

## High-tech of eerste lijn?

1<sup>e</sup> editie voor Maastricht.

De Maastrichtse medische faculteit is onlangs door minister Deetman uitgekozen om meer extramuraal gezondheidszorgonderzoek te doen. Dat lijkt niet zo vreemd. In Maastricht immers begon men in '74 met hooggestemde idealen over de aandacht voor de eerste lijn.

Richard Starmans beschrijft echter de verwatering van de uitgangspunten. Binnen de faculteit blijken vooral de biomedici en klinici de wind in de zeilen te hebben. Tastbaar bewijs hiervan is onder andere de bouw van een 'klassiek academisch ziekenhuis'. Eerstelijns activiteiten van de universiteit spelen zich af in de bekende ivoren toren; contacten met vernieuwende activiteiten in het veld zijn er niet of nauwelijks. Maastricht als eerstelijns faculteit: een lost case? Of zijn er toch nog lichtpuntjes?

Pagina 10

## Volksverzekering.

FNV en VNO contra van der Reijden?

De overheveling van 800.000 vrijwillig verzekerden naar particuliere ziekenfondsen heeft verstrekkende gevolgen. Niet alleen voor de financiële positie van de betrokken verzekerden, maar ook voor de realisering van een toekomstige volksverzekering. Denhard de Smit schetst de economische motieven van staatssecretaris van der Reijden en de gevolgen van de operatie op langere termijn. Een volksverzekering nu biedt volgens hem duidelijke voordelen. Tegengas van de sociale partners is nodig, reden voor een monsterverbond 'tussen FNV en VNO?

Pagina 21

THEMA:

## Evalueren,

wie wordt er beter van?

Het plannen van de gezondheidszorg maakt evaluatie noodzakelijk. Op het moment worden vele evaluatieonderzoeken uitgevoerd. Op beleidsniveau worden afwegingen gemaakt om de beperkte middelen te verdelen. In het veld profileren de beroepsgroepen zich door middel van kwaliteitscriteria. Vernieuwingsprojecten van de jaren '70 moeten hun bestaansrecht waarmaken. Hoe er geëvalueerd wordt en welke criteria daarbij gehanteerd worden, is van doorslaggevend belang voor de toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Is het voorkómen van decubitus belangrijker dan het gesprek met de patiënt? Zijn de resultaten van fysiotherapie belangrijker dan de werkwijze van de fysiotherapeuten? Evaluatie is geen strikt technische kwestie, maar speelt zich af op het grensvlak van wetenschap en politiek; in dat licht zijn evaluatiecriteria vatbaar voor discussie en wordt de verstrengeling tussen kwaliteit en belangen zichtbaar. In dit thema komen verschillende aspecten van de strijd om en met de criteria aan de orde.

Pagina 24



## Concurrentie onder artsen.

Van de nood een deugd maken.

Kan de werkloosheid onder artsen structurele verbeteringen van de gezondheidszorg opleveren? Een op het eerste gezicht vreemde vraag. Meestal wordt immers het werkgelegenheidsprobleem bekeken vanuit de positie van de werkzoekende dokters. Oplossingen draaien vooral om het scheppen van meer banen, de belangen van patiënten komen daarbij slechts zijdelings aan de orde. Martien Bournans, Andrée van Es en Gerard Goudriaan zien positieve kanten aan het huidige artsenoverschot. Een opbloeiende concurrentie tussen dokters kan, zo stellen zij, bijdragen tot door patiënten verlangde veranderingen in de gezondheidszorg. Ziekenfondsen, patiënten en werkloze artsen moeten de krachten bundelen om het monopolie van de medische beroepsgroep te doorbreken.

Pagina 6

# EUTHANASIE

Tekening: Bert Cornelius;



BERT CORNELIUS

# INHOUD

<i>Martien Bouwmans</i> <i>Andrée van Es</i> <i>Gerard Goudriaan</i>	Concurrentie onder artsen Van de nood een deugd maken	6
<i>Richard Stannans</i>	Righ-tech of eerste lijn Testcase voor Maastrichtse idealen	10
<i>Minjou Lemette</i>	IKG klaagt met u mee Informatie- en klachtenbureau gezondheidszorg	13
<i>Ron Helsloot</i>	Een gasthuis Amsterdam heeft het niet meer	15
<i>Gerard Keijsers</i>	Emancipatie of fopspeen? Huisartsen op de eerste-hulp post	19
<i>Dehard de Smit</i>	Volksverzekering, nu of nooit VNO en FNV contra van der Reijden	21
<b>THEMA: Evalueren, wie wordt er beter van?</b>		
<i>Hetty Schut</i>	Samen in een centrum Kanttekeningen vanuit de praktijk	26
<i>Rien Heyne</i>	De verstrengeling van kwaliteit en belangenstrijd	30
<i>Laurent J.G. van der Maesèn</i>	Evalueren in A'dam Om de toekomst van de zorg	33
<i>Annemarie Mol</i>	DE wil van DE patiënt Column	34
<i>Gor van Dijkum</i> <i>Louwrens ten Brummeler</i>	Boe doen fysiotherapeuten het? Kwaliteit van het werk onderzocht	36
<i>Lucas van der Hoeven</i>	Geneesmiddelencode broodnodig Farma-praktijken in de derde wereld	42
<i>Sigrid Sijthoff</i>	Een professionele dochter aan huis Het verhaal van een wijk-verpleegkundige	48
<i>Yvonne van Geenhuizen</i> <i>Klazien Tilstra</i>	Baas in eigen beurs Budgetteren in de praktijk	50
<i>Douwe de Vries</i>	Reactie De dokter als dealer	53
	Kort en goed	56

ILS Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek; en Uitgeverij Macula; verschijnt viermaal per jaar.

~: Yvonne van Geenhuizen, Kees Heneg, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk SoelS, Jaap Talsma  
Eidredactionele steun van Ruud Vollebregt

redactioneel: Gius Bannenber, Paul van den Berg, Rien de Dreu, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Herrnsen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, André Knottnerus, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frits Muller, Gerrit Salemin, Hugo Smeets, Dehard de Smit, Hans Spijker, Rein Vos, Goof van de Wijngaart en de kernredactie

Ollherp omslag: Frans Rodermans  
typografische adviezen: Victor Modderkolk  
Illustratie: KLUS, Groningen  
teknische: Bert Cornelius  
foto's: Ine van den Broek  
zetwerk Fozetterij Baptist, Groningen  
drukwerk drukkerij Macula

lijdregen: toesturen aan het redactiesecratariaat: postbus 41079.9701 CB Groningen; liefst vooraf overleg. Copijvellen op aanvraag.  
bijdragen voor het katern 'Kort en Goed' naar: postbus 275, 3500 AG Utrecht

adweestaties: Uitgeverij Macula, Nieuwstraat 26,2771 XC Boskoop, tel. 01727-4381

giftall: Stichting Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht, giro nr. 1461678

\_\_\_\_\_eaten: m.i.v. komend nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).

abonementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).

Storten op giro nr. 5441758 t.n.v. Uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts. voor Gezondheid en Politiek. (Zonodig aangeven met ingang van welk nummer het abonnement gewenst is.)

loss. nummers: f 8,50; verkrijgbaar in de boekhandel of bestellen door overmaken van f 10,80 (incl. porto) aan Uitgeverij Macula. Oude nummers: f 7,30 (incl. porto), daarbij aangeven welk nummer gewenst wordt.

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

# Concurrentie onder artsen

Kan de huidige werkloosheid onder medici *structurele* verbeteringen van de zorg voor patiënten en consumenten opleveren? Een op het eerste gezicht wat merkwaardige gedachte. Meestal wordt het werkgelegenheidsprobleem immers benaderd vanuit het gezichtspunt van de *werkzoekende* dokters. Oplossingen draaien voornamelijk om het scheppen van meer banen; de belangen van patiënten komen daarbij slechts zijdelings aan bod.

Martien Boumans, Andrée van Es en Gerard Goudriaan vinden het huidige artsenoverschot helemaal niet zo ongezond. Een opbloeiende concurrentie tussen de dokters kan, zo stellen zij, bijdragen tot door patiënten verlangde veranderingen van de gezondheidszorg. Samen met werkloze dokters en ziekenfondsen moeten patiënten de krachten bundelen om het monopolie van de medische beroepsgroepen te doorbreken.

*Mamen BOUWDIÉJIS*, fractiemedewerker bij de 2e Kamerfractie van de PSP

*Andrée van Es*, lid van de 2e Kamerfractie van de PSP

*Gerard Goudriaan*, ondersteunt de PSP-fractie op het terrein van de gezondheidszorg.

## Van de nood èen deugd maken

Veranderingen in de gezondheidszorg voltrekken zich maar langzaam. Hoeveel pogingen zijn er niet ondernomen om de beslissingsmacht te verschuiven van degenen die gezondheidszorg aanbieden naar degenen die er gebruik van maken? Hoeveel van die pogingen hebben feitelijk succes gehad? Het bepleiten en bevorderen van veranderingen door medici bijvoorbeeld, betekende niet dat ze ook gerealiseerd werden. Evenmin werden patiënten mondiger en verantwoordelijker door dat als doelstelling op papier vast te leggen. En planning en beheersing van de gezondheidszorg vereisen greep op alle factoren die kosten veroorzaken.

Verschuivingen in de machtsverhoudingen binnen de gezondheidszorg hebben tot nu toe nauwelijks of niet plaats gevonden. De gezondheidszorg blijkt een hecht gesloten bolwerk, waarin maar moeilijk openingen te creëren zijn. In dit artikel willen we de vraag aan de orde stellen hoe de *verdeeldheid* die door de werkloosheid in de beroepsgroep van medici aan het ontstaan is, gebruikt kan worden om veranderingen in de gezondheidszorg te bewerkstelligen.

Werkloosheid onder medici kwam tot voor kort niet voor. Toch zijn het

nu ook de artsen die hiermee geconfronteerd worden. En zij zijn het ook, die moeten ervaren hoe hecht hun beroepsgroep in elkaar zit, hoe moeilijk het is daardoorheen te breken. Want het probleem is niet dat er geen werk is, maar dat de zittende artsen niet bereid zijn een klein stukje van hun comfortabele positie op te geven en ruimte te maken voor hun werkloze collega's. Uit t5rekeningen blijkt dat de werkloosheid onder artsen in één klap opgelost is, als er een 40-urige werkweek voor alle artsen gerealiseerd wordt.

De praktijk is anders: concurrentie om een arbeidsplaats blijkt noodzaak te zijn. Onze stelling is dat *deze concurrentie binnen het artsenberoep onvermoede positieve gevolgen voor patiënten en gebruikers kunnen hebben*. Om deze stelling te onderbouwen willen we ons eerst richten op de manier waarop dokters zich economisch georganiseerd hebben en hoe deze economische ordening tot stand is gekomen.

## HISTORIE

Marktprincipes en liberale economische verschijnselen zijn, ook al lijkt dat op het eerste gezicht niet het geval, van oudsher gemeengoed geweest in de medische wereld. Medici behoren in de meeste gevallen tot de "vrije beroepen", ze zijn dus zelfstandige ondernemers die een zaak runnen. Economische principes zijn daarbij van oudsher in het geding. Toch heeft

Dit artikel is een bewerking van de inleiding gehouden door Andrée van Es op het symposium "Commercialisering van de gezondheidszorg" (de Aemstelhorn, 29-3-1985).

de beroepsgroep niet de traditionele marktprincipes de vrije loop gelaten. Want als dat het geval zou zijn, dan zouden de medici elkaar moeten beconcurreren, elkaar uit de markt prijzen. Dit is juist niet gebeurd: de historie van het medische beroep heeft in het teken gestaan van het bewust uitschakelen van zoveel mogelijk concurrentie.

Het lijkt verbazingwekkend, maar de sterke positie van de medische professie bestond in het begin van de vorige eeuw nog niet. Integendeel, deze was nog bijzonder zwak. Voor 1850 was er nog totaal geen eenheid binnen de medische stand. Er waren verschillende rivaliserende medische systemen, die hun controversen op het scherpst van de snede uitvochten. Er was in het geheel geen overeenstemming over de oorzaken van ziektes en de effectiviteit van therapieën (1). Er bestond een chaos van rivaliserende stromingen. Deze chaos had belangrijke consequenties voor de marktpositie van medici. De medische kennis was bij lange na niet algemeen geaccepteerd in de samenleving. In feite maakte slechts een bovenlaag hier gebruik van. Artsen waren hierdoor bijzonder afhankelijk van de beloningen van een kleine elitaire laag van patiënten (2). De patiënt kon hierdoor de deskundigheid van de arts en de geschiktheid van de therapie beoordelen.

De sociologe Verbeek-Heida, die eveneens op dit onderwerp ingaat (3), stelt dan ook dat de concurrentie groot was en dat de geneesheren zich aantrekkelijk moesten maken voor dat kleine deel van de bevolking, dat zich een consult kon veroorloven. *"De therapieën moesten worden afgestemd op de verwachtingen van de patiënten uit de hogere standen, de geneesheren moesten dingen om de gunst van invloedrijke patiënten om verzekerd te zijn voor hun goodwill"* (4). *De geneesheren waren uitermate afhankelijk van hun cliëntèle, als zij zich als geneesheer wilden handhaven"* (5). Verbeek-Heida stelt ook dat deze afhankelijkheid van het cliëntenbestand eveneens gold voor de niet-universitair opgeleide geneeskundige verzorgers uit het gewone volk (de chirurgijnen en vroedvrouwen). *"Ook bij hen was de concurrentie groot. Ook zij moesten een reputatie opbouwen als zij zich wilden handhaven"* (6). De hier beschreven relatie tussen arts en cliënt wordt door Johnson gezien als een bepaalde fase in het proces van de ontwikkeling van beroepsgroepen (7). Deze fase, die door hem wordt omschreven als patronage, is voor een beroepsgroep onvoordelig. Die kan dan namelijk niet zelf bepalen hoe de beroepswerkzaamheden ingevuld moeten worden

en hoe de relatie tot de cliënt moet zijn: een beroep is de gevangene van zijn cliëntèle, waardoor ook de marktpositie zeer zwak is. Vandaar, dat beroepen in hun ontwikkelingsproces een andere positie nastreven. Door Johnson wordt deze fase omschreven als de fase van beroepscontrole: niet meer de cliënt domineert het beroep, maar de leden van de beroepsgroep zelf hebben de touwtjes in handen. Wanneer deze positie is ingenomen kan zelf bepaald worden aan wie, hoe en onder welke voorwaarden de diensten verleend worden (8). De artsen in Nederland hebben deze begerenswaardige positie bereikt in het midden van de 19e eeuw. Toen konden de geleerden gesloten worden om een inkomen en monopolie veilig te stellen (9). Een mijlpaal in deze ontwikkeling was de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van 1865. Hierdoor *"kwam er een einde aan de wedijver tussen de medische beroepsgroepen. De verschillende bevoegdheden werden opgeheven, het medische onderwijs werd gestandaardiseerd. De toekenning van een uniforme overheids-garantie maakte de geneeskunstbeoefenaars in principe elkaars gelijken en daarmee relatief autonoom voor toezicht van anderen"* (10).

## PROFESSIONELE MARKTORDE

Langzaam maar zeker kon economische macht op de markt verkregen worden. Economische concurrentie werd via onderlinge afspraken en een beperkt toelatingsbeleid tot de medische opleidingen streng gereguleerd (11). Een belangrijke rol bij de handhaving van de macht over de markt speelde de medische ethiek.

De beroepsethiek hoeft niet alleen gezien te worden als belangrijk voor de patiënt, maar kan ook dienen om economische belangen van een professie te ondersteunen en tegelijk naar buiten toe te verhullen. In deze visie is de medische professie een belangengroep net als iedere andere beroepsgroep, die voor zichzelf een markt probeert te veroveren en die hier mede door het algemeen ingevoerd raken van haar ethiek ook in slaagt (12). Het economische belang is dat men de markt, waarop men zich beweegt, gemonopoliseerd heeft; dit vereist dominantie over de markt waarbij concurrenten uitgesloten zijn. Eén van de middelen voor monopolisering is het verenigen van individuele aanbieders van een "goed" (concreet: iedere arts is een individuele aanbieder van het "goed" medische hulp, te weten diagnose en therapie). Dit verenigen gebeurt

onder andere door de beroepsvereniging, maar ook door regels en voorschriften (beroepsethiek), waarvan gezegd wordt dat ze in het belang van de patiënt zijn. Maar, ze dienen zeker ook het economisch belang van de profossie

Bijvoorbeeld het voorschrift in de beroepscode van artsen om zich te onthouden van reclame. Vaak wordt dit verdedigd met de opmerking dat dit onethisch is met betrekking tot de patiënt, omdat het inbreuk maakt op de bestaande vertrouwenspositie tussen arts en patiënt. We kunnen deze regel echter ook economisch zien. In het economisch leven wordt de prijs van een bepaald goed bepaald door vraag en aanbod: veel vraag doet de prijs stijgen, veel aanbod doet de prijs dalen. Nu is het mogelijk te ontsnappen aan dit mechanisme door het uitsluiten van concurrentie. Wanneer alle aanbieders met elkaar afspreken niet te concurreren is men in staat te komen tot een bepaalde vaste prijs, die onafhankelijk is van het vragen-aanbodmechanisme. Bijna altijd zal dit betekenen dat de prijs een stuk hoger ligt dan bij normale concurrentieverhoudingen.

Hier zien we nu de relatie tussen het economisch belang en de beroepsethiek. Door het verbod op reclame zijn artsen in staat een prijs voor hun diensten te bedingen, diawaarschijnlijk een stuk hoger ligt dan wanneer er sprake was van een vrije markt. Professionele marktord~ zo zou men de economische ordening van de medici kunnen noemen. Hiervan is sprake als de marktprocessen in een markt voor professionele diensten beheerst worden door:

- het beperken van de vrijheid van prijsvorming via onderlinge tariefsafspraken
- het beperken van de marktinformatie door een reclameverbod
- marktafbakening en het beheersen van de toegang tot de markt (13).

Deze professionele marktorde is te vergelijken met *kartelafspraken* in het bedrijfsleven: de markt verdeeld door een strak in de hand gehouden vestigingsbeleid en de prijzen kunstmatig hoog gehouden door economische afspraken.

## HET TIJ KEERT

Ondanks haar gedegen in stand gehouden professionele marktorde, de hoge organisatiegraad en intensieve bemoeienis met de opleidingscapaciteit, heeft de beroepsgroep niet kunnen verhinderen dat een aantal ontwikkelingen hun marktorde verstoort. De gevolgen van de jaren zeventig, waarin veel meer studenten de universiteiten bezochten (14), maar vooral ook de financiële gren-

zen die in de afgelopen jaren steeds strakker door de overheid getrokken werden, zijn daar de oorzaak van.

De arbeidsmarktontwikkelingen, waardoor bij de huidige stand van de werkloosheid niet iedere student zich ook van een praktijk verzekerd weet, zetten de in onderling overleg overeengekomen marktverdeling ernstig onder druk. De gevolgen van de werkloosheid dragen bij aan de onderlinge verdeeldheid binnen de beroepsgroepen. Werkloze apothekers zeggen hun lidmaatschap van de KNMP op, vestigen zich vrij en proberen een plaats te veroveren door nabij gevestigde apothekers te beconcurreren. Onlangs adverteerde een tandarts in de Volkskrant om met aantrekkelijke tarieven nieuwe patiënten te winnen. De Landelijke Aktiegroep Medische Deeltijd-Opleiding en -Arbeid (LAMDOA) heeft voorstellen uitgewerkt hoe in het Academisch Ziekenhuis in Leiden door inlevering van inkomen van de aldaar werkende medische specialisten, meer medici aangesteld zouden kunnen worden.

Een paar voorbeelden van regelrechte doorbreking van heilige beroepscode... Maar er zijn nog meer op zichzelf gunstig te noemen ontwikkelingen. Binnen de beroepsgroep en vooral door de werkloze artsen, worden eindelijk de lange werktijden van medici tot probleem verheven en steeds vaker accepteert een werkloze arts een baan in dienstverband: liever een baan in dienstverband dan helemaal geen baan! En recentelijk is het in Utrecht gelukt om, dwars door het vestigingsbeleid van de plaatselijke huisartsen heen, een vrouwengezondheidscentrum op te richten. Opnieuw een breuk met bestaande principes.

## DE CONSUMENT

De doorbreking van de professionele marktorde en de herintrede van concurrentie hebben tot nu toe niet tot negatieve gevolgen geleid voor de consument. Binnen ziekenhuizen blijken belangrijke verbeteringen voor patiënten mogelijk te zijn: zo zijn de bezoeken van kinderafdelingen de laatste tijd een stuk beter geworden; steeds meer ziekenhuizen "beconcurreren" elkaar met de beste en meest open bezoeken. De concurrentie tussen de "zwarte" en de "gevestigde" apothekers voltrekt zich vooralsnog op het terrein van de kwaliteit van de dienstverlening: meer tijd voor de consument, betere voorlichting.

Zolang de concurrentie zich tot kwaliteit beperkt is er geen vuiltje aan de lucht. Maar ervaringen in andere sectoren van de economie,

waar eveneens vrije ondernemers elkaar beconcurreren, leren wat voor een gevaarlijke weg bewandeld wordt, wanneer marktprincipes de vrije hand wordt gelaten. Want de mogelijkheden om elkaar met een steeds betere kwaliteit te beconcurreren houden op een gegeven moment op. Dan moeten ook andere zaken in de concurrentieslag betrokken worden, zoals de prijs en de tijdsduur van een behandeling. De prijzen zouden wellicht kunnen zakken, als dat proces in gang gezet wordt, en wie zou daar bezwaar tegen maken, totdat het moment bereikt wordt waarop de medicus veel, en steeds meer goedkoper, behandelingen in een steeds kortere tijd zal moeten doen om zich nog van een redelijk inkomen te voorzien. Het is niet denkbeeldig dat er dan ook een soort mechanisme gaat ontstaan van een afschuiven van patiënten naar elkaar; vooral die patiënten die in deze slag alleen maar tot last zijn en waaraan weinig eer valt te behalen. Concurrentie is een slopend proces, waarvan het hoofdkenmerk is dat de "eigen winkel" gediend is bij sluiting en faillissement van de buurman. Verdergaande concurrentie is uiteindelijk helemaal niet in het belang van patiënten en consumenten. En de vraag waarvoor wij staan is, hoe wij de recente voorbeelden van opbloeiende concurrentie in de gezondheidszorg kunnen aangrijpen om structurele in plaats van incidentele verbeteringen voor patiënten en consumenten af te dwingen. Hoe kunnen we dat verschijnsel als hefboom gebruiken voor ingrijpende veranderingen in het medische bolwerk, nu dat bolwerk door intredende concurrentie enigszins dreigt te verzwakken?

## CONCURRENTIE ALS BEFBOOM

Politiek Den Haag is door de recente ontwikkelingen enigszins in verwarring. Enerzijds wordt meer concurrentie toegejuicht, want dat past in het regeringsbeleid van een terugtrekkende overheid en de filosofie van "handen af van de vrije markt". Geen overheidsingrepen dus en geen wettelijke beperkingen. "Het vrije spel der maatschappelijke krachten" is immers in het algemeen de beste garantie voor economisch herstel en nieuwe werkgelegenheid. Méér concurrentie onder medici wordt vooral van VVD-zijde toegejuicht. Maar anderzijds treft men daarmee de beroepsgroep, waar men ideologisch sterk mee verbonden is; immers het toelaten van concurrentie ondermijnt de zorgvuldig door de beroepsgroep zelf opgebouwde en streng geregu-

leerde professionele marktorde. En in die marktorde heeft tot nu toe noch de VVD, noch het CDA ooit willen ingrijpen.

Van dat dilemma en die verwarring kan gebruik gemaakt worden. Daarbij is de vraag aan de orde of het verder bevorderen van concurrentie de meest aangewezen weg is. Naar onze mening is het beter van de dreigende concurrentie gebruik te maken door het treffen van wettelijke structurele maatregelen.

Een voorbeeld: op het eerste gezicht lijkt het niet onaantrekkelijk het starre vestigingsbeleid van huisartsen te doorbreken door méér huisartsen op een kleiner grondgebied te stimuleren. Praktijkverkleining kan dan het gevolg zijn. En dat kan betekenen: meer tijd per patiënt, een zorgvuldiger behandeling... De kosten hoeven voor de ziekenfondspatiënten niet erg veel te stijgen. Voor particuliere patiënten ligt dat al anders.

Wel is het gevaar groot, dat de nu al niet bijster goed functionerende vervangings- en waarnemingsregelingen door de toenemende concurrentie verder zullen verslechteren (15). Evenmin is het denkbeeldig dat er een ware veldslag om patiënten zal ontstaan; dat bijvoorbeeld de concurrentie zover zal gaan dat een huisarts om patiënten te lokken deze week een gratis anti-griep prik in de aanbieding gooit. Er zullen grootschalige, goedkope praktijken ontstaan en kleine, relatief dure. Een huisarts zal ook goedkoper kunnen functioneren al naargelang hij of zij erin slaagt een aantal schabbeels naast de praktijk te verwerven. Dat lijkt ons voor de patiënten weinig menselijke en uiteindelijk nadelige situatie. Dezelfde verkleining van huisartsenpraktijken kan echter, zonder dat de slechte nevenverschijnselen op hoeven te treden, ook bereikt worden door de maximale praktijkgrootte verder te verlagen. Dat kan politiek des te gemakkelijker gerealiseerd worden, naarmate het vanuit de beroepsgroep zelf als belangrijk naar voren wordt gebracht..

Juist nu vanuit de beroepsgroep zelf het dienstverband niet meer als iets dat 'per definitie vies is' wordt gezien, liggen er kansen voor overheid en parlement om eindelijk eens werk te maken van de jaarlijks met grote meerderheid aangenomen motie "dat het dienstverband verder gestimuleerd moet worden". Voor het eerst ontstaat de mogelijkheid om een soort "monsterverbond" te sluiten tussen de patiëntenbeweging, delen van de beroepsgroep zelf en wellicht ook de ziekenfondsen, om verdere en versnelde invoering van meer

dienstverbanden te realiseren. Naar onze mening is het mogelijk de verdeeldheid in de beroepsgroep aan te wenden om reeds lang gekoesterde wensen - van ingrijpende veranderingen in het belang van de patiënten - in resultaten om te zetten.

## COALITIES

De patiëntenorganisaties zouden juist van dit soort ontwikkelingen gebruik moeten maken. We willen ons verhaal dan ook besluiten met een aantal opmerkingen over de nieuwe wegen die er door de patiëntenbeweging bewandeld kunnen worden. Het draait om de vraag in hoeverre patiëntenorganisaties er in de komende tijd in zullen slagen coalities te sluiten met andere groepen in de gezondheidszorg met dezelfde belangen. Het al genoemde voorbeeld van LAMDOA biedt wellicht een aanknopingspunt: hier zijn het de nog werkloze aankomende specialisten, die lange werktijden ter discussie stellen en dat ook in verband brengen met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Bovendien zetten zij vraagtekens bij de honorering van specialisten. Dat zijn ook zaken die voor verpleegkundigen van belang zijn: zij worden immers de dupe van dezelfde financieringsregelingen van de specialisten; op hén wordt nu de budgettering van het ziekenhuis verhaald; zij ondervinden de gevolgen van druk bezette specialisten en de verhoogde werkdruk.. Ook de patiëntenorganisaties hebben belang bij veranderingen in de werksfeer bij specialisten: méér, maar minder druk bezette en vooral ook uitgeruste specialisten is in hun voordeel; het scheelt op zijn minst een behoorlijke tijd wachten bij een afspraak met een specialist.

Wat ligt er meer voor de hand dan dat de werkloze medici, de organisaties van verpleegkundigen, de patiëntenorganisaties en wellicht ook politieke partijen hun voorstellen ten aanzien van veranderingen van arbeidstijden van medici eens gezamenlijk zouden gaan ontwikkelen? Een "monsterverbond" van belanghebbenden dat gezamenlijk pressie gaat uitoefenen, zou rondom deze strijd voor arbeidstijdverkorting een redelijke kans van slagen hebben. Temeer, daar juist binnen de beroepsgroep van artsen de tijd rijp lijkt te worden om via pressie van buitenaf en steun van binnenuit te komen tot genormaliseerde werktijden. Een onlangs in Medisch Contact gepubliceerd onderzoek over de bereidheid tot korter werken bij artsen ondersteunt onze optimistische conclusie. Van belang is dat de verschillende belanghebbende groepen zich ook

daadwerkelijk rondom een dergelijk thema gaan organiseren, bijvoorbeeld in de vorm van een platform. Verschillende taken zijn voor zo'n platform weggelegd:

- onderzoeken, analyseren en bespreken van de problematiek van arbeidstijdverkorting in de gezondheidszorg, met name de organisatorische en financiële consequenties; voorstellen ontwikkelen hoe deze arbeidstijdverkorting doorgevoerd zou kunnen worden;
- onderzoeken in hoeverre dienstverbanden en veranderingen in de honoreringsstructuur bij arbeidstijdverkorting noodzakelijk zijn;
- nagaan welke veranderingen in de Arbeidswet noodzakelijk zouden zijn;
- bespreken en opstellen van strategieën waarmee pressie op regering en parlement uitgeoefend kan worden.

Arbeidstijdverkorting is vooral een landelijke aangelegenheid. Maar ook op kleinschaliger niveau zouden dergelijke verbonden gesloten kunnen worden: patiëntenorganisaties zouden bijvoorbeeld op gemeente- of wijkniveau kunnen inventariseren welke voorzieningen noodzakelijk zijn, en daarbij bondgenoten kunnen betrekken die belang hebben bij dezelfde soort voorzieningen. Van dat laatste zijn vrouwengezondheids- of hulpverleningscentra vaak het resultaat geweest: coalities van verschillende belangen, van vrouwelijke hulpverleners en vrouwelijke gebruikers ...

Het ziet er naar uit dat dergelijke verbonden in de toekomst vaker gesloten zullen kunnen worden. Om dat te bereiken is het leggen van verdere contacten en strategisch opereren van groot belang. Dat is geen gemakkelijke zaak en vraagt van de meeste van de door ons genoemde partijen een zekere mentaliteitsverandering: bijvoorbeeld binnen de beroepsgroep van de verpleging, waar veel organisaties - gunstige uitzonderingen als (een deel van) de beroepsvereniging Het Beterschap daargelaten - zich teveel bezig houden met de eigen beroepsinhoud; naar onze mening bestaat er vaak te weinig het inzicht dat de inhoud van het beroep mede bepaald kan worden door het strategisch inspelen op en omgaan met maatschappelijke ontwikkelingen, en mede bepaald kan worden door veranderingen bij andere beroepsgroepen. Maar ook de patiëntenbeweging zou door meer strategisch te denken en te handelen haar invloed op de gezondheidszorg kunnen vergroten. En ook de werkloze artsen zouden wellicht meer kunnen bereiken wanneer zij hun

gerechtvaardigde eisen in een breder inhoudelijk verband aan de orde zouden kunnen stellen.

Coalities sluiten tussen groepen met op het eerste gezicht niet-gelijklopende belangen is bepaald geen gemakkelijke zaak, stelden we reeds. Maar politiek Den Haag zou om gereguleerde, inhoudelijk en organisatorisch steeds breder opgezette pressie steeds moeilijker heen kunnen. Eén van de betrokken partijen zou voor een door ons voorgesteld platform rond arbeidstijdverkorting voor medici maar eens het voortouw moeten nemen. Wie durft? ••

### NOTEN:

1. N.D. Jewson, Medical knowledge and the patronage system in the 18th century England. In: *Sociology*, 1974, pag. 370-373
2. id. pag. 375 J.B. Jaspers, Het medische circuit, Utrecht! Antwerpen 1985, pag 507
3. P.M. Verbeek-Heida, Therapie als mechanisme van beheersing bij maatschappelijke tegenstellingen. In: C.W. Aakster en G. Kuiper (red.) *Leerboek medische sociologie*, Groningen 1984, pag 220-232
4. Onder goodwill wordt hier niet de afkopsom bij de overdracht van een artsenpraktijk verstaan, maar de genegenheid van patiënten.
5. id. pag 221-222
6. id. pag 222
7. T.J. Johnson, *Professions and Power*, London and Basingstoke :H172
8. T.J. Johnson, *The professions*. In: Geofrey Hurd (ed.) *Human societies*, London and Boston 1973, pag 126
9. Caspar Bleys, De bedreigde autoriteit van de arts. In: de Volkskrant, 15-12-1984
10. Henk Heynen, De opkomst van de medische professie. Dokt. scriptie sociologie, Universiteit van Amsterdam 1981, pag 76
- 11 Zie voor dit laatste:
  - Planning van het medisch onderwijs. In: *Gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen 1973, pag 39055
  - Jaap Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts*, Amsterdam 1978
  - .. J.B. Jaspers, *Het medische circuit*
  - Paul Starr; *The social transformation of american medicine*, New York 1982, pag 21-24
12. J.L. Berlant, *Profession and monopoly*, Berkeley/Los Angeles/London 1975
13. J.G. Lulofs, Een markttheoretische benadering van professies. In: *Mens en Maatschappij*, 1981 nr 4, pag 367-369
14. Een verklaring voor deze, door de professie niet meer te beheersen expansie, ligt onder andere in het feit dat het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen de sterk gestegen vraag naar medisch onderwijs niet te drastisch wilde stoppen. Bovendien werd onder regionale druk een nieuwe opleiding (Maastricht) opgezet. Zie verder: J. Jaspers, *Het medische circuit*, pag. 129 en 130.
15. Dit gevaar is aanwezig, omdat de reeds gevestigde huisartsen veelal weigeren de door hen niet-geaccepteerde collega's in hun reeds bestaande waarnemingsregeling op te nemen.



De Maastrichtse medische faculteit is onlangs door minister Deetman aangewezen als plaats waar meer aandacht voor extramuraal gezondheidszorg onderzoek moet komen. Dat lijkt niet verwonderlijk. In Maastricht begon men immers in '74 met hooggestemde idealen als: aansluiten op de bestaande voorzieningen en speciale aandacht voor de eerste lijn. Richard Starmans schetst echter de verwatering van deze uitgangspunten. Binnen de faculteit blijken vooral de biomedici en klinici de wind in de zeilen te hebben. Tastbaar bewijs hiervan vormt onder andere de bouw van een "klassiek academisch ziekenhuis". Eerstelijns activiteiten van de universiteit spelen zich af in de bekende ivoren toren; contacten met vernieuwende activiteiten in het veld is er niet of nauwelijks.

Maastricht als eerstelijns faculteit, een lost case? of zijn er toch nog lichtpuntjes?

*Richard Stannans, arts te Maastricht.*

# High-tech of eerste

De medische faculteit in Maastricht kent voor de opleiding tot basisarts, doelstellingen die - naar Nederlandse maatstaven gemeten - uniek zijn: probleemgestuurd onderwijs en aandacht voor attitudevorming. Het onderwijs is vormgegeven in thematische blokken, waarbij zelfwerkzaamheid en het werken in groepen centraal staan. Medische en sociale vaardigheden krijgen veel aandacht. In de Maastrichtse basisfilosofie voor de opleiding van artsen, is verder sprake van speciale aandacht voor het eerste echelon. Ook de onderzoeks- en gezondheidszorgactiviteiten zouden zich op dit werkveld moeten richten. Dit werd gemotiveerd met een verwijzing naar de kritiek op de technocratische, versnipperde zorg. Deze anders gerichte taakstelling leverde van meet af aan, zowel binnen als buiten de universiteit, veel discussies op. De lokale en provinciale overheden zagen in de universiteit en het daarmee te verbinden academisch ziekenhuis een bron van werkgelegenheid. Zij hadden daarbij echter geen visie op de wijze, waarop dit ziekenhuis zou moeten functioneren in stad en regio. De lokale bevolking meende een technisch betere hulpverlening te krijgen.

De universiteit trok in de eerste periode van haar bestaan enkele befaamde onderzoekers, biomedici en klinici aan. Hun ambities lagen en liggen op het gebied van het 'klassieke' medisch-natuurwetenschappelijke onderzoek en de gespecialiseerde zorgverlening. Deze ambities liggen echter niet rechtstreeks in het verlengde van de ideeën en concepties uit de basisfilosofie. Daar was immers sprake van aansluiting op

bestaande voorzieningen in de regio en speciale aandacht voor de extramuraal zorg. Men dacht in het basisconcept aan het academisch ziekenhuis een bescheiden rol toe en de faculteit zou participeren in een Medisch Regionaal Centrum voor intra- en extramuraal zorg. Dit MRC was in 1974 opgericht als *overlegplatform* tussen de regionale gezondheidszorg en de faculteit. Men probeerde daarmee een structuur te creëren, waarbinnen de nieuwe faculteit zich dienstbaar kon maken aan de wensen in het veld. De hulpverleners in het veld zouden zich op hun beurt open stellen voor onderwijsactiviteiten van de faculteit. Het MRC leek daarmee een uniek *ontwikkelingsinstituut* te worden voor onderwijs en onderzoek. In de praktijk kwam echter alleen het overleg met de andere ziekenhuizen goed van de grond. Gezien de aanwezige ambitieuze Maastrichtse klinici, lag dat ook voor de hand. Dit resulteerde in een afspraak over de verdeling van de topspecialistische voorzieningen tussen de ziekenhuizen in de regio met dien verstande, dat de nieuwe voorzieningen in ieder geval ook in Maastricht komen. Het MRC zag blijkbaar voor het Maastrichtse academisch ziekenhuis de rol van regionale, supergespecialiseerde voorziening weggelegd. Daarmee lijkt het MRC de functie van ontwikkelingsinstituut voor vernieuwing in de gezondheidszorg opgegeven te hebben.

In de beginjaren bestonden er over de functie van het academisch ziekenhuis in de regio, vernieuwende ideeën. Een studiec commissie 'Doelstellingen Academisch Ziekenhuis'

onder leiding van de eerste decaan en rector H. Tiddens, sprak van een nieuwe opzet van het academisch ziekenhuis met *kernspecialismen* in Maastricht (interne, chirurgie, neurologie en gynaecologie) en een spreiding van de overige specialismen over de regio. Zij pleitte voorts voor een procesmatige aanpak.

Het ziekenhuisbestuur had echter andere ideeën en schrapte het concept van de 'Regional Health University'. Dit was het startsein voor een plan voor de bouw van een nogal klassiek academisch ziekenhuis.

### 'Gemeenschappelijke' belangen

Vele facultaire medewerkers werkten in die tijd in het oude St. Annadal-

mate bepaald. Ter overbrugging van de periode tot de gehoopte oplevering van een nieuw academisch ziekenhuis, werden poliklinieken, een operatiekamercomplex en een dagcentrum gebouwd. Terwijl de ontwikkelingen in het Maastrichtse ziekenhuis en de plannen voor de nieuwbouw volop de aandacht van de faculteitsbestuurders kregen, nam de aandacht voor het MRC allengs af. Illustratief hiervoor is dat de decaan de bijeenkomsten van het MRC niet meer bijwoont.

### Tegenbewegingen

Binnen de universiteit presenteerde een Maastrichts-Delftse werkgroep van studenten alternatieve voorstellen die meer aansloten bij het oor-

ten stelde GOGEM dat het erop lijkt, dat het Maastrichtse 'kritische vermogen onderdrukt is door de toememende stroom van de superklinici'. GOGEM liet een historisch overzicht samenstellen om de faculteit en de politiek ervan te overtuigen dat het anders moet. Enkele Tweede-Kamerleden betuigden hun instemming, maar konden verder niets doen omdat het politiek allemaal erg gevoelig lag. CDA-gouverneur Cremers pleit er immers nog steeds voor de meest fantastische en grootse projecten naar Limburg te halen. In dat perspectief is het streven naar een nieuw te bouwen academisch ziekenhuis op één lijn te stellen met de plannen voor een Maastrichts Eurocongrescentrum, een nationale draf- en renbaan te Schaesberg, het pretpark Terworm

# lijn Testcase voor Maastrichtse idealen

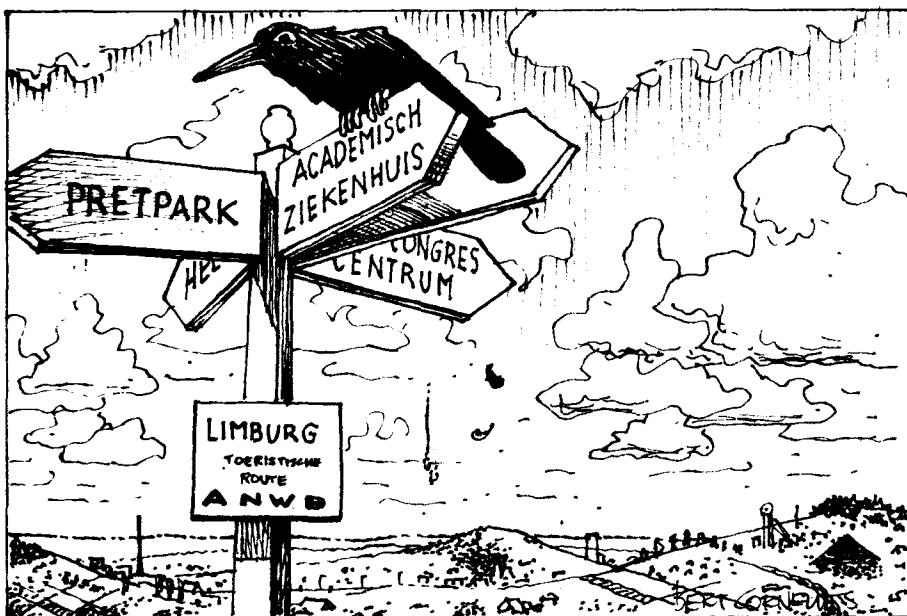
ziekenhuis; onder vaak slechte organisatorische en ruimtelijke omstandigheden. De afkoop van de particuliere specialisten praktijken om een universitaire (loondienst-achtige) setting mogelijk te maken leidde tot grote problemen. Twee cardiologische groepen werkten enige tijd geheel los van elkaar. Nieuwbouw van een faculteit en een academisch ziekenhuis, zagen de facultaire bestuurders als oplossing voor al deze problemen. De belangenvande faculteit en het ziekenhuis vielen in de ogen van sommigen aldus samen. De onlangs afgetreden decaan, Prof. Greep (tevens hoofd van de afdeling chirurgie) speelde daarbij een overheersende rol. Dit vermeende samenvallen van belangen, heeft de ontwikkeling in Maastricht in belangrijke

spronkelijk concept van de 'Regional Health University'. Hun 'basis-satelliet'-model omvatte kleinschalige voorzieningen gekoppeld aan de regionale gezondheidszorgvoorzieningen. Deze ideeën werden door het toenmalige bestuur van faculteit en ziekenhuis al bij voorbaat als utopisch weggewuifd. Op een conferentie ter gelegenheid van het eerste lustrum van de faculteit, hielden studenten en medewerkers vast aan de oriëntatie op de eerste lijn. Maar andermaal gaf het faculteitsbestuur te kennen, hierin geen heil te zien.

