

GEZONDHEID

& POLITIEK

**SPANNING EN
SAMENWERKING
TUSSEN EERSTE
EN TWEEDE
ECHELON**

Verslag
studie-
conferentie

„Gezondheids-
zorg aan de lijn”

23 mei 1986

Academisch
Medisch
Centrum

Amsterdam

SAPA

GEZONDHEIDSZORG AAN DE LIJN

De Stichting Activiteiten Platform de Aemstelhorn en het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek organiseerden op 23 mei 1986 een studie conferentie onder de titel "Gezondheidszorg aan de lijn". De samenwerking tussen eerste en tweede lijn was het thema van de conferentie. Zeven inleid(st)ers spraken over spanning en samenwerking tussen eerste en tweede echelon. Zij probeerden een bijdrage te leveren aan de beantwoording van de vraag of de toekomst van de lijnen zal bestaan uit coëxistentie of integratie. De toespraken zijn in deze bijlage opgenomen. De conferentiegangers hadden hun inbreng in de workshops die strategieën en praktische vormen van samenwerking als onderwerp hadden. Korte impressies van de besprekingen in deze workshops kregen een plaats in dit verslag.

De samenwerking tussen lijnen raakt aan invloedrijke structuren: de wettelijke bevoegdheden van de verschillende disciplines; verwijzingsregelingen; vergoedingssystemen; verkokering van de opleidingen; vestigingsbesluiten en wat dies meer zij. In alle deining rond de lijnen komen de structurele problemen alras boven drijven en dreigt de inhoud van de zorg te verdwijnen onder de oppervlakte. De organisatoren wilden de inhoud niet veronachtzamen op de conferentie. Daardoor zijn zaken als financieringsstructuur onderbelicht gebleven in de voordrachten en workshopdiscussies. In de ruimte die hierdoor ontstond werd wel duidelijk hoe weinig overeenstemming er nog is over de inhoud van de zorg die de samenwerking tussen eerste en tweede lijn moet opleveren. Omzichtigheid met de reorganisatie van de lijnenstructuur is geboden zolang niet duidelijk is welke verandering in kwaliteit het oplevert van het product dat gezondheidszorg heet. De beantwoording van die vraag is de inzet van de discussies waarvoor de conferentie "Gezondheidszorg aan de lijn" een start heeft gemaakt.

ازبلیت

II

~

~

Q

t-r-

L 1.1

Thuiszorg in de kern

Samenwerking tussen eerste en tweede lijn als nieuwe doelstelling voor de overheid en het veld van de gezondheidszorg? Net zo'n luchtkasteel als de echelonnering zelf hield Erik Heydelberg zijn gehoor voor. Overeenstemming, over de inhoud van de zorg en praktische initiatieven zijn nodig. Een bijdrage over thuiszorg, ontmedicalisering en de tekortkomingen van structuren.

Erik Heydelberg, docent HBO en publicist.

Inhoud moet voorgaan

Enkele jaren geleden maakte een engelse arts, de neuroloog Oliver Sacks, een eenzame voettocht op een berg in Noorwegen. Onderweg had hij een onfortuinlijke ontmoeting met een stier. Tijdens zijn panische vlucht struikelde Sacks, en scheurde zijn kniebanden. Dit vormde het begin van een nieuwe eenzame tocht, maar nu door het labyrint van de geneeskunde. Deze keer niet als arts, maar als patiënt. Sacks heeft zijn ervaringen, in de afstandelijke stijl van de engelse academicus, knap beschreven in zijn boek "Een been om op te staan". Wat hem het meest opviel was dat hij tijdens het chirurgische ingrijpen, en de langdurige revalidatie daarna, volledig vervreemde van het getroffen ledemaat, zijn been. Hoe meer de medische en verpleegkundige aandacht zich volledig richtte op de botten, spieren en pezen van zijn been, hoe meer Sacks zelf het contact met dat been verloor. Zijn been werd een vreemd massief object voor hem. De specialistische aandacht voor alleen het been, en het volledig negeren door artsen en verpleegkundigen van de vreemde gewaarwordingen en angsten die zich in de rest van de zieke afspeelden veroorzaakten een volledige vervreemding bij de patiënt.

Het vermogen van de gezondheidszorg om in gehelen nog slechts delen te zien, en vandaanuit zelfs blind te worden voor het geheel der delen, strekt zich niet slechts uit tot het lichaam van de patiënten. De organisatie van de nederlandse gezondheidszorg vertoont een gebrek aan logica, planning, afstemming en kostenbewustzijn waarvoor veel gebruikte termen als "bak met paling", waar professor Leenen van spreekt, en de

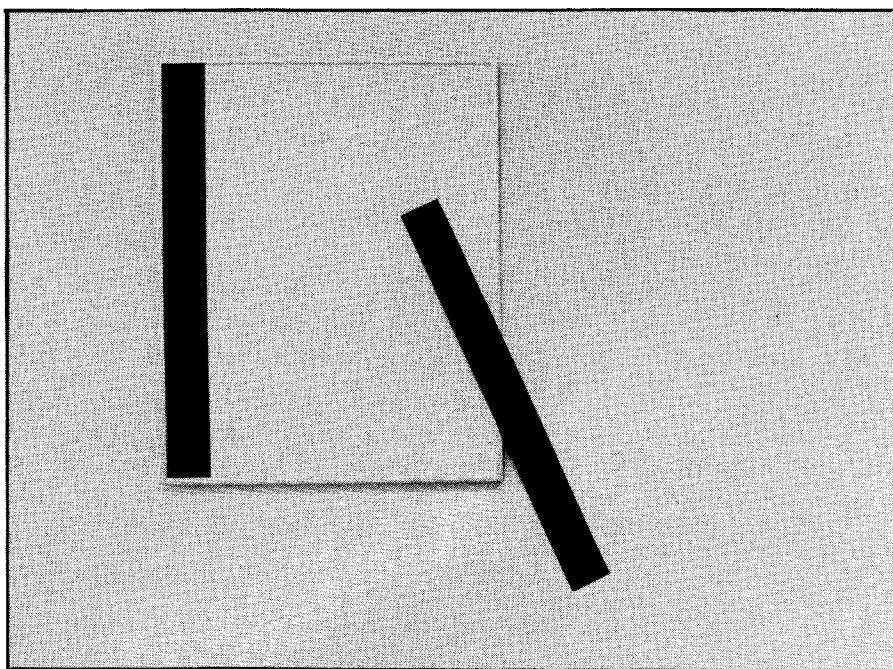


Foto: Janneke Lam

"lappendeken", waar zijn collega Vorst van spreekt, eigenlijk nog vriendelijke complimenten zijn. De studieconferentie "Gezondheidszorg aan de lijn" richt zich op de resultaten van de meest grootscheepse poging tot nog toe om tot een samenhangende afstemming van doelen en middelen, van vraag en aanbod in de gezondheidszorg te komen: de al meer dan tien jaar durende poging om door echelonnering en planningswetgeving, betaaibaarheid en democratisering in de gezondheidszorg zeker te stellen. Het resultaat daarvan, een uitgesproken eerste lijn, een uitgesproken tweede lijn en de relatie daartussen staat ter discussie.

