

BRIEVEN

Een ingezonden brief telt **maximaal 300 woorden**; de redactie behoudt zich het recht voor de brieven te redigeren en in te korten. Plaatsing van een brief betekent niet dat de redactie de inhoud onderschrijft.

Alternatief met louter winnaars (4)



Zelden was ik zo verheugd als bij het lezen van het artikel van collega J.F. Hoek over het opheffen van de RIO's (MC 3/2004: 76).

Als revalidatiearts ben ik al zo'n dertien jaar werkzaam in de regio Zuid-Holland-Zuid en weet ik min of meer waarover ik praat als het gaat over het overplaatsen van patiënten uit ziekenhuizen naar verzorgingshuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra of terug naar huis, al dan niet met thuiszorg et cetera. Eind jaren tachtig was het de taak van het maatschappelijk werk om daarvoor te zorgen. Niet elke maatschappelijk werkende maakte daar haar hoofddoel van en zeker als het psycho-geriatrieplaatsen betrof, duurde het soms een behoorlijke tijd.

Met de jaren bleek er juist voor CVA-patiënten hoe langer hoe meer mogelijk te zijn en verschoof de focus dan ook van de neurologen naar de CVA-patiënten. Vervolgens kwam de stroke-service in beeld, en daarbij hoorde natuurlijk weer een nieuwe nomenclatuur. Zodoende zitten we nu met Zoem en RIO. Die twee instanties krijgen door de overheid een tamelijk centrale rol en in plaats van een betrokken speler te zijn met een adequate reactie op verwijzingen en snelle doorplaatsingen, lijkt het erop alsof er toch weer een schijf is bij gekomen in plaats van dat er

een aantal schijven af is. Met name het kwijt zijn van je patiënt, het niet precies weten waar deze in de keten zit en maar afwachten of alles lukt, is ons een doorn in het oog. In sommige ketens gaat het wel goed, maar dat is dan te danken aan een verpleegkundige of maatschappelijk werkende, die zich het lot dermate aantrekt dat hij of zij zich opwerpt als een spin in het web. Ik dacht juist dat de regering wilde dat er een 'ontschuldiging' ontstond in de zorg. Dat instellingen wat meer met elkaar van doen kregen en met elkaar samenwerkten. Dat is ook zeker gelukt. Heel vaak heeft men elkaars e-mailadres al en ik heb sterk het idee dat er iets te veel is opgetuigd door de overheid.

Helaas werkt het in het land zo dat het eerst moet werken of niet werken. Dan pas volgt evaluatie en dan pas eventuele acties. Nederland kennende zitten we nog wel een tijdje in deze stroop vast.

*Dordrecht, februari 2004
H.J.B. BUIJS, revalidatiearts*

Alternatief met louter winnaars (5)



Collega Hoek idealiseert het verleden wanneer hij denkt dat huisartsen vroeger zonder enig probleem thuiszorg konden aanvragen (MC 3/2004: 76). Niets is natuurlijk minder waar. Menig huisarts zal zich het gemarchandeerd met zorgaanbieders nog

heugen. Op dit moment beziet de wachtlijstbeheerder, het Zorgkantoor, wie het meest urgent zorg nodig heeft en welke zorgaanbieder deze kan leveren. Wat collega Hoek 'initiatieven' van zorgaanbieders noemt, gebeurde in feite op aandringen van de overheid. Deze verordonneerde dat zorgaanbieders eerst inzicht in hun wachtlijsten moesten geven, en een behoorlijk en transparant wachtlijstbeheer moesten gaan voeren, vooraleer er opnieuw meer geld in de zorg werd gepompt.

Verder stelt collega Hoek dat, als de zorgsituatie verandert, er altijd opnieuw een indicatie moet worden gesteld. Dat is niet waar: binnen een bepaalde bandbreedte mag de thuiszorgorganisatie de geïndiceerde zorg uitbreiden. De bewering dat alleen een medewerker van een zorgorganisatie een indicatie kan stellen, wordt niet gestaafd. Hiermee wordt gesuggereerd dat zorgbehoeftebepaling een buitenbissige exercitie is, terwijl deskundige indicatieadviseurs daar heel goed toe in staat zijn. Bovendien wordt miskend dat indicatiebesluiten veelal tot stand komen met behulp van door behandelaars en hulpverleners verstrekte gegevens. Kennelijk weet collega Hoek als enige hoeveel de indicatiestelling tegenwoordig duurder is dan voor de komst van de RIO's, want pas door de RIO's hebben we inzicht in de kosten van indicatiestelling. Deze belopen nog geen 1 procent van de totale kosten in de AWBZ. Collega Hoek zal waarschijnlijk nooit meer beweren dat in de thuiszorg vroeger efficiënter werd geïndiceerd, als hij de in de voorbije jaren door de thuiszorg gestelde indicaties onder ogen zou krijgen, die

soms zo royaal waren dat het de RIO's de grootste moeite kostte deze weer tot normale, maatschappelijk aanvaardbare proporties terug te brengen. Het is dan ook een raadsel waarop collega Hoek zijn stelling baseert dat het opheffen van RIO's aan 'alle betrokkenen' ten goede komt. De bijdrage van collega Hoek kan bezwaarlijk serieus worden genomen.

*Maastricht, januari 2004
WILIBRORD BEEMSTERBOER, vice-voorzitter Vereniging van Indicatieartsen (VIA)
ERIC VAN VOLLERHOVEN, namens de Landelijke Vereniging van Indicatie-Organen (LVO)*

Chirurg als patiënt



Bij de patiënt (die chirurg is) in het praktijkperikel (MC 5/2004:162) moesten enkele 'pinnen' uit zijn rechterpols worden verwijderd die zes weken daarvoor waren ingebracht in Zwitserland. In het kort komt het verhaal hierop neer dat zijn Nederlandse collega precies deed waarvoor het slachtoffer vóór de operatie zo bang was en ook had gewaarschuwd: het doorsnijden van de nervus cutaneus antibrachii radialis. Met alle gevolgen van dien: neuroomvorming, doofheid en hyperesthesie bij aanraken (handdruk). Dit treurig-stemmende relaas wordt nog veel treuriger als we bedenken dat het verzorgingsgebied van de N. cutaneus antibrachii lateralis zich ruwweg uitstrekt over de radiale zijde van de onderarm, vanaf de elleboog tot aan de distale radius. Daar verlopen oppervlakkig de laatste kleine zenuwtakjes van deze zenuw in de nabijheid van de veel grotere ramus superficialis N. radialis. Beschadiging van deze relatief

MC

Deze rubriek bevat een selectie van de door lezers ingezonden brieven. U vindt ze ook in het archief op onze website www.medischcontact.nl. U kunt uw mening ook via de website geven in de rubriek Forum, die alleen toegankelijk is voor abonnees.