Ook de kritiek van GOGEM - een groep van burgers, die zich betrokken voelde bij de ontwikkeling van de faculteit en de gezondheidszorg in de regio Maastricht - werd niet serieus genomen. In open brieven in de kran-

te Heerlen, de rijksweg 73 nabij Venlo, en de hartchirurgie in Maastricht (in de pers gepropageerd met behulp van beelden van ambulances die, nu nog, op topsnelheid naar Utrecht snellen voor operaties aldaar). Het gaat deze politici slechts om de vermeende effecten op de *werkgelegenheid*. De limburger wordt via de regionale dagbladen aangeprept, dat hij daar, na de onverhoopte sluiting van de kolennijnen, recht op heeft en dat hij daar beter van wordt. De landelijke politieke partijen durden in hun angst voor stemmenverlies niet anders dan mee te gaan in deze plannen.

Al degenen die in Maastricht nog kritiek uitten, ontvingen een brief van de door de universiteit ingestelde 'klankbordgroep' van notabelen waarin stond: '(dat) de rijksoverheid ieder meningsverschil optredend rond de voorbereiding van het academisch ziekenhuis Maastricht, zou kunnen aangrijpen om dit project op de lange baan te schuiven. Wat Limburg eensgezind bevochten heeft, mag niet door tweespalt en prestige conflicten in onze eigen kring in gevaar gebracht worden'. Dat degenen, die kritiek uitten op de nieuwbouwplannen en het daarmee gepaard gaande facultaire beleid, tot die 'eigen kring' willen horen, ligt echter niet voor de hand. Maar het beeld van de eensgezinde, totda toe zichzelf als minderwaardig en achtergebleven beschouwende Limburgse bevolking moest in stand gehouden worden om mee te kunnen gaan in de vaart der volkeren. Ook de gemeentelijke overheid - een CDA-meerderheid - zag de nieuwbouwplannen graag tegemoet en begon alvast met de ontsluiting van



het gebied Randwijk aan de oostelijke Maasoever. Daar zouden, behalve het academisch ziekenhuis, ook het Eurocongrescentrum, een nieuw Gouvernement en enkele andere grote gebeuren komen. Maastricht had immers nog geen wijk met grootschalige bebouwing zoals elders en om mee te gaan ...

### Het onderzoek

Het biomedisch onderzoek kon zich goed ontwikkelen. Er waren daartoe bekwaam onderzoekers aangetrokken en de universiteit bood goede financiële en infrastructurele voorzieningen. In de laatste jaren zijn de ontwikkelingsmogelijkheden voor biomedisch onderzoek nog verder bestendig ten nadele van meer op de eerste lijn georiënteerde groepen, als huisartsgeneeskunde en gezondheidszorgonderzoek. De wijziging van de financiering van het onderzoek (de voorwaardelijke financiering) bracht dit namelijk met zich mee. Bij de beoordelingscriteria voor de *voorwaardelijke financiering* speelt immers het aantal bereikte citaties in de internationale literatuur een belangrijke rol. Voor de biomedici en klinici is dat uiteraard een minder groot probleem dan voor de nog pas beginnende disciplines, die zich op de zorgverlening in de eerste lijn richten. Veelal kennen die nog geen onderzoekstraditie (huisartsgeneeskunde, verpleegwetenschap), voor andere disciplines is de eerste lijn als toepassingsgebied nog moeilijk benaderbaar ('klinische' epidemiologie) of waren andere factoren daarvoor verklarend. Binnen de groep huisartsgeneeskunde werd bijvoorbeeld veel aandacht besteed aan het onderwijs.

Het extramurale onderzoek - in eerste lijn, ambulante geestelijke gezondheidszorg en basisgezondheidszorg - kwam nauwelijks van de grond. Zoals vermeld lag het accent bij de activiteiten van het MRC op de tweede lijn; impulsen van die zijde waren derhalve niet te verwachten. Bij de zogenaamde TVC-operatie - een bezuinigingsronde voor de universiteiten - bepaalde de Minister van Onderwijs en Wetenschappen dat de universiteit meer aandacht aan het extramurale onderzoek moet gaan. Daartoe werd een vernieuwingsfonds ingesteld en ging een experimentele opleiding voor huisarts-onderzoeker van start. Dit betekende dat een begin werd gemaakt met het **academiseren van de eerste lijn**: er werden universitaire huisartsenpraktijken gevormd door aan bestaande huisartspraktijken menskracht voor onderwijs en onderzoek toe te voegen.

Ondanks kritiek hierop, richt de faculteit zich bij deze academisering uitsluitend op de praktijkuitoefening van huisartsen; de andere disciplines vallen buiten de boot. 'Dit is al moeilijk genoeg'. De onderzoeksplannen

voor die praktijken bestaan tot nu toe voornamelijk uit *registratieprojecten*. Het idee hierachter is, dat je eerst gegevens moet hebben over de aanwezigheid van klachten en problemen in de huisartsenpraktijk, vóór ander onderzoek mogelijk is. De plannen voor dit onderzoek zijn nog gedeeltes in voorbereiding.

Van een echte dienstbaarheid van het eerstelijns onderzoek aan het gezondheidszorgveld is op dit moment dus nog geen sprake. De plannen zijn tot dusverre alleen op huisartsen georiënteerd en bovendien ontbreekt een goed communicatiekanaal, waardoor het veld een inbreng kan hebben in de keuze van onderzoeksactiviteiten. De faculteit dreigt deze eenzijdig in te vullen, waarbij de huisartsen gevraagd worden - al dan niet tegen betaling - mee te doen. De doelstellingen zijn thans nog geenszins op vraagstellingen uit de praktijk gericht. Het MRC heeft in deze geen functie. Voor veel werkers in het veld lijken de huidige registratieprojecten vooralsnog ver van hun dagelijkse activiteiten af te staan. Zij voelen zich niet direct ondersteund.

De al eerder genoemde groep GOGEM heeft tegen deze achtergronden een *inventariserend onderzoek* gedaan naar **eerstelijnsversterkende activiteiten**, die nu al in het veld plaatsvinden. Wellicht zouden daaruit suggesties te halen zijn voor onderzoeksactiviteiten. GOGEM benaderde instanties in Zuid-Limburg waarvan verwacht kon worden dat zij zicht hadden op ontwikkelingen in de eerste lijn. De 30 benaderde instanties noemden in totaal 70 eerstelijnsversterkende activiteiten. Illustratief voor de oriëntatie van de faculteit op het veld is dat de benaderde faculteitsgroepen alleen eigen activiteiten wisten te noemen. Van deze 70 werden er 15 aan een nader onderzoek onderworpen. Veel activiteiten waren gericht op een betere afstemming van de zorgverlening door middel van samenwerking en consultatie. Als voornaamste knelpunt hierbij, kwam de financieringsstructuur naar voren. Andere knelpunten waren het ontbreken van een mentaliteit om tot samenwerking te komen en de lage organisatiegraad van de huisartsen. Dit maakt het moeilijk afspraken met hen te maken. Men zei weinig contact te hebben met de universiteit; daarvan verwachtte men hooguit iets op het gebied van kleinschalig, ondersteunend onderzoek. Bijvoorbeeld onderzoek naar samenwerking, vergrijzing, GVO en evaluatie van het eigen functioneren. Het MRC wordt beschouwd als een "directeuren-praatclub", waarvan men geen hooggespannen verwachtingen heeft.

De beschrijving van de 15 activiteiten geeft een positief beeld: er gebeurt erg veel, vooral op lokaal niveau. Men is erg gemotiveerd.

GOGEM denkt met dit inventariserend onderzoek de hulpverleners in de eerste lijn meer inzicht te geven in elkaars activiteiten. De indruk bestaat dat die activiteiten zich geïsoleerd van elkaar ontwikkelen. Het onderzoek lijkt in elk geval een eerste aanzet te zijn om inzicht te krijgen in wat er in het veld zelf gebeurt en welke vragen en verwachtingen men heeft in de richting van faculteit.

### Lichtpuntjes?

De activiteiten van de faculteit in het kader van de academisering van de eerste lijn sluiten slecht aan bij de verwachtingen van het veld. Daarmee lijkt de faculteit zijn oorspronkelijke taakstelling - onlangs nogmaals bekrachtigd door de TV-operatie - nauwelijks waar te maken. Het MRC is als ontwikkelingsinstituut mislukt. Er is geen communicatienetwerk van veld en faculteit.

Toch is het perspectief niet geheel somber. Velen in de regio Zuid-Limburg zijn bezig met de *versterking van de eerstelijnszorg*; de vernieuwing leeft. Bovendien kan, nu er binnen de medische faculteit een decaanwisseling optreedt, de eerder aangegeven deels verpersoonlijkte koppeling tussen belangenbehartiging van faculteit en ziekenhuis doorbroken worden, waardoor ook binnen de faculteit meer ruimte geschapen wordt voor een *extramurale oriëntatie*. Daarnaast vinden thans al enkele *wat kleinschalige onderzoeksprojecten* plaats, die weliswaar niet hoog zullen scoren op de citatie-index, maar die voor onderzoekers en hulpverleners in het veld bevredigende resultaten geven. Tenslotte ontwikkelt zich in de aangrenzende Algemene Faculteit - de studie *gezondheidswetenschappen* - een onderzoeksprogramma dat weliswaar nogal tegen dat van de medische faculteit aanleunt, maar waar toch ook enkele niet-direct medische aspecten van de eerstelijnszorg aan de orde komen (onder meer wijkverpleegkundige en GVO-aspecten).

De genoemde positieve ontwikkelingen verdienen een bundeling van inspanningen om de oorspronkelijke bestaansgrond van de achtste medische faculteit recht te doen. ••

### Literatuur:

- *Basisfilosofie Achtste Medische Faculteit*, Med. Contono. 8 aug. '72
- R. Starman, L. de Witte: *Over het Academisch Ziekenhuis Maastricht gesproken ...* Maastricht/Amsterdam, 1982
- J. Boesten, R. v.d. Elzen, R. Starman: *Over de versterking van de eerste lijn gesproken ...; eerstelijnsversterkende activiteiten in Zuid-Limburg op de keper beschouwd*. Maastricht, 1985

Uitgebreide literatuurlijst verkrijgbaar bij de auteur.

# IKG klaagt met u mee

Het Informatie- en Klachtenbureau over de Gezondheidszorg, IKG, draait nu een jaar. Een bureau voor patiënten door patiënten, een interessant initiatief. Minjou Lemette ging op zoek naar het IKG Amsterdam. Hoe werkt dit klachtenbureau en wat is het effect van de activiteiten?

De resultaten van het afgelopen jaar IKG-werk liggen helaas nog onzichtbaar opgeslagen in de computer. Een eerste kennismaking met het bureau doet echter vennoeden dat een opzienbarende analyse van het falen van de gezondheidszorg niet te verwachten is.

*Minjou Lemette, studente fysiotherapie.*

Het 'IKG-bureau' van de A.V.P. (Algemene Vereniging voor Patiëntenbelangen) is een experiment dat een tijdelijke subsidie ontvangt van de landelijke overheid. Het bestrijkt drie regio's: Zeeland, Limburg en Amsterdam. Daar probeert men een antwoord te geven op de vragen:

- Wat zijn de meest voorkomende klachten en vragen
- Heeft ondersteuning van mensen met vragen en klachten over de gezondheidszorg door een IKG-bureau zin?
- Hoe kan dit werk het beste gebeuren?

Wanneer na een periode van 12 jaar een positief antwoord op de tweede vraag wordt gegeven, kan de overheid besluiten in heel Nederland dergelijke bureaus te openen. Het evaluatieonderzoek is in handen van medewerkers van de Katholieke Universiteit van Nijmegen (prof. Dr. M. van Beugen, Drs. M. Timmers).

Met deze gegevens en veel vragen ging ik op weg naar de Ie Helmersstraat 106 waar het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) gevestigd is. "Vrouwenkliniek van het Wilhelmina Gasthuis" had ik nog als tip meegekregen. Alras bevond ik mij moederziel alleen in één van de duistere W.G.-complexen. Ik doolde nog een tijdje buiten rond tot mijn aandacht werd getrokken door een naambordje dat half verscholen stond tussen het struikgewas. Mijn geluk kon niet op. Ik sloop naar binnen - het was griezelig stil - en belandde in twee kale kamertjes, waar twee mensen kantoor hielden. Beiden waren verwickeld in een verhit telefoongesprek. Ik werd niet opgemerkt. Hun stemmen weerkaatsen tegen de lege, witte muren. Even kreeg ik het gevoel alsof ik naar de tandarts moest. Gelukkig bracht [orien, landelijk coördinatrice van het IKG me tot de werkelijkheid. Ze hing op en begroette me met een vriendelijke glimlach.

## Ombudsbureaus

Het IKG-project is ontstaan uit het ombudswerk van de AVP. De AVP kreeg dermate veel klachten te behandelen dat men besloot tot het oprichten van ombudsbureaus. De bedoeling was klachten plaatselijk op te lossen. Indien er plaatselijk nog geen organisatie was opgezet, werd de klacht op het landelijk secretariaat in Goes behandeld. Deze ombudsbureaus bestonden uitsluitend uit vrijwilligers en werden gesubsidieerd door leden van de AVP of door de provincie. In Limburg is de patiëntenvereniging het sterkst ontwikkeld. Desondanks kampten zij daar met coördinatieproblemen en financiële tekorten. In eerste instantie werd provinciale subsidie aangevraagd, later vroeg men een landelijke subsidie aan, omdat de kwestie een landelijke aanpak vereiste. De overheid verleende echter alleen subsidie als het geheel in de vorm van een project gegoten werd. In maart 1984 startte het project. Vrijwilligers werden aangetrokken waarvoor zelfs een beknopte opleiding is verzorgd en een registratieformulier werd opgezet.

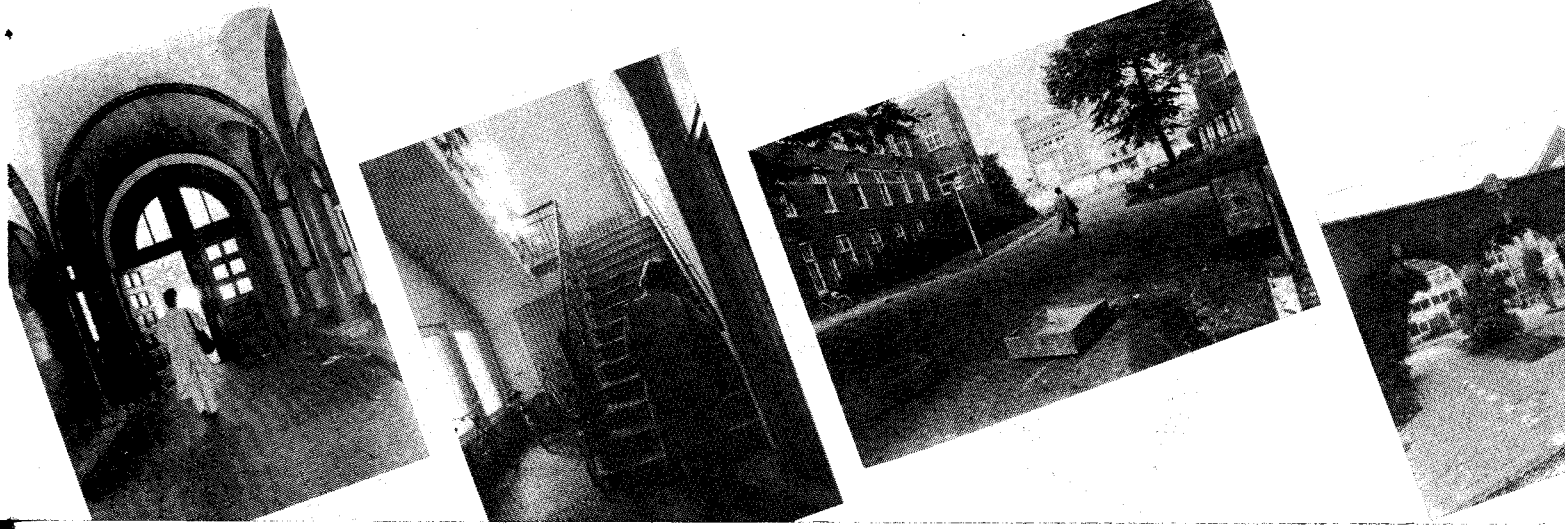
In september 1984 werd het IKG officieel geopend. Pers en media besteedden veel aandacht aan het gebeuren. Na een poosje was de nieuwigheid er vanaf en in de koude wintermaanden dreigde het IKG in de vergetelheid te geraken. Om het IKG meer bekendheid te geven is publiciteit nodig. De Regio Amsterdam is bezig met stickerreclame in bussen en trams. Echter ook hier rijst weer het probleem: tekort aan geld. Het budget is geen vetpot en de voorraad posters en informatieboekjes slinkt zienderogen.

Wat nu? De veel gehoorde kreet: "de bank denkt met u mee", bracht een lichtpuntje in de zaak. Helaas, tot nu toe leverde het twee banken op (wiens namen niet genoemd mogen worden) die niet bereid waren mee te denken in de richting van giften of sponsoring.

Het IKG-project valt onder de verantwoordelijkheid van het bestuur van de AVP. Een begeleidingscommissie geeft inhoudelijke adviezen. Het bestuur draagt zorg voor de financiën. Er is een landelijke coördinator aangesteld. Ie vrijwilligers vormen echter de hoofdmoot van het hele gebeuren. Op hun schoulers rust de zware taak klagzangen aan te horen, begrijpend te knikken en vervolgens een nauwkeurige analyse te maken van hetgeen zojuis over hen heen is gestort.

Je begrijpt dat niet iedereen hiervoor geschikt is. Belangrijk is dat een vrijwilliger beschikt over een behoorlijke dosis medemenselijkheid en inlevingsvermogen. In principe worden alle klachten in behandeling genomen, dat wil zeggen uitgebreid geregistreerd zoals zij door de patiënt ervaren zijn. Zelfs wordt geregistreerd hoelang men met een patiënt bezig is geweest. De analyse bestaat uit het ontleden van de verhalen in emotionele, sociale en "ware" problemen. Het IKG geeft daarnaast nog informatie en adviezen, bijvoorbeeld bij welke instantie cliënten zich kunnen vervoegen.

Het bijzondere in de werkwijze van het IKG komt onder





andere daarin naar voren dat het de schuldvraag niet stelt. "Fouten die gemaakt worden liggen soms bij de gezondheidszorg, soms bij de patiënt. Vaak berusten zij op een communitaristische visie. Wij proberen de onderlinge contacten soepeler te laten verlopen en op die manier de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren." Opmerkelijk is dat het IKG vooral steunt op vrijwilligers; zij hebben het contact met de hulpvragers. Dit zou drempelverlagend moeten werken. Nog steeds discussieert men over dit model voor het patiëntenklachtenbureau. Er zijn mensen die vinden dat het IKG zelf het heft in handen moet kunnen nemen als bepaalde zaken het verdienen in de openbaarheid gebracht te worden. Tot nu toe moeten de cliënten zelf strijden; als zij betutteld willen worden dan zijn ze bij het IKG aan het verkeerde adres.

## Resultaten

Je kunt je afvragen wat voor effect een patiëntenklachtenbureau op den duur zal sorteren. Stel je voor: op maandagavond "de patiëntenombudsman", om kwart voor acht op Nederland 1, Gezellig avondje voor de huisarts. Tegelijk met de consumentengids valt nu ook de patiëntenklachtengids op je mat, compleet met uitneembare huisartsentijdschrift. Deze maand onder de loep: de huisartsen van de provincie Utrecht, gekwalificeerd onder de categorieën: levensgevaarlijk - dubieus - redelijk - goed. Henk van der Meyden kan zich verlekken aan artikelen als 'Heeft dokter Bob een clandestien archief met dubbele dossiers' en 'Is er zwijggeld uitbetaald?'

Alle gekheid op een stokje, zal de mondigheid van de patiënt werkelijk toenemen en de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren? Vragen in overvloed. In september 1985 zal de computer gegevens spuwen uit de administratie van het IKG, die ons hierin misschien wat helderheid zullen verschaffen. Op mijn vraag of er nu al iets bekend was over de resultaten, kon moeilijk antwoord worden gegeven. Wel was het opmerkelijk dat wanneer een patiënt het IKG had geraadpleegd, deze vaak meer medische informatie van de betreffende arts kreeg.

Dhr. X, een trouw bezoeker van het IKG, verging het minder gemakkelijk. Hier volgt zijn trieste relaas. De beste man had een testikel die af en toe aan de wandeling en op een zeer onaangename plek belandde. Vervelend en pijnlijk. Hij bracht een bezoek aan zijn huisarts en werd doorverwezen naar de specialist. Deze besloot tot een operatie om de testikel op de 'goede plek' te fixeren. De verlossing leek nabij, maar wat bleek? Zijn testikel zat juist daar, gefixeerd waar het hem de meeste last bezorgde. Dat was lullig. De chirurg vond dat ook. Een correctie kon alleen plaats vinden als de hele testikel weggehaald werd. Alsof dat niets was. Dhr. X voelde zich ernstig gedupeerd en toog naar het IKG alwaar hij zijn klacht deponeerde. Hij wilde weten of er een medische fout gemaakt was. De Inspectie van Volksgezondheid bood uitkomst. Een onderzoek werd ingesteld. Wat bleek? Er was geen sprake van een medische fout omdat er vanwege de hoge moeilijkheidsgraad van dergelijke operaties altijd 70% kans is dat zoets misloopt. Dhr. X beweerde nadrukkelijk dat hij daarvan niet op de hoogte was gesteld. Zo zie je maar; je weet nooit hoe het balletje kan rollen. Hiermee eindigt zowel het verhaal van dhr. X als van de Inspectie. Beiden waren zij het schijven mee. Dit is slechts een greep uit de verhalenbundel van het IKG.

## Individuele klachten

Het is opvallend dat het IKG juist individuele klachten signaleert en behandelt:

- Mevrouw Jansen kan niet goed opschieten met haar huisarts;
- Mijnheer Flip heeft klachten over de GG en GD;
- Mevrouw Yzoetzi kan met niemand meer over haar klachten praten, want er wordt zo weinig Turks gesproken in Nederland.

Vaak worden klachten 'overgeheveld' naar andere instanties zoals: een bureau voor rechtshulp, een RIAGG of een tolkenbureau. Er wordt naar gestreefd een regelmatige terugkoppeling plaats te laten vinden naar bijvoorbeeld organisaties van ziekenhuizen en artsen. Alleen dan kan een klachtenbureau goed functioneren. Alle stappen worden door de patiënt zelf ondernomen. Het IKG adviseert bijvoorbeeld bij het opstellen van een brief. De begeleiding van de patiënt loopt net zolang als hij of zij dat wil. "Stel dat er over een bepaalde tak van de gezondheidszorg opvallend veel klachten geuit worden?" Dan wordt dit door het IKG zorgvuldig geregistreerd en volgens de regels doorgespeeld naar het bestuur van de AVP. Wat dit er verder mee doet? Zover mag je niet denken, want dat is tot op heden nog nooit voorgekomen.

Op politiek gebied stelt het IKG zich neutraal op. Nogmaals, zij willen zich niet als bedreigende instantie presenteren. Wel zijn zij aangesloten bij het landelijk consumentenplatform. Door zich zo te verenigen hopen zij één front te vormen en meer invloed uit te kunnen oefenen op het gezondheidsbeleid. Centraal staan vragen als:

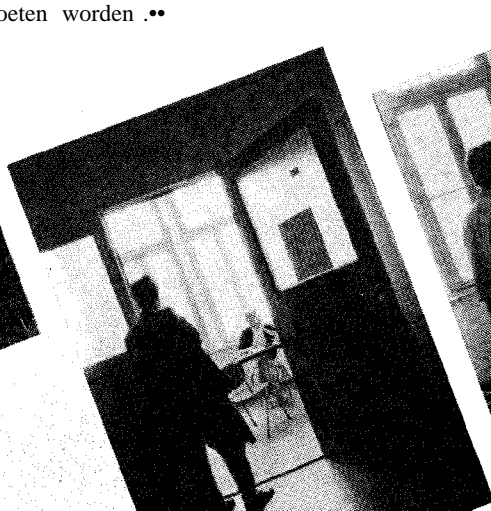
- Op welke manier kunnen we de klachtenbehandeling, het beste laten verlopen?
- Hoeveel privacy te handhaven inzake medische gegevens?

IKG, een initiatief van patiënten voor patiënten. De toekomst is nog een gesloten boek. De landelijke overheid houdt intussen stilzwijgend de touwtjes in handen. Zij sust de klagenden en geeft ze anderhalf jaar een smal budget voor een klachtenbureau. Haar motto: 'bevordering van de mondigheid van de patiënt (maar wel mondjesmaat)'.

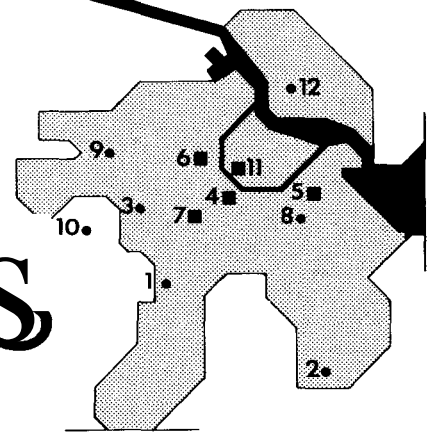
Geklaagd wordt er. Patiënten klagen dat zij door hulpverleners en overheid als onmondig beschouwd worden. Andersom vinden hulpverleners dat veel patiënten zich onmondig gedragen. Patiëntenverenigingen klagen dat zij te weinig aan de wensen van de patiënt tegemoet kunnen komen. En de patiënt op zijn beurt, voelt zich onderdrukt door een structuur die hem verplettert. Hulpverleners en patiënt zitten in feite gevangen in hetzelfde systeem, als twee vissen in een fuik die, omdat ze tegen het net van de fuik botsen met elkaar 'in botsing komen' (Leenen, 1971). Hoe is dit te doorbreken? Men zal in de eerste plaats de patiënt niet langer als object moeten zien, maar als partner. Vervolgens dient de patiënt in staat gesteld te worden inzicht te verwerven in zijn gezondheidstoestand, en de mogelijkheid te krijgen hier zelf verandering in aan te brengen. Omdat mondigheid de basis is van medezeggenschap, is het noodzakelijk deze te bevorderen. Hiervoor zal een uitgebreid vormingsproces tot stand moeten komen, zowel ten behoeve van de patiënt, als de gezondheidswerker zelf. Want ook diens denken is bepaald door cultuur, opvoeding en onderwijs. In beide groepen zal 'de cultuur van het zwijgen' doorbroken moeten worden. ••



van den Broek



# Een gasthuis



Het Amsterdamse Wilhelmina-gasthuis heeft, na haar vertrek naar het AMC een vacuüm achtergelaten. Jarelang is er door bewoners, gemeente, provincie en belanghebbende ziekenhuizen gestreden over de invulling van dit gat. Uiteindelijk lijkt het pleit nu beslecht te zijn. In 1990 moet er een nieuwbouw komen voor het Andreasziekenhuis op de WG-terrein. In de tussentijd zou een overgangsvoorziening de lacune moeten opvullen.

Ron Helsloot schetst de stoelendans van de afgelopen jaren, waarin met name de gemeente een bijzondere rol speelt. Hij ziet in de unieke situatie die nu bestaat kansen voor een experiment met een beddenvoorziening, onder beheer van de eerste lijn; een gasthuis nieuwe stijl.

**Ron Belsloot** is socioloog en werkzaam bij de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) in Amsterdam .:

**BINNENSTAD ZONDER ZIEKENHUIS?**  
Een overzicht van de ziekenhuizen in Amsterdam (een aantal specialistische instellingen is weggelaten) met de aantallen bedden.

- 1 Academisch Ziekenhuis van de VU (769 bedden).
- 2 Academisch Medisch Centrum (950).
- 3 Andreas Ziekenhuis (338).
- 4 Boerhaavekliniek (103), bedreigd met opheffing.
- 5 Burgerziekenhuis (250), naar Almere?
- 6 Julianaziekenhuis (150), naar Noord?
- 7 Lutherse Diakonessen-Inrichting, (142), naar Noord?
- 8 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (750).
- 9 Sint Lucas Ziekenhuis (524).
- 10 Slotervaartziekenhuis (683).
- 11 Prinsengrachtziekenhuis (110), bedreigt met opheffing.
- 12 Ziekenhuis Amsterdam-Noord (182). (Bron; het Parool).

## Amsterdam heeft het niet meer

In het vorige nummer schreef ik over mijn ervaringen met Engelse 'Community Hospitals'. Dit naar aanleiding van een advies dat ik opstelde voor de gemeente Amsterdam, in verband met geplande eerstelijnsbedden als onderdeel van de zogenaamde 'overgangsvoorziening' op het Amsterdamse WG-terrein. (1). De tijd lijkt echter nog niet rijp voor dergelijke eerstelijnsbedden daar. De betrokkenen hebben momenteel hun handen meer dan vol aan het van de grond krijgen van de andere onderdelen van de overgangsvoorziening: een eerstelijns (c.q. huisartsen) eerste hulp, en een aantal poliklinieken.

In welke positie verkeert de overgangsvoorziening op dit moment? Wat zijn de redenen van de optredende vertraging? En vooral: hoe staat het met de oorspronkelijke ideeën van Samenwerking tussen eerste en tweede lijn, en van een wijkgerichte, gedemocratiseerde zorg? Op deze vragen zal ik in dit artikel, via terugblikken naar het recente verleden, antwoorden proberen te geven.

Het voorstel voor een Overgangsvoorziening

Eind 1983 verscheen het uitgewerkte plan voor een Overgangsvoorziening op het WG-terrein, in Oud-West (2). Deze voorziening was bedoeld om de periode te overbruggen tussen de sluiting van het Wilhelminagasthuis (dat overging naar het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam-Zuidoost), en de komst van een nieuw ziekenhuis op het terrein. Hiervoor had het Andreas Ziekenhuis zich in 1983 beschikbaar gesteld. Er zou worden gestreefd naar een versnelde overgang hiervan, wat de gemeente betrof als het even kon nog vóór 1990. Het principebesluit tot vestiging van een nieuw ziekenhuis op het WG-terrein, was begin juli 1983 genomen, in een gezamenlijk overleg van het ministerie van WVC, Gedeputeerde Staten van Noord-Holland en de gemeente Amsterdam. Vlak daarna was een breed samengestelde werkgroep ingesteld, die tot taak kreeg medio september een uitwerking gereed te hebben

van het voorstel voor een Overgangsvoorziening, bestaande uit de volgende onderdelen:

- Eerstehulp;
- Eersteharthulp;
- Een aantal poliklinieken, en
- 50 bedden.

Het was oorspronkelijk de bedoeling, dat de Overgangsregeling per 1 januari 1984 van start zou gaan.

De werkgroep merkte in haar eindrapportage op *'dat een voorziening van deze omvang en structuur niet past in het gebruikelijke patroon van gezondheidszorg-voorzieningen in Nederland. De voorziening zal dus een experimenteel karakter hebben en zal moeten aansluiten op nieuwere opvattingen omtrent de gezondheidszorg'*. Ook stelde ze: *'De vier onderdelen van de voorziening dienen een geïntegreerd geheel te vormen'*.

Als algemene doelstellingen zouden gelden:

1. *continuïteit, d.w.z. een zo goed mogelijke voortzetting van de medische hulpverlening die op en rond het WG-terrein werd gegeven, vooral met het oog op de behoeften van de bevolking in Centrum/Oud West;*
2. *vernieuwing, d.w.z. verbetering van de gezondheidszorg, door te pogen een verschuiving te realiseren van klinische hulp naar poliklinische hulp (incl. dagbehandeling) en van tweedenaar eerste lijn (o.a. ter verbetering van preventie en diagnostiek), kortom van 'cure' naar 'care';*
3. *democratisering, d.w.z. door participatie te organiseren voor medewerkers en cliënten (zowel de eerstelijns als de patiënten/bewoners),*
4. *versterking samenwerking 1e en 2e lijn'.*

Wat de eerste hulp betreft volgde de werkgroep de keuze van de Amsterdamse Huisartsen Vereniging *'voor een door specialisten ondersteunde eerstehulppost, waarbij de huisarts in principe verantwoordelijk is voor de verleende eerste hulp. Deze voorziening maakt deel uit van een groter geheel (minimaal poliklinieken) op het WG-terrein als duidelijk geprofileerd herkenningspunt voor patiënten en aanstaande patiënten. Het Andreasziekenhuis is (functioneel) verantwoordelijk voor de coördinatie van de tweedelijnszorg i.c. poliklinieken op en vanuit het WG-terrein'*.

In die poliklinieken zouden tenminste de vijf grote specialismen aanwezig moeten zijn: algemene chirurgie, gynaecologie, inwendige geneeskunde, cardiologie en neurologie. (In verband met het grote aantal ouderen in dit stadsdeel, pleitte het gemeentebestuur daarnaast voor een geriatrische polikliniek.) Met betrekking tot de eerste hulpteams en de beddenvoorziening had de werkgroep geen uitge-

werkte plannen. Naar beide onderdelen zou nader onderzoek worden verricht.

## De huidige stand van zaken

Bij de realisatie van de Overgangsvoorziening is grote vertraging opgetreden. Het begon er al mee dat het de werkgroep niet lukte om in de haar (krap) bemeten tijd tot een rapportage te komen. Deze was pas in december 1983 gereed. De opening van de Overgangsvoorziening per 1 januari 1984 was daarmee geen haalbare kaart. De eigenlijke redenen van de vertraging liggen echter veel dieper, en zullen in het hierna volgende ter sprake komen. Die hebben ertoe geleid, dat de eerste fase van de Overgangsvoorziening nu op z'n vroegst per 1 januari 1986 van start zal kunnen gaan; 2 jaar na de geplande aanvang.

Het volgende citaat geeft de situatie van dit moment weer:

*'Met betrekking tot het eerstelijns gedeelte staat nu vast dat ongeveer 35 huisartsen bereid zijn tot deelname aan de Huisartsen Eerste Hulp op het WG-terrein. Een deel hiervan doet dit gekoppeld aan de waarneming; de rest doet het los van de waarneming en voor deze groep betekent het een extra zware taak. Aan de uitwerking van het plan wordt nu gewerkt. Er is een stichting in oprichting en met het ZAO (Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, R.H.) en WVC is het overleg gestart over de subsidie-aanvraag in de richting van de Ziekenfondsraad. Ten aanzien van het polikliniekgedeelte is de stand van zaken als volgt. Het Andreas heeft een verklaring aangevraagd voor uitbreiding van de erkenningsbeschikking. De adviezen die de staatssecretaris hieromtrent hebben bereikt zijn allemaal negatief. Hierna heeft overleg plaats gehad tussen de staatssecretaris en het ZAO en dit heeft tot resultaat geleid dat het ZAO zich niet langer zal verzetten tegen de plannen mits gegarandeerd wordt dat het budgettair neutraal kan worden uitgevoerd. Hierover vindt nog overleg plaats. Het komt er dUB op neer dat er enige beweging in de voortgang zit maar dat alles een stuk langzamer verloopt dan van te voren wenselijk werd geacht' (3).*

Op de achtergronden van de opgetreden vertraging zal ik nu ingaan.

## Flashback: plannen voor een fusieziekenhuis

Aan het eind van de zeventiger jaren namen bewoners en hulpverleners uit de wijk waarin het WG toen (nog) lag, het initiatief voor de vestiging van een nieuw, klein, wijkgericht ziekenhuis op het WG-terrein, direct na het verdwijnen van het WG, eind 1983. Men verenigde zich in de Beraadsgroep

Algemeen Ziekenhuis WG-terrein. Plannen waren bekend omtrent het geleidelijk laten verdwijnen van alle ziekenhuizen uit de Amsterdamse binnenstad (een gebied met een bevolking van 250.000 inwoners, plus overdag 100.000 werknemers entoeristen). Het Binnengasthuis en het Wilhelminagasthuis gingen samen in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam-Zuidoost; het Julianaziekenhuis en de Lutherse Diakonessen Inrichting zouden fuseren met het Ziekenhuis Amsterdam Noord, en het Burgerziekenhuis stond op de nominatie om naar Almere te verhuizen.

De directies van de vier overige, kleine ziekenhuizen in de binnenstad voelden daarom wel voor het door de Beraadsgroep voorgestelde project. Met het oog op een latere fusie en de overgang naar het WG-terrein, richtten zij de Interim Stichting Verenigde Ziekenhuizen Amsterdam op. Deel hieraan namen:

- de Boerhavekliniek, een algemeen ziekenhuis met 104 bedden;
- de Ziekenverpleging Prinsengracht, een algemeen ziekenhuis met 100 bedden;
- de Alexander van de Leeuwkliniek, een categoriaal ziekenhuis met 55 bedden, dat zich richt op: epilepsie, neurologie en multiple sclerose;
- de Jan van Goyenkliniek, een categoriaal ziekenhuis met 32 bedden, dat zich richt op keel-, neus- en oorheelkunde.

Eind 1979 richtte de Interim Stichting een aanvraag aan de minister van (toen nog) VOMIL voor afgifte van een verklaring tot stichting van een algemeen ziekenhuis van ongeveer 200 bedden, met poliklinieken en een specialistische eerste-hulp afdeling. Het werd toen wachten op een beslissing uit Den Haag. Eind 1980 gaf Gedeputeerde Staten omtrent deze aanvraag aan de minister een negatief advies. Wel zou er volgens hen na 1983 in de oude stad behoefte zijn aan een eerste-hulp voorziening (én aan een 'achterliggend ziekenhuis'); maar anderzijds was er in Amsterdam sprake van een ernstig beddenoverschot, en zou er in de binnenstad na 1983 wat betreft de eerstehulp voorzieningen niet zozeer een capaciteitsprobleem ontstaan, alwel een probleem van spreiding en bereikbaarheid daarvan. Gedeputeerde Staten suggereerden toen al in 1980 dus - wat 4 jaar later, met de Overgangsvoorziening, exact zo uitgevoerd zou worden.

De gemeente toonde zich verbolgen over deze eenzijdige actie van Gedeputeerde Staten. Zij steunde nogmaals in het openbaar het initiatief van de Interim Stichting, welke steunbetuiging ze later bij diverse gelegenheden herhaalde. Haar argumenten waren: de continuïteit; ondersteuning van de

eersteharthulp; versterking van de eerste lijn, en een betere spreiding van voorzieningen, leidend tot betere samenhang van eerstelijns- en klinische zorg.

Eind 1981 publiceerde de Interim Stichting een studierapport, waarin, naast de - meer gebruikelijke - medische, economische en verpleegkundige visie, ook een sociale visie werd verwoord (4). Daarin werd onder andere een link gelegd naar het ook op de wijk Oud-West betrekking hebbende 'Vergelijkend Buurtonderzoek' (5). Verder deelde de Interim Stichting mee, dat een inventarisatie werd uitgevoerd 'van de wensen, die bij de eerste-lijns gezondheidszorg en de bevolking leven met betrekking tot het funktiepakket van het ziekenhuis'. De Interim Stichting zei een ziekenhuis 'nieuwe stijl' voor te staan, 'hetgeen betekent dat de gebruikers en de eerste-lijns gezondheidszorg ruime inspraak bij het ziekenhuisgebeuren zullen krijgen en dat nieuwe activiteiten zullen worden ontplooid (b.v. de bedrijfsgeneeskundige ondersteuning van de kleine bedrijven in de omgeving)'.

### De ommezwaai

Het zat de Interim Stichting echter niet mee (en dat gold *toen* dus meteen ook voor het 'Binnenstadsziekenhuis' als idee). In september 1982 verklaarde de minister zich tegen de hele onderneming, en aan het eind van het jaar ook, onder andere, Gedeputeerde Staten. Rond de jaarwisseling (1982/83) verraste de wethouder vriend en vijand door op te merken dat ze van het ziekenhuisplan af zag. Dat idee heriep ze echter binnen een week onder druk van de publieke opinie: de mogelijkheden voor een nieuw ziekenhuis zouden alsnog worden onderzocht. Deze taak werd aan de zogenaamde Commissie Kranenburg opgedragen (6). Het zaad van de twijfel was echter gezaaid en ook binnen de raad kwam men in het voorjaar: van 1983 langzamerhand tot andere gedachten - onder invloed van een lawine aan rapporten over de Amsterdamse ziekenhuissituatie in het algemeen en de situatie op het WG-terrein in het bijzonder, die in die tijd over hen heen rolde. Op de vergadering van de Commissie van Volksgezondheid van 18 februari 1983, hielden PvdA, CDA en D'66 over naar de kant van het Andreas Ziekenhuis. VVD, CPN en PPR bleven op het standpunt staan van de directe vestiging van een klein ziekenhuis (7). In juli 1983 spraken de staatssecretaris, Gedeputeerde Staten en de gemeente zich vervolgens dus uit vóór een Ziekenhuis op het WG-terrein; maar duidelijk was toen ook dat er voor de Interim Stichting - en voor de continuïteit - geen plaats meer was.