Plannenmakerij voor de toekomst kan niet zonder beantwoording van drie centrale vragen. Eén: is de kern van de eerstelijnszorg, en in feite van de gehele gezondheidszorg, de zorg in het thuismilieu? Twee: waar liggen dan aangrijpingspunten om, ook in de samenwerking tussen thuiszorg en kliniek medicalisering tegen te gaan? En drie: hoe voorkomen we dat we na

twalf jaar echelonnering in een nieuw organisatorisch en ideologisch luchtkasteel stappen?

Thuiszorg

De eerste vraag was of zorg in het thuismilieu niet de kern van de gezondheidszorg moet zijn. Het hart van de eerste lijn gecompliceerd door klinische voorzieningen. Het grote probleem bij het opstellen van samenwerkingsstrategieën tussen eerste en tweede lijn is dat daarmee ook het bestaande onderscheid tussen de lijnen gehandhaafd blijft. Daardoor kan het onderscheid zich verdiepen en zullen de hulpverleners, ieder vanuit de eigen identiteit, elkaar moeizaam de hand reiken. De eerste lijn heeft nog nooit zo hard aan monodisciplinaire identiteiten gewerkt, als sinds het moment dat multidisciplinaire samenwerking, in gezondheidscentra en hometeams, verheven werd tot doelstelling. Tussen eerste en tweede lijn zijn nog veel moeizamer taferelen te verwachten. De zoge-

naamde academisering van de eerste lijn laat de voorboden daarvan zien. Brede, vanuit ziekenhuizen opgezette consultatieprojecten waar tal van specialisten zich op de eerste lijn richten. Meestal bovendien op de dokter in de eerste lijn, en meestal marginaal gericht op de kernproblematiek van de eerstelijnszorg.

Terecht wijzen Ron Helsloot en Marieke Bertels er op dat samenwerking en afstemming tussen eerste en tweede lijn in één organisatie geen enkele garantie biedt voor een daadwerkelijke en doelmatige samenwerking. Eerst moet overeenstemming ontstaan over de aard van de zorg, die de hulpverlening wil aanbieden. De eerste lijn heeft met thuisgezondheidszorg te maken die zich vooral richt op een aantal groepen met zeer bijzondere en uitgesproken zorgbehoeften. Chronisch zieken, bejaarden, zuigelingen en kleuters, zwangere vrouwen. Het is zinnig om juist in die, deels in omvang snel toenemende groepen, de kernproblematiek van de eerstelijnszorg en de identiteit daarvan te zoeken.

Daarmee is de vraag opgeworpen of het zin heeft om te praten over continuïteit van de zorg tussen eerste en tweedelijnsvoorzieningen zonder eerst vast te stellen wat de kern van die zorg moet zijn. Waarbij het onderscheid tussen thuisgezondheidszorg en thuisgeneeskunde van belang is. Zonder dat kan de eerste lijn niet vaststellen wat in de tweede lijn complementair voor de thuiszorg is en krijgt de burger de hele kliniek over de drempel. De discussie over de tegenstelling care-cure kan zo ook veel meer zijn dan louter kritiek op die tweede lijn. Het is zoeken naar raakvlakken in zorgkunde en geneeskunde, die door organisatorische en ideologische scheidslijnen heen kunnen lopen. Dat kan betekenen dat de zorgervaring die in zieken- en verpleeghuizen is opgebouwd gebruikt wordt door verpleegkundigen in de thuissituatie, of daar een directe aanvulling op vormt. Net zozeer als het kan betekenen dat de huisarts die electrocardiogrammen maakt, zijn apparatuur definitief daarheen verplaatst waar die thuishoort: in de kliniek.

Medisch model

Dit leidt tot de tweede vraag. Waar liggen aangrijpingspunten om medicalisering tegen te gaan? Met andere woorden: is de nog altijd toenemende hospitalisatie van de gezondheidszorg, ten nadele van de algemene praktijk, zoals Joop Jaspers aangeeft, tot staan te brengen door de organisatorische randvoorwaarden hiervan ingrijpend te veranderen?

Een veel gehoord argument vanuit de tweede lijn, zoals ook door Magda Tielens verwoord, is de grote organisatorische verbrokkeldheid en chaos van de eerste lijn. Ongetwijfeld waar, en een grote belemmering voor innovatieve projecten. Maar het is de vraag of de opheffing van deze organisatorische chaos wel leidt tot betere uitgangspunten voor continuïteit van de zorg. Grootschalige eenheidsorganisaties voor de eerste lijn als in Almere, het inpassen van eerstelijnsvoorzieningen in het werkgebied van de ziekenhuizen, zoals binnen het NZI wordt geopperd, bieden deze organisatorische en budgettaire oplossingen ook uitzicht op verbetering van de inhoud van de zorg? Lems signaleert terecht het falen van de echelonneringsgedachte ten aanzien van het substitutiebeleid. Maar dat mag niet de enige maat der dingen zijn. Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg is slechts één van de doelen van het vernieuwingsproject van de eerstelijnsgezondheidszorg. Marieke Bertels heeft daar terecht ook op gewezen in haar presentatie van de resultaten van de eerstelijns vernieuwingsgedachte.

De vraag dringt zich op of het vernieuwingsproject van de eerste lijn dat in tien à vijftien jaar zo'n honderdvijftig gezondheidscentra, een geprofessionaliseerde huisarts, een veelomvattende wijkverpleging en een vergaande institutionalisering van de primaire gezondheidszorg heeft opgeleverd inhoudelijk haar doelen wel heeft bereikt. En ik doel dan met name op de nauw verwante doelen van de participatie en ontmedicalisering. Al in het eerste nummer van het inmiddels ter ziele gegane tijdschrift *De Eerste Lijn*, in 1975, werd het "medisch model" gezien als een van de krachten die door toenemende deskundigheidsmacht de onmacht van de burger vergrootte. Is de eerstelijns vernieuwing juist niet aan haar eigen dilemma's ten onder gegaan? Beroepsidentiteit en methodische aanpak zijn in de eerste lijn succesvol ontwikkeld. De alom geprezen participatie en mondigheid van de patiënt zijn enerzijds het voertuig geworden waarop een levenslange GVO-campagne steeds meer terreinen binnen de gezondheidszorg heeft gebracht. Denk aan rouwen, sterven, bevallen, werkloosheid, relatieproblematiek. Anderzijds heeft deze mondigheid geleid tot een voortdurend gebeuk op de zwakke tochtdeur die de huisarts is tussen primaire en gehospitaliseerde gezondheidszorg. De eerste lijn, kortom, is er niet in geslaagd daadwerkelijk een stap te zetten naar ont-medicalisering, en, belangrijker, zij heeft deze gedachte

niet over kunnen brengen op de patiënt.

