch 'no return' lijkt nog niet bereikt: het is nog mogelijk het variabele deel in de honorering van huisartsen zo te beperken dat geen ongewenst stuurmechanisme ontstaat in de richting van overproductie en afstoten van 'onproductieve' handelingen. Goed kwantifi-

cerend onderzoek moeten laten zien of huisartsen in hun praktijk doen en blijven doen wat zij belijden. Computers zijn nodig voor het verzamelen van goede gegevens. Computers kunnen de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde daadwerkelijk steunen wanneer zij ons in staat stellen in het bos van de gezondheidszorg iedere individuele boom te zien.

H. Lamberts

- <sup>1</sup> Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Van kaarten, etiketten en computers. Over een omschakeling van kaartsysteem met behulp van de computer. *Huisarts Wet* 1989; 32(6): 208-11.
- <sup>2</sup> Werkoverleg Niet-medische Gegevens. Voorstel tot classificatie en codering van niet-medische patiëntgegevens. *Huisarts Wet* 1987; 30: 54-7.
- <sup>3</sup> Flierman HA, DD Groenewegen. Een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement: het Deense voorbeeld. *Huisarts Wet* 1989; 32(6): 212-8.
- <sup>4</sup> Meyboom-de Jong B. Groeten uit Denemarken. *Huisarts Wet* 1982; 25: 450-2.
- <sup>5</sup> Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 114-7.
- <sup>6</sup> Bertakis KD, JA Robbins. Utilization of hospital services. A comparison of internal medicine and family practice. *J Fam Pract* 1989; 28: 91-6.
- <sup>7</sup> Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. *Huisarts Wet* 1979; 22(1).
- <sup>8</sup> Metsemakers JFM, HWM Plagge, De Kanter J. De probleemlijst: suggesties voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1988; 31: 379-81. ■