### De Amsterdamse Ziekenhuissituatie

Veelmeer dan financieel-economische overwegingen (de kostenvergelijking tussen de verschillende alternatieven), of dan overwegingen omtrent vernieuwingsgezindheid op gezondheidskundig vlak, waren het overwegingen met betrekking tot de Amsterdamse ziekenhuissituatie die de weegschaal naar de kant van het Andreas Ziekenhuis deden doorslaan. De Commissie Kranenburg kon dan wel zo mooi berekenen dat een nieuw ziekenhuis van ongeveer 200 bedden op het WG-terrein, het gevoerde beleid met betrekking tot de beddenreducties niet hoefde te door kruisen: zij rekende voor dat Amsterdam, ten gevolge van gunstiger bevolkingsprognoses, geen 1500 maar 1350 bedden diende in te leveren, wat al 150 bedden gaf, waar er nog wel 50 à 60 bij gevonden konden worden. Maar het was natuurlijk, met name voor de overige (grote) ziekenhuizen, nóg voordeliger, wanneer de kleine ziekenhuizen verenigd in de Interim Stichting gewoon werden opgeheven - zoals toch al de bedoeling was - en de rekensom van de Commissie ten aanzien van het Andreas op het WG-terrein werd toegepast. Opheffing van het Andreas zou politiek onhaalbaar zijn. Maar overplaatsing zou kunnen leiden tot aanmerkelijke beddenreducties, waar de groten dan niet met z'n allen voor hoefden te bloeden.

De gemeente Amsterdam zag, wanneer de bittere pil van het mislukken van de (wijk)plannen met de Interim Stichting eenmaal zou zijn doorgeslikt, grote voordelen aan overplaatsing van het Andreas, in verband met een betere spreiding van de ziekenhuisvoorzieningen over de stad. Op die manier kon het vroegere beleid van schaalvergroting en concentratie van een klein aantal grote ziekenhuizen aan de rand van de stad (de zogenaamde 'randweggedachte') (8) worden doorbroken. Doorzetting van steun aan de Interim Stichting zou, wat dit punt betreft, betekend hebben, dat er weliswaar weer een ziekenhuis in de oude stad kwam. Maar het probleem van de overcapaciteit in Nieuw-West (Andreas, Lucas en Slotervaart - Nederlands Hervormd, Rooms-Katholiek en Algemeen - voor alle gezindten wat wils dus!) zou zo zijn blijven bestaan. Met overplaatsing van het Andreas naar het centrum, werden nu echter twee vliegen in één klap geslagen: zo zou én een betere spreiding gerealiseerd worden, én de overcapaciteit in Nieuw-West worden opgeheven.

### De Overgangsvoorziening als compromis

Eén van de uit het voorgaande naar voren komende redenen van de verdraging is, dat de Overgangsvoorziening valt te beschouwen als een compromis tussen twee van de belangrijkste partijen in het politieke krachtenveld rondom de voorziening: Gedeputeerde Staten van Noord-Holland en de gemeente Amsterdam. Al sinds de eerste ideeënvorming over een basisziekenhuis op het WG-terrein, in 1980/1981, bestond er, zoals we zagen, onenigheid tussen beide over de meest wenselijke invulling daarvan. De kern van deze onenigheid heeft vanaf het begin gelegen in het, al dan niet aansluitend aan het vertrek van het WG, realiseren van een ander ziekenhuis. De gemeente heeft zich altijd op het standpunt gesteld, dat de continuïteit moest worden gewaarborgd. Ze heeft daarom ook steeds - dat wil zeggen tot medio 1983 - de groepen uit de bevolking en binnen de hulpverlening gesteund, die daar ook naar streefden. De gemeente heeft daarbij ook altijd als uitgangspunt gehanteerd, dat ziekenhuisvoorzieningen niet los kunnen worden gezien van de overige gezondheidszorg. En, in samenhang met het idee van een de eerste lijn ondersteunende tweedelijns zorg, pleitte de gemeente steeds voor een betere spreiding van de ziekenhuisvoorzieningen over de stad.

Gedeputeerde Staten bevonden en bevinden zich in een andere positie: enerzijds identificeert zij zich vanzelfsprekend minder met de Amsterdamse bevolking en hulpverlening dan het gemeentebestuur, daar de Staten verantwoordelijk zijn voor de planning - inclusief prioriteitenstelling - van de ziekenhuiszorg in de hele provincie Noord-Holland. Anderzijds brengt deze verantwoordelijkheid hen ook in een andere verhouding tot de rijksoverheid. De van hogerhand op Gedeputeerde Staten uitgeoefende drang - bijvoorbeeld op het punt van beddenreducties - is dan ook veel groter dan bij de gemeente het geval is.

Gevolg van dit alles was, dat Gedeputeerde Staten vanaf het begin de kwestie van vestiging van een nieuw ziekenhuis op het WG-terrein beschouwden binnen het kader van de totale (gewenste) ziekenhuissituatie in Amsterdam. En het enige initiatief dat, na verdwijnen van het WG, een aansluitende ziekenhuisvoorziening meende te kunnen realiseren - dat van de Interim Stichting - was voor Gedeputeerde Staten juist binnen die totale Amsterdamse ziekenhuissituatie verre van probleemloos. De overgang van de 4 kleine ziekenhuizen naar het WG-terrein zou de beddenreductieplannen



grondig doorkruisen aangezien ze al ten dode waren opgeschreven.

De kern van het compromis was aanwezig in het 'Rapport van de genoemde Commissie Kranenburg'. Dit compromis behelste een versnelde vestiging van een basis- c.q. 'regio'-ziekenhuis (welke, werd in het midden gelaten), voorafgegaan door een overgangsvoorziening. Deze kern zou later, toen de politici het licht op groen hadden gezet, door de werkgroep 'Overgangsvoorziening' verder worden uitgewerkt.

Het compromis hield in, dat de gemeente wel het gewenste 'Binnenstads ziekenhuis' zou krijgen, maar niet direct.

Anderzijds lieten Gedeputeerde Staten hun halsstarrige weigering van een nieuw ziekenhuis varen, maar dan wel op voorwaarde dat de Interim Stichting uit de boot werd gezet en het Andreas overgeplaatst. Dit laatste impliceerde dat er niet direct een nieuw ziekenhuis zou komen. De overplaatsing zou tijd in beslag nemen, en bovendien wenste het Andreas nieuwbouw. Het compromis had ernstige gevolgen, ook voor de levensvatbaarheid van de uitweg die was verkozen, de Overgangsvoorziening. De, voorheen door de gemeente gesteunde, groeperingen die direct een ziekenhuis wilden, voelden zich door deze koehandel - door de wethouder betiteld als 'politieke realiteit' - verraden.

### Verslagenheid in de wijk

Het compromis had Gedeputeerde Staten en de gemeente dan wel weer nader tot elkaar gebracht, maar het bracht in de wijk grote verslagenheid teweeg. Een foutief krantebericht - waarin werd gesteld dat, als het aan de wethouder lag, er helemaal geen ziekenhuis zou komen - maakte de situatie er, ook voor de gemeente, niet beter op. Al gauw kwam de Coördinatiegroep WG-terrein met een tegenplan: men was tegen de sloop die de door het Andreas gewenste nieuwbouw zou vereisen; en wilde niet wachten op een ziekenhuis en polikliniek, omdat men meende, dat de Overgangsvoorziening zonder onmiddellijke realisatie daarvan maar weinig mogelijkheden zou hebben. De groep bleef dus bij het oude standpunt, dat er direct in het oude Chirurgiegebouw een klein ziekenhuis gevestigd diende te worden, ter ondersteuning van het voorgestelde experiment (9). De al eerder genoemde Beraadsgroep weigerde verder zitting te nemen in de begeleidingsgroep van de Overgangsvoorziening.

Hier zijn we terecht gekomen bij nog een van de diepere redenen van de vertraging die de Overgangsvoorzie-

ning heeft opgelopen. Het vertrouwen in de wijk was geschonden, bij bewoners en in de eerste lijn. In de rapportage over de Overgangsvoorziening kon dan wel mooi als een van de doelstellingen democratisering en de organisatie van participatie door eerste lijn en patiënten/bewoners genoemd worden, maar een groot aantal van hen had daar, gedurende een tijd althans, helemaal geen trek meer in.

Zoals gezegd is het nu, langzamerhand, gelukt het vertrouwen van een groot aantal huisartsen uit de wijk terug te winnen; en bewoners en werkers doen ook weer mee aan de besprekingen in de begeleidingsgroep. Maar hieraan is veel kostbare tijd en energie opgeofferd, en nog zijn niet allen 'terug'. Met wijkverpleegkundigen uit de wijk, bijvoorbeeld, bestaat tot nu toe nog maar weinig contact. De eerste hulp richt zich bijna uitsluitend op de huisartsen. Aan mogelijkheden om, via een grotere integratie van eerste hulp en poliklinieken in oprichting, bredere contacten tussen verpleging in de wijk en in de tweede lijn tot stand te brengen, wordt nog maar weinig aandacht geschonken.

Andere redenen van de vertraging zijn te vinden in de negatieve adviezen die vele betrokken instanties tot nu toe hebben uitgebracht, naar aanleiding van de aanvragen van het Andreas betreffende overplaatsing van het ziekenhuis, en, daaraan voorafgaand, vestiging van een poliklinische voorziening op het WG-terrein. Dergelijke negatieve adviezen zijn uitgebracht door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, die nooit wat heeft gezien in het plan voor een nieuw ziekenhuis op het WG-terrein (10); door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen; het Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) en het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO), en - veelbetekend - ook door de Stichting Samenwerkende Intramurale Gezondheidszorgvoorzieningen Regio Amsterdam (SIGRA).

Gedeputeerde staten, de gemeente Amsterdam en het Andreas Ziekenhuis zijn, geconfronteerd met een zo breed afwerend front, in toenemende mate in een isolement geraakt. Het wachten is nu - nog steeds ! - op een besluit van de staatssecretaris.

### Nogmaals het eerstelijns' gasthuis'

Het aantal mensen, dat een hard hoofd heeft in het doorgaan van de nieuwbouw van het Andreas Ziekenhuis op het WG-terrein neemt momenteel eerder toe dan af. Gezien alle negatieve adviezen, lijkt het ook

inderdaad veel op een poging om tegen de Niagara-watervallen omhoog te roeien. Ook het Andreas zelf zag er een tijd lang geen gat meer in, toen bleek dat met name de financiers eisten dat de hele verhuizingsoperatie budgettair neutraal zou dienen te verlopen, en ook zonder uitbreiding van het aantal specialisten. Het Andreas voelde er, en niet onbegrijpelijk, weinig voor om het 'gat' op het WG-terrein, te gaan dichten door een gat in de eigen organisatie te slaan. Naar aanleiding hiervan heeft de staatssecretaris zich begin dit jaar laten ontvallen, of dan wellicht niet aan ander ziekenhuis bereid zou zijn om binnen de genoemde voorwaarden de verantwoordelijkheid op zich te nemen (de aanhouder wint, zal hij gedacht hebben).

Inmiddels is het Andreas nu doende om een voorstel uit te werken, dat voor een groot deel aan de gestelde voorwaarden tegemoet zal (moeten) komen. Maar ook dat neemt tot nu toe bij de betrokkenen de twijfel niet weg of er ooit wel weer een ziekenhuis op het WG-terrein zal komen. Daarom gaan er de laatste tijd - steeds in het kader van pogingen om de verloedering van de binnenstad te stoppen - stemmen op om nu dan maar een reddingsactie te beginnen van twee nog bestaande kleine binnenstadsziekenhuizen: de Boerhavekliniek en de Ziekenverpleging Prinsengracht (twee aan de pijlers van de aan de kant gezette Interim Stichting!). Overigens is het zo goed als zeker dat een van beide in ieder geval open zal blijven totdat een eventueel ziekenhuis op het WG-terrein, haar poorten zal hebben geopend.

In aanvulling op dit pleidooi - waarin de binnenstad basis-specialistische zorg behoudt - zou ik dan voor het WG-terrein, mijn suggestie willen hernemen voor een klein 'Community Hospital' of eerstelijns 'gasthuis', zij het dan niet als een 'overgangsvoorziening', maar met een permanent karakter. Zoals ik in mijn vorige artikel al heb aangegeven, is een dergelijk 'gasthuis' bijzonder geschikt voor kortdurende opnamen van vooral bejaarden (die ook in de Amsterdamse binnenstad zo rijk vertegenwoordigd zijn). Daarnaast biedt zo'n 'gasthuis' mogelijkheden tot integratie van de verschillende onderdelen van de Overgangsvoorziening zoals die nu wordt opgezet. En nogmaals: de integratie van huisartsen eerste hulp en poliklinieken laat tot nu toe: nog het nodige te wensen over, mede omdat beide vanuit verschillende circuits worden voorbereid. Een minderwaardige voorziening hoeft zo'n eerstelijns 'gasthuis' zeker niet te

Een eerstehulp post bemand door huisartsen zal deel gaan uitmaken van de tussenvoorziening. Gerard Keijsers ging praten met de enthousiaste voorzitter van de eerstehulp post, en met meer sceptische hulpverleners in de buurt. Levert de door huisartsen verleende eerstehulp besparingen, "emancipatie" en een beter aanzien van de huisartsen op? Of is dit slechts een fopspeen die de huisartsen weer zal worden afgenomen als in 1990 het Andreas-ziekenhuis naar het WG-terrein overgaat?

**Gerard Keijsers**, student aan de School voor Journalistiek in Utrecht.

# Emancipatie of fopspeen?

Sinds 1979 zijn zeven commissies bezig geweest om de bestemming van het Wilhelmina Gasthuis-terrein in de binnenstad van Amsterdam te bespreken. In juli 1983 wordt definitief de knoop doorgemaakt door wethouder Van den Klinkenberg van de gemeente Amsterdam en gedeputeerde Korver: het Andreas-ziekenhuis mag rond 1990 beginnen met de bouw van een nieuw ziekenhuis op het WG-terrein, mits staatssecretaris Van der Reijden van Volksgezondheid dat toestaat. Tot die tijd moet er een tijdelijke voorziening komen. Onderdeel daarvan is een eerstehulp post bemand door huisartsen. Dit is een initiatief van de stichting Eerstelijns Eerstehulp WG-terrein (EEHWG). De 35 huisartsen die zijn verenigd in de stichting zijn dol enthousiast over de experimentele hulp post. Volgens de voorzitter van de stichting, C.F. Boerlijst, huisarts in Amsterdam, is het een mooie gelegenheid om te komen tot de emancipatie van de huisarts, betere verhoudingen met de tweede lijn en tot besparingen in de gezondheidszorg. Maar niet iedereen deelt die mening zoals blijkt uit gesprekken met onder andere Gerrit Salemink, huisarts in Amsterdam en Hans Brugman, opbouwwerker in Oud-West (Amsterdam centrum), die beiden nogal sceptisch tegenover de experimentele eerstehulp post staan.

Het is de bedoeling dat naast de eerstehulp post een poli-kliniek door het Andreas-ziekenhuis 'vooruit wordt geschoven'. De poli-kliniek waarin ook röntgenapparatuur zal komen, zal door het Andreas-ziekenhuis worden bemand met mensen uit de tweede lijn. Deze dienen permanent als adviseur/consulent aanwezig te zijn voor de huisartsen op de eerstehulp post. Deze huisartsen bepalen wat voor maatregelen er genomen moeten worden en zijn in principe verantwoordelijk voor de verleende hulp. *'Tot nu toe hebben dertig huisartsen zich bereid verklaard mee te werken. Vijf artsen twijfelen nog'*, aldus de voorzitter van de EEHWG C.F. Boerlijst. Die artsen gaan avond-, nacht- en weekenddiensten draaien, in een rouleersysteem. Overdag wordt de post bemand door artsen in dienst van het EEHWG. De overige artsen doen het werk naast hun praktijk. Boerlijst: *'Ze zullen daarvoor wel wat vaardigheden moeten bijspijkeren. Bijvoorbeeld bij het hechten van wonden. Dat hebben sommige artsen in geen jaren meer gedaan. Niet dat het moeilijk is, maar de*

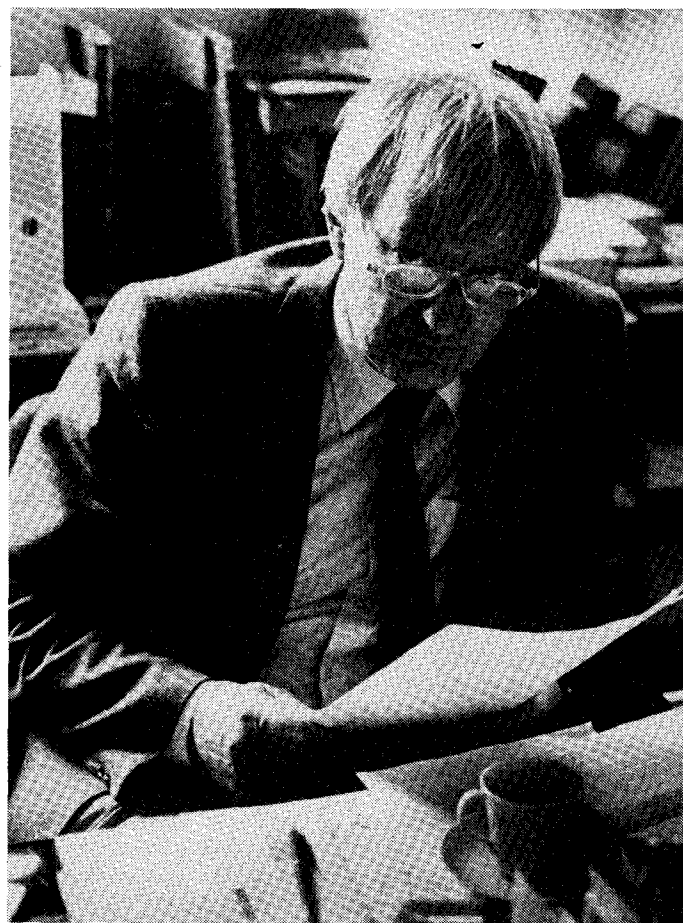
*handigheid is weg. Hetzelfde geldt voor de beademingstechnieken'.*

De grens tussen het artsen- en specialistenwerk is volgens Boerlijst niet scherp te stellen. *'Behalve natuurlijk in absolute. Thuis kun je bijvoorbeeld geen tang-verlossing toepassen. Aan de andere kant worden nu zweertjes door de specialist opengesneden. Dat werd vroeger door de huisarts gedaan; en het is ook huisartsenwerk'.* *'Natuurlijk is het huisartsenwerk'*, zo vindt ook Gerrit Salemink, huisarts in Amsterdam. *'Maar ik vind het verkeerd dat wij daarvoor onze praktijk uitgaan'.*

## Emancipatie

De eerstehulp post is volgens de heer Boerlijst een mooie gelegenheid om te komen tot de 'emancipatie' van de huisarts. *'Het werk van de huisarts wordt*

## Huisartsen op de eerstehulp post



Dr. Boerlijst

Foto: Gerard Keijsers

ondergewaardeerd. De laatste tien jaar is daar bij de medische professie verandering in gekomen, maar nog niet bij de patiënten. Als een patiënt een snijwond krijgt loopt hij het liefst meteen door naar het ziekenhuis, omdat daar de faciliteiten beter zijn. Met een snee willen ze al de hoogst mogelijke medische hulp. Die medicalisering van de maatschappij is een hoogst ongewenste ontwikkeling. Er zijn huisartsen die dit een verschraving van hun werkzaamheden vinden. Door het bemannen van de eerstehulp post door de huisartsen proberen we tegengas te geven'.

Hans Brugman opbouwwerker in het wijkopbouworgaan Oud-West: 'Het grote probleem met de patiënten is dat zij gewoon gezond willen worden, meer niet. Het patiëntenbestand is een wisselende club, die alleen geholpen wil worden. Daardoor kunnen de medici bepalen hoe ze de zorg organiseren. Besparingen en versterking van de positie van de huisarts zijn de primaire belangen die worden gediend. Het heeft in dit geval niets met de emancipatie van de patiënt te maken.'

Gerrit Salemink: 'Als je wilt komen tot de emancipatie van de huisarts dan moet je volgens mij twee dingen doen. Ten eerste de eerstehulp posten sluiten en ten tweede de eerstehulp vanuit de praktijk verbeteren. De patiënt kan evengoed in de huisartspraktijk geholpen worden. Als de eerstehulp posten weg zijn dan gaan ze gewoon naar de huisarts. En er kunnen best eerstehulp posten weg in de ziekenhuizen. Die zijn daar alleen ontstaan om klanten te trekken. Het is daarmee nog geen noodzakelijke voorziening'.

## Consultatief

'Tachtig procent van de eerstehulp is huisartsenwerk', zegt de heer Boerlijst. 'Slechts twintig procent stuurt de huisarts door naar de tweede lijn, waarvan twee-vijfde deel door de tweede lijn wordt teruggestuurd, omdat ze niets vindt. Een klein percentage komt in het ziekenhuis. De overigen worden poliklinisch door de specialisten behandeld. We hopen echter dat de specialisten meer consultatief gaan behandelen. Als er bijvoorbeeld een patiënt met een huidaandoening bij mij komt, dan stuur ik hem door als ik niet weet wat het is. De specialist kan hem daarna weer terug verwijzen. Maar op dit moment komt de patiënt vaak jarenlang op de polikliniek terug. Dat is niet goed. Ik kan toch net zo goed de behandeling overnemen. Dat is een van de dingen die we hopen te bereiken, dat de gewoonte verdwijnt dat mensen altijd naar een ziekenhuis willen. Of de specialisten dat leuk vinden weet ik niet'.

B. van Goor, directeur van de Amsterdamse Specialisten vereniging: 'Natuurlijk vinden wij dat een goed beleid. We zitten er niet om huisartsenwerk te doen. Er zijn gevallen die de huisarts kan behandelen. Er moet dan een goed overleg zijn tussen huisarts en specialist, dat de arts de patiënt, meteen na het stellen van een diagnose door de specialist, terugvraagt'.

## Experiment

'Een eerstehulp post in deze vorm is een experiment. Een vorm als deze bestaat volgens mij alleen in Den Haag. Daar is tijdens de oorlog een eerstehulp post ingericht waaraan alle huisartsen in die stad meewerkten. Dat is op dit moment nog steeds zo. We hebben bij het maken van onze plannen dan ook goed naar die eerstehulp post gekeken', aldus de heer Boerlijst. 'Het werken op de eerstehulp post betekent voor de huisartsen dat ze concessies moeten doen. Iedere arts heeft zijn eigen systeem van behandelen. Op de hulp post zullen afspraken gemaakt moeten worden over de toe te passen methoden. Zo kom je op de post tot onderlinge toetsing'. Het is de bedoeling van het EEHWG dat in de toekomst de patiënten makkelijker naar de huisarts gaan en niet

meteen specialistische hulp willen. De heer Boerlijst: 'De specialist moet specialistisch worden. Als we gericht gaan werken wordt de gezondheidszorg een stuk goedkoper. Als huisartsen moeten we wel oppassen dat we onszelf niet gaan overschatten. Als je iets niet kunt moet het aan iemand anders overlaten. Alleen in uiterste nood geldt dat niet. Maar dat wordt je tijdens je opleiding ook geleerd: toetsing en zelfkritiek'.

## Jan Publiek

Naast Gerrit Salemink staat ook een andere huisarts uit Amsterdam nogal sceptisch tegenover de plannen van het EEHWG; huisarts Foppen. Hij schreef onlangs in Het Parool: 'Het zal zo worden geregeld dat een permanente door huisartsen bemande eerstehulp post wordt opgezet, waar ook een röntgenfotootje kan worden gemaakt, een bloedbepaling kan worden gedaan, een cardiogrammetje kan worden gedraaid. En dan staan huisartsen in die acute situaties naar de resultaten te kijken. Hoe kunnen die dat zonder röntgenloog, internist, cardioloog en chirurg op de achtergrond? Ikzelf zou de verantwoording niet durven nemen. Het gevolg zal zijn, dat elk twijfelgeval in een met ronkende motor klaar staande ambulance wordt geschoven en naar het AMC wordt vervoerd. Jan Publiek zal spoedig in de gaten hebben dat deze eerstehulp nieuwe stijl niets anders is dan een doorvoerstation naar het AMC'.

Hans Brugman hield zich, toen het fusieziekenhuis nog een mogelijkheid was, veel bezig met ondersteuning van bewonersorganisaties, en patiënten-, ouderen- en vrouwenorganisaties: 'Het vertrek toendertijd van de eerste-harthulp was voor de bewoners in de wijk Oud West een hele klap. Maar het duurt nu al verschrikkelijk lang voor er iets voor in de plaats komt. De overgangsvoorziening gaat ook al te laat van start. Het is frustrerend om zolang te moeten wachten op een ziekenhuis of een overgangsvoorziening. De bewoners hebben weinig inzicht in hoe het gaat werken maar ze zijn in ieder geval blij dat er iets komt. De patiënt redeneert toch; als ik maar geholpen kan worden.' 'Maar of het allemaal gaat werken, ik weet het niet. Ik hoop het wel, maar als ze één op de vijf patiënten echt door moeten verwijzen dan knalt de boel volgens mij in elkaar'.

Feit is dat er in het Wilhelmina Gasthuis gemiddeld twintig eerstehulp-patiënten per dag specialistische hulp nodig hadden. Daarbij moet aangetekend worden dat een belangrijk deel daarvan bestond uit zware ongevalspatiënten. Toch blijft de vraag of de polikliniek bij de eerstehulp post dat aanbod aan kan. Een aantal patiënten zullen toch worden doorverwezen naar het Andreas-ziekenhuis, dat overigens maar een kilometer uit het centrum ligt. De kans is daarom groot dat de mensen meteen naar het ziekenhuis gaan. Of het plan slaagt is daarom koffiedik kijken, zo vindt de heer Boerlijst. 'We kunnen pas op langere termijn bepalen of het effect heeft'.

Maar op niet zo'n lange termijn staat het Andreas-ziekenhuis op het WG-terrein. Wat gaat er dan met de eerstehulp post gebeuren? 'Tja, ik weet het niet. Moet je zo iets nu al vastleggen dan?', aldus de heer Boerlijst. 'Als het goed gaat moeten we hard vechten dat het blijft. Wordt het een sof dan moeten we het Andreas de eerstehulp post niet opdringen'.

Gerrit Salemink: 'Het Andreas ziekenhuis is een traditionele tweede-Zijns instelling. Ik heb dan ook sterk het vermoeden dat wanneer het Andreas op het WG-terrein komt de eerstehulp post in die vorm zal verdwijnen. Ik zou me niet inspannen om ten behoeve van het Andreas-ziekenhuis te zorgen dat patiënten naar het WG-terrein blijven komen. Dat leidt niet tot structurele veranderingen' .••

# Volksverzekering, nu of nooit

De overheveling van 800.000 vrijwillige verzekerden naar particuliere ziekenfondsen heeft al menige pen in beroering gebracht. De financiële gevolgen voor de betrokken verzekerden zijn nauwelijks te overzien. De gevolgen van deze operatie voor de realisering van een volksverzekering zijn zomogelijk nog ondoorzichtiger.

Denhard de Smit schetst de economische motieven van staatssecretaris van der Reijden, en betoogt dat de overheid uiteindelijk zichzelf in de vingers zal snijden. Uithet oogpunt van werkelijke kostenbeheersing biedt een volksverzekering duidelijke voordelen.

Voorlopig lijkt de staatssecretaris zich nog te laten leiden door de particuliere ziektekostenverzekeraars en de medische professie. Het wordt tijd dat de sociale partners tegengas gaan geven. Reden voor een monsterverbond tussen FNV en VNO?

Denhard de Smit, afgestudeerd in de vrije studierichting Sociale Geneeskunde.

## VNO en FNV contra van der Reijden

De op hand zijnde overheveling van 800.000 vrijwillig verzekerden van het ziekenfonds naar de particuliere markt, beschouwen velen als een aanslag op het streven naar een echte volksverzekering. Kabinet en Tweede Kamer houden zich momenteel echter nauwelijks bezig met de volksverzekering; zij concentreren zich op de voorgestelde opheffing van de vrijwillige fondsverzekering. In de discussie hierover vliegen de honderden miljoenen en vele procenten premieverhoging over tafel. Bijna niemand kan er meer een touw aan vast knopen.

Op 14 juni vond in hotel Krasnapolsky te Amsterdam een forumbijeenkomst plaats, onder het motto 'Volksverzekering Nu'. De bijeenkomst was belegd door de initiatiefgroep 'Stop het Eigen Risico'. Deze meent dat de vele ad hoc maatregelen rond het ziektekostenverzekeringsstelsel voortvloeien uit de chaotische structuur ervan. Voor een definitieve regeling, die aan de noodzakelijke solidariteit recht doet, ziet zij heil in een volksverzekering. Op de bijeenkomst kregen de voorstellen rond de vrijwillige fondsverzekering grote aandacht.

De CDA-er Lansink deed daar de volgende, verhelderende uitspraak: 'Er moet de absolute garantie zijn, dat de opheffing van de vrijwillige verzekering géén blokkade is op weg naar een volksverzekering'. Als die garantie er niet komt weigert hij met van der Reijden in zee te gaan. Het gelede verband tussen actuele wijzigingen en de toekomstige structuur van het stelsel, is cruciaal. De ontmanteling van het vrijwillige fonds heeft alles te maken met de toekomstige structuur en heel weinig met het wegwerken van knelpunten in het huidige stelsel.

Helaas is de aandacht na 14 juni weer sterk verschoven naar de korte termijn effecten op de privé-inkomens en de financiële positie van de particuliere verzekeraars. Deze zouden het momenteel financieel moeilijk hebben. Bovendien wordt de

indruk gewekt, dat met de opheffing of sanering van de vrijwillige verzekering, de problemen in het hele stelsel van de baan zijn. Welk spelletje wordt er eigenlijk gespeeld? Hebben van der Reijden, de particuliere verzekeraars en de medische professie echt de alleenheerschappij of is er nog tegengas te verwachten van de sociale partner-s, vakbeweging en VNO?

### Staatskas en premies

De wetsvoorstellen met betrekking tot de opheffing van de vrijwillige verzekering zijn niet anders dan een poging van de overheid om zich los te wringen uit een net waarin zij zich zelf heeft verstrikt. Sinds de oliecrisis streeft de overheid twee doelstellingen na: terugdringen van het financieringsstekort, en verbeteren van het investeringsklimaat. Uit de laatste doelstelling vloeit voort dat de premiedruk voor het bedrijfsleven omlaag moet. Sinds het midden van de 70-er jaren is daarom de premie voor het verplichte fonds zo laag mogelijk gesteld. Hierdoor zijn de reserves bij dit fonds uitgeput en is een negatief vermogen ontstaan dat voor 1985 rond de 1.3 miljard ligt. De AWBZ, die ook door de ZFR wordt uitgevoerd, kent echter nog een positieve kapitaalpositie van zo'n 900 miljoen, waardoor het totaal negatief vermogen nu rond de 400 miljoen ligt. Directe betalingsproblemen hebben de fondsen nog niet want ze kunnen genoeg lenen (tegen fikse rente uiteraard). Maar ieder jaar dat de premie niet lastendekkend is zal het negatieve vermogen oplopen. De gunstige situatie bij de AWBZ-reserves is vooral te danken aan de premie verhoging uit 1983. Toen stegen de reserves in één klap van 781 miljoen naar 1407 miljoen, om meteen daarna weer tot 900 miljoen te dalen. De slechte situatie bij het verplichte fonds is vooral voor de overheid een probleem. Want wie moet er anders bijspringen als het misgaat? Waarmee de eerste doelstelling, het terugdringen



van het financieringsstekort, in gevaar komt. Zo heeft de overheid zichzelf klemgezet met haar dubbele economische doelstelling.

De verslechterende vermogenspositie van zowel het verplichte fonds als de AWBZ, treedt op in een situatie waarin, al fikse overheidsbijdragen naar de (nu nog aparte) bejaardenverzekering, de AWBZ en het vrijwillige fonds gaan. Vanwege dit alles probeert van der Reyden nu als een razende Roeland de straat schoon te vegen. Er is veel meer in het geding dan alleen de specifieke problemen bij het vrijwillige fonds.

Het rijk draagt nu veel bij in de bejaardenverzekering: in 1983 ca. 1,6 miljard. Met de overheveling van de bejaarden naar de verplichte verzekering, verdwijnt die bijdrage echter niet vanzelf. Bovendien kost de AWBZ ook geld; in 1982 nog 1,6 miljard. Deze bijdrage is in 1983 teruggebracht tot ongeveer 490 miljoen door de AWBZ-premie en de eigen bijdrage van patiënten te verhogen. Bij de AWBZ gebeurt dus het omgekeerde als bij de verplichte verzekering: een premieverhoging, en terugdringen van het overheidsaandeel. Tot slot het vrijwillige fonds. Per 31 december 1983 bestond het verzekerdenbestand voor bijna 18% uit bejaarden. Hierdoor is de premie relatief hoog in vergelijking met de particuliere verzekering. Er dreigde ook hier een onhoudbare situatie te ontstaan. De staat moest in 1982 voor 210 en in 1983 voor 266 miljoen bijspringen.

Al met al zit de overheid dus voor z'n 2 miljard in de sociale ziektekostenverzekeringen. Bovendien is inmiddels duidelijk dat de omvang van haar bijdrage en de premiedruk zich als *communicerende vaten* gedragen. De één moet omhoog als de ander omlaag gaat.

Zoals bekend waren de particuliere verzekeraars in 1984 bereid 180 miljoen te dokken voor het vrijwillige fonds; de staatsbijdrage kon zo beperkt blijven tot 208 miljoen. Over 1986 zullen de particuliere verzekeraars in principe ook 180 miljoen beschikbaar stellen en staat een rijksbijdrage op stapel van 216 miljoen. Maar hoe men het ook wendt of keert, die steun van de verzekeraars is alleen gegeven in de verwachting dat het vrijwillige fonds opgeheven zal worden. Op basis van die koppeling werkt de regering verder, zoals Lansink 14 juni duidelijk stelde. De particuliere verzekeraars' lossen voor de overheid een probleem op en krijgen er klanten voor terug. Verschillende berekeningen hebben al aangetoond, dat een groot deel van de overgehevelde verzekerden (met name de zelfstandigen en de gezinnen met meerdere kinderen) een hogere som aan premies en eigen bijdragen zullen moeten opbrengen. Getallen tussen de 100 en 300 miljoen doen de ronde. Van der Reyden en de zijnen konden niets anders bedenken, dan een 'lek prikken' van het systeem van communicerende vaten door een forse *volumebeperking* door te voeren. Een privatisering, waarbij de medicijnen *knak* in het niet valt.

Als de groei van de kosten van de gezondheidszorg niet tot staan komt en de overheid haar dubbele doelstelling handhaaft, kunnen we binnen de kortste keren een privatisering van het volgende deel van de sociale ziektekostenverzekering, verwachten. Immers, de problemen van de verplichte verzekering, AWBZ en bejaardenverzekering, zijn bij elkaar groter dan het nu opgeloste probleem. Ondanks alle fraaie woorden is de overheid niet bezig om op grond van sociale beginselen het stelsel te herstructureren, maar om haar economische beleid - koste wat het kost - door te zetten.

## FNV en VNO

Inmiddels is genoegzaam duidelijk, dat de kostenbeheersing, in de gezondheidszorg niet van binnenuit tot stand zal komen. Ook de fondsen ontberen het instrumentarium en de wettelijke bevoegdheden. Van der Reyden is er niet in geslaagd wezenlijke structuur in planning en financiering aan te brengen. Het aandeel van de 2e lijn in de totale kosten is sinds 1974 voortdurend toegenomen. Tegenover een daling van het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen staat een nog steeds toenemend aantal diagnostische en poliklinische verrichtingen. Bovendien



Foto: Ger Dijkstra. IJ-ZN. BS

Staatssecretaris van der Reijden van WVC

is er een toename van het aantal ligdagen in de verpleeghuizen. Hendriks en anderen hebben jaren terug al gewezen op de onvermijdelijke groei van de curatieve zorg door vergrijzing van de bevolking.

In kringen van de grote ondernemers begint men zich zorgen te maken over het grote aandeel van de gezondheidszorg in het nationaal inkomen, direct voelbaar in de premiedruk. Maar of het nu via een volksverzekering, of een stelsel van particuliere verzekeringen loopt, maakt voor ondernemend Nederland geen wezenlijk verschil. Uiteindelijk vormen de uitgaven voor gezondheidszorg een deel van de loonkosten (in de vorm van premieheffingen). Het grootste deel van die gelden gaat in salariskosten: 70% komt terecht in de portemonnee van gezondheidsverwerkers, die het opnieuw besteden op de binnenlandse consumptiemarkt. Van de rest vloeit het meeste terug naar de (vaak kleinere) toeleverende bedrijven en de (internationale) farmaceutische industrie.

Macro-economisch gezien verminderen de kosten van gezondheidszorg de investeringsmogelijkheden van de grote bedrijven en circuleert het geld voornamelijk in binnenlandse marktsectoren. Hiermee landen we aan bij een ingewikkeld belangenveld. De grote, vooral internationaal georiënteerde bedrijven zijn gebaat bij een beheersing van de kosten van de gezondheidszorg, waardoor geld voor investeringen en kapitaal export(!) vrij komt. Een dergelijke verschuiving is echter tegelijkertijd slecht voor de binnenlandse markt. Zoals vaker: het geval is staan de belangen van kleine en grote ondernemer, haaks op elkaar... De particuliere verzekeraars varen intussen wel bij een hoge omzet in de gezondheidszorg.

Uit het oogpunt van kostenbeheersing, is ten eerste een eer, vormig, sterk gereguleerd stelsel van ziektekostenverzekering nodig. Ten tweede moet de politieke en economische invloed



Chris van der Veen, ex-voorzitter VNO Foto: Ger Dijkstra &amp; Zn. B.V.



Hennis Bode, ex-voorzitter FNV Foto: Oer Dijkstra &amp; Zn. B.V.

van degenen die aan de gezondheidszorg verdienen uitgeschakeld of tenminste beheerst worden. Als men kostenbeheersing, serieus neemt is er geen plaats voor commerciële verzekeraars en medische professie. De conclusie die we nu moeten trekken is opmerkelijk: de overheveling van de vrijwillige verzekering naar de particuliere markt is in strijd met de kostenbeheersing en dus in wezen iets waar grootnemend Nederland niet bij gebaat is. Van der Reyden contra het VNO. Nu zijn die twee al eerder in botsing geweest, zoals Herman Bode in het vorig nummer uit de doeken deed. Het VNO zag diezelfde Bode zelfs liever als voorzitter van het VNZ dan de CDA-er de Vries, juist vanwege de noodzaak om de kosten in vooral de tweede lijn te beheersen. Bode pleit voor een door werkgevers en werknemers beheerd stelsel van ziektekostenverzekeringen. Ligt een monsterverbod tussen FNV en VNO in het verschiet? zal het VNO bereid zijn in ruil voor kostenbeheersing op lange termijn, de belangen van de particuliere verzekeraars te laten vallen? Vooralsnog heeft zo'n verbod mijn voorkeur boven het gekruidentier van van der Reyden met de specialisten en de particuliere verzekeraars. Die coalitie lapt immers zowel solidariteit als democratisering, volledig aan haar laars. Zeker zolang de vakbeweging volledig buiten spel staat.

Overigens lijkt het CDA bereid de solidariteit in het stelsel te handhaven en te herstellen, waar die verloren is gegaan. Tegelijkertijd is zij vreselijk beducht voor nadelige invloeden op de hogere inkomens. Men hoeft de middelen voor herstel van de solidariteit echter niet alleen in de portemonnee van de hogere inkomens te zoeken. Bij goed florierende bedrijven kun je een deel van de solidariteit financieren door een groter werkgeversaandeel in de premie-afdracht af te dingen. Verder lijkt bij de beter betaalde werknemers een verhoging van het werknemersaandeel, in ruil voor verbeteringen in de sfeer van de secundaire arbeidsvoorwaarden, onderhandelbaar. Iets voor de Unie BLHP? Maar als de overheid er aan vasthoudt om op korte termijn haar aandeel (van ongeveer 2 miljard) zo veel mogelijk terug te trekken, zullen de inkomenseffecten toch zo groot zijn, dat geen enkele grote politieke partij deze optie aan zal durven;

De meest reële politiek lijkt mij de volgende. De overheid handhaaft voorlopig haar aandeel en breidt het eventueel tijdelijk uit om inkomenseffecten op te vangen. Zoiets wordt nu al voorgesteld bij de opheffing van de vrijwillige verzekering. Hand in hand met de FNV en het VNO wordt dan het ziekenfondsstelsel geherstructureerd (artsen en andere medewerkers eruit) en worden de particuliere verzekeraars ontmanteld. De belangrijkste politiek-economische barrières voor kostenbeheersing zijn dan geslecht. De regering komt tegelijk met echt goede initiatieven om de productie in de gezondheidszorg te beheersen. In ruil voor de medewerking van de ondernemers bij het herstel van de solidariteit tussen lage en hoge inkomens, blijft de overheid voorlopig fiks bijdragen in het verzekeringspotje. Hierdoor hoeven de premies niet acuut omhoog en wordt voorkomen dat allerlei bedrijven in de problemen komen. Als de overheid goed haar best doet en de kostenbeheersing op gang komt, kan haar bijdrage verminderd worden; zij ontvangt dan loon naar werken. En als werknemers en werkgevers zich als fondsbestuurders goed van hun taak kwijten, kunnen de premies laag blijven; daar profiteren zij allebei van.