Samenwerking naar behoefte

Het is te beperkt om alleen te denken in organisatorische concepten en de macht of onmacht om deze te veranderen en te beïnvloeden. Vijftien jaar geleden is die fout gemaakt toen de "samenwerking binnen de eerste lijn" als zaligmakende vernieuwing ontdekt werd. Honderdvijftig gezondheidscentra en talloze home-teams later is de inhoudelijke tekortkoming van dit instrumentele denken wel duidelijk. Er dreigt nu, en daarmee is de derde vraag aan de orde, een zelfde fout te ontstaan ten aanzien van samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dit keer nog sterker dan toen gedragen door budgettaire overwegingen. Verander de structuur en de zorg verbetert. Wat vijftien jaar geleden het gezondheidscentrum was, dreigt nu de HMO, Health Maintenance Organisation te worden. Een nieuw organisatorisch concept, met een magere inhoudelijke onderbouwing en de heilsverwachting dat allerlei zaken die de afgelopen vijftien jaar niet gerealiseerd konden worden in HMO verband, onder druk van bezuinigingen wel haalbaar zijn. Loondienstverbanden, intercollegiale toetsing, opheffing van het onderscheid tussen de lijnen, minder medicalisering door kostenbewustzijn, evenzovele roze toverballen die de advocaten van het HMO model ons voorhouden. Dat is niet de weg die de nederlandse gezondheidszorg moet gaan. Een voorzichtige voortbouwen op wat, zowel in eerste als in tweede lijn inhoudelijk bereikt is lijkt beter. Daarbij moeten eerste en tweede lijn niet in een klap over de volle breedte met elkaar verbonden worden. Beter lijkt het om vanuit de behoeften van thuisgezondheidszorg samenwerking op te zetten waar die mogelijk en nuttig lijkt. Dat kan zijn met gezins- en bejaardenzorg met verpleeghuizen, met bepaalde afdelingen van ziekenhuizen, tussen fysiotherapeuten en revalidatiearts, etc. etc. Overal waar zich mogelijkheden voordoen, en steeds vanuit de kernproblematiek van thuiszorg. De bruikbaarheid van de HMO's, gezondheidscentra, adviesklinieken en eerstelijnsbedden bewijst zich wel ter plekke. Kortom, een aanpak met meer experimenten, met flexibeler financiering en aandacht voor lokale situaties en met minder grootse en meeslepende structuren en ideologieën. ••

Democratisering nodig

Eerstelijns werkers hielden zich de afgelopen twee decennia intens bezig met vernieuwing van de hulpverlening. Ze waren niet altijd even succesvol, maar hebben toch belangrijke stappen gezet, vindt Marieke Bertels. Zij beschrijft vijf dimensies van de vernieuwing. Samenwerking met de tweede lijn moet uitgaan van die dimensies. Democratisering van de tweede lijn lijkt haar de beste voorbereiding op samenwerking.

Marieke Bertels, medewerkster bij het OSA.

Eerste lijn stelt eisen aan ziekenhuis

De relatie tussen de eerste en tweede lijn bespreek ik vanuit het gezichtspunt van de zogenaamde "eerstelijns vernieuwingsgedachte". Na een analyse van de inhoud en betekenis van die vernieuwingsideeën volgt een kort overzicht in hoeverre deze in de praktijk gestalte hebben gekregen. Vanuit deze schets van theorie en praktijk van de vernieuwing zal ik tenslotte ingaan op de relatie met de tweede lijn. Hoewel mijn analyse vooral is gebaseerd op onderzoekservaringen binnen de Amsterdamse gezondheidscentra ben ik ervan overtuigd dat de hoofdlijnen ook daarbuiten van toepassing zijn.

Om die vernieuwingsgedachte adequaat te typeren is een reeks begrippen nodig, bijvoorbeeld integrale hulp, ontmedikaliserend, preventief en buurtgericht werken en democratisering. In een recent onderzoek naar de kwaliteit van de fysiotherapie in gezondheidscentra hebben we maar liefst veertien van dergelijke kwaliteitsaspecten onderscheiden. Ten aanzien van de relatie tussen eerste en tweede lijn is echter een andere typering belangrijker. Opvallend is dat de bedoeling van de "vernieuwingsgedachte" nogal eens wordt misverstaan. Het is niet meer dan een organisatorische verandering (b.v. centra) en het toevoegen van enkele elementen (b.v. groepswerk). Men spreekt dan ook vaak over de "meerwaarde van samenwerking", alsof het erom

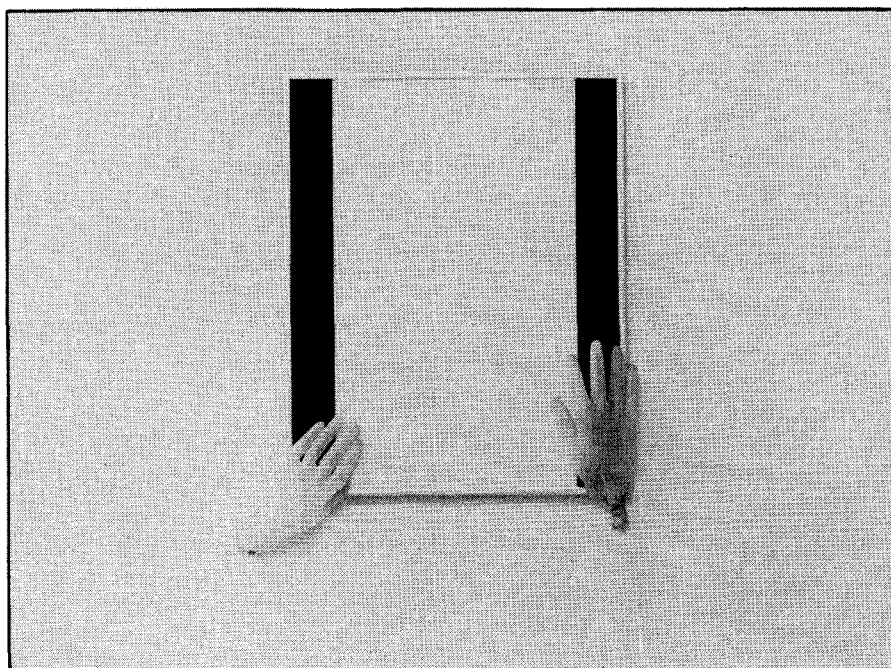


Foto: Janneke Lam

gaat dat er meer van dezelfde waarde wordt geleverd. De vernieuwingsideeën uit de zestiger jaren doelden echter niet op meer van hetzelfde, maar juist op geheel andere opvattingen en waarden. Gefundeerd op kritiek op de westerse, eenzijdig medisch-technische oriëntatie en werkwijze, behelst het een ingrijpende verandering, zo niet een breuk met het gangbare gezondheidszorgmodel. Hoe breed en hoe diep is dat breukvlak nu? Als we de vernieuwingsgedachte analyseren blijkt dat breukvlak zich uit te strekken over vijf dimensies.

Dimensies

Inhoud van het ziektebegrip. In de nieuwe opvatting is ziekte niet louter een individuele en lichamelijke afwijking, maar wordt ziekte gezien in de bredere context van de psychische gesteldheid van de hulpvrager, het gezin, de buurt en de maatschappelijke omstandigheden. Bestreden wordt de natuurwetenschappelijke

opvatting dat de grens tussen ziek en gezond objectief is vast te stellen. Ziekte moet ook niet koste wat kost worden bestreden. Bepaalde kwalen en handicaps horen bij het proces van ouder worden en sterven; dikwijls zijn lichamelijke klachten signalen, die aangeven dat de hulpvrager zijn of haar levenspatroon moet veranderen.

Probleemoplossing. Deze opvatting van ziekte heeft vanzelfsprekend consequenties voor de aanpak van klachten en problemen. Een eenzijdige medisch-technische benadering, die medikaliserend werkt en afhankelijk maakt, moet worden vermeden. Terughoudendheid in het voorschrijven van medicijnen, specialistisch onderzoek en behandeling is geboden. Die middelen gaan vaak voorbij aan de achtergrond van de klacht en laten het probleemoplossend vermogen weinig ruimte. Daarentegen dienen nieuwe hulpvormen te worden ontwikkeld, die het inzicht in de samenhang tussen klacht en omstandigheden vergroten en de activiteit.

van de hulpvrager stimuleren (bijvoorbeeld door voorlichting en groepsgewijs werken).

Taakopvatting van de hulpverlening. De hulpverlener dient niet het probleem van de hulpvrager over te nemen en op te lossen. Het gaat veel meer om het geven van advies en ondersteuning, wanneer de mensen er zelf of met behulp van hun omgeving niet uitkomen. Dat betekent een groter accent op de kennisoverdracht en voorlichting. Bovendien komen nieuwe taken in het vizier zoals het signaleren van structurele problematiek in de wijk en het werken aan een beleidsmatige aanpak. De samenwerking met andere disciplines biedt de mogelijkheid de strikt monodisciplinaire vakuitoefening te doorbreken, ten gunste van een onderlinge taakverschuiving die minder medicaliserend werkt.

De beroepsopvatting. Verworpen wordt het traditionele idee van "helpen uit liefdadigheid en roeping". Ook verworpen wordt het vrije ondernemerschap, waarin het zakelijk belang de kwaliteit van het werk beïnvloedt. Met het oog op een gelijkschakeling met andere beroepen wat betreft arbeidsomstandigheden (geen extreme werktijden), controle op de kwaliteit van het werk (doorbreken van de autonomie) en een normaliseren van de maatschappelijke status, streven vernieuwingsgezinde hulpverleners naar werken in dienstverband.

Het proces van ziekte-definiëring. De dominantie van het medisch technisch ziektebegrip hangt nauw samen met het monopolie van de medische professie over het definiëren van het ziektebegrip. Gezien het normatieve karakter hiervan: wat is afwijkend en wat niet en gezien de verregaande consequenties (b.v. toegang tot de ziektewet) moeten vraagtekens worden gezet bij dit exclusieve voorrecht voor artsen. De definiëring van ziekte zou veeleer onderwerp moeten zijn van maatschappelijke discussie, waarin ook leken inbreng hebben. Een aantal elementen uit de vernieuwingsfilosofie zijn op deze dimensie terug te voeren. De opvatting om de hulpvrager meer zelf te laten beslissen of hij zich ziek voelt en daarbij hulp nodig heeft. Een herwaardering van de eigen ervaring en deskundigheid, zoals bij moeders om de toestand van hun kind te beoordelen. DE grote nadruk op democratisering, in de zin van zeggenschap van gebruikers in het beleid van de gezondheidszorg, ligt eveneens op deze dimensie. Resumerend kunnen we vaststellen dat de vernieuwingsfilosofie op een aantal essentiële punten zich afzet tegen een medisch-technische

oriëntatie en hiervoor alternatieven wil bieden.

Vernieuwing in de praktijk

Het in praktijk brengen van vernieuwing is een stapsgewijs en geleidelijk proces, dat van de hulpverleners een grote, veelal extra investering vraagt. Toch wordt er in de Amsterdamse gezondheidscentra al het een en ander zichtbaar. Sommige vernieuwingen konden al bij de start worden ingevoerd, zoals het werken in dienstverband, de gestructureerde samenwerking in kleinschalige centra, het openstellen van het bestuur voor de wijkbewoners. Het zijn de eerste organisatorische uitwerkingen van enkele dimensies, die tevens dienen als voorwaarden voor de inhoudelijke invulling. Verdere ontwikkelingen treffen we vooral aan op de dimensies "probleemoplossing", "taakopvatting" en "beroepsopvatting". Dat is niet toevallig, omdat zij het meeste uitzicht bieden op concrete veranderingen die binnen het samenwerkingsverband kunnen worden ingevoerd.

Zo blijkt ten aanzien van de dimensie "probleemoplossing" dat in gezondheidscentra inderdaad een terughoudende medicijnbeleid wordt gevoerd en dat er minder wordt verwezen naar de tweede lijn. De diagnostische en therapeutische mogelijkheden in de eerste lijn zijn vergroot door bijvoorbeeld een effectieve inzet van de fysiotherapeutische deskundigheid. Sommige hulpvragers kunnen door intensieve samenwerking van huisarts, wijkverpleegkundige en fysiotherapeut langer thuis worden verzorgd.

Op de dimensie "taakopvatting" worden verschuivingen zichtbaar. De wijkverpleegkundige vervult steeds vaker de coördinerende rol bijvoorbeeld in de zorg aan chronische zieken en bejaarden en op het consultatiebureau. De fysiotherapie ontwikkelt zich tot een eerstelijnsdiscipline, werkend met een direct toegankelijk spreekuur. In plaats van doktersassistenten hebben de Amsterdamse centra algemene werkers, een nieuwe functie met een uitgebreid en deels ook zelfstandig takenpakket.

Voor de "beroepsopvatting" kan naast het werken in dienstverband, bijvoorbeeld worden opgemerkt dat in de centra het statussymbool "witte jas" is afgelegd. Dat het hierbij om meer dan uiterlijkheid gaat, blijkt wel uit de weerstanden die dat in het begin bij de gebruikers opriep. Ook het primaat van de persoonsgebonden continuïteit is afgenomen, het-

geen kan worden afgeleid uit het toegevoegde parttime werken.

Van de andere twee dimensies zijn de resultaten minder goed zichtbaar. Veranderingen in de inhoud van het ziektebegrip en het proces van de ziekte-definiëring vereisen in nog hogere mate veranderingen bij de hulpvragers zelf; uiteindelijk vragen zij om maatschappelijke veranderingen. Men tracht ook de gebruikers te betrekken bij de algemene gang van zaken in het centrum. Deze participatieprocessen verlopen niet zonder moeilijkheden en met wisselend succes. Maar de principiële bereidheid is aanwezig om zich controleerbaar op te stellen. In de gezondheidszorg nog immer een bijzonderheid.