Het is te hopen dat de Tweede Kamer dergelijke Grote Politiek aankan. Pessimisme daarover is wel op z'n plaats. ••

CRITERIA  
**POLITIEK SLAG**  
**KWALITEIT**  
 DISCUSSIE  
 GEZONDHEIDSCENTRA KWAL  
**ONDERZOEK**  
 POLITIEK BELANGEN  
**GEZONDHEID**  
 BEROEPSPROFIE  
 STRIJD PO  
 KWAL

# EVALUEREN EVALUEREN EVALUEREN

## WIE

De beheersing van de kosten, de opbouwen de omvang van de gezondheidszorg zijn volop in discussie. De overheid tracht haar greep op de zorg te verstevigen door *regionalisering* en *budgettering*, het *profljtbeginself* doet zijn intrede in het voorzieningenstelsel. Bijplanning en bestuur overheerst een economisch perspectief, terwijl een inhoudelijk beleid goeddeels ontbreekt.

Het inkrimpen van het budget wordt verdedigd met een beroep op de kritiek van medicaliseringsideologen als Illich en Hattinga Verschure. Er worden *'behoefte van de mensen'* gepostuleerd, waar bij een beperkter budget beter aan zou worden voldaan. Bezuiningen staat echter centraal; het komen tot *andere verhoudingen in de zorgverlening* krijgt nauwelijks aandacht.

De jongste generatie hulpverleners artsen is voor deze terminologie rijp gemaakt door de agogische inbreng in de opleiding. Zij kunnen zich nu wat gemakkelijker schuldig voelen voor de verantwoordelijkheid, die ze de zorggebruiker/ster bruut ontlenen hebben en zullen proberen deze nu 'terug te geven'. Waar de overheid de *Lof der Armoede* zingt, verkeert dit echter maar al te gemakkelijk in een afschuiven. Onder de vlag van 'bevordering van ouderlijke mantelzorg' sluit men peutercreches, terwijl de roep om regeling van een langdurig ouderschapsverlof wordt gesmoord in financiële argumenten...

De beroepsorganisaties voelen zich in hun professionele autonomie belaagd en trachten het afpalen van hun werkteerrein in eigen hand te houden; paramedische groeperingen eisen meer waardering patiënten verheffen hun stem: het strijdtterrein is in beweging.

De zorg wordt gepland; verschillende mogelijkheden van samenstelling en structuur van het pakket moeten tegen elkaar afgewogen worden. Zorgonderdelen en onderhngge afstemming worden geëvalueerd. De omvang en het voortbestaan van onderdelen hangen van de uitkomst van deze evaluatie af.

Als we de evaluatie niet zien als een strikt technische kwestie, maar oog hebben voor het grensvlak van wetenschap en politiek waarop zij zich afspeelt worden de evaluatiecriteria vatbaar voor discussie en wordt een strijd om de criteria zichtbaar.

Het lijkt niet overdreven te stellen dat wie de toetsingsinstrumenten bepaalt, de uitkomsten van de evaluatie in de hand heeft. Waar 'Den Haag' slechts oog heeft voor de omvang van het budget, is T blind voor de effecten en de waarde van een empathische opstelling, van 'love and tenderness' zo wilt.

De vraag **'wat is goede zorg'** staat bij de evaluatie centraal; welke visie hierop gaat het pleit in haar voordeel beslechten? Dat hangt af van welke crite

ROJD  
T/MEK BELEID  
AT SAMENWERKING  
FOLIA KWALITEIT ONDER  
GEZONDHEIDSCENTRA  
BELEID BELANGEN STRIJ  
DISCUSSIE BELANG  
CRITERIA FOLIA  
SAMENWERKING SLAG  
BELEID  
ONDER

EN

Er wordt wat afvergaderd in de gezondheidszorg; uitbaters van bezinningsoorden doen goede zaken. De vergaderruimte in het gezondheidscentrum staat tot in de kleine uurtjes stijf van de rook: "doen we het wel goed?", "met welke criteria werken we eigenlijk?". Hulpverleners steken de hand in eigen boezem. Een filosofische bevestiging? Patiëntenbelang? Eigenbelang?

# wordt er beter van?

ria het sterkst komen te staan: die van patiënt en/of ziekenfonds, die van de beroepsbeoefenaar of die van de (gemeentelijke, provinciale of landelijke) overheid. De stellingen worden ingenomen.

Op beleidsniveau zijnde criteria duidelijk geformuleerd en betreffen zaken als efficiëntie en effectiviteit. Daar worden financiële kosten-batenanalyses gepleegd. Maatschappelijk relevante criteria blijven in de schaduw. Zolang dat zo is, worden beleidsdoelstellingen niet geformuleerd vanuit een afweging van zorgmogelijkheden en bevolkingsbehoeften. De begrenzing van de zorg blijft zo een uitsluitend financiële en machtspolitieke aangelegenheid. Op de werkvloer gaat het om heel andere zaken. Binnen de eerste lijn worden vragen gesteld als: is er sprake van gestructureerde samenwerking; wordt er buurt- en wijkgericht gewerkt; wordt er methodisch gestreefd naar participatie; in hoeverre wordt de conventionele arts-patiëntrelatie doorbroken; welke plaats nemen preventie- en GVO-activiteiten binnen de praktijkvoering in; is er ruimte voor een groepsgewijze aanpak van problemen; hoeveel politiek wordt er in de hulpverlening gestopt? Veelal zijn de criteria afgeleid van de in de zeventiger jaren uit Californië overgewaaide humanistische geneeskunde.

Als instrumenten ontbreken om uitgangspunten

toetsbaar te maken, kunnen doelstellingen niet gewaardeerd worden. Vandaar ook dat een zwak onderbouwd vak als dat van de 'masseurs' zich tenauwernood kan verweren tegen aanslagen op zijn budget. Binnen de wereld van fysiotherapeuten zie je hierop een tweetal reacties: sommigen trachten de fysiotherapie een steviger natuur-wetenschappelijk fundament te geven - of op zijn minst het aanzien daarvan - om 'hardere', beter verdedigbare behandelingsresultaten aan te tonen; anderen proberen juist het bieden van integrale hulp, democratisering en het tegengaan van medicalisering gehonoreerd te krijgen door hiervoor toetsbare criteria op te stellen.

Met de hulp van criteria wordt tegelijk een profiel geschetst, een indentiteit bepaald en het zo geschapen zelfbeeld wordt als wapen in de strijd geworpen. Met criteria in de hand kan werk inhoudelijk verdedigd worden en gestreefd worden naar erkenning als waardevolle, eigenstandige discipline. Zo streeft bijvoorbeeld de verpleegkunde momenteel naar een professionele status door zich naar een agogisch of medisch-technisch model te profileren.

In het thema-gedeelte van dit nummer van het tijdschrift voor gezondheid en politiek daarom een aantal artikelen gewijd aan het probleem van de slag om en met de criteria.

CRITERIA  
**POLITIEK** SLAG  
**KWALITEIT** DIS  
 ~DISCUSSIE~ ONDZONDEIDSCENTRA KW  
**ONDERZOEK**  
**POLITIEK** BELANG  
**GEZONDHEID**  
 ~SROEPSPROFIE~  
 S~~~POL

"Waarom vind jij het werken in een gezondheidscentrum nou eigenlijk zo belangrijk? Wat is er anders dan in een particuliere groepspraktijk of een ziekenhuis? Fysiotherapie is toch fysiotherapie? ..."

Steeds vaker als mensen mij dit soort vragen stellen, voel ik mij wat ongemakkelijk en bekruipen mij twijfels. Levert het werken in een gezondheidscentra uiteindelijk meer op of iets nieuws? Lange tijd was het werken in een gezondheidscentrum vanzelfsprekend een goede zaak. Het toonde je kritische zin tegenover de traditionele gezondheidszorg. Het was een plaats waar vernieuwingen in de gezondheidszorg meer kans hadden. Die tijd is voorbij, althans die vanzelfsprekendheid is voorbij. Wat is eigenlijk die vernieuwing of wat gebeurde er, toen men uit onvrede met de bestaande gezondheidszorg wegen zocht voor een andere invulling van de hulpverlening? Wat voor gevolgen heeft deze vernieuwing gehad voor patiënten? En is er nog steeds sprake van vernieuwing in gezondheidscentra?

Deze vragen liggen misschien momenteel niet zo voor de hand. Enerzijds vanwege een nog gevelde vanzelfsprekendheid, anderzijds vanwege de nog steeds moeilijke financiële situatie. Vernieuwingen worden daardoor in belangrijke mate gehinderd. Er is binnen werktijd steeds minder tijd over voor overleg of voor het ontwikkelen van een hulpverleningsbeleid, een ondersteuningsstructuur hiervoor is nagenoeg afwezig. Er is sprake van beperking, in plaats van versterking van de eerste lijn. Bezuinigingen vragen hun tol, formaties worden aan alle kanten kanten beperkt. Het verdedigen van het eigen bestaansrecht lijkt dan een logische reactie. Toch wil ik een kritische houding blijven aannemen, ook tegenover ontwikkelingen in gezondheidscentra zelf.

## Waarom gezondheidscentra?

De basis van de vernieuwings'behoefte' moet gezocht worden in de onvrede met en de kritiek op de traditionele hulpverlening. In de jaren '50 en '60 wordt de gezondheidszorg beheerst door medisch-technische ontwikkelingen in de geneeskunde. Specialisten hebben topposities in starre, hiërarchische instellingen (1). Bovendien neemt de macht van medici toe in andere sectoren van de samenleving. Er is weinig aandacht voor maatschappelijke oorzaken van ziekte. Vanuit de sociale wetenschappen worden begrippen als 'individualisering van de gezondheidszorg' en

# Samen meen centrum

Het gestructureerde samenwerkingsverband, beter bekend als 'het gezondheidscentrum' heeft zich een stevige plaats veroverd in de Nederlandse gezondheidszorg. Betekent dit een succesvol uitkristalliseren van de vernieuwingsgedachten uit de jaren zestig? Zijn de traditionele hulpverleningsconcepten doorbroken?

In dit artikel worden de inside-twijfels belicht. Een fysiotherapeute vraagt zich af, waarin de winst zit van de centra. Zij stelt dat de centra, door in het defensief te gaan en krampachtig hun bestaansrecht te benadrukken, de weg naar verdere vernieuwingen blokkeren.

De brillen moeten gepoetst.

**Betty Schut**, fysiotherapeute

'medicalisering van de samenleving' geïntroduceerd (2).

Hoewel niet overal deze kritiek gedeeld wordt of op eenzelfde wijze geïnterpreteerd, speelt zij een rol in het vernieuwingsstreven in gezondheidscentra. Er wordt gepoogd deze ontwikkelingen een andere richting op te sturen.

"..Begrippen als ontmedicalisering, preventie, deprofessionalisering, stimuleren van eigen verantwoordelijkheid en onderlinge hulp, verwijzen daar heel duidelijk naar. (...) De belangrijkste kritiekpunten zijn als het ware in een 'tegenstrategie' omgezet. (De voorvoegsels 'ont-' en 'de-' geven dat het duidelijkst aan)" (3).

Het gevaar bestaat om achteraf fraaie opvattingen en bedoelingen toe te schrijven aan hulpverleners in het begin van de jaren '70, opvattingen die misschien door enkelen gehuldigd werden of pas veel later ingang vonden. In de nota 'Plan voor medische en sociale dienstverlening in de wijk Holendrecht' (1974) formuleert het voorbereidingsteam de volgende ideeën:

- Beroepshulp wordt gezien als aanvulling en ondersteuning van onderlinge hulp.
- Door een toename van deskundigen voelen mensen zich steeds ondeskundiger bepaalde problemen op te

lossen. Daarom moet zoveel mogelijk werk door zo weinig mogelijk gespecialiseerde mensen gedaan worden en moet zoveel mogelijk informatie overgedragen worden aan de patiënt.

- Enerzijds dient de privéfeer gewaarborgd te blijven, anderzijds dienen problemen met een verdergaande maatschappelijke betekenis gesignaleerd te worden.
- De relatie tussen hulpverlener en patiënt wordt gezien als een samenwerkingsrelatie met ieder een eigen verantwoordelijkheid. Er dient een maximale ruimte te zijn voor mondigheid en betrokkenheid van gebruikers bij de hulpverlening.
- Er moet een duidelijke samenhang in de voorzieningen zijn. De voorzieningen moeten gemakkelijk toegankelijk, overzichtelijk en kleinschalig van opzet zijn.
- Er is sprake van een loondienstverband en gelijkwaardige verantwoordelijkheid onder de werkers. De hulpverlening startte op het moment dat de eerste bewoners in de wijk kwamen, in 1976. Het principieel democratische verhoudingen op al 'niveau's' bepaalde de organisatie. De bewoners van de wijk zouden ook zeggenschap hebben over het beleid en beheer van het centrum. Het doel van de Stichting Medische en socia>



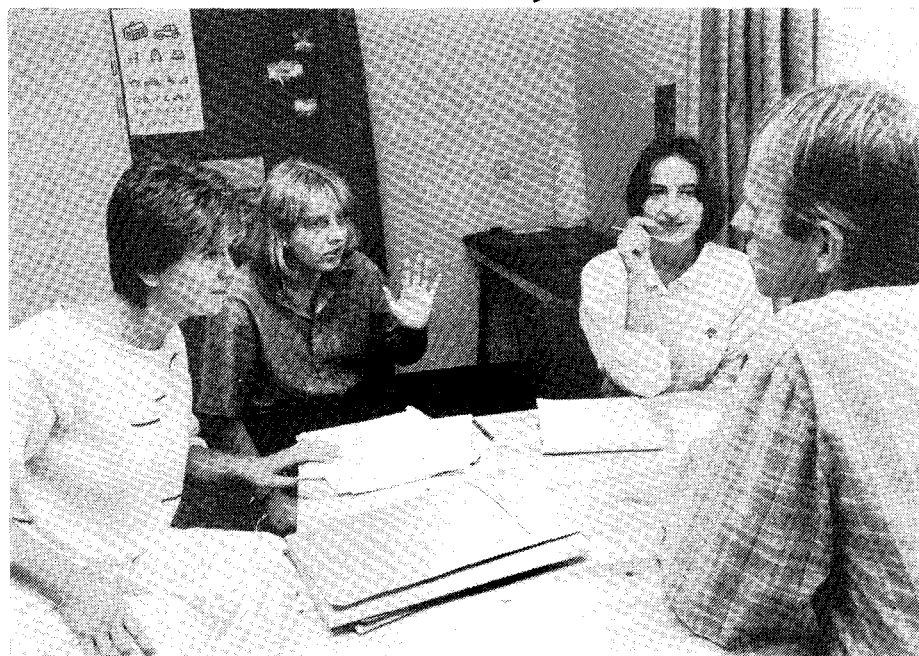


Foto: Ine van den Broek

# Kanttekeningen vanuit de praktijk

Dienstverlening (SMDH)luidde: "het opzetten en doen functioneren van een integrale, wijkgerichte dienstverlening met betrekking tot lichamelijke, persoonlijke en sociale vragen van bewoners uit de wijk Holendrecht."(4)

In 1985 wonen er bijna 10.000 mensen in de wijk. De Stichting SMDH heeft verschillende werksoorten in dienst, namelijk huisartsen, algemeen werkers, maatschappelijk werkers en secretariaatsmedewerkers. Het team is werkzaam in drie kleinere verbanden, buurtposten, verspreid in de wijk. Sinds de start in '76 is er zowel in het centrum als daarbuiten het één en ander veranderd. Er zijn nieuwe ervaringen opgedaan. Een aantal ontwikkelingen beschrijf ik aan de hand van mijn eigen ervaringen.

## Teveel op de schou- ders

Een vrouw van 40 jaar komt vanwege nek- en schouderklachten bij mij voor een fysiotherapiebehandeling. Uit het gesprek en het lichamelijk onderzoek kan ik alleen concluderen dat er sprake is van bewegingsbeperkingen en erg stijve spieren. Ik spreek met haar af dat we de klachten proberen te verminderen door oefen-

ningen en massage, maar dat we ook gaan zoeken naar de oorzaak van de klachten. In de loop van de behandelingscontacten praten we verder over de belasting van werk, gezin en andere persoonlijke factoren en zoeken verband tussen klachten en dagelijks leven. Als duidelijk wordt, dat deze vrouw 'teveel op haar schouders neemt' (of heeft), leg ik haar uit welk effect continue vermoeidheid op haar spieren heeft. Ik stimuleer haar iets aan die vermoeidheid te doen.

Bij het zoeken naar de oorzaak van de klachten, streven we ernaar persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden te betrekken. We willen laten zien hoe deze omstandigheden de gezondheid kunnen beïnvloeden. In onze behandeling proberen we iemand te stimuleren de 'werkelijke' oorzaak van de klachten aan te pakken. Dat is 'beter' en meer waard dan enkel symptomen bestrijden.

Essentieel in onze aanpak vinden we de kennisoverdracht. Patiënten moeten begrijpen hoe ziekte en gezondheid in elkaar zitten, wat de behandeling inhoudt, waar we naar streven, wat mogelijk en onmogelijk is binnen de hulpverlening. Deze kennis, dit inzicht, zien we als voorwaarde voor een democratische werkwijze, zowel binnen de individuele behandeling, als ook op het

niveau van beleid en beheer van voorzieningen.

Medicalisering proberen we op de volgende wijze tegen te gaan. Behandelingen waar geen enkele medische rechtvaardiging voor is, beperken we zoveel mogelijk. Het gaat hier om onnodige verwijzigingen naar een specialist, of fysiotherapeut; of om vragen voor een wasbeurt van de wijkzuster, of slaapmiddelen, als er sprake is van sociale problemen (6). We staan zeer kritisch tegenover de toenemende vraag naar een medische legitimering van maatschappelijke activiteiten, bijvoorbeeld bewijzen van ziekte voor scholen en verzekeringen. We vinden dat mensen daar zelf recht van spreken en beoordelen hebben en zelf verantwoording dragen voor hun handelen. Ook bij vragen wat 'goed' of 'fout' is voor de gezondheid, proberen we ons terughoudend op te stellen.

In teamvergaderingen komen dit soort problemen regelmatig aan de orde. Het is moeilijk een juiste opstelling in te nemen tegenover medicaliseringstendensen. Terugkerende vragen bij alles wat we doen zijn: 'Werken we medicalisering in de hand? Wat is het effect van ons handelen? Wanneer mengen we ons wel in een conflict en benaderen bijvoorbeeld een controlearts? Wanneer maken we wel gebruik van onze maatschappelijke positie en kiezen we partij?'

## Wachttijden

Wat gebeurde er de afgelopen tien jaar in het gezondheidscentrum met de patiënten? Wat waren hun reacties?

"...Dat is toch geen dokter? Ik begrijp het niet hoor, het gaat hier zo vreemd. Bij mijn oude dokter kon ik altijd zo terecht. Hier moet je altijd wachten. En dan vraagt zo'n dokter aan mij wat ik wil, of wat ik ervan vind! Zij heeft er voor geleerd, ik niet, hoe kan ik het dan weten? Anders zou ik trouwens hier toch niet komen, als ik het al wist?"

Het gedrag en de houding van de hulpverleners beantwoorden minder aan het beeld wat patiënten vanouds van hen hebben. De hulpverleners proberen de afstand tot de patiënten te verminderen, de verhouding patiënt-hulpverlener anders in te vullen. Maar patiënten willen soms liever die ouderwetse, vaderlijke dokter met zijn oude en zekere oplossingen. En ook de afsprakensprekuren - in plaats van de methode wie het eerst komt is het eerst aan de beurt - is niet door iedereen met gejuich ontvangen. Voor artsen geldt dat een afsprakensprekuren het

methodisch werken beter mogelijk maakt. Voor patiënten betekent het dat, ook vanwege overlegtijden en een "gewone werkdag van acht uur" voor de huisarts, een afspraak soms pas een paar dagen later gemaakt kan worden. Omdat dit veel klachten geeft is op één van de buurtposten een tussenvorm ontwikkeld. Als iemand nu snel terecht wil, dezelfde dag, biedt de algemeen werker een zogenoemde 'inloopmogelijkheid' aan op het eind van de ochtend bij de dokter of bij de fysiotherapeut. De regel is dat er slechts tijd is voor korte, praktische vragen en alles wat meer aandacht of onderzoek vereist moet later op een gewone afspraak.

De nieuwe werkwijze in het gezondheidscentrum blijkt aldus niet alleen te leiden tot democratischer verhoudingen, maar brengt ook twijfel met zich mee aan de competenties en de geloofwaardigheid van de hulpverleners, evenals conflicten en onderhandelingsgesprekken met patiënten en kritiek op de organisatie van de hulpverlening (3).

## Wie beslist?

Mevrouw A. met blijvende gewrichts- en spierpijnen door onduidelijke oorzaak komt bij mij terug voor een behandeling. Het had haar de vorige keer zo goed gedaan, zegt ze. Ik heb mijn twijfels over het nut van de behandeling. Het lijkt meer een kwestie van aandacht en zorg dan dat er duidelijke medisch-technische criteria aanwezig zijn voor fysiotherapie. Maar zij laat mij duidelijk weten dat zij vindt dat zij recht heeft op een behandeling. Uiteindelijk sluiten we een compromis over de duur van de behandeling.

De mondigheid van patiënten, hun reacties op onze werkwijze én de bredere definitie van 'ziekte', heeft nieuwe vragen opgeleverd. Wie beslist er nu eigenlijk over de hulpverlening? Juist wanneer klachten niet zuiver medisch zijn, wanneer criteria voor hulp niet enkel medisch bepaald zijn, wordt deze vraag nijpender. Wie bepaalt, voor wie wat nodig is en hoe snel?

Ik ben van mening dat de betreffende persoon dat het best zelf kan zeggen. Het is onjuist dat hulpverleners het recht hebben om alleen te beslissen over de toegang tot bepaalde voorzieningen vanwege hun medische deskundigheid, als er ook andere dan medische maatstaven meespelen. Maar ik vind óók dat hulpverleners enige verantwoordelijkheid hebben voor de oplossingen die mensen menen te kunnen vinden in de gezondheidszorg en de kosten

die hiermee gemoeid gaan. Zie hier een dilemma.

Daarbij komt nog dat patiënten geleerd hebben om hun 'eisen' kracht bij te zetten door medisch jargon te gebruiken. De Swaan noemde dit protoprofessionalisering (7). "...de specialist zegt dat ik een hernia heb, L4-L5 .....nou dan weet u vast wel wat U moet doen."; "...ik heb hyperventilatie, dus..."; "...mijn rug is versleten, arthroses, daar word ik al jaren voor behandeld."

Tegelijkertijd heeft men onze criteria en opvattingen geleerd en speelt men daar ook handig op in. Men vertelt hoe de klachten tot uiting komen, wat men er zelf al aan gedaan heeft, dat ze best weten waar het mee te maken heeft, maar toch...

Hulpverlening is niet langer een gunst, zoals vóór de verzorgingsstaat, maar een recht (8). En misschien wel een van de weinige 'rechten' die men nog heeft. Als men geen toegang meer heeft tot werk, heeft men nog altijd recht op gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg. Als er geen zorg of aandacht van kinderen en burenen meer te verwachten is, - omdat men liever niet van elkaar afhankelijk is -, dan is er nog de mogelijkheid van zorg en hulp van professionals.

Wij hebben als doel de onderlinge hulp te stimuleren; niet de afhankelijkheid van deskundigen te versterken, maar mensen hun 'gezondheidszorg' in eigen handen te geven. We zien blijkbaar over het hoofd, dat in de samenleving een andere ontwikkeling aan de gang is. Mensen en wijzelf inclusief willen niet afhankelijk zijn van familie of burenen. Een zakelijke afhankelijkheid van de verzorgingsstaat komt daarvoor in de plaats. Dat geeft een nieuw soort vrijheid, waar men blijkbaar de voorkeur aan geeft.

Alleen blijft dan de vraag wie bepaalt wie wel en wie niet hulp of zorg krijgt. Politici vinden dat de professionals dit moeten bepalen en leggen daarmee de toenemende kosten van de gezondheidszorg op hun bord. Ingegeven door enkel economische motieven worden maatregelen uitgevaardigd, - vooral voor de gemakkelijker te beheersen eerste lijn -, om hulpverleners aan banden te leggen. Nu we zelf vraagtekens zetten bij de gewekte verwachtingen en geboden oplossingen in de gezondheidszorg lijkt dat beleid op het eerste gezicht door ons uitgevoerd te worden, maar vanuit inhoudelijke motieven. Om redenen die liggen in de gezondheidszorg zelf stellen we grenzen aan medicijngebruik, verwijzingen naar de tweede lijn, en medisch onderzoek.

Mensen, patiënten kijken weer anders tegen deze vraag aan. Zij han-

delen vanuit het idee recht te hebben op alle mogelijkheden, die de gezondheidszorg en de medische wetenschap te bieden hebben. Zij willen ie bepaalde gevallen 'alles geprobeerd' hebben en zien dat soms bijna als eerplicht. Om de beschikbare voorzieningen eerlijk te verdelen lijkt het me van belang dat alle betrokken partijen hierin zeggenschap hebben er, dat op politiek niveau niet alleen de kosten maar ook de inhoud van de gezondheidszorg ter discussie staat. Daartoe zullen de meningsverschillen binnen de professies over de geboden oplossingen, voor politici erleken meer toegankelijk moeten worden.

## Schuld of winst?

De vraag 'hoe de beschikbare voorzieningen eerlijk te verdelen' doet me sterk denken aan die andere vraag: 'hoe het beschikbare werk te verdelen'. Het actuele probleem van de economische achteruitgang raakt eer: ander aspect van de vernieuwing in: de gezondheidszorg; de aandacht voor de maatschappelijke oorzaken van ziekte. De huidige sociaal-economische omstandigheden verschillen nogal van die in de jaren '60 en begin '70. Dat dit zijn weerslag heeft op dl' gezondheid van mensen, is een feit (9). Als de regering ongelijkheden in de sociaal-economische omstandigheden laat bestaan of laat toenemen, kan dit vroeg of laat via lichamelijke klachten van individuen afgewenteld worden op de gezondheidszorg. Ze worden maatschappelijke problem; gereduceerd tot medische problemen. Ook dit is onderdeel van de medicalisering in de samenleving.

Het grootste deel van de bewoner, in Holendrecht heeft naar mijn globale inschatting ofwel een lager geschoold beroep ofwel een uitkering. Veel mensen hebben te maken met een verlaging van hun uitkering met nieuwe WAO-afschattingen (0): met verslechtering van hun arbeidsomstandigheden. Zo krijg ik de laatste tijd nogal eens vrouwen onder behandeling die schoonmaakwerk in scholen en kantoren verrichten. El heeft een bezuinigingsoperatie plaats gevonden, waardoor hetzelfde werk met minder personeel in dezelfde tijd en met dezelfde kwaliteit moet gebeuren. Dat zich dan in de loop van de tijd lichamelijke klachten gaal vertonen, verbaast mij niet. Als ik met die patiënten de verklaring voor haar klachten gevonden heb, blijft de vraag wat zij en ik daar aan kunnen doen. Wij zijn allebei niet bij machte de werkelijke oorzaak, de arbeidsomstandigheden aan te pakken. Wat kan ik wel doen? Ik kan haar leren en

bewust maken van het feit, dat het probleem dus niet in haar lichaam zit, maar op haar werk? Is dit ontmedicaliserend werken? Misschien een klein beetje, als degene inziet dat de gezondheidszorg in dit soort gevallen eigenlijk geen echte oplossing heeft, en andere oplossingen zoekt of de problemen aanvaardt. Maar het zijn niet alleen patiënten die hun problemen met zichzelf of met anderen, in dit geval: werkgevers, 'vermediseren'. Medicalisering is een veel breder proces en niet op te lossen door een hulpverlener en patiënt samen.

Soms willen patiënten helemaal niet over ziekmakende omstandigheden nadenken of iets horen over de betrekkelijke mogelijkheden van de hulpverlening. Bij normale ouderdomsverschijnselen wensen zij toch een medische behandeling; anderen die last hebben van angsten en daarmee gepaard gaande hyperventilatie willen uitdrukkelijk alleen een medische aanpak. Als we tegemoet komen aan deze wensen van de patiënt rechtvaardigen we onze werkwijze: 'We moeten leren iets te laten en niet altijd te willen oplossen' of 'we zijn normerend en betuttelend als we zoveel voorwaarden aan een behandeling stellen'. We hebben dan een tevreden patiënt, geen last van onmacht-gevoelens, maar we versterken medicaliserende tendensen door op zijn minst de suggestie te wekken een oplossing te kunnen bieden. Als we niet mee willen gaan in dergelijke wensen, riskeren we een conflict en laten we de patiënt met het onopgeloste probleem zitten, zonder enig inzicht in de aard van de (lichamelijke)problemen en de mogelijkheden van de hulpverlening. Dan valt ons aan te rekenen dat we 'ontmedicalisering' als plicht voor de patiënt stellen en daarmee ook uitspraken doen over menselijk gedrag. Wat willen we bereiken als we stellen: 'verdergaande maatschappelijke problemen signaleren' en 'tegenaan van medicalisering'? Steeds weer blijken allerlei onopgeloste persoonlijke en maatschappelijke problemen op het bord van de gezondheidszorg terecht te komen.

Ik denk dat we teveel uitgegaan zijn van de veronderstelling dat medicalisering vooral het gevolg is van het medisch handelen. Dat zou namelijk ook impliceren dat medici dit proces kunnen tegenhouden of keren. Maar medici hebben niet zoveel macht en ook niet alleen 'schuld'. Evenmin kunnen we de schuldvraag bij patiënten leggen en verwachten dat als we hen opvoeden in een ander 'gezondheidsgedrag', zij geen 'medicaliserende' vragen meer zullen stellen. Er is niet zozeer sprake

als schuld als wel van winst bij het toenemend afwentelen van onopgeloste problemen op de gezondheidszorg. De Swaan beschrijft dit in 'Het medisch regiem' (10). "De winst voor de zwakste partij in het conflict is gelegen in de objectivering van zijn verlangens als medische noodzaak, de winst van de sterkste partij is gelegen in de aldus gerealiseerde 'individualisering' of maatschappelijke isolering van het conflict: door medicalisering wordt automatisch een uitzonderingstoestand gecreëerd, ook al geldt die uitzonderingstoestand voor vele honderdduizenden, zoals bij arbeidsongeschiktheid. De winst voor de derde in het verbond, de arts, is gelegen in de kansen op aanzien, inkomsten en de realisering van zijn beroepsidealën." (p.217) Deze incidentele gevallen van conflictbeheersing hadden op de langere termijn de uitbreiding van de medische bemoeienis tot gevolg en wat ik hier als medicaliseringsproces heb aangegeven.

Als we medicalisering zo invullen, dan werken aan ontmedicalisering? Ik denk vooralsnog door ons te houden aan wat wij op grond van onze medische kennis kunnen rechtvaardigen en door problemen die op het persoonlijke of intermenselijke vlak liggen, niet middels adviezen als medisch oplosbaar toe te eigenen of laten toedelen, maar de grenzen van de hulpverlening hierin duidelijk aan te geven. Daarnaast is het geen slechte ontwikkeling als er meer openheid komt in de discussie rond de waarde en de betrouwbaarheid van deze medische kennis. Maar het is vooral van belang meer kennis en begrip te verwerven van het medicaliseringsproces zelf, van de wisselwerking tussen patiënten, hulpverleners en overheid binnen de huidige maatschappelijke verhoudingen. Eigenlijk is de 'medicalisering' een nog te vaag, te breed en te weinig bestudeerde ontwikkeling in de samenleving om al als hulpverleningsinstelling te kunnen stellen dat je dat wilt (en kunt) tegengaan (11).

## Samenwerking, middel waartoe?

In een gestructureerd samenwerkingsverband, zoals Holendrecht, is het mogelijk over zaken als democratisering en medicalisering te praten en hierin een gezamenlijk standpunt in te nemen. Een redelijke overeenstemming in ideeën, een gezamenlijke ideologie, vormt het kader waarin samengewerkt wordt. Daarbij gaat

het niet alleen om een gezamenlijke uitvoering van de hulpverlening, maar ook om de vraag in welke richting de gezondheidszorg - en specifiek de eerste lijn en de gezondheidscentra - zich dient te ontwikkelen. In het eerder genoemde plan 'Nota Holendrecht' uit 1974 worden een aantal van deze ideeën beschreven. Samenwerking gold als het belangrijkste middel om te komen tot een integrale hulpverlening, wat een betere oplossing van de persoonlijke, lichamelijke en sociale vragen/problemen zou betekenen, dan in de traditionele hulpverlening tot dan toe het geval was.

Inmiddels, in 1985, zijn samenwerking en integrale hulpverlening tamelijk vervuilde begrippen geworden. Iedereen hanteert ze wanneer dat zo uitkomt, handelt ernaar of is dat van plan om te gaan doen. Dus wat is er nog zo speciaal aan een gezondheidscentrum als samenwerking en de idee dat 'de mens niet alleen een lijf is, maar gezien moet worden in relatie tot .... etc. etc.' gemeengoed is geworden?

Het is mogelijk dat er weinig verschil te constateren valt. Het is mogelijk dat patiënten elders ook op elkaar afgestemde voorzieningen treffen, en daar net zoveel invloed op kunnen uitoefenen. Het is mogelijk dat politici en ziekenfondsen net zoveel greep hebben op solisten en groepspraktijken om hun (bezuinigings)beleid door te voeren, als ze dat middels strakke richtlijnen hebben op gezondheidscentra. En het is mogelijk dat het werkers in gezondheidscentra vooral gaat om de voordelen van het dienstverband, de gezamenlijke verantwoordelijkheid, de wederzijdse ondersteuning in moeilijke hulpverleningssituaties, de gelijke gezindheid en de gelijkwaardige werkverhoudingen.

Het zou jammer zijn als dat laatste waar is, als samenwerking in gezondheidscentra een doel om zich geworden is, en niet langer een middel tot verbetering van de hulpverlening. Evenals voor democratisering en ontmedicalisering geldt dat er nieuwe vragen opgeroepen zijn wat betreft het doel van 'integrale hulpverlening'. De grootste hindernis hierbij lijkt mij de monodisciplinaire achtergrond van de professionele autonomie die iedere hulpverlener heeft. Het feit dat in Holendrecht werkmethodes, bijscholingen en werkopvattingen zo moeizaam multidisciplinair besproken worden en in verband gebracht met het doel integrale hulpverlening is daarbij illustratief.

Het is erg moeilijk de eigen beslissingsruimte prijs te geven en de eigen vooronderstellingen en grondslag

POLITIEK  
KWALITEIT

SLAG  
GEZONDHEIDSCENTRA

ONDERZ  
POLITIEK

GEZONDHEID  
PROFIE

van medische kennis ter discussie te stellen. Voor een wezenlijke onderlinge en multidisciplinaire toetsing en voor het ontwikkelen van een integrale hulpverlening is dit wel noodzakelijk. Juist vragen naar het doel en effect van verschillende methodes dienen gesteld te worden, vooral als bij éénzelfde categorie problemen - zoals psychosomatische klachten - iedere discipline, zelfs iedere hulpverlener een eigen aanpak heeft. Pas dan zijn we bezig de hulpverlening te verbeteren.

De hier geschetste mogelijkheden die gezondheidscentra hebben om de hulpverlening te verbeteren en zich ook bewust te zijn van hun maatschappelijke functie, houden tegelijkertijd een opgave in. Na een eerste periode van vernieuwing bestaat het reële gevaar van stilstand, blinde vlekken, eigen normen en waarden die steeds minder ter discussie gesteld worden. Het is de vraag of we nu reeds genoeg nemen met wat er bereikt is of dat we door willen gaan. Dat betekent nieuwe vragen stellen, leren van gemaakte fouten en ideeën durven veranderen, bij te sturen of los te laten. ••

#### NOTEN

1. Specialisten hadden topposities in ziekenhuizen en medische opleidingen. Zie voor dit laatste: Goudsmit J. *Anderhalff eeuw dokteren aan de arts*. SUA A'dam 1978.
2. Zola I.K. *De Medische Macht*. Boom Meppel 1973
3. Bertels M. *Kwaliteit in discussie*. OSA-6. Verkrijgbaar bij SISWO, O.Z. Achterburgwal 128, 1012 DT A'dam. 1983 p4.
4. Jaarverslag 1976 en voorlopige beleidsplannen Stichting Medische en Sociale Dienstverlening Holendrecht.
5. Een algemeen werker is degene, die voor de eerste opvang zorgt. Dat houdt onder andere in EHBO, bloeddrukmeting, laboratoriumonderzoek, afspraken regelen, voorlichting, begeleiding. Zij zijn de 'wegwijzers' in het centrum.
6. Zie voor meer voorbeelden: Redaktiekollektief A'dam. *Samenwerken aan ont-medicaliseren*. Verkrijgbaar bij de SOSEL Prinsengracht 547, 1016 HS Amsterdam. 1983.
7. De Swaan A. *De mens is de mens een zorg*. Meulenhoff A'dam 1982.
8. Zie 7.
9. Muller F. Ongelijke kansen op gezondheid. In: 37,5 *Gezondheid en Politiek*, april '85, pg. 22-25.
10. De Swaan A. *Het medisch regiem*.
11. Hoe de wisselwerking tussen patiënten, artsen en overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen zich in de afgelopen eeuw heeft ontwikkeld wordt beschreven in: Jaspers J.B. *Het medisch circuit*. Bohn, Scheltern & Holkema. Utrecht/Antwerpen 1985.

# De verstrengeling van kwaliteit en belangenstrijd

Discussies over de kwaliteit van "de medische zorg" werden anderhalve eeuw geleden ook al gevoerd. Opmerkelijk is, dat in de hedendaagse discussies vaak net zulke lacunes bestaan als destijds. Deze "lege plekken" in de kwaliteitsdiscussies geven heel precies aan waar het om draait: "een discussie over kwaliteit hangt altijd samen met een strijd om belangen".

Rien Heyne beschrijft als voorbeeld de ontwikkelingen in de verpleegkunde van de afgelopen jaren. Een verhaal van "vergeten" uitgangspunten, ideologische verdraaiingen en tegenvallende effecten voor de patiënten. L'histoire se repète.

**Rien Beyne**, docent filosofie aan de Academie voor Gezondheidszorg te Sittard.

Naarmate we in tijd meer afstand nemen van de democratiseringsbewegingen aan het einde van de zestiger jaren, wordt ons oordeel over de maatschappelijke effecten van deze beweging wat afstandelijker. In deze toenemende distantie wordt duidelijk dat er tenminste één zaak veranderd is: de manier waarop we praten en de voorwaarden waaronder we praten, bijvoorbeeld over de kwaliteit van de zorg. Het belang van deze veranderingen moeten we niet overdrijven. We moeten zeker niet doen alsof we pas -pak weg in het begin van de zeventiger jaren - met dergelijke discussies zijn begonnen. Er wordt al heel lang gepraat over kwaliteit van medische zorg. Bijvoorbeeld rond 1865 toen, nazo'n twintig jaar praten, een wet op het medisch onderwijs tot stand kwam. Wel is het

nuttig om veranderingen nauwkeurig te signaleren, en na te gaan of en hoe veranderingen in de wijzen van praten van invloed zijn op concrete maatschappelijke ontwikkelingen.

De discussie over de kwaliteit van medische zorg, zoals die ruim honderd jaar geleden werd uitgeveerd kenmerkt zich als volgt: de uitgangspunten waren vrij algemeen en vanzelfsprekend. Ze behelsden 'het belang van de patiënten', 'de status van de medische stand' en, in het bijzonder rond 1865: 'de kwaliteit van de medische opleiding'. Vanzelfsprekendheid van uitgangspunten heeft een groot voordeel: elke discussie lijkt overbodig. Het feit dat de uitgangspunten als vanzelfsprekend werden aanvaard, kan gezien worden als uitdrukking van een maatschappelijke ontwikkeling, die zich in d:

S~~~O~~~~~1)\\C'

ti~;~G~~~~~

~t~

tijd begint te profileren: artsen verwerven zich een monopoliepositie op het gebied van ziekte en gezondheid.

Hiermee

f-

zijn we bij de gevoelige plek aangekomen: een discussie over kwaliteit hangt altijd samen met een strijd om belangen. Volgens Jaap Goudsmit werd deze strijd voornamelijk gevoerd tussen de artsen en de overheid. Hij stelt de vraag: "De wet van 1865: een ommekeer voor wie?" De lezer wordt niet lang in het ongewisse gelaten. De inzet van de strijd is de positieverbetering van de artsen. Het resultaat van die strijd blijkt dubieus: *'Al deze omstandigheden maakten dat de wet van 1865 veel minder mogelijkheden bood om tot verbetering van de slechte gezondheidssituatie van het merendeel van de bevolking te komen, dan menigeeen had verwacht.'*(1) Het feit dat men een discussie voert over kwaliteit is dus op zich nog geen garantie dat er ook daadwerkelijk sprake zal zijn van kwaliteitsverbetering. Om dat te beoordelen moet men nagaan wie er van deze veranderingen profiteert. Een indicatie voor het beantwoorden van deze vraag ligt besloten in het antwoord op de vraag wie de deelnemers aan de discussie zijn en welke positie zij in die discussie innemen. In 1865 leidde de discussie tot een positieverbetering van artsen. Wat zal de huidige discussie over kwaliteitsverbetering opleveren?