Resumerend: de vernieuwing krijgt met name in de werkwijze van de hulpverleners vorm. Effecten bij de hulpvragers zijn nog niet duidelijk zichtbaar. Het vernieuwingsproces moet dus worden voortgezet.

Tijdens de poging tot vernieuwing stuit men op een aantal moeilijkheden. Zo vraagt de vernieuwingsfilosofie zelf om een nadere uitwerking. De abstracte begrippen moeten worden vertaald in concrete handelwijzen. Daarbij speelt het feit dat sommige doelen op gespannen voet kunnen staan.

Ten tweede hebben de hulpverleners te maken met gebruikers bij wie de kwaliteitsopvatting vaak juist in het verlengde ligt van de medisch-technische oriëntatie. Dat vereist in ieder geval heel wat discussie.

Ten derde worden de mogelijkheden tot vernieuwing beperkt door de bestaande financieringsystemen, die niet aansluiten bij de werkwijze in de centra. Ze veroorzaken daardoor onaanvaardbare tekorten.

Ten vierde wordt het beleid van de centra nogal eens doorkruist door het beleid van andere instellingen, met name in de tweede lijn.

Samenwerking

In de discussie over de relatie met de tweede lijn lijken twee opties een rol te spelen; enerzijds substitutie, ofwel het streven naar een verschuiving van de zorg naar de eerste lijn; anderzijds de toenemende aandacht voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dat zijn niet dezelfde zaken al worden zij dikwijls wel zo gepresenteerd. Substitutie in de zin van een groter aandeel voor de eerste lijn, past goed binnen de vernieuwingsgedachte. De tweede geldt als de representant van het medisch technische. Het ligt voor de hand dat de eerste lijn zo veel mogelijk tracht hulpvragers uit de tweede lijn te houden, dan wel

zo snel mogelijk uit terug te laten keren. In veel gevallen vereist dat uitgebreide uitleg en onderhandeling over de verschillen tussen eerste en tweede lijn. Voor de overheid betekent substitutie vooral een vermindering van kosten. De zorg moet verschoven worden van de dure tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn en helpt nog verder naar de gratis doe-het-zelf-zorg. Daarmee wordt het onderscheid tussen de lijnen nog verder aangescherpt: naast inhoudelijk is er ook sprake van economische concurrentie.

Samenwerking met de tweede lijn vereist enige mate aan gemeenschappelijkheid in doelen en lijkt ver te zoeken. Zeker als via substitutie de verschillen worden aangescherpt. Problematisch voor de eerste lijn is voorts de eenzijdige aandacht voor de samenwerking tussen huisarts en specialist. De andere disciplines worden weinig serieus genomen, terwijl die binnen de samenwerking van de eerste lijn een steeds belangrijker rol vervullen. Maar de eerste lijn kan ook geen "nee" zeggen tegen samenwerking met de tweede lijn. In de vernieuwingsideeën heeft de continuïteit een belangrijke plaats. De overgang tussen de echelons moet voor de patiënt afgestemd verlopen en dat vraagt om samenhang en consistentie in beleid. Als de eerste lijn samenwerking zoekt, doet zij dat vanuit het streven om het tweedelijns beleid in haar richting te beïnvloeden.

Democratisering

Aan de eerste lijn worden in feite tegenstrijdige eisen gesteld: enerzijds moet ze zich sterk profileren ten opzichte van de tweede lijn; anderzijds moet ze een gemeenschappelijke basis vinden voor samenwerking. En dat zonder de patiënt uit het oog te verliezen. Of dat allemaal tegelijk kan? Ik zie veeleer een geleidelijke weg, waarin de eerste lijn de kans krijgt zich verder te ontwikkelen en te versterken. Substitutie mag dan niet de overheersende drijfveer en het zaligmakende criterium worden om mee te evalueren. Dat speelt de lijnen uit elkaar en maakt grensoverschrijdingen vrijwel onmogelijk. Vervolgens is voor de samenwerkingsmogelijkheden met de tweede lijn een parallel te trekken met de problematiek van gebruikersparticipatie.⁽²⁾ De relatie tussen hulpverleners en gebruikers wordt bepaald door verschillen in positie, belang en kwaliteitsopvatting. Dat geldt in feite ook voor de eerste en tweede lijn. Samenwerking op gelijkwaardige basis is alleen mogelijk wanneer die verschillen tot uitgangspunt worden genomen. In kwa-

liteitsdiscussies zullen gemeenschappelijke punten en taakafbakening moeten worden gevonden.

Ten aanzien van die gelijkwaardigheid kan met name de tweede lijn veel leren van de samenwerkingservaringen die in de gezondheidscentra zijn opgedaan. Gebleken is dat democratische verhoudingen tussen de hulpverleners binnen het centrum, op basis van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening, positief doorwerken in de verhoudingen tot de gebruikers. Gelijkwaardigheid en openheid bevorderen óók de open

opstelling van de hulpverlener naar de hulpvrager.

Zal dan een democratisering binnen de tweede lijn niet evenzeer een goede voorbereiding vormen op een open en democratische houding naar de eerste lijn? Terwijl de eerste lijn zich verder versterkt, hoeft men in de tweede lijn niet stil te zitten. ••

NOTEN

1. M. Bertels, e.a., *Tijd voor Kwaliteit*, OSA-publikatie 8, Amsterdam 1985.
2. M. Bertels, *Kwaliteit in Discussie*, OSA-publikatie 6, Amsterdam 1983.

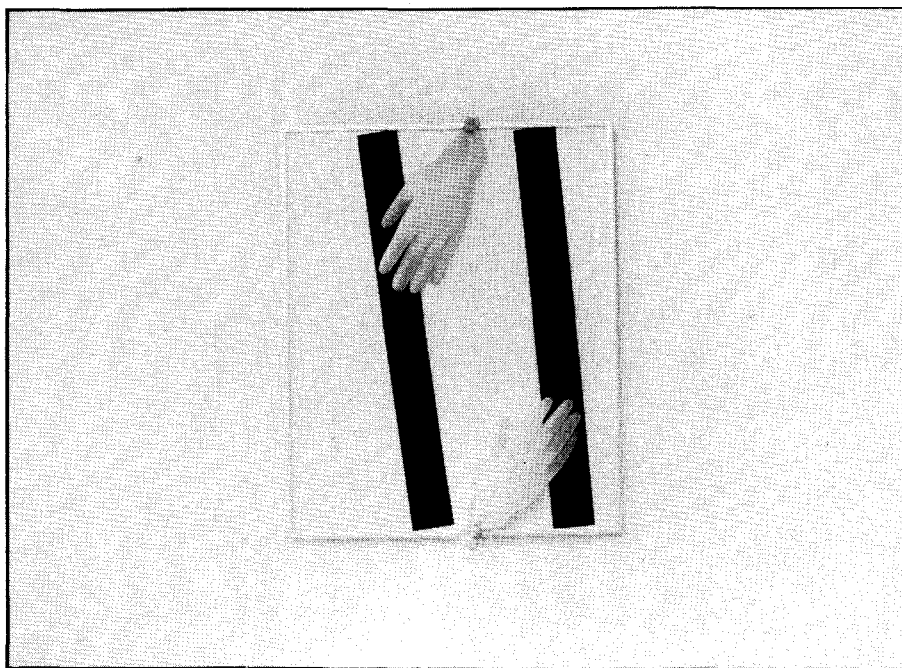


Foto: Janneke Lam

Schisma in de professie

Huisartsen en specialisten hebben duidelijk gescheiden werkterreinen. De indeling in lijnen levert bij hen geen vraagtekens op. Voor [oop Jaspers is de duidelijke scheiding van beide beroepen juist het gevolg van hun onderlinge afhankelijkheid. Tijdens de conferentie schetste hij de geschiedenis van de wedijver tussen huisartsen en specialisten. De uitkomst is bekend: een goed geregelde pseudo-concurrentie. Beide groepen hebben één gezamenlijk belang: expansie van de artsenzorg.

Joop Jaspers, vakgroep verzorgingssociologie Universiteit van Amsterdam.

Opkomst van de specialisten

De ontwikkeling van de verhouding tussen huisartsen en medische specialisten bekijk ik vanuit een sociologische visie. Ik duid die globaal aan met de 'netwerk-benadering'. Mensen zijn op allerlei manieren van elkaar afhankelijk en sommige mensen of groepen zijn weer meer afhankelijk dan andere. Dat vormt ook de basis van de onderlinge machtsverhoudingen waarin natuurlijk aanzienlijke wijzigingen kunnen voorkomen. Deze wijzigingen vloeien voort uit door de interne dynamiek en de externe ontwikkelingen. De samenhang van de onderling afhankelijke partijen (in dit geval de artsen, cliënten, ziekenfondsen, ziekenhuizen en de centrale overheid) duid ik aan als het netwerk van de partijen.

De specialisten komen

De introductie van de klinische geneeskunde, de organisatie van de geneeskundige beroepsgenoten alsmede de invoering van de nieuwe wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg hebben tezamen geleid tot een proces van standaardisatie in de medische opleiding en praktijkvoering. De goedverzorgde belangenbehartiging door de Maatschappij voor Geneeskunst zorgde verder voor een goede marktbeheersing. Rond 1900 telde Nederland nauwelijks meer dan 200 medische specialisten op een totaal aantal van meer dan 2400 erkende geneeskundigen. In deze periode kenmerkten artsen zich door eenheid van opleiding, praktijkvoering en stand. Op den duur zien we ook een nauwere binding tussen artsen en ziekenhuizen en de ontwikkeling van specialistische praktijken.

Het aantal artsen groeide aanzienlijk in de eerste decennia van de twintigste eeuw, terwijl de consumptie

beperkt bleef. De concurrentie tussen artsen nam sterk toe. Mede onder invloed hiervan begonnen sommige artsen naast hun algemene praktijk veelal de studie en behandeling van bepaalde aandoeningen zoals longziekten, huidaandoeningen of bijvoorbeeld oogheekkundige praktijk. Artsen prezen zich aan als 'specialist'. Dit leidde tot ruzie en de roep om regelingen. Zo werd de algemene praktijk van hoogleraren aan banden gelegd. Beschuldigingen van oneerlijke concurrentie leidden in 1906 tot de instelling van de zogenaamde polikliniekcommissie. In 1912 kwam deze commissie met een omschrijving voor 'specialisten': artsen die de behandeling van de afwijkingen van een bepaald orgaan of een bepaald orgaansysteem met bijzondere methoden tot hun praktische bezigheid hebben gekozen.

Toch duurde het tot 1930 voordat het Hoofdbestuur van de Maatschappij een voorstel aanvaardde tot het aanleggen van een register van erkende specialisten. Na een jarenlang conflict kwam het Hoofdbestuur tot een compromis. Alle specialisten die op de peildatum als zodanig werkzaam waren werden ingeschreven en verder slechts diegenen die twee (later drie) jaar ingeschreven waren geweest in een universiteitskliniek of op een afdeling van een algemeen of bijzonder ziekenhuis, waar een verantwoorde opleiding tot specialist werd geboden. Vanaf die datum konden alleen de 'erkende' specialisten rekeningen declareren bij de (eigen) Maatschappijfondsen, die daarin werden gevolgd door de andere ziekenfondsen.

De intern tot stand gekomen regeling met betrekking tot de verwijzing van patiënten door huisartsen naar

specialisten en de interne regeling tot erkenning en registratie van medische specialisten vormden de grondslag voor de collegiale omgang en daarmee de grenzen voor afbakening van de onderscheiden werkterreinen van huisartsen en specialisten en tevens voor specialisten onderling.

Het ging om een intra-professioneel conflict. Andere partijen, b.v. de ziekenhuizen en ziekenfondsen, hebben nauwelijks bemoeienis gehad met het conflict. Ziekenfondsen legden aanvankelijk wel een korting op aan huisartsen voor die cliënten die zij hadden doorverwezen naar specialisten. De huisartsen voerden trouwens in die periode van de dertiger jaren duidelijk de boventoon en waren de sterkste fractie. De verwijzingsregeling is tot nu toe in tact gebleven. De huisartsen beschikken daarmee nog steeds over een structureel overwicht tegenover de van hen afhankelijke medische specialisten. Na de tweede wereldoorlog leek het tij te keren. De Landelijke Specialisten Vereniging werd opgericht (LSV). Na enige maanden volgden echter al de huisartsen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Professionele autonomie, maatschappelijke erkenning door zowel de cliënten als door de centrale overheid en een eigenaardige balans tussen onderlinge wedijver en collectieve belangenbehartiging vormden een unieke combinatie kenmerken van de beroepsgroep. Tezamen gaven ze aanleiding tot een proces van expansie. De differentiatie van het artsennetwerk werd vooral gestimuleerd door de onderlinge wedijver in combinatie met de wettelijke bevoegdheid om taken en wedijver te regelen. De specialisten raakten steeds meer verbonden aan de ziekenhuizen (hospitalisatie).

Expansie

Het aantal artsen nam enorm toe in de twintigste eeuw. Rond 1900 waren er 2400. In 1980 al bijna 27.000. Deze enorme toename heeft niet geleid tot een aanzienlijke daling van het gemiddeld inkomen per arts. De vraag naar medische diensten volgde of oversteeg dus zelfs het stijgende aanbod. Anders gezegd: er was sprake van een gestage toename van artsen, ook in verhouding tot de bevolkingstoename. Er was een toenemende concurrentie en tevens een sterke toename van de vraag naar medische diensten. Hoe kan dit proces van expansie of verdoktering worden verklaard?