## 'Leken' in discussie

De afgelopen tien á vijftien jaar zijn er diverse nieuwe impulsen gegeven aan de discussie over de kwaliteit van de medische zorg. Een belangrijk verschil met de voorgaande discussies is dat zich nu meer partijen in de strijd mengen. Werd de discussie honderd jaar geleden tussen artsen en overheid gevoerd, nu spreken ook verpleegkundigen en paramedici, zelfs patiënten of 'gebruikers' lijken mondig te worden. Dit is belangrijk omdat deelnemen aan een woordenstrijd rondom kwaliteit van zorg niet te vergelijken is met een spelletje 'op zoek naar de schat'. Kwaliteitscriteria liggen niet ergens in het verborgene te wachten tot de slimste zoeker of de diepste graver ze ontdekt. Kwaliteit en kwaliteitscriteria zijn relatief; ze zijn gerelateerd aan het standpunt dat betrokkenen innemen. Artsen, verpleegkundigen, paramedici en patiënten hebben derhalve hun 'eigen' kwaliteit. Sterker nog: ook deze vier groeperingen vallen uiteen in verschillende groepjes met eigen opvattingen over kwaliteit. Praten over 'kwaliteit', met name in de gezondheidszorg, is ideologisch zeer besmet. Maatschappelijke



Foto: Ine van den Broek

gebeurtenissen hebben in deze discussie altijd een belangrijke sturende werking. Een eeuw geleden was dat de opkomst van de medische stand, in het kielzog van allerlei wetenschappelijke en andere maatschappelijke ontwikkelingen. Nu ligt die zaak anders: Wetenschappen worden - althans in diverse discussies - gerelativeerd, artsen hebben - althans op papier - geen monopoliepositie meer in de gezondheidszorg. Economische overwegingen leiden er toe dat wij kwaliteit van de gezondheidszorg opnieuw aan de orde te stellen. Had de overheid in de vorige eeuw nog één groepering als tegenspeler, nu ziet ze meerdere groeperingen tegenover zich. Maar of er sprake zal zijn van een reële afweging en of het maatschappelijk effect een andere zal zijn, hangt met name af van de vraag of

de groeperingen er in zullen slagen daadwerkelijke invloed uit te oefenen. Bij wijze van voorbeeld wil ik nagaan hoe de kaarten liggen voor de verpleegkunde:

## "Lege plekken"

In het geheel van de gezondheidszorg neemt de verpleegkunde een specifieke plaats in. De ontwikkelingen binnen de verpleegkunde vertonen een nauwe samenhang met de democratiseringsbeweging. De vrouwenemancipatie belicht de positie van de vrouwelijke verpleegkundige, al kan dit niet verhinderen dat juist in dezelfde periode het aantal mannelijke verpleegkundigen in leidinggevende posities toeneemt. Of men dit positief kan herformuleren als een bijdrage aan de emancipatie



van de verpleegkundige beroep is een pikante vraag. Als man zou ik die vraag niet zonder te blozen bevestigend durven beantwoorden. Verder streven verpleegkundigen er naar hun beroep te professionaliseren door het te profileren ten opzichte van andere werkers in de gezondheidszorg, met name de medici. Ze willen een eigen terrein veroveren. De discussie over de verhouding van artsen en verpleegkundigen is ook in dit blad aan de orde geweest; de visie van 'de verlengde arm' en dubieuze constructies als 'autorisatie' worden aangevochten. Spijker en van Gemert hebben al eerder kritische kanttekeningen geplaatst bij de manier waarop men het beroep van de verpleegkundige wil professionaliseren. Zij wijzen op de tweeslachtige houding die men aanneemt ten aanzien van het zorg-element: ideologisch scoort het hoog, maar maatschappelijk gezien levert het uiteindelijk vrij weinig waardering op en de financiële beloning is schamel. Als men dit poogt te compenseren door het beroep verder te agogiseren of eenzijdig in een medische/technische richting te ontwikkelen, raakt men volgens deze auteurs nog verder van huis(3).

Al deze ontwikkelingen vinden hun neerslag in de literatuur van de afgelopen tien jaar. Wanneer in de ontwikkelingen ambivalenties en inconsequenties zijn aan te wijzen, moeten deze in de discussies als inconsequenties en ideologische verdraaiingen terug te vinden zijn. Ter illustratie van dit laatste enkele opmerkingen over kwaliteitsdiscussies in de verpleegkunde.

Eén van de eersten die dit onderwerp in Nederland aan de orde stelde was mevr. J.M.Th. van Maanen met artikelen in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging, *Metamedica* en *Medisch Contact*(4). Nog afgezien van het globale karakter van haar betoog, ondermijnt ze datgene wat ze wil zeggen door te stellen, dat er geen sprake zou kunnen zijn van een juiste omschrijving van wat verpleegkunde inhoudt, noch van enige juiste criteria. Van Maanen tilt daar niet zo zwaar aan: *'als men maar open staat voor verbeteringen'*. Na het voorgaande ligt de vraag: *'verbeteringen voor wie?'* voor de hand. Hij wordt niet gesteld en het antwoord wordt niet eens geïntendeerd. Er is een 'lege plek' in het betoog. Het probleem ligt niet in wat men schrijft, of zegt, maar in datgene wat men 'vergeet'; daar manifesteert zich het ideologische karakter(5). De veronderstelde 'vanzelfsprekendheid' waarmee men de vraag voorbij gaat, is kenmerkend voor de ideologie. Dit 'vergeten' leidt er toe dat het reële effect een ander

is dan het in de literatuur bedoelde effect. Net als honderd jaar geleden leidt het praten over verbetering van kwaliteit tot versterking van gevestigde posities. Immers het feit dat er veel moois is geschreven over kwaliteitsverbetering, is nog geen garantie dat die ook inderdaad plaatsvindt.

## Kwaliteitsprofiel

In hoeverre vormen veel gelezen publicaties over verpleegkunde een bijdrage voor een reële kwaliteitsverbetering? Nadat B. van Bergen en L. Hollands in 1975 een profiel van de verpleegkundige het licht hadden doen zien (6), komen zij twee jaar later, samen met H. Nijhuis met een meetinstrument om de verpleegkwaliteit te meten, een zogenaamd kwaliteitsprofiel (7). Zij stellen dat het verpleegkundig beroep zich kenmerkt door een streven naar continuïteit en coördinatie van patiëntgerichte zorg. In deze zorg zijn een agogisch en instrumenteel-technisch aspect te onderkennen. Beide aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hierbij tekenen zij aan dat *'patiëntgericht bezig zijn'* betekent dat aan een patiënt zoveel mogelijk zelfstandigheid en zelfverantwoordelijkheid gegeven wordt. De kern van het boekje bestaat uit een vragenlijst aan de hand waarvan men de kwaliteit van de geboden zorg kan meten. Bij dit werk vallen enkele kanttekeningen te plaatsen. Allereerst is het misleidend te stellen dat verpleegkundigen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid aan patiënten geven. Patiënten hebben zelfstandigheid en verantwoordelijkheid en verpleegkundigen hebben dat te respecteren. De formulering van van Bergen en Hollands leidt in de praktijk gemakkelijk tot schijnvragen in de trant van 'hoever moeten verpleegkundigen daar in gaan?' Alsof het aan de verpleegkundigen is de grenzen van de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van patiënten te bepalen.

Een ander punt is nog belangrijker en heeft weer te maken met wat 'vergeeten' wordt, met een 'open plek' in hun betoog. Zo wijzen ze er wel op welke belangen verpleegkundigen hebben bij een kritische evaluatie van verpleegkundige zorg. Ze kunnen er bijvoorbeeld argumenten aan ontleenen om verdergaande bezuinigingen op de verpleegkunde tegen te gaan. Maar dan zou het toch logisch zijn als men ook heel nadrukkelijk zou ingaan op de vraag hoe men bereikt dat er met een dergelijk kwaliteitsprofiel gewerkt wordt!

Ook bij Koene, Grydonk, Rodenbach en Windey staat kwaliteitsverbetering van de verpleegkunde centraal. Bij hen staat het begrip integre-

rende verpleging voorop, waarmee onder meer aangeven dat aan dege die verpleegt de verantwoordelijkheid gegeven wordt voor het tota van de verpleegkundige zorgen v de patiënt(8). Hoewel zij in de iniding schrijven dat het boekje nie opgezet als een handleiding voor invoering van integrerende verplee kunde, hebben ze er toch een hoc; stuk aan gewijd. Immers, aldus auteurs, er kunnen wél richtlijn. gegeven worden en bakens uitge. worden. In dit opzicht gaan ze c een stap verder dan van Bergen Hollands. Maar ook hier geldt we. het ideologische karakter ligt r. zozeer in hetgeen ze schrijven bes, ten, als wel in hetgeen ze 'vergete'. Volgens Koene c.s. is een eerbelangrijke fase dat de ziekenhuis' antwoordelijken tot een gemet. schappelijke probleemformuler. komen, die uiteindelijk zal leiden de invoering van het systeem v integrerende verpleegkunde. M. 'men', met name de verpleegkunt maar afwachten of en wanneer de verantwoordelijken een keer op f idee komen om zoiets als integ. rende verpleging in te voeren? He. de geschiedenis niet geleerd dat ; moeilijk is invloed op het results uit te oefenen als anderen het vo. touw nemen? Als verpleegkundig belang hebben bij verbetering van kwaliteit van verplegen, dan zul. zij van meet af aan het heft in hane moeten nemen. ~

Hiermee zijn we aan het laat. knelpunt beland. Terwijl het eno. belangrijk is dat verpleegkundig. gezamenlijk opkomen voor l. ; belangen is de organisatiegra. minimaal. De 'open plekken' in literatuur hebben hun parallel in praktijk: verpleegkundigen vorm. nauwelijks een georganiseer. macht, die in staat is datgene v. over kwaliteitsverbetering. geschreven in praktijk te breng. Als hierin geen werkelijke veranc. ring komt dan is te vrezen dat r. resultaat van al het geschrift o. verbetering van kwaliteit niet wez. lijk zal verschillen met vroeg. gevestigde posities worden verste. en de historicus kan achteraf eens. teren dat de discussie over qualitei. verbetering *'...veel minder moqeli. heden bood om tot verbetering van slechte gezondheidssituatie van ; merendeel van de bevolking te kon. dan menigeen had verwacht'*(1) . . .

TRD  
TF  
~'OT.~~//~~~ O~~(js~~\t'O~~C)\9s~G.  
~t//l~,~1)~C ~~~~l~~~

# Evalneren In Amsterdam

De ziekenfondsraad zal eind van dit jaar zijn oordeel vellen over de investeringen van het Amsterdamse ziekenfonds in het ontwikkelingswerk in de Zuid-Oostlob bij Amsterdam (Bijlmermeer). Het ziekenfonds Amsterdam en omstreken (ZAO) heeft daar sinds 1974 meer dan 1 miljoen geïnvesteerd om tot nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg te komen. Ook in andere steden als Almere, Maastricht en Rotterdam is veel geïnvesteerd in vernieuwingen van de gezondheidszorg. De ziekenfondsraad wil nu gaan bekijken in hoeverre de verzekeringsgelden werkelijk hebben bijgedragen aan zinvolle beleidsvorming en verandering van de zorg.

In dit verband is cruciaal, welke criteria de Raad zal hanteren. Eigen maatstaven heeft zij nog niet ontwikkeld. Kunnen aan het overheidsbeleid criteria worden ontleend of is er op dit terrein, slechts sprake van een "zwart gat". Laurent van der Maesen werpt op deze kwestie enig licht, een voorafschaduwing van een uitvoeriger artikel in een volgend nummer.

In ieder geval zal de uitkomst van de evaluatie het belang van de Zuidoostlob verre overstijgen. Zij zal maatgevend zijn voor de rol die de ziekenfondsen willen en kunnen spelen bij andere experimenten in de gezondheidszorg.

Laurent J.G. van der Maesen, is werkzaam bij de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) te Amsterdam.

## Om de toekomst van de zorg.

De ziekenfondsraad zal eind van dit jaar zijn oordeel vellen over de investeringen van het Amsterdamse ziekenfonds in het ontwikkelingswerk in de Zuidoostlob bij Amsterdam. Het ziekenfonds heeft daar sinds 1974 grote sommen gelds geïnvesteerd om er tot nieuwe verhoudingen binnen de zorgverlening te geraken. De bijdragen hebben de somma van één miljoen gulden overschreden. De Ziekenfondsraad bekijkt of de verzekeringsgelden werkelijk hebben bijgedragen aan zinvolle *beleidsvorming* en *innovatie* van de zorg.

In dit verband is cruciaal, welke criteria de raad hanteert. Kunnen aan het overheidsbeleid maatstaven worden ontleend? De uitkomst van de evaluatie zal het belang van de Zuidoostlob verre overstijgen; zij zal maatgevend zijn voor de rol die de ziekenfondsen in andere regio's willen en kunnen spelen.

## Gezondheidszorg bij beperkte middelen

De basisopties van het huidig overheidsbeleid zijn als volgt te karakteriseren: de totale kosten van de gezondheidszorg moeten omlaag én de intramurale zorg moet ontlast worden bij gelijktijdige *versterking* van de *eerste lijn*. Let wel: die 'versterking' is slechts in financiële termen gedefinieerd! Op deze versterking vooruitlopend heeft de Ziekenfondsraad medewerking verleend aan een jaarlijkse volumegroei van 4% voor het kruiswerk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De ziekenhuiswereld wordt in toom gehouden door een bevrozing van haar budgetten, de beddenreductie en het stellen van een bouwplafond. Gemakshalve laat de regering echter twee belangrijke *groeifactoren* van de intramurale zorg ongemoeid: het ver-

richtingenstelsel van de specialisten en de voortgang van de medische technologie.

Maar wat verandert er nu precies? Is het resultaat van deze financiële maatregelen, nu een betere hulpverlening, een zinnigere afstemming op 'behoeften' en een redelijker honorering? Hierop is alleen te antwoorden als we de maatregelen leggen naast *inhoudelijk* gefundeerde beleidsopties. Helaas, we vonden nimmer een document, waarin, de 4% volumegroei van kruiswerk en AGGZ aan de hand van inhoudelijke noties wordt gerechtvaardigd. Evenmin worden ergens de gevolgen van budgettering van inhoudelijke noties voorzien. Iedereen mag gissen naar de reden, waarom de verrichtingen van specialisten niet aan banden zijn gelegd. In de regeringsdocumenten van de afgelopen vijf jaar is geen woord te vinden over de *machtsposities* in de productieverhoudingen binnen de gezondheidszorg ...

## Grote experimenten

Naast de Amsterdamse Zuidoostlob kennen we in Nederland nog drie regio's, waar met grote financiële offers pogingen zijn ondernomen, de maatschappelijke organisatie van de gezondheidszorg te veranderen. Het zijn de regio Maastricht, de stad Rotterdam en het jonge Almere.

### Amsterdam

In de Zuidoostlob heeft de progressieve eerstelijnsbeweging in 1974 een vaste voet aan de grond gekregen. Met behulp van het toen reeds gevestigde ontwikkelingsinstituut is een netwerk van zelfstandige samenwerkingsverbanden opgebouwd. De regionale maatschappelijke dienstverlening werd gedemocratiseerd en vóór de komst van de RIAGG's werd er al een regionale ambulante geestelijke gezondheidszorg opgebouwd. Ron Helsloot beschreef al eerder in dit tijdschrift, deze ontwikkelingen en de negatieve gevolgen van het openen van het AMC hierop".

### Maastricht

In Maastricht vindt een miljardenoperatie plaats. Er is een medische faculteit opgericht, die de opdracht heeft meegekregen de regionale gezondheidszorg te vernieuwen, onder meer met behulp van experimenteel onderwijs en onderzoek. De extramurale gezondheidszorg zou afgestemd worden op de werkelijke behoeften. Er werden experimenten gestart op het kruispunt van de intramurale gezondheidszorg. De ziekenfondsen in Zuid Limburg

gaven te kennen een concrete bijdrage te willen leveren aan de structurele verandering van de extramurale zorg. Internationale contacten verleenden het experiment een verderstrekkende betekenis. Dat dit alles allerminst van een leien dakje gaat, moge blijken uit de bijdrage van Richard Starmans in dit nummer.

## Rotterdam

In Rotterdam is sinds 1975 onder een sociaaldemocratisch gemeentebestuur een nieuw beleid van kracht. De lokale overheid poogt de planning, de coördinatie en waar mogelijk ook de financiering van de gezondheidszorg naar zich toe te trekken. Kwaliteitsverbetering en democratisering

zijn hiervan volgens het gemeentebestuur een logisch gevolg. De stad is inmiddels vermaard om de overstelende productie van nota's over dit thema. Dick Kaasjager kritiseerde het gebrek aan inhoudelijk gemeentebeleid in Rotterdam al eerder in dit tijdschrift.<sup>2</sup>

## Almere

In Almere heeft het Rijk besloten de intra- en extramurale zorg organisatorisch en financieel-technisch te integreren. Almere moet de eerste regio worden, waarin de financiële opzet van de zorg tot een logisch geheel uitgroeit. Hiermee zou de weg voor kwalitatieve verbeteringen vrijgemaakt zijn.<sup>2</sup> Sinds 1983 participe-

ren de ziekenfondsen in het ontwikkelingswerk te Almere. Gelden, binnen de intramurale zorg werd bezuinigd, mochten al in 1985 binr de extramurale zorg worden bestee

## SISWO-Folia

De vier regio's bieden interessat aankoopingspunten om het del over de toekomst van de zorg te vren. Het Rijk is op gevarieerde wi, bij de experimenten betrokken. Me noch belanghebbenden, noch buite staanders kunnen enig zicht krijg op de verschillen en overeenkomst tussen de regio's, laat staan op implicaties hiervan.

SISWO heeft sinds 1974 zo

# DE wil van DE patiënt

Hulpverleners zeggen niet dat het niet goed voor deze mevrouw is om over haar kanker te praten, ze zeggen dat ze het eigenlijk niet wil. Ze wil het niet, want anders zou ze wel signalen geven. Ze wil het niet, want anders zou ze de subtiële wending in hun stemmen wel gehoord hebben, toen ze zeiden: 'ik geloof toch niet dat het helemaal in orde is, mevrouw'. En dan zou ze er wel over begonnen zijn, zelf, dan zou ze wel gevraagd hebben: 'is het kanker, dokter?' Want als mensen iets willen weten, dan vragen ze ernaar. Nee, natuurlijk zouden zij dat onmiddellijk in de gaten hebben gehad, als ze er naar had willen vragen. Nu hebben ze haar maar naar huis laten gaan. Moet ze over tien dagen nog maar eens komen, eens zien, zeggen ze, of ze er dan aan toe is de waarheid te horen.

Vroeger wisten de dokter en de zuster wat goed was voor de mensen. De arts en de verpleegkundige van tegenwoordig zijn daar niet altijd meer zo zeker van. Zijn medicijnen beter dan een dieet? Is een dieet beter dan medicijnen? Is opname in een verpleegtehuis nodig omdat anders heel de familie instort? Of is er niks wreders dan iemand daar te laten sterven? Afen toe lijkt het erop alsof de uitweg uit veel van dergelijke dilemma's gezocht wordt in de patiënten. Of, om precieser te zijn, in de wil van de patiënten. Voor iemand doen wat die iemand wil: daar kan toch geen kwaad in steken? Hoe kun je het verwaait serieus blijven nemen dat je mensen zou onderdrukken, disciplineren, medicaliseren als je niet meer en niet minder doet dan wat die mensen van je willen?

Je moet allicht wel weten wat ze willen. Daar moet je om te beginnen achter komen. Het goede arts-patiënt-gesprek heeft niet meer in de eerste plaats de bedoeling een ziekte te diagnosticeren, maar moet 'de hulpvraag' boven tafel krijgen. De moderne hulpverleners adviseren elkaar altijd na te gaan: 'wat wil deze patiënt hier en nu van mij?' Daar valt een hoop voor te zeggen.

Maar toch.

Ik vraag me toch af of het aanroepen van 'de wil van de patiënt' garandeert dat er niet meer over patiënten heengewalst wordt. Ik ben bang van niet. Bijvoorbeeld: hoe kom je erachter wa iemand 'eigenlijk wil'? Je kunt iemand niet eerst vragen: 'wi u weten dat u dood gaat?' De wil wordt dan ook vaak 'ingescha' en wel door het gedrag te lezen. Net zoals men om de diagnose te stellen symptomen leest als tekens van de ziekte die er 'achter' zit, worden bewegingen, oogopslag ende hoogte van iemands stem gelezen als tekens van de wil. Wat precies d relatie is tussen tekens en wil dat leert de ervaring. Tot verstandige 'inschattingen' komen is een kwestie van mensenkennis. Maar wat is dat: 'mensenkennis'? Welke huis-tuin-en-laboratorium-praatjes maken er deel van uit? D kans is groot dat iemand een of ander wil krijgt toegedicht, omdat ze nu eenmaal 'ex-verpleegster', 'boerin' of 'turkse schoonmaakster' is. Mensenkennis is vaak een - al dan niet uitgebreide - verzameling stereotyperingen.

Ik heb een tweede bezwaar: Wat zijn eigenlijk de alternatieve waartussen gekozen mag worden? Wat valt er te willen? He is prettig om zelf te mogen kiezen tussen pil, pessarium, spiraal en condooms, maar 'wat de patiënt wil' is misschien heel iel anders. Het absoluut betrouwbare, onschadelijke en niet hinderlijke voorbehoedmiddel, bijvoorbeeld. Helaas; dat bestaat nog steeds niet.

De keuzemogelijkheden zijn dikwijls nogal beperkt. Wat gebeurt er dan ook als de dokter vraagt: 'en meneer, wat denkt u er zelf van?' 'Zegt u het maar, dokter,' verzucht de meneer die eigenlijk een aanvulling op zijn AOW wil om een vakantie te kunnen betalen en bovendien graag de kinderen wat vaker op bezoek. En de dokter is verbaasd over dat 'zeggeth maar': wat een gebrek aan eigen wil!

Ik houd er dus niet zo van als hulpverleners suggereren dat er in hun praktijk allang gebeurt 'wat de patiënt wil'. Dat kan niet waar zijn.

bestuurlijk als theoretisch bijgedragen aan het ontwikkelingswerk in de vier regio's. Door haar binding met de Zuidoostlob is ze betrokken bij de onderhandelingen met de Ziekenfondsraad. Ze stelde de vraag, met behulp van welke criteria de raad de redelijkheid zou vaststellen van de bijdrage van de ziekenfondsen aan het ontwikkelingswerk. Door gebrek aan informatie over wat in de vier regio's feitelijk tot stand is gebracht, kan de raad hierop geen antwoord geven. Daarom is afgesproken dat SISWO een poging zal wagen het ontwikkelingswerk in de vier regio's vergelijkenderwijs te typeren. De opzet van de verkenning van de regio's is de pogingen ter verandering van de gezondheidszorg in kaart te brengen

en een landelijk debat uit te lokken over de betekenis van ontwikkelingsinstituten en de rol van de ziekenfondsen hierbij.

In de herfst van dit jaar publiceert SISWO Vier Folia. In het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek zullen we de kern ervan weergeven.

Het kan een bijdrage zijn aan het ontwikkelen van criteria voor de zorg en aan het weer meer op de voorgrond plaatsen van het thema van de progressieve eerstelijnsbeweging.. uit de jaren zeventig: de verandering van de maatschappelijke organisatie van de gezondheidszorg, gegeven een ander zicht op menselijke verhoudingen en problemen ..

#### NOTEN

1. Ron Helsloot: Het ziekenhuis ziet de wijk niet zitten; Einde van een zorgexperiment, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, juni '84, 6-9.
2. Dick Kaasjager: In de politieke houdgreep; gezondheidscentrum in Rotterdam, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, oktober '84, 32-35.
3. Ron Helsloot: Experimenten in Almere; op het kruispunt van twee lijnen, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, september '83, 6-11.

Zie ook thema "Het belang van de patiënt" in het volgende nummer.

De zorg heeft niet alleen een heden, ook aan haar toekomst wordt gewerkt. Een van de manieren waarop er aan die toekomst gewerkt wordt is het 'plafond'. Daarin speelt tegenwoordig de wil van de patiënt ook een rol, of, om precies te zijn, de collectieve wil van alle patiënten samen. Dat betekent niet dat de ziekenfondsen gedemocratiseerd worden en de betalers van de gezondheidszorg ook aan de geldkraan gaan zitten. Wel zijn er telkens één of twee zetels voor 'de patiënt' beschikbaar in adviesraden en -commissies. Vanuit die zetels mag de collectieve wil van de patiënten worden afgekondigd. De betrokken patiëntengroepen en organisaties moeten maar zorgen dat die ene wil er komt. Lukt het ze niet compromissen te sluiten, dan is de patiënt besluiteloos en wil blijkbaar niks. Lukt het ze wel dan blijft het nog afwachten of de moeite van het vergaderen wordt beloond. Sommige mensen zijn behalve patiënt immers ambtenaar, werkgever of KNMG-bestuurster en zitten in die hoedanigheid in adviesraden en commissies - of volgen in die hoedanigheid de adviezen van anderen gewoon niet op.

De toekomst van de zorg wordt niet alleen bepaald door organisatie-plannen, maar ook door de ontwikkelingen van de techniek. Welke 'keuzemogelijkheden' hebben patiënten en hulpverleners binnenkort? Welke technieken zullen er dan zijn: die waar de blote-voeten-dokters om verlegen zitten of opvolgers voor de NMR-scan? Bij het antwoord op dergelijke vragen speelt geld een sleutelrol. Philips, Ciba-geigy en de specialisten zullen hun best doen om technieken te ontwikkelen waar een markt voor is. Even kan dat aardig lijken: als er een markt voor iets is, zijn er blijkbaar patiënten die het willen betalen. Stuur de wil van de patiënt (om te betalen) dan op zijn minst de toekomst van de techniek? Ach nee, zo simpel is het niet. Om te beginnen worden beslissingen om iets te betalen in een verzorgingsstaat als de Nederlandse niet door losstaande 'autonome individuen' genomen. Er is geen sprake van 'huishoudens': die de kosten van crêches, fruit en

harttransplantaties tegen elkaar afwegen. Er zijn ziekenfondsen en particuliere verzekeringen, er is een Centraal Orgaan, Tarieven Gezondheidszorg, er zijn budgetteringscommissies en stafvergaderingen en ga zo maar door. Wat er betaald wordt hangt af van ingewikkeld bureaucratisch gekonkelefoes. Dat er in Nederland telkens nieuwe snuffjes verkocht kunnen worden heeft betrekkelijk weinig te maken met wat 'de patiënt wil'.

Bovendien: zelfs daar waar marktmechanismen wel werken, betekent dat nog niet 'dat er technieken ontwikkeld worden waar patiënten 'en masse' op zitten te wachten. Dan komen er immers enkel die apparaten, geneesmiddelen en ingrepen waar patiënten met geld geld voor over hebben. En patiënt met geld, dat is in deze wereld beslist niet iedereen.

De manier waarop er in dagelijkse zorgpraktijken en in het gevecht om de toekomst van de zorg verwezen wordt naar 'de wil van de patiënt' is irritant. Irritant omdat er vaak maar naar die wil geraden wordt en omdat het niets zegt over wat er eigenlijk te willen en te kiezen valt. Irritant omdat daarmee onder tafel verdwijnt wat allerlei andere betrokkenen eigenlijk willen en omdat bovendien de rol van het geld wordt verdonkeremaand.

Voorlopig, denk ik, kunnen we maar beter niet voorop stellen wie er iets wil. Daarmee komen we immers niet toe aan een andere, even belangrijke vraag: watten willen? Hoe kunnen we daarover praten? Misschien zit er niks anders op dan het opnieuw te gaan hebben over 'wat goed is voor de mensen'. Met één verschil: het is geen speciale taak van hulpverleners, ambtenaren en industriëlen om die vraag te beantwoorden. (Wij) patiënten zullen het er onderling over moeten gaan hebben wat goed voor ons is. Hoe is het leven goed, en hoe kan zorg daar een niet al te lastig en niet al te groot deel van uitmaken?

Amaëmarie Mol

# Hoe doen fys

De gezondheidscentra worden momenteel financieel doorgeleerd door de Ziekenfondsraad. Wordt er kwalitatief goede waar geleverd voor het dure geld? De aanval is de beste verdediging, moeten de fysiotherapeuten in de Amsterdamse centra hebben gedacht. Samen met een onderzoeksteam concretiseerden zij de ambitieuze uitgangspunten in één aantal onderzoekbare 'kwaliteitsaspecten'. Het bleek niet eenvoudig en de discussies tussen onderzoekers, fysiotherapeuten en de begeleidingscommissie waren niet van de lucht. Wat men onder kwaliteit verstaat blijkt veelal samen te hangen met de positie waarin men verkeert. Zo schermden de fysiotherapeuten zich bij voorbaat af tegen mogelijke kritiek op de resultaten van hun werk, door het onderzoek vooral te willen richten op hun werkwijze en veel minder op de resultaten daarvan. De onverwacht tegenvallende rol van samenwerking in het werk deed veel stof opwaaien bij de therapeuten en in de commissie. Gelukkig leveren de fysiotherapeuten hun werk af tegen minder kosten dan hun vrij gevestigde collega's. Bovendien wordt er bespaard op de kosten van verwijzingen naar de tweede lijn.

Cor van Dijkum en Louwrens ten Brummeler presenteren de uitkomsten en beschrijven de voetangels en klemmen die zij tijdens het onderzoek tegen kwamen.

De gezondheidszorg in Nederland raakt in een nieuwe fase van ontwikkeling. In de jaren zestig konden steeds nieuwe gebieden worden toegevoegd aan die zorg. In de jaren tachtig worden echter grenzen gesteld aan de groei, kijkt men kritisch naar de resultaten van de groei en moet er binnen een krappe financiële speelruimte worden gepland. Het uur van de waarheid lijkt aangebroken. Alle vormen van zorg staan onder druk te bewijzen dat zij waar voor hun geld leveren. Overbodige franje wordt gesaneerd en vooral nieuwe vormen van hulpverlening lopen gevaar.

Een vorm van hulpverlening die daarbij onder vuur genomen wordt is de fysiotherapie. Het aantal fysiotherapeuten is in de afgelopen jaren fors toegenomen, zozeer zelfs dat de overheid een stop op de vestiging heeft afgekondigd. De uitgaven voor de ziekenfondsen per verzekerde zijn voor fysiotherapie méér gestegen dan voor enig andere discipline in de gezondheidszorg. Tussen 1972 en 1982 stegen de kosten voor fysiotherapie met 443%, terwijl dat bijvoorbeeld voor de huisartsenhulp 105% was, bij specialistische hulp 215% en bij tandartsenhulp 215%.

Ook de vernieuwingen in de gezondheidszorg, met name in de eerste lijn, staan onder druk de beloften

uit de jaren zestig en zeventig weer te maken. Een zorg die dichter bij patiënt staat zou effectiever en efficiënter zijn; de patiënt zou behulp krijgen; de samenleving minder te kampen krijgen met uit hand gelopen zorg. De financiers van die zorg (ziekenfondsen en overheid) willen nu echter wel eens zien of de pretenties waar gemaakt worden. Het is een voorschot op deze evaluatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is de Ziekenfondsraad bezig de financiering van de gezondheidscentra te saneren. Met name de Amsterdamse Centra moeten het daarbij ontgelden; zij hebben het volgens sommigen in de Ziekenfondsraad wel heel behaald.

Het is duidelijk dat de fysiotherapeuten in de Amsterdamse Centra de knel dreigen te raken. Immers jaren lang prijken er op de begroting van de gezondheidscentra tekorten als gevolg van een andere uierking van de fysiotherapie. In tegenstelling tot veel vrijgevestigde fysiotherapeuten, steekt men in de Centra veel in samenwerking. Niet alle tijd die fysiotherapeuten aan samenwerken besteden kan gedeclareerd worden bij de ziekenfondsen. Om de salarissen van de fysiotherapeuten dan te bekostigen moet er geld bij. Als de begrotingen van de Amsterdamse Centra gesaneerd worden dan zal

Belangrijkste resultaten van het evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam.

#### bereikbaarheid

- de fysiotherapie is makkelijk toegankelijk
- het "spreekuur" functioneert als drempel of "zeef" voor de behandeling
- gemakkelijke toegankelijkheid leidt niet tot een onterechte en hoge consumptie van hulpverlening

#### herkenbaarheid

- uitleg over functie en werkwijze van de fysiotherapie in het algemeen gebeurt in mindere mate; de fysiotherapeuten verduidelijken vooral wat zij bij de actuele klacht te bieden hebben

#### integrale hulp

- de fysiotherapeuten hanteren een integrale benadering
- bij de hulpvragers ontstaat vermeerdering van inzicht in de lichamelijke oorzaken van de klacht en het verband met werkomstandigheden
- het belang van gestructureerde samenwerking kan niet exact worden aangetoond

#### buurtgericht werken

- het buurtgericht karakter komt in de individuele hulpverlening niet duidelijk tot uitdrukking

#### tegengaan van individualisering

- groepsgerichte aanpak is als alternatief voor individuele behandeling nauwelijks aanwezig

#### preventief werken

- bij de helft van de hulpvragers heeft uitleg over lichamelijk functioneren en relatie met factoren uit leef- en werkomgeving ertoe geleid dat zij méér eigen mogelijkheden zien om de klacht te voorkomen

#### ontmedicalisering

- de werkwijze van de fysiotherapeuten is duidelijk gericht op ontmedicalisering

#### zelfstandigheid bevorderen

- in de meeste gevallen zijn grotere mogelijkheden geschapen voor zelfstandigheid van hulpvragers



# therapeuten het?

## Kwaliteit van het werk onderzocht

**Louwrens ten Brummeler**, onderzoeksdeskundige  
**Cor van Dijkum**, beleidsdeskundige

men daar het eerste aan kunnen denken. De fysiotherapeuten van de Amsterdamse Centra moeten maar weer gaan werken zoals 'normale fysiotherapeuten' werken, dat is immers goedkoper.

Gelukkig dat de fysiotherapeuten van die Centra zich al eerder bezonnen op hun situatie. Al in 1982 vroegen zij zich af hoe het met de kwaliteit van hun werk stond. Zij vonden dat de tijd gekomen was om te onderzoeken wat de resultaten waren van de vernieuwingen in de fysiotherapeutische hulpverlening. Wat kwam er terecht van hun pogingen om bij de behandeling met meer dan alleen lichamelijke factoren rekening te houden? Werd daarmee de hulpvrager beter geholpen en daarmee zijn zelfstandigheid bevorderd? En hoe afhankelijk was dat van het feit dat men in gezondheidscentra opereerde?

Kortom: de fysiotherapeuten wilden hun pretenties aan een kritisch onderzoek onderwerpen. Zij gingen in het offensief om het dreigende tij van bezuinigingen te keren en waar mogelijk om te buigen tot maatregelen waar de gezondheidszorg werkelijk iets aan had, namelijk maatregelen ter verhoging van de kwaliteit.

Voor het onderzoek werd door het Onderzoekspatform van de Amsterdamse Centra (OSA) een team samen-

gesteld waarin zaten: een sociologe (Marieke Bertels), een arts (Jan van der Mannen), een econometrist (Rob Giebels) en ondergetekenden (respectievelijk in de hoedanigheid van onderzoeks- en beleidsdeskundige). Wij waren in het bijzonder in het onderzoek geïnteresseerd omdat wij ons op meerdere plaatsen bezig houden met het onderzoeken van de kwaliteit van de hulpverlening in de eerste lijn. Ook wij waren benieuwd in hoeverre de fysiotherapeuten de pretenties waar konden maken.

### START

Het ging om de evaluatie van de kwaliteit van de zorg. Alle partijen in de gezondheidszorg hebben daar een boodschap aan. Uiteraard wanstouwen sommigen de Amsterdamse vernieuwers en hun pogingen het werk te verdedigen, maar met name het Ministerie van Volksgezondheid wilde een *zakelijke* discussie over de kwaliteit van het werk van de Amsterdamse fysiotherapeuten bevorderen. Zij vond een evaluatieonderzoek een goed werktuig om betrouwbare informatie aan te voeren voor die discussie. Het Ministerie financierde daarom het voorgestelde onderzoek. Zij fourneerde tevens gelden voor het dekken van de tekorten waar de Ziekenfondsraad niet meer

#### democratisering

- de fysiotherapeuten betrachten wat betreft informatie van en overleg met andere hulpverleners zorgvuldigheid en openheid naar hulpvragers
- "het democratische zit er wel in, maar nogal soft." Eigenlijk bepalen de fysiotherapeuten zelf wat er gebeurt, ze brengen het alleen wat vriendelijker..

#### kennisoverdracht

- de fysiotherapeuten geven veel uitleg, in begrijpelijke taal en zondig met behulp van illustraties

#### methodisch werken

- in de spreekuurcontacten is een gestructureerde aanpak duidelijk herkenbaar
- tijdens de behandeling blijken de fysiotherapeuten in een kwart van de gevallen het behandelplan bij te stellen
- de aanpak "zit bij de fysiotherapeuten nog teveel in het hoofd"

#### controleerbaar werken

- voor de hulpvrager is de werkwijze in redelijke mate te volgen en te controleren
- de administratie die door het ziekenfonds wordt gevraagd geeft weinig inzicht in de werkwijze en het resultaat van de fysiotherapeutische hulpverlening

#### effectieve vakuitoefening

- er is sprake van een adequate inzet van fysiotherapeutische deskundigheid
- de hulpvragers worden in de Amsterdamse Centra korter behandeld, komen minder vaak terug voor fysiotherapie dan het geval is bij andere vergelijkbare fysiotherapiepraktijken

Voor een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek en de resultaten zie:

Tijd voor Kwaliteit-synopsis

Marieke Bertels

OSA publicatie 9, SISWO publicatie 299

Druk: MACULA Boskoop

of:

Tijd voor Kwaliteit-eindrapport

Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Cor van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen

OSA publicatie 8 SISWO publicatie 296

Druk: MACULA-Boskoop

(redactie)

in wilde voorzien. Zo konden in ieder geval tijdens het onderzoek de fysiotherapeuten op hun eigen manier doorwerken. Het onderzoek zou helderheid moeten verschaffen over de kwaliteit van dat werk.

## KWALITEITSCRITERIA

Eén van de eerste zaken die het onderzoeksteam bekeek is welke kwaliteit de fysiotherapeuten op het oog hadden. Dat was niet eenvoudig. De fysiotherapeuten moesten helderheid verschaffen in een discussie die in de Centra nog volop in gang was. Waar het om ging leek duidelijk. Zaken als integrale zorg, bevorderen van zelfstandigheid, ontmedicalisering, preventief werken, buurtgericht werken, controleerbaar werken, stonden hoog in de vaandels van de Centra en de fysiotherapeuten. Maar wat daarmee precies bedoeld werd, was soms minder duidelijk. De onderzoekers hebben dan ook intensief met de fysiotherapeuten gediscussieerd over deze kwaliteiten en samen met hen gepoogd een aantal knopen te ontwarren. Zowel de onderzoekers alswel de fysiotherapeuten onderkenden dat volledige helderheid niet mogelijk was. Daarvoor zijn de discussies in de gezondheidszorg nog teveel in beweging.

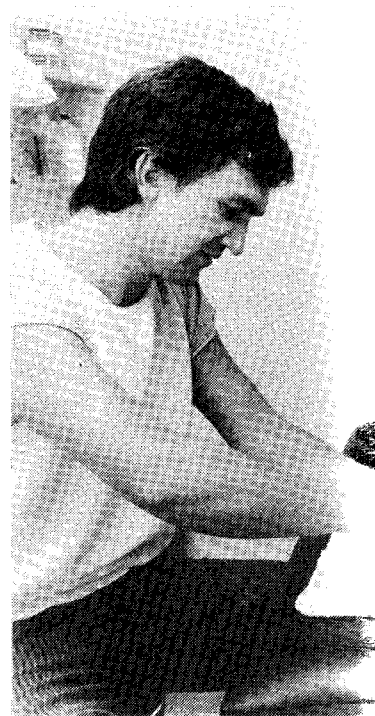
Zo is het bijvoorbeeld de vraag wat 'preventieve hulpverlening' inhoudt. De éne hulpverlener vindt dat hulpvragers zó moeten worden geholpen dat zij dezelfde klacht niet weer krijgen. Men geeft dan adviezen om herhaling van de klacht te voorkomen, bijvoorbeeld bij rugklachten houdings- en bewegingsadviezen. Voor de andere hulpverlener gaat het óók om potentiële hulpvragers. Preventief werken houdt dan in dat men ook mogelijk oorzaken in de woon- werken leefomgeving aanpakt. Dat de maatschappij-opvatting van de hulpverlener een rol speelt, is voorstelbaar. Als dan ook het één en ander samenhangt, - bijvoorbeeld buurtgericht werken met preventief werken-, ontstaan er soms gordiaanse knopen. Het is wellicht de verdienste van de Amsterdamse fysiotherapeuten dat zij, in het kader van het onderzoek, enkele van deze knopen enigszins ontward hebben.

Een aantal kwaliteiten werd' zo omschreven dat de formuleringen in ieder geval logisch klopten. Zo ontstonden er meer en minder heldere verhalen over een veertiental kwaliteits-aspecten die voor de Amsterdamse fysiotherapeuten een rol speelden. In deze omschrijving van belangrijke kwaliteits-aspecten van de fysiotherapeutische hulpverlening

werd ook de strijd van de fysiotherapeuten om een betere kwaliteit zichtbaar. Geïnspireerd door de vernieuwingsbeweging van de eerste lijn besteedde men bijvoorbeeld veel aandacht aan integrale hulp. Daarbij vond men dat bij de aanpak van de klacht ook andere dan typisch lichamelijke factoren te lijf gegaan moesten worden. Of dat goed lukte wist men niet.

Maar men hechtte wel zoveel waarde aan dit aspect van de hulpverlening, dat men het alvast wilde verdedigen tegen critici die dit overbodige franje van de fysiotherapie vonden. Bij de beschrijving van een kwaliteits-aspect anticipeerden de fysiotherapeuten dan ook op eventueel commentaar. Je zou ook kunnen zeggen dat men zich bij voorbaat verweerde tegen eventuele kritiek. Zo stelden zij dat integrale hulp niet betekent dat de fysiotherapeut het werkgebied van de andere disciplines betreedt. Aan de andere kant vonden zij dat de disciplines door de overdracht van specifieke deskundigheid aan elkaar, meer mogelijkheden ontwikkelen binnen het eigen vakgebied. Het zal de lezer duidelijk zijn dat hier enige hersengymnastiek wordt verricht waarmee critici moeite zullen hebben.