Steeds meer mensen gaan met een vraag of probleem naar een arts. Toch blijkt het initiatief tot raadpleging niet alleen uit te gaan van de cliënten

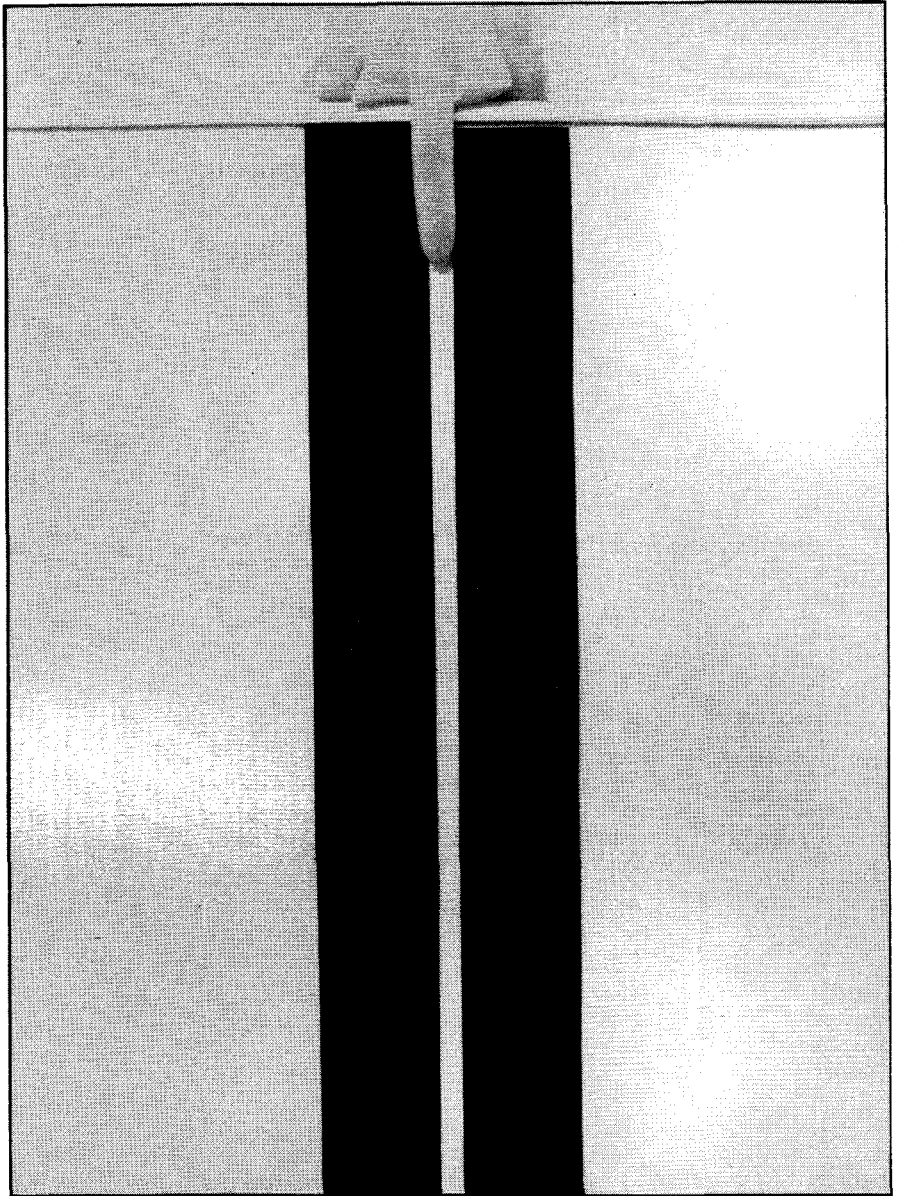


Foto: Janneke Lam

zelf, maar ook van anderen. Een flink aantal consultaties gaat uit van de artsen zelf. Dat geldt bijvoorbeeld voor alle herhalingsconsulten en alle verwijzingsgevallen. Bedrijven die een beginkeuring of periodieke keuring verlangen zijn ook een goed voorbeeld van "derden" die een duit in dokters zakje doen. Het raadplegen van artsen is een alledaags gebruik geworden van onze samenleving geworden. Rond 1900 maakten nog maar relatief weinig mensen gebruik van diensten van artsen. Nu is het algemeen aanvaard.

Iedere verklaring van deze toename moet aandacht besteden aan de wisselwerking tussen interne en externe ontwikkelingen. De vergrijzing van de bevolking, de toename van de welvaart bijvoorbeeld aan de ene kant en de subjectieve behoefte aan medische diensten aan de andere kant. Daarbij spelen politieke en -sociaal-culturele opvattingen over het recht op en de wenselijkheid van het raadplegen van artsen een belangrijke rol. De invoering van het Ziekenfondsen be-

sluit heeft bijvoorbeeld tot gevolg gehad dat het overgrote deel van de bevolking recht kreeg op alle mogelijke medische hulp. Ook de ontwikkeling van de medische kennis in de loop van de twintigste eeuw is aanzienlijk geweest en heeft geleid tot een toenemende deskundigheid.

Toenemende deskundigheid impliceert een uitbreiding van het diagnostisch arsenaal, die in samenhang met de onzekerheid van de patiënten leidt tot een toename van de frequentie van medische consulten en tevens leidt tot een stijgende van therapeutische verwachtingen ten aanzien van het optreden van artsen. De artsen kunnen deze hoge verwachtingen niet waarmaken. De patiënt gaat nog vaker naar de arts. Alleen artsen of derden kunnen de toenemende behoefte keren door duidelijk grenzen te stellen. Het is natuurlijk ook mogelijk dat op de lange duur zich een mentale omslag voordoet onder de cliënten. Ook de belangen van artsen spelen een grote rol in het proces van expansie. Artsen beslissen min of meer au-

tonoom over de aard en omvang van de behoeften van cliënten aan medische diensten. Verder is het binnen onze maatschappij volledig geaccepteerd dat medisch ingrijpen kan lukken maar zeker ook kan mislukken. De ruimte voor medische deskundigen is groot. Zeker ook door hun collectieve strategie van belangenbehartiging.

De centrale overheid speelt ook een belangrijke rol. Door de wetgeving van 1865 kennen artsen een professionele autonomie en een wettelijk beschermde monopoliepositie. Dit betekent dat de machtspositie van artsen mede tot stand is gekomen doordat zij zich afhankelijk hebben gemaakt van de centrale overheid. De overheid stond de artsen een betrekkelijk grote speelruimte toe, bij de onderlinge regulering van hun betrekkingen. De overheid beperkte zich tot externe afscherming van de 'markt' van medische diensten door het verbieden van niet-erkende beroepsuitoefening, alsmede tot het vaststellen van enkele randvoorwaarden voor de productie van medische diensten, zoals de academisering en standaardisatie van de medische opleiding. De centrale overheid draagt de verantwoordelijkheid voor de opleidingscapaciteit in globale zin, terwijl zij de inhoudelijke verantwoording delegeert aan de medici, verbonden aan de medische faculteiten. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit door de centrale overheid in de laatste honderd jaar was van grote betekenis voor de expansie van het aantal artsen, ook al heeft deze expansie uiteraard tot een verheviging van de onderlinge concurrentie geleid. Zowel via de uitbreiding van de opleidingscapaciteit, die direct verband houdt met het aanbod, als via de invoering van de verplichte ziektenkostenverzekering die direct verband houdt met het gebruik van artsendiensten, heeft de centrale overheid een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van het artsennetwerk, c.q. bij de processen van expansie, differentiatie en hospitalisatie.