De fysiotherapeuten hanteerden soms het begrip kwaliteit op een eenzijdige wijze. Zo bleek ons na verloop van tijd dat de fysiotherapeuten het meestal hadden over de kwaliteit van de werkwijze: pakte men het werk aan in overeenstemming met de eigen professionele normen, bijvoorbeeld methodisch en in overeenstemming met de stand van zaken in het vak? Wij neigden er daarentegen toe de nadruk te leggen op de kwaliteit van de resultaten: wat had de hulpvrager er uiteindelijk aan? Het onderzoeksteam stelde toen dat - in overeenstemming met discussies over het kwaliteitsbegrip elders - kwaliteit twee zaken inhield: de kwaliteit van de werkwijze en de kwaliteit van het resultaat. Wij waren daarbij gepoorterd voor logische *onderschikking* van de werkwijze aan het resultaat. Immers als je naar de fysiotherapeut gaat ben je voornamelijk geïnteresseerd in het verhelpen van de klacht. Of de fysiotherapeut daarbij volgens de standaarden van zijn vak werkt is uiteindelijk van ondergeschikt belang. Dit standpunt werd echter door de fysiotherapeuten en ook door andere leden van het onderzoeksteam gereserveerd ontvangen. Het gevolg was dat in het onderzoek meer nadruk werd gelegd op evaluatie van de kwaliteit van de werkwijze dan van het resultaat. Je zou kunnen zeggen dat daarmee een verdedigingsli-



nie tegen vijandelijke aanvaller. opgeworpen.

## IDEOLOGISCHE BEÏNVLOEDING

Het was niet de eerste keer dat als onderzoekers ervaren dat vernieuwers in de hulpverlening neiging hebben hun praktijk te beschermen. Begrijpelijk is dat. Men moet vaak tegen de hoofdstroming op roeien, vechten voor een betere kwaliteit. Dat betekent dat men altijd even helder kan zijn en soms moet indekken tegen al te radicale kritiek. Als wetenschappers hebben wij daarbij niet getracht te distantiëren van deze 'ideologische beïnvloeding' door de fysiotherapeuten. Je kunt je niet bij voorbaat trekken aan dit soort invloeden, al omdat er geen enkele neutrale tijl in de gezondheidszorg te vinden is. Standpunten van bijvoorbeeld Ziekenfondsraad zijn immers minder beladen met belangen, de wijze waarop de Centra hun standpunten verkondigen. Onttrek je als onderzoeker aan deze discussies krijg je 'waardeloos' onderzoek, 'geen enkele partij in de gezondheidszorg iets aan heeft. Waar het om ging was dat de kwaliteiten zo worden geformuleerd dat zij onderzocht en daarmee voor burocraten controleerbaar. Op deze wijze kunnen discussies door middel van onderzoek verhelderd worden. De lijnen van de zakelijke discussie uitgetzet.



Foto: Ine van den Broek

Niet alleen de fysiotherapeuten beïnvloedden de formulering van de kwaliteitscriteria. In een *begeleidingscommissie* die voor het onderzoek was samengesteld lieten ook vertegenwoordigers van de Amsterdamse ziekenfondsen zich horen, gaf iemand van het Ministerie van Volksgezondheid commentaar op conceptstukken, was er een bijdrage van een waarnemer van het Genootschap voor Fysiotherapie en bracht zelfs een waarnemer van de Ziekenfondsraad commentaar te berde. Toegegeven zij dat er minder inhoudelijke discussies in deze commissie werden gevoerd dan wij hadden gehoopt. In de wapenstilstand die zichtbaar was afgekondigd werd er wel eens met de wapens gekletterd, maar in het algemeen hielden de "vertegenwoordigers van de partijen" zich op de vlakte. Als onderzoekers hebben wij zo goed mogelijk rekening proberen te houden met het commentaar uit deze begeleidingscommissie. Verder anticiperden wij uiteraard op commentaar dat later door buitenstaanders gegeven kon worden.

**HYPOTHESEN**

De wijze waarop de kwaliteitscriteria werden geformuleerd beschouwde het onderzoeksteam als een doorgangstation naar het onderzoekbaar maken van de kwaliteit. Het was vervolgens nog nodig uit die criteria beweringen af te leiden die logisch correct, eënduidig te interpreteren en toetsbaar waren. Zo is het verhaal dat fysiotherapeuten ontmedicaliserend werken omdat zij niet

medisch te werk gaan moeilijk na te gaan. Maar de hypothese "als de *fysiotherapeut medische termen gebruikt en deze niet duidelijk zijn voor de hulpvrager dan legt de fysiotherapeut deze termen in dagelijkse woorden uit*" is dat wel. Op deze wijze zijn er door de fysiotherapeuten - met hulp van de onderzoekers - meer dan vijftig hypothesen geformuleerd. Zij waren én onderzoekbaar én gaven de essentie aan van de nagestreefde kwaliteiten.

De fysiotherapeuten en de begeleidingscommissie hadden invloed op de keuze en formulering van de hypothesen. Maar ook daar anticiperde het onderzoeksteam op eventueel kritisch commentaar. Zij nam ook de vrijheid om de hypothesen uiteindelijk zo te formuleren dat het onderzoeksmatig verantwoord was. Daarmee werd een flinke stap gezet op weg naar het controleerbaar maken van het werk van de fysiotherapeuten.

Nog niet elke hypothese was goed onderzoekbaar. Enkele hypothesen waren bijvoorbeeld wel logisch duidelijk, maar zo abstract en algemeen geformuleerd dat nog niet goed voor te stellen was, hoe de hypothese onderzocht moest worden. Dat geldt bijvoorbeeld voor de hypothese: "*In nauwe samenwerking met de andere disciplines ontwikkelen de fysiotherapeuten de deskundigheid om vast te kunnen stellen welke hulp of doorverwijzing de bij hen komende hulpvragen vereisen*". Deze hypothesen waren de afspiegeling van kwesties die nog niet concreet genoeg gesteld konden worden.

**HET ONDERZOEK**

Bij het onderzoek werd allereerst gekeken naar informatiebronnen die iets zouden kunnen zeggen over de werkwijze. De *fysiotherapeuten* zelf konden worden beschouwd als belangrijke bron van informatie. Vandaar dat een registratie van de contacten met de hulpvragers en wat daar omheen gebeurde in het onderzoek werd opgenomen. Dit hield in dat de fysiotherapeuten gedurende een half jaar alle relevante gegevens aangaande de contacten met de hulpvragers op een registratie-formulier bijhielden. Ook hielden de fysiotherapeuten twee maanden lang bij hoe zij hun tijd besteedden aan activiteiten die niet direct met de hulpverlening te maken had, zoals overleg in het team, deelname aan het bestuur van het centrum en dergelijke. Daarnaast observeerden de onderzoekers hoe de fysiotherapeuten de eerste contacten met de hulpvragers aanpakten. Het ging er vooral om dat de onderzoekers ideeën kregen hoe het registratie-materiaal geïnterpreteerd

moest worden. Daarop volgend werd van een aantal hulpvragers het verloop van de behandeling van nabij gevolgd: door contacten bij te wonen, meerdere gesprekken te voeren met fysiotherapeuten en hulpvragers en aanwezig te zijn bij overleg over de hulpvrager met bijvoorbeeld de huisarts. Op deze wijze konden wij een idee krijgen hoe verschillende aspecten van een behandeling met elkaar samenhangen. Verder is er in kaart gebracht hoe de samenwerking tussen de huisartsen en de fysiotherapeuten verliep. Wij interviewden huisartsen hierover en een aantal *huisartsen* hield bij, hoe zij in het bijzonder de fysiotherapeuten betrokken bij hun verwijzingen naar de tweede lijn. Dat laatste werd gedaan om te onderzoeken of door de aanwezigheid van de fysiotherapeuten de huisartsen minder gebruik maakten van voorzieningen in de tweede lijn.

*Hulpvragers* waren een belangrijke informatiebron voor het evalueren van de resultaten van de fysiotherapie. Door middel van een a-selecte steekproef uit het bestand van hulpvragers werden 71 hulpvragers uitgekozen voor interviews. Zij werden ondervraagd over hun ervaringen met en hun mening over de fysiotherapie.

Tenslotte werden er gegevens van de *ziekenfondsen* geanalyseerd. Het onderzoeksteam was daarbij in het bijzonder geïnteresseerd in een vergelijking tussen de fysiotherapeuten van de Centra en vrijgevestigde fysiotherapeuten. Ook werd gekeken naar de verwijscijfers van huisartsen van de centra, vergeleken met huisartsen-elders,

**RESULTATEN**

De hypothesen bleken een goede houvast te bieden om de resultaten van het onderzoek op een rijtje te zetten.

Zo is te stellen dat de fysiotherapeuten in overeenstemming werken met het idee (kwaliteitsaspect) van een toegankelijke hulpverlening. Hulpvragers vonden dat ze makkelijk met klachten en vragen bij de fysiotherapie konden aankloppen. Sommige hulpvragers, met name degenen die al eerder bij de fysiotherapie waren geweest, maakten gebruik van het zogenaamde *spreekuur*. Men ging dan rechtstreeks, zonder verwijzing van de huisarts, naar de fysiotherapeut om adviezen te krijgen. De hypothese dat het spreekuur algemeen bekend was bij hulpvragers, bleek niet te kloppen. Dat men rechtstreeks naar de fysiotherapie kon gaan wist 37% van de hulpvragers en 8% maakte daar ook feitelijk gebruik van. De meeste hulpvragers vonden

het wenselijk dat zij eerst bij de huisarts kwamen en daarna pas bij de fysiotherapeut. Makkelijke toegankelijkheid houdt voor deze hulpvragers in, dat de huisarts hun klachten serieus neemt en zonder probleem doorstuurt naar de fysiotherapeut. Een spreekuur zoals bij de huisarts, vonden deze hulpvragers voor fysiotherapie meestal minder voor de hand liggen. Voor de fysiotherapeuten ontstond het dilemma of het spreekuur nu wel of niet verder geïnstitutionaliseerd moest worden.

Dat hulpvragers makkelijk met vragen konden komen kwam ook omdat zij een goed persoonlijk contact hadden met de fysiotherapeuten. De fysiotherapeut kon de hulpvrager vaak goed duidelijk maken wat de klacht inhield en waarom zij een bepaalde handeling deden. Zij gebruikten daarbij geen moeilijke medische termen, of legden die termen uit. In het algemeen maakten de fysiotherapeuten op de hulpvragers een begrijpelijke, vriendelijke en open indruk.

De fysiotherapeuten waren ambivalent over de 'open' indruk die zij op de hulpvragers maken. Eén van hen stelde dat men in feite zelf bepaalt wat er gebeurt, maar dat men dat nogal vriendelijk bracht en daarbij te weinig ruimte gaf om echt te onderhandelen over de behandeling.

Een dilemma is, dat veel hulpvragers helemaal geen behoefte hebben om te onderhandelen over de behandeling. Dat fysiotherapeuten in veel gevallen van de hulpvragers wilden horen of zij het eens waren met de voorgenomen behandeling, was mooi. Maar de fysiotherapeut was per slot van rekening de deskundige op het gebied van de klacht. Sommige hulpvragers vonden het zelfs vreemd dat de fysiotherapeut hen om hun mening vroeg.

De fysiotherapeuten hebben dat dilemma nog niet goed opgelost. Zo leggen zij weliswaar hun voornemens ten aanzien van de behandeling voor aan de hulpvrager, maar die voornemens worden vervolgens niet helder schriftelijk vastgelegd, zodat ook voor de hulpvrager niet goed controleerbaar is wat er terecht komt van de voornemens. Veel wordt daarbij goed gemaakt door de routine van de fysiotherapeuten en het feit dat zij het behandelplan "wel in hun hoofd hebben". Maar eigenlijk werkt men hier minder controleerbaar dan wellicht wenselijk is.

Toch liet het onderzoek zien dat de fysiotherapeuten er in slaagden de hulpvragers verder te helpen. Volgens de fysiotherapeuten zelf was bij 47% van de hulpvragers na afloop van de behandeling het dagelijks functioneren hersteld. Bij 38% van

het totaal aantal hulpvragers dat in behandeling was genomen zou de klacht zijn verdwenen. Hulpvragers hadden ook een nogal positieve indruk van de effecten van de behandeling. Er was een redelijke overeenkomst tussen de schattingen van de fysiotherapeuten en de hulpvragers. Jammer genoeg konden we door tijdsgebrek de verschillen en overeenkomsten tussen de oordelen van de hulpvragers en de fysiotherapeuten niet goed op een rijtje zetten. Eén en ander wordt in een vervolg van het onderzoek nog uitgezocht.

Verder valt af te leiden dat de fysiotherapeuten de klachten niet alleen technisch behandelen, maar ook rekening houden met andere dan lichamelijke factoren. Uit verhalen van hulpvragers en uit de zelfregistratie kwam naar voren dat men vooral inging op factoren in de *werk- en leefsituatie*. Hulpvragers werden gestimuleerd om beter na te denken over het verband van hun klacht met de werk- en leefsituatie. Er werden soms heel effectieve adviezen gegeven, bijvoorbeeld over werkhouding. Zo blijkt dat de fysiotherapeuten op een boeiende wijze vorm gaven aan een integrale hulpverlening. Opvallend was dat zowel fysiotherapeuten als hulpvragers de toename van inzicht in de klacht nogal belangrijk vonden. Hulpvragers konden de uitleg van de fysiotherapeuten goed volgen en zich die eigen maken. Maar aan de andere kant hadden sommige hulpvragers de neiging de kennis van de fysiotherapeut zo alledaags te vinden dat zij het bijvoorbeeld minder waard vonden dan de uitleg van de huisartsen en de specialisten uit de tweede lijn.

En zo manifesteert zich het dilemma dat wat de fysiotherapeuten doen, niet altijd erkend wordt als het werk van de fysiotherapie. Zo veronderstellen hulpvragers soms dat zij zelf op een idee waren gekomen, terwijl bij doorvragen bleek dat zij dat idee ontleend hadden aan de fysiotherapeut.

Hulpvragers geloven dus liever in zichzelf dan in de fysiotherapeut. De bevordering van zelfstandigheid van de hulpvrager is in die gevallen goed gelukt. Maar daarnaast blijken hulpvragers toch weer zwaar te leunen op deskundigen als huisartsen en specialisten. Het kan dan gebeuren dat als de fysiotherapeut er net in geslaagd is de hulpvrager te laten vertrouwen op eigen kennis, deze zijn pas verworven zelfvertrouwen weer inruilt bij een andere deskundige en vervolgens van mening is dat de fysiotherapeut net zo weinig weet als hijzelf.

Belangrijk was dat uit het onder-

zoek bleek dat de fysiotherapeuten hun kwaliteit afleveren met minder kosten dan de ziekenfondsen gewend zijn van vrijgevestigde praktijken. Die besparingen op de kosten worden bovendien nog aangevuld door besparingen op de verwijzingskosten van de huisartsen naar de tweede lijn, met name door de aanwezigheid van fysiotherapie in de Centra.

Deze financieel aantrekkelijke kanten worden bereikt in een omgeving waarin de fysiotherapeuten intensief samenwerken met collega's en huisartsen. Daardoor is de verwijzing van de huisarts naar de fysiotherapie efficiënt. In de registratie van de fysiotherapeuten valt op dat naarmate de toename van het inzicht bij hulpvragers groter is, de fysiotherapeuten die toename meer toeschrijven aan de samenwerking met andere disciplines. In de meeste gevallen houdt samenwerking in dat collega's en andere disciplines geconsulteerd worden, dat men informatie gebruikt die door de anderen beschikbaar is gesteld en dat er afspraken over de behandeling (voornamelijk met de huisarts) worden gemaakt. Niet duidelijk bewezen kan worden dat die samenwerking uiteindelijk bijdraagt aan de resultaten van de fysiotherapie. Wel kan geobserveerd worden dat samenwerking vooral bij vrij ernstige klachten ingezet wordt. Gezamenlijke behandelingen kwamen weinig voor.

## SAMENWERKING

Een dilemma wat in het oog sprong was dat samenwerking met andere disciplines in het centrum toch *minder* meetelde in het werk van fysiotherapeuten dan was verwacht. Samenwerking was een noodzakelijke voorwaarde voor de wijze waarop de fysiotherapeuten werkten, het fungeerde als een soort bron van kennis en ervaring. Daarbij richtte zich de samenwerking vooral op de huisarts en minder op het maatschappelijk werk, de wijkverpleging of andere disciplines. Opvallend was ook dat de fysiotherapeuten bij de vraag waar hulpvragers naar toe konden worden doorverwezen, meer oog hadden voor disciplines buiten het centrum dan binnen het centrum. In dit verband is het ook interessant dat hulpvragers het belang van de samenwerking met specialisten in de tweede lijn benadrukten en zeiden goede ervaringen te hebben met samenwerking van de fysiotherapie met specialisten in de tweede lijn.

Er werd dus op een *andere* wijze samengewerkt, soms meer en soms minder dan men op grond van de ideeën over de eerste lijn zou verwachten.





# Geneesmiddelen- code broodnodig

## Farna-praktijken in de derde wereld

Het handelen van de farmaceutische industrie in de derde wereldlanden roept regelmatig golven van verontwaardiging op. Recentelijk bleek bijvoorbeeld ORGANON anabole steroïden te slijten als probaat middel tegen ondervoeding. Onafhankelijke controle op de geneesmiddelenindustrie is dan ook broodnodig. De World Health Organization houdt in november a.s. een congres in Nairobi, waar voor het eerst ook consumenten officieel hun mening kunnen geven over het geneesmiddelenbeleid. De Nederlandse delegatie lijkt daar bepaald geen voortrekkersfunctie te gaan vervullen.

Lucas van der Hoeven zal daar in een volgend nummer over berichten. Hier bepleit hij een stringente onafhankelijke geneesmiddelencode om de industrie effectief aan banden te leggen.

*Lucas van der Boeven*, klinisch psycholoog, studeerde 'social medicin' aan de universiteit van India.

De farmaceutische industrie is een bedrijfstak met een gigantische wereldomzet. Regulering van deze tak van industrie vindt vooral in de westerse landen plaats. Ten opzichte van ontwikkelingslanden lijken de industrielanden echter een 'laissez-faire' politiek te voeren. Voor het exporteren van geneesmiddelen naar Derde-Wereld-landen bestaan er nauwelijks beperkingen. Dit leidt tot ontoelaatbare handelspraktijken (1). Bij het opstellen van reguleringvoorstellen zouden de organen van de Verenigde Naties - waaronder de W.H.O. - een belangrijke rol kunnen spelen. In november 1985 zal de W.H.O. zich met de geneesmiddelenvoorziening in ontwikkelingslanden bezighouden. Dan wordt in Nairobi een conferentie over de internationale geneesmiddelenhandel gehouden. Deelnemers zijn de IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations), de IOCU (International Organisation of Consumer Unions) en de WHO (World Health Organization).

Het is voor de eerste maal sinds de oprichting in 1948 dat de WHO de consumentenorganisaties officieel uitnodigt voor overleg.

Het lijkt een ideale gelegenheid om een voorstel van ex-minister Gardeniërs uit 1982 onverkort tot uitvoering te laten brengen. Toen verklaarde de Nederlandse delegatie bij monde van minister Gardeniërs het 'voortouw' te willen nemen bij het formuleren van een code, waaraan de farmaceutische industrie zich zou dienen te houden bij haar doen en laten in de Derde Wereld. De door deze industrie zelf ontworpen IFPMA-code is meer een zoethoudertje dan een reguleringsinstrument. De heren Van der Reijden (gezondheidszorg) en Bolkestein (exportzaken) betuigen echter openlijk hun steun aan deze code en deden het voorstel van mevrouw Gardeniërs teniet. Het door de consumentenorganisaties voorgestane codevoorstel bleef tot nu toe onbesproken. Hopelijk brengt Nairobi daar verandering in.

## De farmaceutische industrie

Sinds de tweede wereldoorlog maakt de consumptie van geneesmiddelen wereldwijd een ongekeerde groei door. Tussen 1973 en 1980 steeg de wereldomzet van 30 miljard tot 228 miljard gulden (groothandelsprijzen). Mede als gevolg van de Softenon- en Enterovioformtragedies is de overheid deze industrietak steeds stringenter gaan reguleren. Het is immers uiteindelijk de overheid die een grote verantwoordelijkheid draagt voor de bescherming van het welzijn van haar burgers. Bovendien draait zij voor een groot deel op voor de kosten van de veroorzaakte schade, middels de gesocialiseerde gezondheidszorgvoorzieningen. Toch is regulering ook voor westerse overheden een moeilijk uitvoerbare taak. De geneesmiddelenindustrie is een enorm gespecialiseerde en kapitaalsintensieve bedrijfstak. Vaak is een farmaceutische bedrijf onderdeel van een multinational met wereldwijd belangen in allerlei (ook niet-farmaceutische) producten.

We noemen enige belangrijke kenmerken van deze tak van industrie.

De wereldmarkt in handen van westerse bedrijven. Van de totale wereldomzet wordt 85% door westerse bedrijven gerealiseerd.

Een grote concentratie van kapitaal. Zo realiseerde Hoechst - werelds grootste producent - in 1982 een omzet van 8 miljard gulden aan verkoop van geneesmiddelen. Deze verkoop vormt slechts 18% van haar totale omzet van 50 miljard gulden in dat jaar. Nederlands grootste geneesmiddelenproducent, Akzo-Pharma, behaalde in 1982 een omzet van 1,5 miljard gulden. Organon International BV maakt deel uit van Akzo-Pharma en is gespecialiseerd in 'uitsluitend recept' geneesmiddelen. Organon heeft 41 buitenlandse verkoop- of produktievestigingen, waaronder 19 in ontwikkelingslanden.

Grote uitgaven voor reclame. Via onderzoek en ontwikkeling verwerft de industrie de nodige patenten. Dankzij het octrooirecht oefenen de producenten bijna 12 jaar het alleenrecht uit om een bepaald product op de markt te brengen. Om daar zoveel mogelijk profijt van te trekken, investeert men grote bedragen in advertentie- en reclamecampagnes. Deze laatste overstijgen meestal de onderzoeks- en ontwikkelingskosten. Zo besteedt Organon 11% aan 'verkoopkosten' én 'wetenschappelijke informatie en service', terwijl zij slechts 6% voor 'onderzoek en ontwikkeling' uitgeeft. De researchkosten zijn bestemd voor het onderzoek naar "westerse welvaartsziekten". Momenteel zijn vooral

de bèta-blokkers en de cytostatica populair. Bijna elk zichzelf respecterend bedrijf probeert er één van op de markt te brengen. Vaak is er sprake van een imiteren van een produkt van de concurrent. Daar wordt dan een extra, onlogisch molecuul (bv. vitamine c) aan toegevoegd. Op deze manier claimt men met een "geheel vernieuwd geneesmiddel" op de markt te komen, waartegen de octrooiwetten géén verweer bieden. De toelatingscommissies van elk land afzonderlijk moeten dan maar beoordelen of het "wondermiddel" werkelijk zo revolutionair is.

Slechts een klein deel van al het onderzoek is gericht op het bestrijden van tropische ziekten. In de V.S. bijvoorbeeld geeft men er nog géén 5% aan uit. Kortom de Derde-Wereld markt is nog niet interessant genoeg om in te investeren (2).

**Afwezigheid van homogene structuur.** Er bestaan allerlei deelmarkten, zoals psychofarmaca, vitamines, antibiotica. Hierbinnen hebben slechts één of een paar concerns 50% of meer van de markt in handen. Deze marktstructuur leidt tot *oligopolievorming*. Een ontwikkeling die in strijd is met de kartelwetgeving in de westerse landen, zoals bijvoorbeeld neergelegd in het Verdrag van Rome. Oligopolievorming en kartelafspraken leiden tot ongecontroleerde prijsvorming door afwezigheid van concurrenten (3). Dit leidt tot winst- en machtsconcentratie in een paar bedrijven. De 50 grootste bedrijven beheersten in 1983 zo'n 81% van de wereldomzet. De discussie over de winstgevendheid van deze industrietak wordt al jaren gevoerd. Sommigen menen dat de winsten tot 55% van het geïnvesteerde kapitaal oplopen. Anderen wijzen op de gigantische kosten voor onderzoek en markttoelating. Enige Engelse industriëlen gaven als hun mening, dat "*wij allemaal wel weten dat de farmaceutische industrie meer winstgevend is dan andere bedrijfstakken. Er zijn er echter onder ons die dit een verre van onjuiste situatie vinden*" (3).

## Farmacie in de derde wereld

In de meeste Derde-Wereldlanden zijn veel meer medicijnen te koop dan in Nederland. Zo zijn er bij ons slechts 1400 verschillende middelen toegelaten. In totaal levert dit ons, door verschillen in vorm en dosering, 3.500 farmaceutische producten op.

In ontwikkelingslanden - maar bijvoorbeeld ook in Italië en West-Duitsland - is dat vaak een veelvoud hiervan. In India zijn bijvoorbeeld meer dan 15.000 geneesmiddelen op de markt. Zulke grote aantallen medicijnen - waarvan vele van dezelfde soort

(zoals de 406 verschillende vitamine B-complex preparaten) leiden tot een enorme verspilling van de schaarse deviezen. Voor elk product afzonderlijk betaalt de consument mee aan de import-, opslag- en distributiekosten. Daarnaast zijn er extra kosten voor reclame, gratis monsters, artsen bezoeken en symposia. Een markt die overspoeld is door medicijnen, wordt onoverzichtelijk voor artsen. Patiënten lopen op deze manier onnodige risico's. Zo kreeg ik door een Indiase arts antibiotica voorgeschreven, nadat hij een paar pijnlijke blaren aan mijn voeten had doorgesneden. Na een klein motor-ongeluk kreeg ik vitamines, een tetanus-injectie en breed spectrum antibiotica van een arts, die blijkbaar meende dat een blanke altijd rijk is.

In het algemeen voorzien de geneesmiddelenproducenten de artsen in ontwikkelingslanden van informatie. Voorbeelden zijn de verschillende MIMS-uitgaven (Monthly Index of Medical Specialities) die door de industrie op grote schaal in de niet-westerse landen worden gedistribueerd.

Er is dan ook zeer veel voor te zeggen de informatie-verschaffing door de overheid te doen toenemen. Ook zou een meer effectieve en corrigerende invloed op het regeringsbeleid uitgeoefend moeten worden door parlement, consumentenorganisaties en vakbonden.

## Politieke onafhankelijkheid

Hoe moeilijk de situatie in ontwikkelingslanden kan zijn, blijkt uit het volgende voorbeeld. India is een land dat zo groot is als Europa en dat 680 miljoen inwoners telt. Van hen leeft de helft onder de absolute armoedegrens (minder dan 2200 calorieën per dag). Om dit urgente probleem aan te pakken heeft de regering vooral de industriële en agrarische sector gesteund en hiervoor grote internationale leningen afgesloten bij onder meer de Wereldbank en het Internationaal Monetair Fonds. Sinds 1948 leende India meer dan 31 miljard gulden. In de voorwaarden waaronder deze leningen worden gegeven, staat onder meer bepaald dat het 'gastland' de markt openstelt voor het buitenlandse bedrijfsleven en zich van nationalisering van de buitenlandse vestigingen zal onthouden. Door de voor-sprong van westerse bedrijven op het gebied van kennis, technologie en marketing worden de lokale industrieën uitgeschakeld. Deze monopoliepositieweten zij te verwerven zonder enige noemenswaardige investering te doen. Het staat in geen enkele verhouding tot de opbrengsten uit de verkoop

van geneesmiddelen en de deviezen, opgestreken voor 'royalties', 'transfer of technology' (4), dividenden en kosten van de moedermaatschappij, aldus het *Hathi-comité* van de Indiase regering. Tevens is de aanwezigheid van buitenlandse ondernemingen een belangrijke domper op het streven naar autarkie en ongebondenheid.

## Kosten en bestedingen

Ontwikkelingslanden geven 40 tot 60% van hun gezondheidszorgbudget uit aan geneesmiddelen; Nederland slechts 8,3% (totaal: 31 miljard gulden). Dat betekent dat een Nederlander bij een gemiddeld inkomen van f 22.000,- (in 1982) voor f 187,- aan medicijnen consumeert. Dat is dus een uitgave van 0,85%, die vaakvoor rekening van de ziektekostenverzekeraars komt. In India gaf men in 1979 per hoofd van de bevolking f 9,- aan gezondheidszorg uit, terwijl er voor f 4,80 per hoofd aan farmaca werden gekocht. Bij een gemiddeld inkomen van f 200,- betekent dit dat men omstreeks 2% van het gezinsbudget hieraan besteedt, dus relatief méér van het besteedbaar inkomen. Als men bovendien op de enorm scheve inkomensverdeling in India let, dan kan men voorzichtig aan stellen, dat degenen die onder de absolute armoedegrens leven zich het minst de (te) dure geneesmiddelen kunnen permitteren.

Als de overheid een rationeler geneesmiddelenbeleid zou voeren en het assortiment geneesmiddelen zou beperken, dan zou er meer financiële ruimte ontstaan voor een kwalitatief betere gezondheidszorg. Als extra voordelen zou dit met zich meebrengen:

- deviezen-besparing door beperkte invoer;
- besparing door minder kosten aan artsenbezoekers, reclame, opslag en distributie;
- grotere bekendheid van artsen met middelen, waardoor zij minder foutieve medicatie voorschrijven;
- het vervangen van de dure merknaam-geneesmiddelen door de veel goedkopere merknaamloze middelen. Deze *loco's* kunnen door iedereen geproduceerd worden ná afloop van het patentrecht, wanneer de chemische verbinding officieel bekend wordt gemaakt;
- stimulering van de inheemse industrie, omdat veel westerse bedrijven zich onthouden van de productie van essentiële medicijnen.

In het recente verleden hebben enkele landen met enig succes zo'n politiek gevoerd. Zo wordt in Mozambique, Sri-Lanka, Nicaragua en Bangladesh aangetoond dat de beschikbare hoeveelheid geneesmiddelen kan toene-

Een genezer in Calcutta, India.  
Foto: L. van der Hoeven



: Voor de dagelijkse behandeling van de  
melaatsen zijn eenvoudige medicijnen  
voldoende ...

Foto: L. van der Hoeven

men zonder er meer aan uit te geven.

## Controle

De westerse landen beheersen vrijwel de hele wereldhandel in geneesmiddelen. Om controle mogelijk te maken dienen er internationale afspraken gemaakt te worden over de juistheid en geoorloofdheid van bepaalde handelwijzen van personen en organisaties. Codes kunnen verplichtend of onverbindend van karakter zijn. De meest vergaande legale formule is die waarbij een *internationale en multilaterale overeenkomst* wordt getekend en geratificeerd door soevereine staten. Minder verstrekkend is een *verklaring van principes en regels*, aangenomen op internationale conferenties door soevereine staten. Het aannemen van een *resolutie* in internationale organisaties, zoals in de Algemene Vergadering van de Ver-

enigde Naties en de ECOSOC (Economische en Sociale Raad) is het minst verreichend.

Een code zou dus als een leidraad kunnen dienen voor de handelspolitiek van nationale overheden. Mede op grond van internationale afspraken bepaalt een regering dan wat zij wel of niet toelaatbaar acht. Door nationale wetgeving kan dit beleid verder gestalte krijgen. Zelfs de minst verplichtende code kan van belang zijn door de ethische normen die men als een richtsnoer of toetsingsinstrument kan gebruiken. Codes die onverbindend zijn, leveren vaak maar én machtsmiddel, namelijk dat van *negatieve publiciteit*. Door deze publiciteit kunnen betrokkenen (bijvoorbeeld consumenten en beroepsgroepen) worden gemobiliseerd. Deze kunnen op hun beurt acties tegen overtreders organiseren, zoals het stellen van vragen aan de fabrikant, aan artsenbe-

zoekers, op aandeelhoudersvergaderingen, in ondernemingsraden, maar ook in parlementen en organen van de Verenigde Naties.

De meest vergaande en georganiseerde vorm van publieke verontwaardiging kan een producten-boycot zijn. Zo organiseerden Zweedse artsen een productenboycot tegen Ciba-Geigy uit protest tegen de doorgaande verkopen van Enterovioform in Derde-Wereldlanden, nadat in Japan zo'n 25.000 mensen ernstige schade daarvan hadden ondervonden. In verband met de mysterieuze verdwijning van het Seveso-gif(5) is onlangs in Nederland gepoogd een boycot tegen Hoffman-La Roche te organiseren.

## Code voor multinationals

Het proberen te formuleren van een gedragscode voor transnationale bedrijven dateert van 1976 (7). In de meest gedetailleerde regeling moeten de volgende zaken geregeld worden.

Algemene richtlijnen betreffende het naleven van locale wetten; het zich verenigen met de sociale en economische doeleinden van het gastland; het afzien van corruptie. Hoe wezenlijk deze zaken zijn, blijkt uit de veroordeling in 1976 van Hoffman-La Roche door het Europees Hof te Straatsburg wegens ongeoorloofde verkooptechnieken van vitamines in de veehouderij (6).

Het zich onthouden ~n inmenging in politieke praktijken van het gastland. Een voorbeeld hiervan is het recent omkopschandaal in Duitsland; het "Bundesverband der Pharmaceutischen Industrie" financierde verkiezingscampagnes van politici in ruil voor het verwerpen van wetsvoorstellen van de SPD die beoogden het aantal geneesmiddelen in de BRD (momenteel zo'n 15.000) drastisch te beperken (8).

Een beroep doen op tussenkomst van het 'moederland'. In juni 1982 voerde Bangladesh een nieuwe geneesmiddelenwet in, die de internationale bedrijven beperkingen oplegt. De reacties van de westerse diplomatieke missies hierop is ongekend scherp geweest (waaronder die van de Nederlandse). Onder druk van de IOCU en verschillende parlementen werd voldoende tegenkracht gemobiliseerd (9).

Economische en commerciële eisen a. *Regeling van controle op de 'dochter-onderneming'*. In India regelen de FERA-wetgeving (Foreign Exchange Regulations Act) en 14 andere wetten dat in bepaalde sectoren de 'moedermaatschappij' slechts een minderheidsaandeel mag hebben. Veel multinationale ondernemingen hebben hiertegen geprotesteerd, waaronder



Dhaka, Bangla-Desh: een onbevoegde "markt-doctor".

Foto: L. van der Hoeven



de farmaceutische bedrijfstak. b. De betalingsbalanspositie van ontwikkelingslanden. De transnationale bedrijven dienen tenminste een 'netto-bijdrage' te leveren aan het gastland. Een ontwikkelingsland dient er dus op 'vooruit' te gaan. De UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development) waarschuwt in dit verband: "Het voordeel verbonden aan de inzet van buitenlands kapitaal en technologie valt eerder uit ten gunste van buitenlandse investeerders dan ten gunste van de economie van de ontwikkelingslanden". c. Financiering. Gezien de enorme kapitaalschaarste in veel ontwikkelingslanden zouden de multinationals eigenlijk geen beroep moeten doen op de plaatselijke kapitaalmarkt. Wanneer dit wel gebeurt, gaat dit ten koste van de financiering van lokale bedrijven en ontstaat er een toenemende afhankelijkheidsrelatie. d. *Transfer-pricing*.

Hierbij wordt de boekwaarde van één en hetzelfde product kunstmatig verhoogd als gevolg van exporttransactie. Door de terugbetaling van de 'extrakosten' door de 'dochter-onderneming' aan de houdstermaatschappij, ontwijkt men het betalen van belastingen in het gastland. Volgens Braithwaits (2) speelt de Nederlandse Antillen hierin een belangrijke rol als brievenbus-belastingparadijs, waar in 1984 maar liefst 7 miljard gulden naar werd overgemaakt. Zo diende Hoffman-La Roche in 1973 de Valium- en Libriumprizen te verlagen in Groot Brittannië met meer dan 60% onder druk van de Engelse monopoliecommissie (5). In 1974 betaalde de consumer (resp. de National Health Security) minder dan een kwart van de gemiddelde wereldprijs (10). De Tarievencommissie van de Amerikaanse Senaat meent dat de voornaamste strategie van multinationals voor

belastingminimalisering via manipulatie van transfer-pricing verloopt". e. *belastingen*. Regelingen om belastingvoordelen (zoals belastingvrij dom voor bepaalde periode, investeringspremies, tax-free area's) te verminderen door gebruik te maken van alle beschikbare informatie. Hierdoor zouden Derde-Wereldlanden minder tegen elkaar kunnen worden uitgespeeld.

*Restbepalingen*. Tenslotte zouden er bepalingen moeten komen betreffende competitie en beperking van dubieuze zakelijke praktijken; tevens regelingen met betrekking tot technologieoverdracht, werkgelegenheid, sociale voorzieningen en de plaats van werknemersorganisaties.

Tot zover enige voorstellen voor een *verplichtende code* voor multinationale bedrijven, zoals de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties deze formuleerde (7). Tot concrete afspraken heeft dat tot nu toe niet geleid, maar dat zal in de naaste toekomst plaats vinden.

Er zijn wel enige *vrijwillige codes* voor bedrijfstakken opgesteld. Zo aanvaardde de Wereld Gezondheids Raad in 1981 de "International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes". Echter door de afwezigheid van elk sanctie-middel - behalve dat van negatieve publiciteit - verandert het beleid van de multinational nauwelijks. Alleen al in het jaar ná de instelling van de "babyvoeding-code" registreerde men 15 miljoen overtredingen.

Voor de farmaceutische industrie bestaan er twee onverplichtenden codes, namelijk de IFPMA- en de IOCU-code.

## Ifpma-code

De IFPMA nam in 1981 een code aan. Deze is geboren uit de noodzaak enigszins aan de toenemende kritiek op de bedrijfstak tegemoet te komen. In een intern memo van de Federatie staat: "...Niettemin zou het recent uitpluizen van 'vuile zaakjes' betreffende *inconsequenties* in de verkooppraktijk in verschillende landen van de genoemde bedrijven, de aanvallen een zekere geloofwaardigheid kunnen bieden (zoals ook het blijven zoeken naar meer 'gruwelverhalen'). De voornaamste beschuldigingen behelzen: het dumpen van geneesmiddelen die in de geïndustrialiseerde wereld van de markt genomen zijn; verschillen in benaming; promotiepraktijken; exorbitante prijzen; vermeend overdoseren van geneesmiddelen, in het bijzonder van antibiotica"(11). Door het invoeren van deze code probeert het IFPMA de aandacht af te leiden en bovendien tijd te winnen. Staatssecretaris Van

## Farma-praktijken

Begin jaren zestig werden er plots méér kinderen geboren met zeldzame misvormingen van armen en benen. Enkele kritische kinderartsen deden systematisch navraag bij de moeders. Er bleek een duidelijk verband met het gebruik van het nieuw - goedwerkend - slaapmiddel Softenon. De vlotte verovering van de markt leidde tot de geboorte van duizenden ernstig misvormde kinderen. Bij de introductie van het middel waren de slachtoffers vooral te vinden in gezinnen van artsen, die de ter beschikking gestelde gratis monsters in het eigen gezin aanwendden. Momenteel wordt de stof alleen nog gebruikt bij de behandeling van Lepa. (red.)

Tot in de zestiger jaren werd Enterovioform ondermeer aangeprezen als onschuldig middel tegen reizigersdiarree. De werkzaamheid hierbij is echter nooit overtuigend aangetoond. Wél werd - vooral uit Japanse publicaties - bekend dat door langdurig of hooggedoseerd gebruik ernstige, soms dodelijke, zenuwaandoeningen konden ontstaan met blindheid en verlammingen als gevolg. In Japan werden processen gevoerd tegen de fabrikant. Sindsdien is het in Nederland alleen nog op recept verkrijgbaar. (red.)

Amethi (Lucknow India): het verkiezingsdistrict van premier Rajiv Gandhi... de belofte om een ziekenhuis te bouwen dateert van de vorige verkiezingen!

Foto: L. van der Hoeven

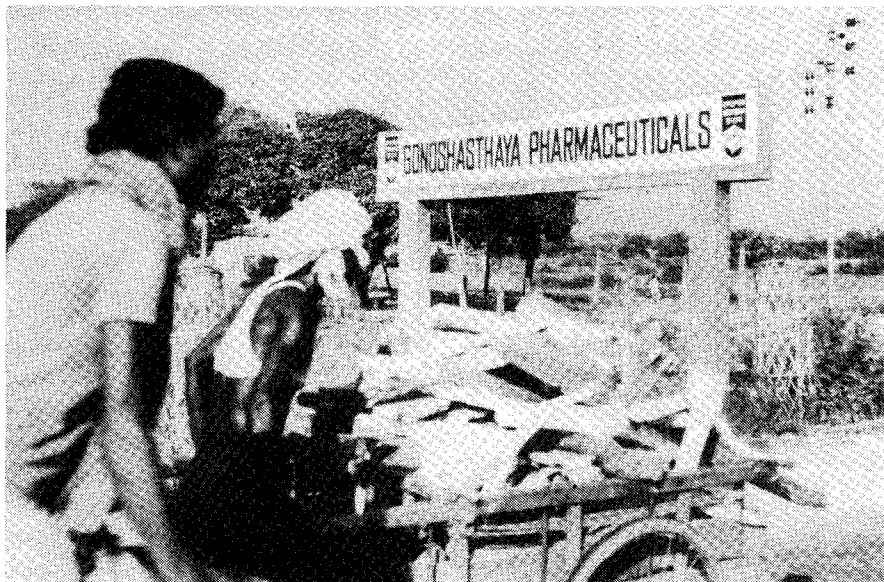


Gonoshaya Pharmaceuticals in Bangla-Desh is een door NOVIB en OXFAM ondersteund project dat goedkope geneesmiddelen produceert.

Foto: L. van der Hoeven

der Reyden is in deze valkuil gelopen, toen hij verklaarde: "Aangezien de IFPMA over haar eigen code beschikt, zou een voldoende tijdspanne in acht moeten worden genomen ten einde te bepalen of deze code bevredigend functioneert" (12). Zijn collega voor exportzaken, Mr. Bolkestein, drukt dat als volgt uit: "Ook in die situatie (van exporten naar ontwikkelingslanden) bestaat er een duidelijk eigen verantwoordelijkheid (van de bedrijven), die verder gaat dan hetgeen daarover tot nu toe internationaal kon worden vastgelegd. Ik denk daarbij met name aan activiteiten zoals reeds ondernomen door de IFPMA, die beogen om aan deze eigen verantwoordelijkheid praktische uitwerking te geven" (13). Van een moderne liberaal verwacht men dat wel min of meer. Toch is het ook enigszins beschamend, aangezien de IFPMA-code een ronduit slecht juridisch werkstuk is. Zij is

uiterst summier in haar opzet en omschrijvingen, terwijl vrijwel geen enkel gebruikt begrip is gedefinieerd. Nergens gaat het in op brandende kwesties, zoals in hoeverre er één wereldwijde norm bestaat met betrekking tot het geven van (contra)indicaties, waarschuwingen en bijwerkingen. Er staat niets in over normen waaraan bijsluiters dienen te voldoen, noch welke vormen van reclame maken geoorloofd zijn, enz. Zelfs een official van een Amerikaanse multinational zegt van die code: "Het is zo iets als een dreigement met een verkennersseed". De procedure, die bij indiening van een klacht gevolgd dient te worden, doet twijfelen aan de objectiviteit van een eventuele uitspraak. Immers de bedrijfstak zelf houdt zich het recht voor om klachten ontvankelijk te verklaren. Zij stelt een commissie uit haar midden samen, die in besloten vergaderingen bijeenkomt. Vanzelfspre-



kend zijn de notulen niet openbaar. Het eindoordeel van een dergelijke codecommissie kan op zijn minst als partijdig worden gekenmerkt. In een dergelijke procedure vervult de industrie de rollen van 'verdachte' en 'rechter', hetgeen de objectiviteit van een uitspraak op voorhand al dubieus te noemen maakt. De IFPMA-code kent slechts één sanctie-maatregel op niet-naleving van de code en dat is die van negatieve publiciteit. Zelfs een tijdsduur, waarbinnen geconstateerde overtredingen dienen te worden rechtgezet, ontbreekt. Om aan te tonen dat deze code onvoldoende is om de enorme problemen die de farmaceutische industrie in de Derde-Wereld veroorzaakt, op te lossen, hebben de HAL-groepen hun eigen code opgesteld.

## Code van Bealth Action International

Het HAL-netwerk bestaat uit 50 groepen, waaronder de Nederlandse WEMOS (Wergroepen Medische Ontwikkelings Samenwerking). Zij voeren in allerlei landen actie voor een betere gezondheidszorg. Zij onderhouden contacten met de IOCU, waar bijvoorbeeld de Nederlandse Consumentenbond en Konsumentengids lid van zijn. Op grond van hun kritiek op de IFPMA-code, hebben de HAL-groepen een meer uitgewerkt voorstel gemaakt. Hierin worden gedetailleerde regelingen voorgesteld voor de registratie van geneesmiddelen, voor klinische proeven, naamgeving, bijsluiters en promotie-materiaal. Er staat, een ontwerpregeling in betreffende verkooptechnieken, prijzen, distributie, technologie, ontwikkeling en onderzoek, controle op naleving van de code en de daarbij te volgen procedure. Men heeft deze code in 1982 aangeboden aan het 'Committee on the Transfer of Technology' van de UNCTAD. Tijdens dezelfde vergadering vroegen de 'groep van 77 ontwikkelingslanden' en de Oostblokstaten om een regulering van de geneesmiddelenindustrie. Om aan te tonen dat de IFPMA-code nauwelijks functioneert, heeft WEMOS klachten ingediend bij de NEFARMA (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie). Nefarma is lid van de IFPMA-koepelorganisatie.

## Wemos-klachten en codecommissie

WEMOS formuleerde een aantal klachten op grond van allerlei materiaal uit ontwikkelingslanden over de verschillen in de marketing van anabole steroïden (spierversterkende middelen) door Organon International B.V. Is het gebruik in de ontwikkelde



landen uiterst beperkt en streng gecontroleerd, in Derde-Wereldlanden wordt het als dé oplossing voor het ondervoedingsprobleem aangeprezen. Dat deze klachten structureel zijn, blijkt uit Wolffer's "Druppels tegen de armoede" (14) en een IOCU publicatie (15).

Uit het laatste blijkt dat Organon op deze farmaceutische deelmarkt moet concurreren met Winthrop (USA) en Schering (West-Duitsland). De recente, buitensporige harde reclamecampagnes, die Organon in de Derde-Wereldlanden voerde, lijken te zijn ingegeven door de aangekondigde terugtrekking van Ciba-Geigy uit de anabolen-markt.

Nadat WEMOS haar beklag deed bij NEFARMA, stelde laatstgenoemde een codecommissie samen (juli 1983). Op 23 december 1983 sprak de commissie zich uit en meende "...dat er sprake is van een soms frappante tegenstelling tussen enerzijds de in Nederland officieel bij de registratie vastgestelde gegevens en de door Organon zelf gehanteerde 'Product Safeguards' (informatie voor apothekers en artsen, op aanvraag verkrijgbaar, L.v.d.H.) en anderzijds de bij de informatie en aanprijzing gehanteerde voorschriften; dat dit temeer klemmt omdat zulks impliceert het blootstellen van gebruikers, met name kinderen, aan ernstige risico's; dat het een en ander in strijd moet worden geacht met de beginselen van de IFPMA-code; dat Organon met betrekking tot het in de handel brengen van geneesmiddelen en de daarmee samenhangende aanprijzing en informatieverschaffing in een aantal gevallen de noodzakelijke zorgvuldigheid onvoldoende heeft betracht." Voorts beveelt de commissie aan "...dat Organon erop toeziet bij het in de handel brengen van geneesmiddelen in andere landen systematisch de indicaties, contra-indicaties en waarschuwingen te vermelden als door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bij registratie zijn aangegeven". Vooral deze laatste uitspraak is zeer belangrijk, namelijk dat er wereldwijd uniformiteit dient te zijn over de (contra-indicaties), waarbij de *stringente* Nederlandse eisen als maatstaf dienen. De uitspraak is op zich interessant, maar wat is de zin ervan, als Organon niet gedwongen kan worden zich eraan te houden? De code-commissie ziet het ook niet als haar taak om na verloop van enige tijd te toetsen in hoeverre Organon veranderingen heeft doorgevoerd. In een gesprek dat ik voerde met de heer De Munck, secretaris van de Commissie, zei hij dat hij meende dat één jaar ruim voldoende zou zijn. Verder vond hij dat WEMOS nieuwe bewijzen zou moeten aandragen; van de commissie zelf hoeft men geen inia-

tieven te verwachten. Kortom: men constateert een vergrijp tegen de IFPMA-code, de verdachte gaat vrij uit. Als enige nadeel ondervond Organon de negatieve publiciteit, die zelfs tot in Kathmandu - het dak van de wereld - was doorgedrongen, getuige een gesprek wat ik daar voerde met de locale vertegenwoordiger van het bedrijf.

Duidelijk is dat de IFPMA-code geen enkele garantie biedt voor een betere regulering van en controle op de farmaceutische industrie. Deze taak lijkt eerder weggelegd te zijn voor de WHO (of andere VN-organisaties) en de verschillende parlementen ..

#### NOTEN:

Een uitgebreide literatuurlijst met omstreeks 70 verwijzingen is verkrijgbaar bij de auteur, c.o. Schonkstraat 24, 6531 CK - Nijmegen.

1. Melrose, D., "Bitter pills, medicines and the Third World Poor", Oxfam, Oxford (uk), 1982.
- Medawar, C.; Freese B., "Drug diplomacy, decoding the conduct of a multinational pharmaceutical company and the failure of a western remedy for the Third World"; Social Audit, London, 1982.
- Bühler, M., "Geschäfte mit der Armut, Pharma-Konzerne in der Dritten Welt", Medico-International, Frankfurt a/M, 1982.
- Velasquez, G., "L'industrie du médicament et le tiers monde", Editions L'Harmattan, Paris, 1983.
2. Braithwaite, J., "Corporate crime in the pharmaceutical industry", Routhledge & Kegan Paul, London, 1984.
3. United Nations Centre on Transnational Corporations, "Transnational Corporations and the pharmaceutical industry", United Nations, New-York, 1979.
4. Rajan, H.P., "Some criminological aspects of multinational enterprises in India", in Tiedemann, K., "Multinationale Unternehmen und Staffrecht", Carl Heymanns Verlag, Köln, 1980, 111-119.
5. Ministry of Petroleum and Chemicals, Government of India, "Report of the Committee on Drugs and Pharmaceutical Industry", (for internal circulation only), "Hathi-Committee", April 1975.
6. Adams, S. "Roche versus Adams", Jonathan Cape, London, 1984.
7. UN-Centre on Transnational Corporations, themanummer over codes, CTC-reporter, no 12, Summer 1982, Salesno. E,82.ILA,14.
- Economie and Social Council, "Transnational Corporations: issues involved in the formulation of a code of conduct", New York, 1977, no.E/C.10/17, dd. 20 July 1976.
- Muller, M.H., "De onzekere toekomst van de gedragscode van de Verenigde Naties voor Transnationale ondernemingen", International Spectator, november 1983, 706-713.
8. "Wie die Pharma-industrie Bonn kaufte", Der Spiegel, 39 jrg., no. 26, 24 juni 1985, pag 82-93.
9. "Report of the expert Committee for drugs, Bangladesh", World Development, maart 1983, 251-258 (speciaal themanummer over de farmaceutische industrie).
- Haan, de P., "Bangladesh contra farma-

ceutische multinationals", Intermediair Amsterdam, Vol. 20, nO 25, 22 juni 1984, 43-51.

10. The Monopolies Commission, "Report on the supply of chloridiazepoxide and diazepam (Librium and Valium)", Her Majesty's Stationary Office (HMSO), London, 1973.

11. Shafer, R.L., "Monthly report to the board of directors "Public Affairs Division (of the IFPMA), dec. 10, 1981.

12. Tweede Kamer der Staten Generaal, Zitting 1982-1983, Aanhangsel van de handelingen, pag 1929, vragenummer 966.

13. Toespraak van de Staatssecretaris van economische zaken Mr. F. Bolkestein op 31 januari 1985 voor de Nederlandse Maatschappij voor Nijverheid en Handel te Haarlem over het onderwerp: "Multinationale ondernemingen, mythe en realiteit", pag 20 e.v. Zie ook discussie in de Volkskrant, Open Forum, februari 1986.



# Een professionele dochter aan huis

Sigrid Sijthoff

## Het verhaal van een wijkverpleegkundige

Instructie voor het vullen van een insulinespuit

Foto: Ine van den Broek



Vanochtend was ik weer bij een echtpaar. Zij is vorig jaar geopereerd aan kanker en was rechts verlamd. De prognose was onzeker en haar man wilde haar dolgraag thuis hebben. Ik besprak met hem toen wat de mogelijkheden waren en wat ik met hen zou kunnen regelen. In het begin probeerden we die vrouw in samenwerking met de huisarts en de fysiotherapeut te revalideren, maar na een tijd werd duidelijk dat ze alleen maar steeds slechter werd. Nu is ze niet meer aanspreekbaar; het is wachten tot ze dood gaat. Ik kom er elke dag, zorg voor haar en kijk wat ze nodig hebben. Het begon met het regelen van een aangepast bed in de kamer, daarna een rolstoel, klossen, gezinsverzorging, een po-stoel en een anti-decubitusmatra. Het is net of ik een derde dochter van ze ben geworden. Als ik binnenkom, staat de koffie klaar en kletsen we wat. Ik ken er de weg, weet waar de washandjes liggen en zet de radio zachter als hij te hard staat.

Het voordeel van in een gezondheidscentrum werken is dat ik - als zij bijvoorbeeld zulke braakneigingen heeft dat ik haar niet meer kan wrijven - makkelijk met de huisarts kan overleggen over een verandering in de medicatie. Vroeger ging zo iemand naar een verpleegtehuis,

In het weekend komen we niet, dan geeft hij haar een kop- en kontbeurtje. Ik wist dat hij dit weekend jarig was en had een collega gevraagd om even een bloemetje te brengen. Daar was hij z? blij mee; toen ik vanochtend kwam, kreeg ik twee kussen en een dik stuk taart. Had ik geen zin in, maar ik vond niet dat ik kon weigeren. Het is echt te gek wat hij doet, vierentwintig uur per dag verzorgt hij haar. Hij wéét best dat ze dood gaat, en toch is het elke keer weer knokken bij iedere nieuwe fase in het ziekteproces: Heel moeilijk is het stadium dat mensen nog wel willen, maar niet meer kunnen; de fasen van lopend naar zittend, liggend en doorliggend. En het accepteren dat iemand op een gegeven moment niet meer wil eten en vervolgens ook niet meer wil drinken.

"Greet, ze moet toch drinken .." Ik zeg dan: "Wat wil je, wil je haar per se laten drinken en dus aan het infuus hebben; dan moet ze naar het ziekenhuis. Waar ben je dan mee bezig? Alleen met rekken". Ik ben daar op een dag zo'n 1 á 1,5 uur, waarvan ik het merendeel met hem bezig ben. Ik schat in of hij het nog wel aankan en zet bijvoorbeeld met hem op een rijtje waarom hij haar zo graag wil laten drinken en opeens zelfs aan het infuus wil hebben, terwijl hij tegelijkertijd al een jaar moeite doet om haar thuis te houden.

Veel mensen hebben er ontzettende moeite mee wanneer degene waar ze voor zorgen, uitdroogt. Het is jarenlang in discussie geweest hoe erg zo'n dood is. De tendens is nu dat doodgaan door uitdrogen voor de patiënt zelf een redelijk zachte dood is, en voornamelijk voor de omgeving moeilijk. Het ziet er rot uit, de urine gaat stinken, en vooral is het bijna niet te accepteren wanneer iemand op een gegeven moment niet meer wil drinken. Een mens moet toch drinken, anders gaat hij zeker dood.

Het is vaak zo dat de lichamelijke verzorging de aanleiding is om bij mensen thuis ergens te komen, maar dat het eigenlijke werk de emotionele of sociale begeleiding van mensen is. Dat kost ook het meeste tijd. Een collega van mij noemt zichzelf dan ook sociaal verpleegkundige.

Het interessante is dat in die gevallen, dat mensen de tijd hebben om dood te gaan, er zo enorm veel naar boven komt van wat een leven lang gespeeld heeft. Zowel rotte als leuke dingen. Maar hoe moeilijk het ook is, er gebeurt altijd veel. Zelfs bij de man die vergeefs wachtte met doodgaan tot zijn dochter langs zou komen. Hoe iemand dood gaat, heeft veel te maken met hoe iemand geleefd heeft.

Typeerend voor het werk van de wijkverpleegkundige is dat je een duizendpoot bent. Niet alleen ben ik kind aan huis, klankbord of piespaaltje, maar ik ben ook - wanneer het nodig is - een beetje fysiotherapeut, arts, manager enzovoorts.

Ik heb op het moment iemand in zorg van vijfenveertig jaar. Een half jaar geleden kreeg ze een beroerte, waar ze een dijk van een afasie aan heeft overgehouden. Ze loopt drie keer per week bij een revalidatiecentrum voor logopedie, fysiotherapie, ergotherapie en maatschappelijk werk. Een tijd terug merkte ik dat het slechter ging met zowel het gezin als haarzelf. Ik heb toen dat centrum opgebeld. Ik vroeg wat hun beleid nou eigenlijk was en zei dat het volgens mij hoog tijd werd dat de deskundigen die zich met haar bemoeiden, eens om de tafel gingen zitten. Stuk voor stuk heb ik ze aan de lijn gehad en afgesproken dat ze me over een maand weer zouden opbellen. Op een andere manier kom ik er niet achter wat ze daar met haar uitvoeren.

Veel plezieriger en efficiënter is het wanneer alle hulpverleners die bij iemand betrokken zijn, aan het gezondheidscentrum verbonden zijn. Je kunt dan in de wekelijkse PB (patiëntenbespreking) een gemeenschappelijk beleid afspreken. Op die bijeenkomst - waar de apotheker, leidster gezinsverzorging, fysiotherapeut, huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige en het algemeen werk aanwezig zijn - kun je een patiënt inbrengen. Daartoe vul je eerst een standaardformulier in met de vraagstelling, de gegevens van de patiënt en aanvullende informatie van andere disciplines. Dat lijkt wat kinderachtig, maar werkt heel goed. De patiënten zijn op die bespreking trouwens anoniem en we vragen ze van tevoren of het goed is, dat we hun probleem met de andere disciplines doorspreken. Daarmee geef je ook tegelijkertijd je eigen grenzen aan: Zo van: ik weet het ook niet meer.

Ik denk dat door het werken in een gezondheidscentrum de grenzen tussen de vakgebieden wat vager worden. Het beleid dat we in de PB hebben afgesproken, kan in de praktijk heel goed betekenen dat je met een patiënt iets gaat doen, wat eigenlijk niet bij jouw vak hoort. Bovendien is het zo, dat samenwerken onmogelijk is wanneer je de grenzen tussen de verschillende disciplines heel star aanhoudt. En het maakt het werk spannender.

In het algemeen bestaat er geen hiërarchie in ons centrum. Ik denk dan ook dat het een grote stap in de goede richting is naar gelijkwaardige arbeidsverhoudingen. Iedereen werkt in hetzelfde gebouw, ik kan zo iemand aanklappen als ik iets wil weten. Hoewel, soms is de huisarts ook bij ons toch de spil waar alle beslissingen om draaien. Bijvoorbeeld, ik kwam bij iemand die niet lang meer te leven had en ontdekte dat de pijnmedicatie omlaag was gebracht, zonder dat we dat in het centrum afgesproken hadden. Ik heb tegen die mensen verder niks gezegd, maar toen ik weer op het centrum terug was, ben ik naar de betreffende huisarts gestapt: "Wat maak je me nou, je

had wel even contact met ons mogen opnemen. Wij komen er elke dag, en die vrouw heeft nu zulke pijnen dat ik haar nauwelijks meer kan aanraken. Zo kan ik iemand niet verzorgen." Of de huisarts regelt opeens een ziekenhuisopname, terwijl wij al weken alles in het werk hebben gesteld om een patiënt die thuis wil zijn daar ook te houden. Meestal gaat het heel goed en prettig hoor, maar soms word ik zo link: het is toch een verschil of je iemand iedere dag ziet of dat je er 1 keer per week binnenwipt.

Een goede samenwerking heeft veel met waardering voor elkaars werk te maken. Een belangrijke voorwaarde is dat je als hulpverlener in staat bent om dingen uit handen te geven. Als een hulpverlener het gevoel heeft dat hij de enige is die een bepaald probleem kan oplossen, loopt het spaak. Ik vind het vreselijk als ik het gevoel heb dat iemand mij passeert of controleert. En je moet jezelf bloot durven geven, durven toegeven dat je met iemand vastgelopen bent.

Toen we begonnen met samenwerken, was het vaak aftasten hoe het werk tussen de disciplines verdeeld moest worden. Verbindt de huisarts die wond, de wijkverpleegkundige of het algemeen werk? Langzamerhand hebben we er een weg in gevonden, we kennen elkaar nu ook veel beter. Bijvoorbeeld, een tijd terug is er door Den Haag een 'injectienota' uitgebracht: de wijkverpleegkundige mag alleen injecteren, als het in het verpleegplan past. Dus, wanneer een huisarts mij opdracht zou geven om eens per maand bij iemand langs te gaan om een vit.B-complex in de dij te spuiten, hoef ik dat niet te doen. Wij regelen zulke dingen nu onderling: de ene keer doet de huisarts het, de andere keer ik. Soms wrijft het, maar meestal gaat het dus goed. Het hangt ook van de persoon af, met wie je een klus moet opknappen. Ook al denken wij in het centrum dat we gelijkwaardig zijn, voor onze patiënten ligt dat heel anders. Die hebben nog steeds het beeld van de dokter en de zuster van vroeger in hun hoofd. Onze artsen proberen af te komen van het beeld, dat zij alleen degenen zijn die de diagnose stellen en de pilletjes voorschrijven; ze richten zich meer op het begeleiden van mensen. Op zich een vooruitgang, maar het kan er ook toe leiden dat ze teveel in het vaarwater van andere disciplines raken. Daar moet je voor waken, denk ik. Ik kan nooit de taak van een arts overnemen, maar hij kan wel denken dat hij een deel van de dingen die ik doe, zelf ook kan. Op het moment dat ik me het hulpje van de arts voel, is voor mij de lol eraf.

Ook wat dat betreft zou het goed zijn als de wijkverpleegkundige meer een beroep zou worden. Er zou een duidelijker taakomschrijving moeten komen; het is nu zo'n vaak. Bovendien zou er dan een functie-waardering van het beroep gemaakt kunnen worden; ik vind dat we nu, net als alle verpleegkundigen, onderbetaald worden.

Ik kan het beste werken met mensen die niet teveel klagen en hun best doen om zichzelf te redden. Ik had een keer een intake-gesprek met iemand die een uur lang klaagde, ik kon er geen woord tussen krijgen. Zo iemand kan ik niet helpen; een collega heeft haar overgenomen. Zeuren vind ik best, als ik maar af en toe idee heb dat iemand ook kan glimlachen. Mensen die zuigen en nooit genoeg aandacht krijgen, slurpen energie.

Twee oude mensen waar ik al jaren zo af en toe kom, zijn zo lief en leuk. Ik vang de mantelzorg op, die zij elkaar niet meer zo goed kunnen geven. Altijd hebben ze wel wat lekkers voor me. Een vers broodje, een zure bom. Pas vroeg hij mij of ik een pleister kon plakken op een gaatje naast zijn anus waar hij zelf moeilijk bij kon. Hij stond een beetje te draaien en liet mij opeens zijn eikel zien waar twee kleine knobbeltjes op zaten. "Ben ik mee geboren; vrouwen vonden dat vroeger zalig", giechelde hij. Ik krijg

veel over seksualiteit te horen, vooral van de oudere leeftijdsgroepen. De een wil nog wel, terwijl de ander er geen zin meer in heeft. Soms kan ik er wat mee, maar meestal laat ik het liggen. Wat heeft het voor nut om te gaan wroeten in dingen, die gedurende tien jaar zo gegroeid zijn? Zeker als mensen het als een opmerking tussendoor presenteren, en niet als een duidelijke hulpvraag.

**D**oor de bezuinigingen op de gezondheidszorg hebben wij het veel drukker gekregen. Mensen die vroeger nog wel een week in het ziekenhuis zouden hebben gelegen, omdat een wond nog niet dicht is, worden nu naar huis gestuurd. Ze komen thuis in een stadium, waarin ze eigenlijk nog een heel intensieve zorg nodig hebben; die komt op onze schouders terecht.

Maar ook de veranderende ideeën over de kwaliteit van het leven maken onze taak zwaarder. Sterven thuis, meer chronisch zieke mensen die thuis zijn in plaats van in een instelling ... Toch zeggen we nooit nee. Soms lukt het niet om iemand naar huis te halen, omdat bijvoorbeeld de avond-wijkverpleging vol zit. Dan is het ongeduldig wachten tot diegene boven aan de wachtlijst staat.

**V**eel werk en vrije tijd ben ik kwijt aan allerlei overleggen en commissies. Je moet goed in de gaten houden dat je op een gegeven moment niet aan het overleggen bent om het overleggen. Het probleem is dat wij - de dertig mensen die bij de stichting die ons gezondheidscentrum is, werken - een organisatiestructuur hebben opgezet, die ook door onszelf gedragen wordt. Het betekent dat er een hoop werk op onze schouders neerkomt, dat niet bij ons thuis hoort. We hebben niet genoeg geld om daar speciale mensen voor aan te trekken. Teamleden moeten er zo voor zorgen dat het centrum blijft draaien. Ik denk dat we door onze horizontale organisatiestructuur goede en overwogen beslissingen nemen. Bovendien werkt het motiverend, je bent meer dan zomaar een werknemer. Aan de andere kant is het ook log: ieder besluit is door een commissie voorbereid, en moet zowel de algemene teamvergadering als het bestuur passeren, voor het kan worden uitgevoerd. Als we wat groter zijn, gaan we met afvaardigingen werken. Het is geen doen om met vijftig mensen te vergaderen, ook al wordt er heel wat af gelachen.

**H**et werk is gezellig, ik ken zoveel mensen en zij mij. Wanneer ik in mijn wijk op straat loop, of in de supermarkt ben, is het voortdurend "hallo", en zijn er bosjes mensen die me aanschieten voor een praatje. Soms voel ik me het bezit van die wijk. Daarom zou ik er ook nooit willen wonen, zoals vroeger de wijkzuster, die in het wijkgebouw woonde en dag en nacht bereikbaar was.

Het is ook leuk, omdat het zo afwisselend is. Soms heel ontroerend en soms hardstikke maf. Vorige week werd ik nog met spoed bij een man geroepen, die een uitpuilende aambeel had en die zelf niet meer kon terugduwen. Dan kom je daar en ligt iemand in paniek met de kont omhoog in bed....••

# Baas in eigen beurs

## Budgetteren in de praktijk

Budgetteren: vaak genoemd als wondermiddel dat leidt tot kostenbeheersing, en sturing van de inhoudelijke ontwikkeling van de zorg. Het principe is eenvoudig. Een instelling krijgt een vastgesteld budget, waarvan het een jaarlang moet rondkomen. Hoe het geld besteed wordt mag men, binnen bepaalde grenzen zelf uitmaken. De strijd ontbrandt dan ook direct: meer *in vitro* fertilisaties en open hart operaties, of meer verpleegkundigen aanstellen op de geriatrie afdeling? Kortom wie trekt er aan het langste eind?

Uit het verhaal van Kees en Elly blijkt dat vaak de medische staf te zijn. De ondernemingsraad krijgt weinig potens aan de grond als haar bevoegdheden niet drastisch worden uitgebreid. Verrassend is dat ondernemingsraadslid Kees weinig heil ziet in discussies tussen de afdelingen zelf, "die worden emotioneel"; maar wie moeten er dan wel meediscussieren? Staatssecretaris van der Reijden is ondertussen de lachende derde. Verdeel en heers schreef Machiavelli al, of beter: laat ze weinig verdelen en heers des te meer.

**Yvonne van Geenhuizen  
Klazien Tüstra**

Veel hulpverleners in de tweede lijn kunnen erover meepraten: budgetteren. Sedert 1974 door de bewindslieden van Volksgezondheid opgeworpen als wondermiddel om de snel groeiende kosten van de tweede lijn voorgoed in te dammen. Onder dwang van de bezuinigingsdrift van de regering Lubbers zag de huidige Staatssecretaris van WVC, van der Reijden, zich genoodzaakt de budgetfinanciering versneld in te voeren. In 1983 stelde hij voor om ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen, in plaats van de gebruikelijke 'ongelimiteerde' vergoedingen een vaste, beperkte bijdrage - een budget - voor de gemaakte kosten toe te kennen. Zowel personeelskosten (salarissen) als materiaalkosten van bijvoorbeeld verpleegkundige zorg, schoonmaakdienst of administratie moeten voortaan van één gelimiteerde som geld betaald worden.

Naast kostenbeheersing voor de overheid geeft de budgetfinanciering aan instellingen de mogelijkheid om zelf te bepalen waaraan de toegekende bedragen besteed worden. Uiteraard gelden er een aantal basisrichtlijnen, maar toch kan er binnen het budget 'vrijelijk' geschoven worden. Deze mogelijkheid tot 'heralloceren' is zeker een aantrekkelijk aspect van de budgetfinanciering. Binnen

de instellingen kunnen hulpverleners door middel van herallocatie de accenten van de zorg verleggen en bepalen waar méér of minder geld aan besteed zal worden. In principe kan daardoor een betere Zeggenschap over werk - in dit geval zorg - bereikt worden.

Alhoewel... Zijn hulpverleners aan de basis in staat om, binnen de huidige hiërarchische tlgar,tsatiestructuur van bijvoorbeeld ziekenhuizen, het zorgbeleid verregaand te beïnvloeden? Is het inhoudelijk en financieel invullen van het beleid niet slechts voorbehouden aan de medische staven, de dokters?

Ook in de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid signaleerde men dit probleem van de zeggenschapsverhoudingen. De CDA'er Lansink vond dat budgetfinanciering "andere zeggenschapsverhoudingen binnen instellingen vereista". Hij pleitte voor het versterken van het "professionele management". Overigens een wat merkwaardige opvatting over spreiding van zeggenschap. De staatssecretaris onderkende eveneens het probleem van de éénzijdige beleidsbepaling in de instellingen: "De medische staf neemt onmiskenbaar een belangrijke plaats in, in het besluitvormingsproces, niet zelden zelfs een zo overheersende dat bezwaarlijk van ideale machtsverhoudingen binnen de ziekenhuizen kan worden gesproken". Om de invloed van de medische staven terug te dringen zoekt van der Reijden zijn heil bij goed management en - verrassend - bij een geleidelijk aan toenemende rol van de ondernemingsraden ..

Inmiddels werkt men in de tweede lijn volop met de budgetfinanciering. Hoog tijd dus om de mooie ideeën over kostenbeheersing, herallocatie en andere zeggenschapsverhoudingen eens te toetsen aan de dagelijkse realiteit.

Budgetteren in de praktijk, wat levert het op?

## Ondoorzichtig

Kees, verpleegkundige en lid van een ondernemingsraad van een algemeen ziekenhuis, vindt dat Van der Reijden de rol van de ondernemingsraden hooglijk overschat: "Onze ondernemingsraad heeft moeten *afdwingen* om op z'n minst de concept-begroting te mogen bespreken. In een cursus budgetteren wees men ons erop, dat een ondernemingsraad 'recht van bespreking' van de concept-begroting heeft. (Aan de hand van de begroting kan je zien waar het geld naar toe gaat.) De volgende stap is dan 'wat doe je met zo'n concept-begroting', wat lees je erin. Er staat een rits van getallen, waar eigenlijk geen mens wat van begrijpt. Om zo'n begroting te doorzien moet je bijna boekhouder of zo iets dergelijks zijn. Het is moeilijk duidelijk te krijgen, waarom bepaalde posten zo ingevuld zijn. Je komt er niet echt uit. De keuzes die gemaakt zijn om bijvoorbeeld een afdeling meer of minder geld toe te kennen, zijn er niet in aangegeven. Op zo'n cursus budgetteren leren we dan wel dingen, om beter inzicht in zo'n begroting te krijgen. Bijvoorbeeld: 'vraag de directie maar hoe het zaakje tot stand is gekomen, wie daarin betrokken zijn geweest en hoe de conflicten opgelost zijn!' 'Toch moet je veel verstand van geld en begroten hebben • wil je inzichtelijk krijgen wat er precies gebeurt. We weten dat er met gelden geschoven wordt in de begroting, want per 1 januari 1985 mogen we een aantal extra open-hart-operaties doen. Je kan wel op je vingers natellen, dat dit verschuivingen in personeel met zich meebrengt. Er gaan méér verpleegkundigen naar de intensive care, er komt méér personeel op de operatie-afdeling. Per saldo praat je over zo'n 60 mensen. Maar in de overlegvergadering met de directie wordt daarover niet gesproken. De directie geeft nauwelijks motivaties voor het te voeren beleid. Als je er naar vraagt krijg je vaak een dooddoener, zoals 'maar je weet toch dat we dit jaar veel meer *'open-harten'* willen doen.' Daarmee is voor hen de kous af, maar voor mij nog niet."

"Je kunt er pas goed een vinger achter krijgen, op basis van een beleidsplan van een ziekenhuis. Ik denk dat er weinig ziekenhuizen zijn, die met zoiets werken. Ook wij hebben slecht zicht op de beleidsvoornemens van de directie. Het enige wat je hoort zijn allerlei vaagheden die in een jaarrede uitgesproken worden, zoals "we hopen in dit komende jaar van bezuinigingen de middelen goed te kunnen besteden." Zelden hoor je uitspraken in de trant van "Wij nemen ons voor om dit jaar dit specialisme te ontwikkelen."

## Huishoudportemonnee

Een budgethouder beschikt en waakt over de toegekende gelimiteerde sommen geld. Uiteraard worden deze positie fel begeerd, een ieder loopt toch immers liever zèlf met de huishoudportemonnee op zak. Vraag is alleen: wie komt er nu het meest in aanmerking voor deze functie, de verpleegkundige, de dokter of het 'professioneel management'?

Kees: "In ons ziekenhuis zijn veel artsen budgethouder. Van de röntgenafdeling is dat bijvoorbeeld de radioloog. Ik vind dat een vreemde gang van zaken; die man is voor een belangrijk deel vrijgevestigd. Hij mag daar dan wel de arts zijn, maar dat houdt voor mij nog niet automatisch in, dat hij ook hoofd en budgethouder van zo'n afdeling is."

Inderdaad een wat merkwaardige situatie, zeker als zo'n man met de verpleegkundig-directeur moet onderhandelen over personeel wat hij zelf niet eens in dienst heeft. Het is altijd lekker knabbelen van andermans ijscó's.

Kunnen afdelingen onderling niet uitmaken hoeveel geld ze nodig hebben? Kees ziet daar weinig heil in: "Mensen op de afdelingen hebben helemaal geen zicht op visie op wat voor personeel ze moeten hebben. Een verpleegkundig afdelingshoofd heeft verdomd weinig idee van het economisch runnen van een afdeling. Kijk maar naar het eeuwenoude conflict van de dienstlijsten. Dat is een schoolvoorbeeld: men slaagt er niet in een compromis te vinden tussen het op een economische manier runnen van een afdeling, en tegelijkertijd het personeel tevreden houden door ze die diensten te geven die ze graag willen hebben. Buiten dat, krijg je een ordinair gevecht als je afdelingen onderling laat discussiëren over de verdeling van het geld. Interne loopt clante schreeuwen: 'ik heb hier veertig demente bejaarden liggen, die gigantisch zorgintensief zijn en eigenlijk naar een verpleeghuis moeten' en Chirurgie brult: 'ik heb hier veertig patiënten, die allemaal gewassen en zwaar gecontroleerd moeten worden! Je krijgt discussies op een emotioneel niveau. Een inhoudelijke discussie over de zorg lijkt me helemaal niet haalbaar: het vergt veel inzicht en een behoorlijke discipline; en vooral moed om te durven zeggen, dat je eigen afdeling misschien niet zo belangrijk is en dat het best wat minder kan. Dat vereist een andere benadering; je moet van de eiland-gedachte binnen zo'n instelling af. Het zou mooi zijn als de mensen het werk 'objectief' zouden kunnen beoordelen, maar ik heb er mijn twijfels over of je dat soort mensen bij elkaar zou kunnen krijgen."

Is dan het professionele management, zoals door Lansink gepropageerd, de 'Haarlemmer olie' voor alle conflicten over de verdeling van het geld? Het is maar zeer de vraag of deze, vooral economisch geschoolde, werkers voldoende inzicht hebben in de problemen aan de basis van de afdelingen. Zijn zij bijvoorbeeld in staat om een onafhankelijke keuze te maken tussen de nieuwe apparatuur op de ene, of meer personeel op de andere afdeling; kunnen zij de druk van de machtige medische staven weerstaan?

Kees: "Zo'n medische staf loopt daar de deur plat, en die druk maakt een onafhankelijk oordeel nauwelijks mogelijk. Toch vind ik dat je er naar moet streven de

onafhankelijkheid van de economisch-directeur te garanderen. Wil een verpleegkundige in de bezuinigingsstrijd zijn of haar vak kunnen verdedigen, dan moet er nog heel wat veranderen aan die mensen die dat verpleegkundige beroep uitoefenen. Er zijn verdomd weinig verpleegkundigen die met rationele argumenten - dus niet 'die man ligt de hele avond in de stront als we geen geld krijgen' - in discussie kunnen gaan. Je moet het heel zuiver zien te houden en ik vraag me af of verpleegkundigen daarvoor toegerust zijn."

## 'n blik ziekenverzorgenden

Elly, ziekenverzorgende in een revalidatiekliniek, constateert dat de personeelsbezetting van haar afdeling in de loop der jaren verminderd is: "Heel geleidelijk voel je dat er aan je getrokken wordt. Er gaan mensen met ontslag en daar krijg je niemand voor terug."

Er dreigt langzamerhand een kwantitatieve en kwalitatieve onderbezetting van de afdelingen. In principe behoren er overdag vijf gediplomeerde ziekenverzorgenden op de afdeling van Elly te werken, maar "meestal zijn het er maar vier, of zijn vier van de vijf dagdiensten leerlingen of uitzendkrachten. Daarbij krijgen we steeds zwaardere patiënten. De werkdruk wordt steeds groter; de tijd om patiënten voldoende aandacht te geven ontbreekt. En dat levert spanningen en ziekte onder het personeel op. Als de één weer beter is, wordt de ander ziek. Het is een vicieuze cirkel, je gaat steeds ontevredener naar je werk. Het geeft geen voldaan gevoel meer."

Hoe zit het met de andere afdelingen, is dáár geen ruimte om personeel af te staan? Elly: "Ik heb daar geen zicht op, maar ik denk wel dat het geld evenredig verdeeld wordt. Alle verpleegafdelingen moeten immers inleveren. We hebben het maar te slikken. De hoofdverpleegkundige zegt: geld voor meer personeel heb ik niet en ik kan geen blik ziekenverzorgenden optrekken, hoe graag ik dat ook zou willen."

Informatie en inspraak over de verdeling van het weinig geld blijkt er maar mondjesmaat te zijn. Besluitvorming over de verdeling van het geld vindt plaats binnen de directie, "de revalidatie-arts, het hoofd para-medische dienst, het hoofd verpleging en de Directeur, een econoom is dat". Geruchten over wat er precies besloten wordt, sijpelen via het informele circuit - de wandelgangen - maar langzaam tot de basis door. "De revalidatie-arts heeft een dikke vinger in de pap, dat gerucht gaat van mond tot mond. Eigenlijk moeten we de informatie van het afdelingshoofd krijgen, maar we hebben het zo druk dat de tijd voor werkoverleg ontbreekt.

Vandaar dat je alles uit tweede of derde hand hoort, bijvoorbeeld van de fysiotherapeuten, die zijn beter geïnformeerd omdat ze regelmatig werkoverleg hebben."

"Wat er in de ondernemingsraad gebeurt, daar weet ik het fijne niet van. Ik heb wel begrepen, dat ze steeds te laat geïnformeerd worden, zodat ze voor voldongen feiten geplaatst worden."

Kees bevestigt deze indruk van Elly: ook in het ziekenhuis waar hij werkt kun je nauwelijks van een (goed) overleg spreken: "Inhoudelijke discussies binnen een overlegvergadering verlopen heel stroef. De directie komt met een *voorgenomen* besluit' - zo heet het dan officieel -; maar het is natuurlijk allang een besluit. Je kunt er nog je zegje over zeggen, maar ze komen niet in een vroeg stadium van de besluitvorming met de vraag: *denk hier nu eens over mee.*

## Slechte start

Na ruim een jaar werken met de budgettering in de tweedelijns, maken deze twee hulpverleners wel een heel sombere balans op. Wij vrezen dat hun ervaringen overeenkomen met die van veel andere hulpverleners in de gezondheidszorg. Een nogal verontrustend perspectief. Immers, al in het begin van de budgettering lijken de kaarten op de voorspelde wijze geschud.

Op de werkvloer neemt de werkdruk toe; van een controlerende functie van de OR is nauwelijks sprake, de zeggenschapsverhoudingen lijken vastgeroest.

Een slechte start dus. Veel procedures voor het vaststellen van de budgetten zullen inmiddels tot vaste regels verworven zijn. Van der Reijden zal het allemaal een zorg zijn zolang de ziekenhuizen hun budgetten maar niet overschrijden. Dat levert hem namelijk onaangename confrontaties op met z'n collega Ruding. De verwachting dat een Ondernemingsraad in staat zou zijn weerstand te bieden tegen de invloed van de medische staven, blijkt een regelrechte en zeer voorspelbare misrekening. Kees: "Wij hebben ook geen bevoegdheden gekregen van Van der Reijden. Hij had ons toch op z'n minst adviesrecht over een begroting, maar liever nog instemmingsrecht moeten geven. Bij het instemmingsrecht liggen de procedures veel scherper en heb je beroepsmogelijkheden. Dat heeft allemaal een meer dwingend karakter. Een ondernemingsraad zal alleen maar instemmen met een begroting als duidelijk is aangegeven dat de keuzes die gemaakt zijn, op bepaald beleid rusten en verantwoord zijn."

Maar met het toekennen van advies- of instemmingsrecht over de begroting is de werknemersinvloed nog niet gegarandeerd. Het beoordelen van begrotingen vergt een deskundigheid die doorgaans onder ondernemingsraadleden dun gezaaid is. Het wettelijk verplicht stellen van een jaarlijks, helder geformuleerd beleidsplan van de directie biedt meer mogelijkheden om de gepresenteerde keuzes inzichtelijk te maken. Betrokkenen en geïnteresseerden kunnen dan op een gelijkwaardige manier de discussie over de zorg aangaan.

Van der Reijden zou er goed aan doen om deze voorstellen 'mee te nemen' bij het formuleren van zijn **beleid...** ; .

## NOTEN

1. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600 Hoofdstuk XVI, nr. 110 pag. 1
2. idem

# REACTIE

In het vorige nummer van dit tijdschrift brak Peter Cohen een lans voor het drugsbeleid van de gemeente Amsterdam: "vrije" verstrekking van heroïne ter verbetering van de openbare orde en van de toestand van de verslaafde.

Douwe de Vries, als huisarts dagelijks met heroïneverslaafden geconfronteerd, plaatst enkele kanttekeningen bij de Amsterdamse plannen. Heroïne, zo meent hij, is een veel minder onschuldige stof dan velen beweren. Dat is één van de redenen waarom hij moeite heeft met de rol die de huisarts in de plannen toebedacht krijgt: die van "legale dealer".

Douwe de Vries, huisarts in Amsterdam.

## De dokter als dealer

Een aantal noties over drugsgebruik en drugsbeleid

Laat ik beginnen met een simpele oplossing van het heroïnevraagstuk op te dienen. Al eerder is in dit tijdschrift gesteld: *de opiumwet is een historische vergissing*. De hieronder te schetsen situatie lijkt me vanuit die stelling dan ook de meest voor de hand liggende.

Vanaf januari 1986 zal heroïne vrij te verkrijgen zijn. Erkende slijters en tabakswinkeliers kunnen daartoe een volledige vergunning (laten we het de H-vergunning noemen) verkrijgen. De opiumwet wordt geïntegreerd met het tabaksbesluit en de drank- en horecawet in een **genotmiddelenwet**. Er komt een staatstoezicht op bereiding en kwaliteit van heroïne. De minimumleeftijd, waaronder niet verkocht mag worden, wordt - net als die voor alcohol - zestien jaar. De verpakking wordt, evenals die van tabak, voorzien van een waarschuwend woord van de minister van WVC omtrent de verslavende en schadelijke werking. Opties van kruideniers, koffie- en theehandelaren en drogisten op de verkoop van opiaten (*wij zijn toch als handelaren in koloniale waren de aangewezen deskundigen*, zo stellen ze) worden afgewezen.

Cocaïne en amfetaminen vormen een volgend hoofdstuk in de drugsdiscussie. Ook moet er gepraat worden, zo is in het kamerdebat over de genotmiddelenwet al opgemerkt, over de vraag of niet méér stoffen overgeheveld moeten worden van het geneesmiddelenpakket naar het genotmiddelenpakket. **Anabolica** (veel in gebruik bij body-builders) **tranquillizers** en **slaapmiddelen** (toch ook als *mothers little helpers* nauwelijks van medische indicaties voorzien) en **anti-conceptiva** zijn eigenlijk moeielijk als geneesmiddelen in strikte zin te handhaven.

Het onderscheid tussen tapkast en medicijnkast, tussen genot- en geneesmiddel, zo is het uitgangspunt, moet worden hersteld. De minister-president citeert bij de kamerbehandeling zijn illustere voorganger Colijn, die reeds in 1910 had gezegd: *"Ik behoor niet tot die mensen, die nu zo onder alle omstandigheden het opiumgebruik ten zeerste afkeuren..."*

We krijgen een met alcohol vergelijkbare 'gedoogsituatie' en 'aanvaardingsmodel'. De verwachting is niet dat heroïne het odium van pure gezelligheid, dat rondom alcohol hangt, zal weten te verwerven. De overheid int in het vervolg ook over heroïne een forse accijns, gaat misbruik tegen, stimuleert voorlichting, en subsidieert hulpverlening aan verslaafden. Geen

puriteinse christelijke of socialistische, maar een tolerant pragmatische oplossing. Een aanpak van het drugsprobleem passend in een modern gereguleerde no-nonsense samenleving.

### Heroïne: relatief onschadelijk?

Voortdurend wordt door medische en politieke deskundigen de relatieve **onschadelijkheid** van heroïne benadrukt. Er overlijden dan wel jaarlijks enige tientallen gebruikers door een overdosis (met bijgebruik van alcohol en tranquillizers), relatief is dat aantal toch nog weinig vergeleken met de paar honderd doden in het verkeer door medicijngebruik of het gigantische aantal slachtoffers van alcohol. En het aantal dodelijke slachtoffers van sigarettenroken loopt ook in de honderden. Bovendien, zo wordt dan nog eens benadrukt, wordt de schade door heroïne vooral veroorzaakt door de **illegaliteit** van het middel. De verslaafde moet stelen om te kunnen kopen en op het product wordt geen kwaliteitscontrole uitgeoefend. Niet de verslaving, zo hoor je nogal eens, is het probleem, maar de illegaliteit. Een uitgesproken woordvoerder van dit standpunt is de Amsterdamse psycholoog Jan van Dijk, gemeenteraadslid van de PvdA.

Ook de gemeentelijk adviseur inzake drugs, Peter Cohen, verkondigt veelvuldig dergelijke standpunten. Ze vormen ook de achtergrond van het artikel van Cohen in het vorige nummer van dit tijdschrift. Met de grote lijn van het artikel ben ik het niet oneens. Ook mij lijkt de stelling onhoudbaar dat met gereguleerde heroïneverstrekking het belang van de verslaafde wordt opgeofferd aan het belang van de maatschappij. Met dergelijke "principiële" stellingnames kan ook ik al lang niet meer uit de voeten. Zoals bij abortus, de keuze niet versimpeld kan worden tot een standpunt voor of tegen het leven van de ongeboren vrucht, zo kan bij het verslavingsprobleem principiaisme weinig soelaas bieden. Prima stuk dus van Cohen, wat dat betreft.

Waar ik echter bezwaar tegen heb, is de sterke nadruk op de illegaliteit en op de onderbelichting van de heroïneverslaving zelf. Want feit blijft, dat heroïne een lichamelijk en psychisch sterk verslavend middel is. Na slechts kortdurend regelmatig gebruik ontstaat al een dusdanige verslaving, dat er bij stoppen heftige onthoudingsverschijnselen optreden. Ook is het een middel, dat mensen psychisch en fysiek wel degelijk ontregelt. De ademhaling wordt geremd, de darmwerking wordt geremd en de gebruiker komt in een apathische toestand



terecht, ongevoelig voor de normale fysieke en psychische prikkels tot activiteit en zelfbehoud. Buikpijn als symptoom van een buikvliesontsteking bij een blindedarmontsteking, ontgaat de patiënt, met als gevolg perforaties en uitgebreide ontstekingen. Bronchitis en longontstekingen blijven lang onopgemerkt. De lethargische en apathische toestand veroorzaakt door heroïnegebruik, heeft op zich weinig te maken met hoe men aan het spul komt. Onverschilligheid voor dat wat men de directe omgeving aandoet is, met het ontbreken van het voelen van pijn of verdriet, een werking die aan heroïne zelf toegeschreven moet worden en niet aan de moeilijke verkrijgbaarheid van dope of de psychopathologie van de gebruiker. Dergelijke effecten "**lichaamsnabij**" noemen -zoals Cohen doet- vind ik nogal eufemistisch en demagogisch. Veel heroïnegebruikers "titreren" hun eigen welbevinden bovendien nog met cocaïne (voor de energie), tranquillizers (om toch weer wat te



relaxen), alcohol (voor de stemming) en hasj. Inderdaad komt men dan regelmatig in een toestand met ernstige oordeels- en kritiekstoornissen en psychotische episoden terecht. Dat heroïne bij sommige gebruikers met neiging tot psychoses ook anti-psychotisch werkt doet daar weinig aan af.

De onschadelijkheid van heroïne is dus maar zeer relatief. De grens tussen prettig relaxed zijn en ernstig geïntoxiceerd raken, is erg smal. Wat dat betreft is het waarschijnlijk een, ook legaal, moeilijk te hanteren middel. In publicaties die tot tolerantie ten aanzien van gebruikers oproepen, waar ik overigens graag aan meeschrijf, wordt dat nogal eens onderbelicht. De verwijzing naar alcohol, tranquillizers en slaapmiddelen, vind ik daarbij niet geruststellend. Het onder ogen zien dat ontzettend veel mensen behoefte hebben aan bedwelmende en opwekkende stoffen, moet de effecten van die stoffen niet verdoezelen, maar juist benadrukken. Dat alcoholisme een voortdurende bedreiging van de openbare orde is, stemt mij op zich niet milder ten aanzien van de heroïneverslaving.

### Heroïne-criminaliteit?

Wat nu eigenlijk het probleem van de heroïneverslaving is, valt in de discussie van de afgelopen jaren nauwelijks meer te ontwarren. Er wordt naar standpunten gevraagd, vóór of tegen vrije, gratis of gereguleerde verstrekking, naar snelwerkende, politiek haalbare oplossingen.

Een veel gehanteerde redenering is: Heroïne is illegaal, daarmee wordt het duur, dus aanleiding tot diefstal en roof, met als omkering: maak heroïne legaal, goedkoop, dan bestrijd je de criminaliteit. Maar die samenhang is verre van eenduidig. Enerzijds blijkt een klein deel van de verslaafden een groot deel van de met drugs in verband gebrachte criminaliteit voor haar rekening te nemen. Een deel van de verslaafden verwerft de geldmiddelen of de heroïne zelf door er in te handelen. Een groot deel van de verslaafden is onder behandeling, loopt in een methadon-programma, en handhaaft daarbij een sociaal acceptabele verslaving. Het simpele **motief-misdaad schema**, dat je steeds weer in de krant tegenkomt, en dat zich ook in allerlei beleidsnota's handhaaft, blijkt in de praktijk niet op te gaan.

Junks worden waarschijnlijk ten onrechte als oorzaak van alle onveiligheid op straat gepresenteerd, en hebben daarmee een zondebokfunctie gekregen. Vooral in foto- en filmmateriaal met groepjes negers op de hoek van de straat, een doodgewoon beeld in ieder wat warmer land, heeft dat bovendien vaak racistische trekken aangenomen. In Amsterdam weet men wel waar de gestolen fietsen blijven. Terwijl het probleem van de fietsendiefstal al bestond voordat er van een heroïneverslaving op enige schaal sprake was. En een ander verschijnsel met een bedenkelijke moraal, het *"proletarisch" winkelen*, heeft ook weinig met heroïne te maken. Er wordt mijns inziens te veel en te vlot aan verslaving en verslaafden toegeschreven, wanneer het over bestrijding van criminaliteit gaat.

### "Geïntegreerd" beleid

In het pakket nota's dat B.en W. van Amsterdam in december 1984 in de publiciteit stortte, wordt geprobeerd tot een geïntegreerd beleid ten aanzien van drugs te komen. Er is nogal wat verwarring ontstaan door het daarnaast gelanceerde plan van de fractie van de PvdA en de discussie daarover. Vaak is niet meer duidelijk waarover men het heeft. Zo is de indruk ontstaan dat de gemeente van plan is op grotere schaal gratis heroïne te verstrekken. Maar de door B.en W. bedoelde gereguleerde verstrekking is slechts een **beperkt experiment op strikt medische indicatie** ten behoeve van extreem problematische gebruikers.

Anderzijds wordt in de B. en W. nota's toch ook over een laagdrempelige verstrekking van heroïne en andere hard-drugs gesproken. Bovendien heeft de burgemeester in discussies nog eens duidelijk gemaakt, dat dit experiment inderdaad als een begin moet worden beschouwd. Wat dat betreft had de gemeente haar geïntegreerd beleid ook wel wat duidelijker kunnen presenteren, dan in het vijftal parallele nota's die nu ter discussie staan, waarbij men probeert de zaak zowel voor de landelijke overheid, als voor de eigen (PvdA) achterban acceptabel te maken.

Waar het in de nota's om gaat, is het samenhang brengen in (in ambtelijke taal: het integreren van) een beleid ten aanzien

van de **openbare orde** (zowel in de zin van wetshandhaving, als het bestrijden van overlast en het bevorderen van de leefbaarheid in de buurten) en de **gezondheidstoestand** van heroïnegebruikers. Vanuit de hypothese dat de illegale verslavingsmiddelen criminaliseren en ziekmaken besluit men tot de verstrekking van die middelen via door de gemeente. Door de opiumwet kan dat alleen via een medische indicatie -de verstrekking aan een kleinere groep, of via een verstrekking onder medisch toezicht- aan grotere groepen verslaafden.

### Dwaas plan.

Mijns inziens zitten er een aantal zeer tegenstrijdige elementen in de uitvoering van een dergelijk gemeentelijk beleid, bij feitelijk gelijkblijvende opiumwetgeving. De internationale groothandel blijkt niet effectief te beïnvloeden. De lokale handel is tot op zekere hoogte wel aan te pakken en bepaalt bovendien het gezicht van de overlast: de samscholing op de kop van de Zeedijk. Die straat is nu inderdaad "schoongeveegd" en de handel heeft zich over andere buurten van de stad verspreid. Goede, zuivere, heroïne is niet gemakkelijker en goedkoper te krijgen, maar juist moeilijker. En dat zou wel weer eens een opjagend effect op de kleine criminaliteit kunnen hebben en een nadelige invloed op de toestand van verslaafden. Vooral nog is er weinig verbeterd aan de hulpverlening aan verslaafden.

Het op "medische" indicatie verstrekken van heroïne vind ik een **dwaas plan**. Er bestaan adequate vervangingsmiddelen ter voorkoming van onthoudingsverschijnselen. Daarbij is het onzin artsen in te schakelen ter verstrekking van de door verslaafden gewenste genotmiddelen. Het gaat er niet om of ik als arts vind dat de overheid mogelijk gevaarlijke genotmiddelen wel of niet moet toelaten, maar ik vind het een bezwaar dat die onder **medische dekmantel** verstrekt worden. Het lijkt mij de taak van de artsen mensen van de verslaving af te helpen of hen, als ze verslaafd zijn, uit de gevarzone te loodsen. Daarbij blijft de vraag voortdurend hoe effectief te beschikbare middelen zijn. Helpt de nicotinekautgom, helpt acupunctuur, helpt Librium, helpt Antabus, helpt Methadon, helpt gedragstherapie, helpt gezinstherapie, helpt dat allemaal? Dat vraag ik me vaak af. Afgezien van het feit, dat de handel in sigaretten, cognac of heroïne op zich een zinvolle, eerbare, en brood op de plank gevende bezigheid kan zijn, deel ik als hulpverlener dergelijke producten niet uit.

### Schijnoverwinningen

Aan de ene kant wordt te gemakkelijk en te veel allerlei maatschappelijk onheil en ongemak aan heroïne toegeschreven, en wordt daarbij de jnaatschappelijke achtergrond van (heroïneverslaving), zoals de jeugdwerkloosheid en de perspectiefloosheid van het bestaan voor veel jongeren veronachtzaamd. Aan de andere kant wordt er te makkelijk over heroïne gedacht, en wordt de ernst van de problemen onder de noemer acceptatie, genegeerd. Verslaving is een gegeven, maar acceptatie betekent voor mij niet, dat men daarmee de verslaafde de keuze laat of aan zijn of haar lot overdaat, voor zover er al sprake is van kiezen.

Geïntegreerd beleid ten aanzien van verslaving is zeer problematisch. Het verschijnsel op zich is zo vol tegenstrijdigheden, dat men bij een optelsom van goede bedoelingen en uitgangspunten al snel met de ene maatregel de andere te niet doet en *schijnoverwinningen* boekt. De succes-claim op een schone kop van de Zeedijk en minder West-Duitse heroïnedoden lijkt mij exemplarisch voor de kortzichtigheid van een dergelijk beleid. ••

## VERVOLG VAN PAG. 18

zijn. De Engelse voorbeelden laten zien dat de eerste lijn - samen met een vaste verpleegkundige en paramedische staf en met op bezoek komende (en voortdurende bereikbare) specialisten - een volwaardige zorg kan verlenen. De vraag is echter weer, hoe zo'n goed gespreide, relatief kleinschalige ziekenhuiszorg in de binnenstad, waarin eerste en tweede lijn samenwerken, hier (zogoed als elders) tot 'politieke realiteit' is te maken? ••

## NOTEN:

1. R.S.M. Helsloot, Advies met betrekking tot de voor de overgangsvoorziening op het Amsterdamse WG-terrein geplande huisarts bedden, op grond van ervaringen met Engelse Community Hospitals. SIS-WO, Gemeente Amsterdam, Amsterdam, december 1984.
2. Invulling Overgangsvoorziening en ziekenhuis op het WG-terrein te Amsterdam. Eindrapportage van de gelijknamige werkgroep. Provinciaal Bestuur van Noord-Holland, Haarlem, december 1983.
3. Verslag van de vergadering van de

Adviescommissie voor de Gezondheidszorg, ex artikel 62, lid 1, van de Gemeentewet, op 19 maart 1985. Het citaat is uit de inleiding van Mw. Willemse (afdeling VGZ, gemeente Amsterdam) op de behandeling van mijn rapport (zie noot 1).

4. Interim Stichting Verenigde Ziekenhuizen Amsterdam, Studierapport voor een algemeen ziekenhuis op een deel van het terrein van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam op basis van hergebruik van bestaande gebouwen. Amsterdam, november 1981.
5. Vergelijkend buuonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. Eindrapport, maart 1981, uitgebracht door GG en GD van Amsterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Sociologisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam en het Bureau van Statistiek der Gemeente Amsterdam.
6. Mr. F. Kranenburg, Prof. dr. J.C.M. Hattinga Verschure, Prof. B.S. Polak, Advies van de Commissie Ziekenhuis WG-terrein (Commissie Kranenburg). Amsterdam, 16 februari 1983.
7. Verslag van de extra openbare vergadering van de Commissie voor Volksgezondheid op vrijdag 18 februari 1983.
8. Uit het in mijn vorige artikel geciteerde artikel van Boot en Zuidberg A) blijkt, dat het College voor Ziekenhuisvoorzieningen in een rapport uit 1976 B) al voorspelde dat in 1985 het aantal algemene ziekenhuizen in Amsterdam tot 5 zou zijn gedaald (zie tabel 1 hieronder). (Voor een goed begrip: dit is exclusief de twee grote Academische Ziekenhuizen.)

Tabel 1. Frequentieverdeling van algemene ziekenhuizen te Amsterdam naar beddenaantal 1976 en 1985 (raming)

Jaar	Totaal	<125	125-249	≥249
1976	13	4	5	4
1985	5	-	-	5

Het is inmiddels 1985 en op 5 zitten we nog niet; maar dat zal toch niet zo lang meer duren. Het is 1982 verschenen rapport 'Schets en Hoofdlijnen Ziekenhuissituatie Amsterdam' C) geeft de volgende NZI-cijfers voor 1980, die momenteel nog gelden.

Tabel 2. Frequentieverdeling van algemene ziekenhuizen te Amsterdam naar beddenaantal 1980

Jaar	Totaal	<125	125-249	≥249
1980	-	1	9	

- A) J.M.D. Boot en J.L.M. Zuidberg, De adviespraktijk van het College Ziekenhuisvoorzieningen en de ontwikkeling van de ziekenhuizen. Het Ziekenhuis, 7 (1977), 7 (april), blz. 188-193.
- B) Commissie voor Ziekenhuisvoorzieningen, Rapport en advies ziekenhuissituatie Amsterdam. Utrecht, 1976.
- C) Stuurgroep Ziekenhuissituatie Amsterdam, Schets en hoofdlijnen ziekenhuissituatie Amsterdam. Amsterdam, januari 1982.
9. Koördinatiegroep WG-terrein, Hoofdpunten uit het tegenplan WG-terrein. Amsterdam, februari 1984.
10. Zie onder andere: Joost Visser, In de ring: Levi contra Coenen, de Eerste Lijn, 8e jaargang, nr: 9, november 1983, blz. 8-11.

## VERVOLG VAN PAG. 32

## NOTEN:

1. Jaap Goudsmit, Anderhalve eeuw dokteren aan de arts, Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland, SUA Amsterdam 1978
3. Victor van Gemert, Truus Spijker, Verdichtsel en werkelijkheid, een verkennende studie van de ambivalentie ten

opzichte van zorgen en verzorgen in de verpleging, de Tijdstroom, Lochem 1982

4. Zie voor dit artikel: Mevr. JMTh. van Maanen, De verpleegkundige audit, in: Medisch Contact 1976 /16, pag 477-479, 16 april 1976
5. Voor een uitvoerige beschouwing over de 'open plek in een tekst' verwijs ik naar: L. Althusser, E. Balibar, Lire le Capital I, petite collection maspero 30, Paris, 1968
6. B.J.A.M van Bergen, L.J.M Hollands, Naar een profiel van de verpleegkundige, de Tijdstroom, Lochem, (1975), 1978

7. Bart van Bergen, Louk Hollands, Henk Nijhuis, De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel, Een methode voor het beoordelen van verpleegkundig handelen, de Tijdstroom, Lochem 1980
  8. G. Koene, M Grypdonk, MTh. Rodenbach, T. Windey, Integrerende verpleegkunde: wetenschap in praktijk, de Tijdstroom, Lochem 1982
- Voor dit artikel verwijs ik met name naar hoofdstuk 8, De invoering van integrerende verpleegkunde: een vorm van organisatie-ontwikkeling, pag 104-123

# KORT & GOED

## Innovatie

In de vorige Kort & Goed stond een kort verslag van de conferentie 'Innovatie is Amsterdam een zorg' waar meer dan 200 betrokkenen zich bogen over de vraag hoe nieuwe projecten van de grond te tillen waarin de zorginhoudelijke scheiding tussen eerste en tweede lijn wordt doorbroken. Van deze dag is ook een uitgebreid verslag gemaakt. Daarin zijn beschrijvingen te vinden van lopende vernieuwingsprojecten, de teksten die Van Den Klinkenberg, Van Es, Buys en Van de Werft die dag uitspraken en een selectie van wat er besproken is in de 15 werkgroepen. Te bestellen voor f 10,- (exclusief porto) bij SGZ, Kempering 78, 1104 KG Amsterdam, tel. 020-904313

## Ziekenhuis

In de jaarbeurs in Utrecht vindt 8 oktober het symposium 'Buitenlandse patiënten in het ziekenhuis, praktijk en beleid' plaats. De organisatoren zijn het Academisch Ziekenhuis van Utrecht, de Nationale Ziekenhuisraad en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. 'Tijdens dit symposium', zo schrijven ze 'willen we aandacht schenken aan de problemen binnen ziekenhuizen, die kunnen ontstaan bij het invullen van wensen en rechten van pa-

tiënten en dus ook van buitenlandse patiënten met betrekking tot verzorging, verpleging en behandeling.' Er zal gesproken worden over hier en daar opgedane leerzame ervaringen en over de manier waarop goede initiatieven door directiebeleid versterkt kunnen worden. Er zijn lezingen, workshops, informatiestands, demonstraties van materialen en ten slotte is er een forumdiscussie. Inlichtingen: mw. A. Weber, tel. 03405-64844 tst 112.

## POST HOGER ONDERWIJS

Het post hoger onderwijs rukt op. Steeds meer cursussen komen er om bij- en na te scholen. De prijzen zijn meestal zo hoog dat alleen werkenden van wie de werkgever betaalt er aan deel kunnen nemen. De kwaliteit zal, ongetwijfeld, sterk wisselen. Toch kan het best leuk en leerzaam zijn. Voor gezondheidswerkers zijn de cursussen die de Rijksuniversiteit Limburg aanbiedt iets om in de gaten te houden. Zo is er deze herfst een PHO-cursus 'Budgettering binnen instellingen van gezondheidszorg' (23, 24 en 25 oktober en 20, 21 en 22 november, Budgetfinanciering betekent dat er binnen instellingen productieafspraken gemaakt moeten worden. 'Deze situatie,' aldus de toelichting, 'betekent een uitdaging om de efficiëntcy te verhogen opdat de kwaliteit van de zorg gehandhaafd blijft.' Kennis en vaardigheden die daarbij nodig zijn zullen in de cursus aan bod komen. Zo zal het gaan over het ontwikkelen van budgetnormen, het gebruik van informatica, operations researchtechnieken, medische besliskunde en investeringsbeslissingen. Naast inbreng van deskundigen wordt ook de praktijkervaring van de deelnemers gebruikt. De leiding is in handen van R.Jansse en G. Haan van de capaciteitsgroep Economie van de Gezondheidszorg.

Ook vanuit de capaciteitsgroep Verplegingswetenschap wordt er deze herfst een cursus verzorgd, en wel door H. Philipsen en G. Evers. Deze draagt de titel 'Inleiding in verplegingswetenschappelijk onderzoek'. Van 9 tot en met 12 oktober kunnen zij die, om welke reden dan ook, geïnteresseerd zijn in verplegingswetenschappelijk onderzoek kennis maken met begrippen, methoden en technieken van dat onderzoek; vaardigheden opdoen in het lezen van verplegingswetenschappelijke literatuur en zich buigen over de (on)mogelijke betekenis van dergelijke onderzoek voor de praktijk.

Voor beide cursussen geldt dat men zich kan opgeven bij het secretariaat van het Post Hoger Onderwijs Gezondheidswetenschappen, tel. 043-888212. Daar kan men ook vragen naar andere cursussen die er op stapel staan. Voor inhoudelijke informatie: tel. 043-888234.

Verkoop uw scriptie: stuur haar op naar Kort & Goed en velé belangstellenden zullen zich melden. Ook aankondigingen, verslagen, folders, boeken en opinies zijn welkom. Adres: Kort & Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

KORT  
&  
GOED

KORT  
&  
GOED

KORT  
&  
GOED

# VROUW EN WERK

'Bedrijfsgezondheidszorg en vrouwen' was het thema van een driedaags congres dat de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) afgelopen juni organiseerde voor haar zusterverenigingen uit Scandinavië, Groot Britannië en Ierland. Het lukte de VNVA dit belangrijke en ondergewaardeerde gebied van de gezondheidszorg op een gedegen manier aan de orde te stellen. Dat gebeurde met een drietal accenten. Om te beginnen was er aandacht voor een type arbeid dat bij uitstek door vrouwen verricht wordt: huisvrouwenarbeid, vrijwilligerswerk en thuiswerk. Over het algemeen saai, geïsoleerd en ondergewaardeerd werk dat niet of slecht betaald wordt. Bevorderlijk voor de gezondheid lijkt het zeker niet; huisartsen, die voor deze vrouwen als 'bedrijfsarts' fungeren, zouden zich er flink bezorgd om mogen maken. Er kwamen niet alleen onderzoeksters aan het woord. Ook Kapayne van de Copello sprak, en van Geuns, hoofdinspecteur van volksgezondheid, deed een aantal concrete adviezen ten aanzien van bemoeienissen met arbeidsomstandigheden van thuiswerkende vrouwen - en vergat daarbij ook de prostituees niet.

Op de tweede plaats kwamen specifiek bedrijfsgezondheidskundige zaken aan bod: het werken met beeldschermen, contactdermatitis bij schoonheidsspecialistes ten gevolge van het werken met cosmetica, handdermatitis bij verpleegkundigen en laborantes, spataderen bij zwangere vrouwen in staande beroepen. Flink discussie ontstond er naar aanleiding van de bewering dat er verband is tussen afwijkingen tijdens de zwangerschap en het werken met beeldschermen. Volgens een aantal van de aanwezige artsen en onderzoeksters was die conclusie gebaseerd op te kleine onderzoekspopulaties. Het laatste woord is hierover nog niet gezegd! Een opvallend goede lezing hield de Deense Inger Schaumburg over het onderzoek naar het gebruik van een nog jonge Deense wet. Volgens die wet kunnen vrouwen die zwanger zijn en werken onder omstandigheden die voor henzelf of de

vrucht bedreigend zijn, tijdens de zwangerschap worden overgeplaatst of zelfs verlof krijgen, met behoud van 90% van het loon. Er wordt nog maar weinig gebruik van gemaakt, wegens gebrek aan bekendheid van de wet, die bovendien erg ingewikkeld is. Ook zijn de betrokken vrouwen toch nog bang hun banen te verliezen. Schaumburg gaf een mooi voorbeeld van het gebruik van de wet in een Lego-fabriek waar veel met lijm gewerkt wordt. Dat juist het onderzoek van een Deense arts zo sprekend was, is niet verbazingwekkend, omdat de opleiding tot bedrijfsarts in Denemarken 6 jaar is een grondige onderzoekservaring geeft.

De opleiding tot bedrijfsarts en de organisatie van de bedrijfsgezondheidsdiensten vormden het derde onderwerp op de agenda. Een goede afsluiting van het congres gaf Jeanne Stellman. Zij leidt in New York een informatiecentrum voor bedrijfsgezondheidszorg voor vrouwen. Ze gaf een feministische ondergrond aan dat wat er de dagen daarvoor de revue was gepasseerd. Ze waarschuwde tegen wettelijke maatregelen bedoeld om vrouwen te weren uit bepaalde beroepen vanwege risico's voor het nageslacht. Ten eerste weet men vaak niet dat sommige risico's ook voor mannen gelden, ten tweede zal heus niet elke vrouw zwanger willen worden en ten slotte worden vrouwen met een dergelijke wet in haar rol bevestigd. Stellman bepleit dat de bedrijfsgezondheidszorg voor vrouwen een apart vakgebied wordt. Niet vanwege biologische verschillen tussen mannen en vrouwen - de verschillen tussen mannen onderling en vrouwen onderling zijn waarschijnlijk veel groter. Wel omdat vrouwen ander werk doen dan mannen, met andere risico's die nog te weinig onderzocht zijn. Al met al was dit goed georganiseerde congres inhoudelijk zeer boeiend en bovendien bevorderlijk voor de contacten tussen de ruim 100 deelnemers uit de Noord/West Europese landen. Hopelijk betekent het ook een bijdrage aan de verbetering van de arbeidspositie van alle andere vrouwen.

Wie er meer over wil horen kan terecht bij Monique Beukering, Wilhelminasingel 3, 6524 AH Nijmegen, tel. 080-221454.

## BEVOLKINGSPOLITIEK

De scriptie 'Family Planning in de Derde Wereld, het reproductieve vermogen als instrument in de armoedebestrijding' die Linda Hoyer in 1983 schreef, is nu door de WEMOS (werkgroep medische ontwikkelings samenwerking) uitgegeven. Er is immers weinig toegankelijk en overzichtelijk documentatiemateriaal op het gebied van bevolkingsspolitiek voor wie een tegendraads geluid wil horen. En tegen de draad van de eenzijdige nadruk op 'er komen te veel mensen' gaat Linda Hoyer zeker in. Vanuit het ideaal van individuele rechten en zelfbeschikking schetst zij de geschiedenis van de bemoeienissen van regeringen, internationale organisaties, kerken en aanverwanten, met de reproductieve vermogens van vrouwen. Bevolkingsspolitiek blijkt dan niet alleen een manier om het geboortecijfer omlaag te krijgen, maar bovendien een manier om de samenstelling van de bevolking te reguleren. Mooie idealen als bijdragen aan de gezondheid worden ook maar al te dikwijls helemaal niet waargemaakt: de middelen- en methoden van de family planning zelf zijn vaak al schadelijk. Hoyer pleit voor 'geboortecontrolé': dat is het zelf beslissen over eigen reproductieve mogelijkheden. 'Wanneer geboortecontrolé en -planning een instrument wil worden in handen van vrouwen zelf dan zal dit los van de 'family' en los van de dwang van buitenstaanders moeten gebeuren,' zo schrijft ze.

Het boekje is te bestellen door f 5,- plus f 2,30 porto over te maken op giro 4265727 WEMOS te Amsterdam o.v.v. 'Family Planning, Linda Hoyer'.



# Rechtspositie

Ben je leerling, volg je een inservice-opleiding in een particuliere instelling en werk je onder de CAO. dan ben je wellicht geïnteresseerd in de brochure 'rechtspositie van leerlingen' die de Leerlingenbe-raadsgroep van Het Beterschap over jouw rechtspositie heeft gemaakt. Aan de orde komen zaken als: contracten voor bepaalde en onbepaalde tijd; beoordelingen tijdens de opleiding; gediplomeerd en dan...; ontslagen en dan...; alternatieve arbeidsovereenkomsten. De brochure telt 14 pagina's en is te bestellen door f 3,- (leden) of f 4,50 (niet-leden) over te maken op giro 2487360 van Het Beterschap te Utrecht, o.v.v. 'brochure rechtspositie leerlingen'.

# ENGINEERING

'Wij hoeven onze lichamen niet om te vormen, de patriarchale, sociale, politieke en economische toestanden van de maatschappij moeten veranderd worden', zo staat er te lezen in de resolutie die ongeveer 65 vrouwen uit 16 verschillende landen 8 juli j.1. aannamen op een spoedconferentie over nieuwe reproductieve technologieën in Zweden. Er werd uit allerlei hoeken informatie bij elkaar gebracht. De werkelijke kans van slagen van reageerbuisbevruchtingen en daaropvolgende implantatie bedraagt bijvoorbeeld niet 15 à 20 %, zoals meestal beweerd wordt, maar slechts 2 à 3 %. De droom dat met het verder ontwikkelen van deze techniek eens de mogelijkheid ontstaat alleen genetisch 'gezonde' baby's te 'maken' lijkt dan ook veel meer de drijfveer achter het hele gebeuren dan werkelijke bezorgdheid over onvruchtbaarheid. Immers: onderzoek naar oorzaken en mogelijkheden tot preventie van onvruchtbaarheid is schaars en medici gaan door met het blootstellen van vrouwen aan het risico onvruchtbaar te worden (door spiraaltjes, DES, slechte behandelingen ...). Om de droom van de genetische manipulatie dichterbij te brengen is er bovendien in Kiel (BRD) een wereld data bank opgezet, om een volledig overzicht over alle genetische informatie te verwerven. De vrouwen die op de spoedconferentie in Zweden bij elkaar waren hebben daarom een internationaal netwerk opgericht: Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering (FINRRAGE). Wie er meer over wil weten, of wie de volledige tekst onder ogen wil krijgen, kan contact opnemen met Linda Wilkens, Joh. Camphuisstraat 48 bis, 3531 SJ Utrecht.

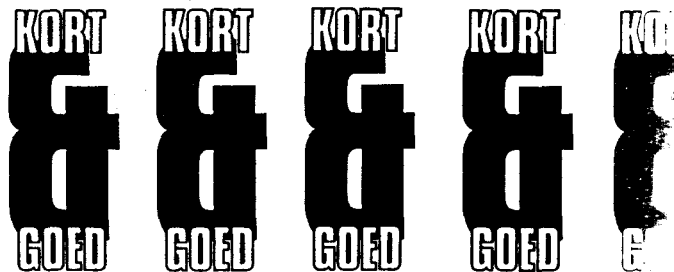
# BETERSCHAP

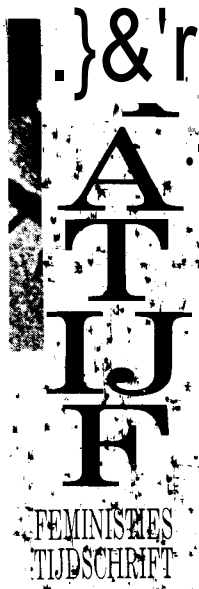
De Nationale Raad van de Volksgezondheid heeft een advies aan de regering uitgebracht over het 'verpleegkundig beroepsprofiel'. Voor f 3,- kan dit worden besteld bij de NRV, postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer, tel. 079-517644. Het Beterschap, belangenvereniging voor verplegenden en verzorgenden, organiseert op vrijdag 18 oktober een themadag over dit onderwerp. Een aantal inleiders zijn uitgenodigd om de consequenties die het voorgestelde beroepsprofiel voor hun werkveld hebben kan, te belichten. De themadag vindt plaats in RASA, Pauwstraat 13 A, Utrecht, van 10 tot 16 uur. Inlichtingen en aanmeldingen: Riet van Vliet of Meta van Ree, tel. 030-512321.

De Werkgroep Verpleegkundigen in de Zwakzinnigenzorg van het Beterschap organiseert op 1 november een dag onder het thema 'De Zet de bel aanbinden'. Centraal zullen staan: politiserende verpleging in de Z-zorg; de rol van de verpleegkundige bij ouderparticipatie; waarom knappen verpleegkundigen af in de verpleging/Z-zorg. 's Morgens worden er inleidingen gehouden en 's middags worden er praathoecken bevormd. Dit alles in het C.B.S.-gebouw in Utrecht van 9.30 tot 16.30 uur. Voor inlichtingen en opgave: Ganny Boer of Jolanda Visser, tel. 030-512321.

De werkgroep Verpleegkundigen in de Psychiatrie van Het Beterschap ten slotte organiseert een bijeenkomst op 28 november aanstaande.

Deze dag heeft als thema 'Wat doet de verpleegkundige met dwang?'. Ook deze dag in het C.B.S.-gebouw in Utrecht van 9.30 tot 16.30 uur. Inlichtingen en opgave weer bij Ganny Boer of Jolanda Visser, tel. 030-512321.





**KATIJF**, feministies tijdschrift,  
zes keer per jaar een verrassing.

Als je

- merkt dat de Diskussie al voorbij is voor je er erg in had
- geen tijd hebt om Alles en Alles te lezen
- je niet laat afschepen met gemakkelijke antwoorden
- verlegen zit om onderwerpen voor je feministiese borrelpraat

Neem dan een abonnement. Je krijgt als welkomstgeschenk de bundel 'Want zwijgen biedt geen bescherming', waarin interviews met o.a. Audre Lorde en Astrid Roemer. Stort f 27,50 op giro 1741515 t.n.v. Katijf, Postbus 16572, Amsterdam.

## ZEVEN WEKEN GRATIS DE GROENE IN DE BUS

### Weet wel wat u daarmee in huis haalt

Een eigenzinnig opinieweekblad, dat nooit of te nimmer de mensen naar de mond zal praten.

Met De Groene valt niet te marchanderen. Het blijft een blad dat soms veel eist van zijn lezers.

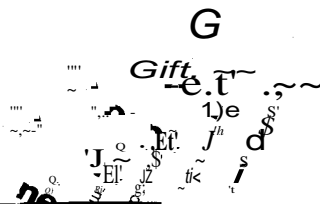
De Groene is links, graaft diep, analyseert helder. Doet dat zonder dogma's te hanteren, groepen te ontzien of vooroordelen te bevestigen.

De Groene is voor alle mensen, links en iets minder links, mensen die bereid zijn hun mening te toetsen aan opinies van anderen.

De Groene is onafhankelijk, al 108 jaar.

Een massablad is De Groene nooit geweest, zal het ook nooit worden. Dat hoeft ook niet. Maar nieuwe abonnees zijn vanzelfsprekend

altijd WelkOm!..  
De eerste zeven weken gratis  
Als u nu abonnee wordt, krijgt u het eigenzinnigste en meest dwarse blad van Nederland de eerste zeven weken gratis. Daarna gaat het abonnement in.



**BON**

Bon in open enveloppe sturen naar  
De Groene Amsterdammer, Antwoordnummer 26,  
1000 PA Amsterdam. Een postzegel is niet nodig

Ik word abonnee van De Groene

Ik betaal na ontvangst van een acceptgirokaart (de eerste keer minus zeven nummers):

Naam .....

L f 32,- per kwartaal

Adres .....

U f 62,- per half jaar

Postcode en plaats .....

f 120,- per jaar

## Uitgaven van de WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

*Ria van Mierlo* - 'Gezondheidswinkels in Utrecht' (t9,50)

Tien jaar geleden ontstond in de Utrechtse wijk Oudwijk de eerste Nederlandse gezondheidswinkel. Het initiatief vond navolging in andere Utrechtse wijken en in andere plaatsen. Zeven jaar later waren vele winkels alweer een stille dood gestorven. 'Gezondheidswinkels in Utrecht' beschrijft opkomst en ondergang van winkels in acht wijken.

'Verslaving in Utrecht' (t1,80)

Een gids voor hulpverlener en gebruiker. Naast algemene informatie geeft deze gids een overzicht van alle extramurale, semimurale en intramurale voorzieningen, zelfhulpgroepen en belangengroepen in de regio Utrecht.

*Hans Verbraeck* - 'Junkies' Een etnografie over oude heroïnegebruikers in Utrecht. (t 20,30)

'Dit boek kan boeiend zijn voor jeugdwerkers en mensen die regelmatig in contact met drugverslaafden. Het is zeker niet saai om te lezen en geeft een duidelijk beeld van de wereld van vele drugverslaafden' (G.O.-Nieuws, Brussel).

*Hans Spijker en Goof van de Wijngaard* - 'Na Dennendal... op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg' 15 interviews. (t30,20)

'Het zijn hele persoonlijke en boeiende verhalen geworden die bij elkaar een goed beeld geven van veranderingen en hoe ze konden gebeuren' (Tijdschrift voor Ziekenverpleging).

Bestellen: door overmaken van het bedrag tussen haakjes (inclusief verzendkosten) naar gironummer 5540505 van de Stichting WGU, Postbus 9060, Utrecht. Onder vermelding van de gewenste titel. Op dat adres is ook een volledige fondslijst aan te vragen.

## Psychologie en maatschappij

P & M informeert, signaleert en probeert op het grensgebied van psychologie, cultuur en politiek.

P & M 32, september 1985 gaat over *Psyche en moraal*  
Heeft de psychie moraal?

Tumult en openbaarheid

De delinkwent als homo ludens

Het christendom als schuldcultuur

Morele ontwikkeling en kommunikatief handelen

Bijdragen van o.a. Erich Wulff, Wilfried Gottschalch en Jan Broekman

Aandacht voor Bataillè, Jünger, Sennett, Piaget, Habermas.

Verder in deze P & M: 'buitenlandse' jongeren, dementie, psychiatrie, jongerenwerk en moraal (interview), het geweten van de wetenschapper (opinie). Boekbesprekingen o.m. over Foucault, mannen en verkrachting.

P & M 33, december 1985, zal gaan over  
*Het gezinsdenken in tehuizen.*

P & M, 150 pagina's voor f 16,50. Verkrijgbaar in de erkende boekhandel. Abonnement: Uitgeverij SUN (080) 221700

4x P&M (600p.)voorslechtsf48,50 (âff38,50).

Aanbieding nieuwe abonnees: 2 nummers 1982-1984 gratis!