Differentiatie

De tendens tot expansie hangt in belangrijke mate samen met het proces van differentiatie van de artsenzorg in Nederland in de twintigste eeuw. Er ontstonden twee duidelijke groepen: huisartsen en specialisten. De band tussen de ziekenhuizen en specialisten werd steeds inniger.

Rond 1900 telde Nederland nauwelijks specialisten. Specialisatie werd primair in verband gebracht met concurrentie. Dit gaf aanleiding tot conflicten. De strijd om de taakverdeling

werd beslecht dankzij een interne regeling die ten voordeel kwam aan de specialisten, die naar aantal en invloed de mindere partij leken te vormen. De expansie (ofwel verdoktering) hing primair samen met het toenemend aantal artsen dat naar specialisatie streefde. Rond 1950 hoorde bijna één op de drie artsen tot deze categorie, die zich daarna nog sneller uitbreidde.

In de vele cijfers valt weliswaar op dat het absolute aantal huisartsen gestaag toenam, maar in een betrekkelijk constante verhouding bleef tot de bevolking (één huisarts per 2700 inwoners gemiddeld in deze eeuw). De laatste jaren tekent zich een lichte daling af. De expansie van het artsennetwerk manifesteerde zich vooral als een expansie van het aantal specialisten zonder dat daardoor het huisartsennetwerk aan betekenis inboette. Het aantal specialismen breidde zich uit van achttien in 1937 tot zevenentwintig in 1977. Het overgrote deel van de geregistreerde specialisten valt echter binnen een zevental oude specialismen, waaronder interne geneeskunde en chirurgie.

Samenvattend: het proces van expansie moet voor een belangrijk deel worden opgevat als een tendens tot specialisatie. De tendens tot specialisatie is vooral te zien in een beperkt aantal specialismen. Met uitzondering van de zenuw- en zielsziekten raakten deze specialismen steeds meer verbonden met de ziekenhuizen als plaats waar zij hun hoofdtaak vervulden. De band tussen deze specialisten en de ziekenhuizen werd steeds hechter.

Hospitalisatie

De toenemende samenhang tussen ziekenhuizen en specialistische geneeskunde had ook zijn oorzaken in de uitbreiding van de 'specialistische' poliklinische voorzieningen en de bouw van speciale operatiekamers rond de eeuwwisseling. Dit leidde tot uitbreiding van het aantal bedden sinds 1900, ofwel tot schaalvergroting. In de loop van de twintigste eeuw zien we een verkorting van de gemiddelde verpleegduur en een toename van het totale aantal verpleegdagen. Meer bedden en meer verpleegdagen wijzen op een kwantitatieve uitbreiding van de zorg in ziekenhuizen. Verkorting van de verpleegduur wijst op een intensivering van de artsenzorg in de ziekenhuizen. Dit blijkt nog duidelijker uit de toename van het aantal patiënten, dat jaarlijks werd opgenomen. Een en ander leidde ook tot een toename van het aantal verpleegkundigen.

Sinds 1972 daalt het aantal zieken-

huisbedden licht, maar het aantal opnames blijft stijgen. De expansie van de ziekenzorg vindt vooral plaats door intensivering van het gebruik van de beschikbare voorzieningen. Dat heeft ook betrekking op de poliklinische voorzieningen. Het productieproces in de ziekenhuissector wordt versneld. In 1972 stonden tien polikliniekbezoeken tegenover één opname. Vooriedere verwijkskaart berekende men een herhalingsfrequentie van 4,0. De ontwikkeling van de ziekenhuizen is met andere woorden nauw verbonden met de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde. Deze onderlinge afhankelijkheid is de afgelopen jaren steeds sterker geworden. De specialisten uit de inwendige-, kindergeneeskunde, heilkunde en verloskunde/gynaecologie spelen de hoofdrol in de ziekenhuisproductie.

Gezamenlijk belang

Niet alleen ontwikkelingen binnen de beroepsgroep speelden een rol. De snelle toename van de medische kennis en de technische mogelijkheden hebben geleid tot vergroting van het diagnostisch arsenaal. Ook het toenemend vertrouwen (geloof) in de techniek en de versterking van de financieringsmogelijkheden horen ongetwijfeld tot de relevante externe ontwikkelingen. De huisartsen hebben hun invloed via de verwijzing. Deze verwijzing en de registratie van specialisten vormen de banen, waarbinnen de interacties tussen cliënten en medische specialisten worden geleid. Huisartsen en specialisten handelen vanuit hun onderlinge afhankelijkheid en vanuit hun overwicht op de cliënten.

De honoreringsstructuur voor het gebruik van artsendiensten resulteert in de machts-afhankelijkheidsbetrekkingen tussen de betrokken partijen. In de periode 1901-1941 werd de huisartsenhulp gehonoreerd via een zogenaamd abonnementensysteem, waarbij de huisarts voor elke ingeschreven ziekenfondspatiënt een vaste jaarlijkse vergoeding kreeg. Specialistische hulp werd aanvankelijk niet vergoed door de ziekenfondsen. Later gingen sommige ziekenfondsen ertoe over om specialistische hulp te vergoeden, maar tevens in mindering te brengen op de jaarlijkse vergoeding van de huisartsen. Ook dit verdween en in de periode 1930-1941 gingen veel ziekenfondsen ook de specialistische hulp vergoeden (volgens het zogenaamde verrichtingsstelsel).

De uitbreiding van het aantal ingeschrevenen bij de erkende ziekenfondsen en de uitbreiding van het

dekkingspakket leidden tot een toename van gebruik van specialistische hulp en ziekenhuiszorg. De invoering van het Ziekenfondsenbesluit van 1941 betekende een definitieve drempelverlaging, zodat een ruime meerderheid van de bevolking zonder extra financiële lasten gebruik kon maken van de diensten van huisartsen, medische specialisten en de ziekenhuizen.

Zo ontstond een congruentie van belangen tussen cliënten, huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen, die van voor grote betekenis zou blijken te zijn voor de processen van expansie, differentiatie en hospitalisatie. De huisarts behield ook na de oorlog een stevige positie plaats, maar er was sprake van een bedreiging vanuit de specialisten. De centrale overheid vergrootte door haar opleidingsbeleid het aantal artsen én de onderlinge concurrentie. Ze speelde ook een rol bij de handhaving van de positie van de huisartsen. Dat bleek uit het beleid van de centrale overheid, zowel ten aanzien van de opleiding van de huisartsen, als uit het optreden ten aanzien van de honoreringsproblemen van huisartsendiensten.

De verhouding tussen huisartsen en medische specialisten ontwikkelde zich mede onder invloed van de betrekkingen, die beide groepen onderhielden met de centrale overheid, de ziekenfondsen en de ziekenhuizen. Er is sprake van een keten van onderlinge afhankelijkheid: een circuit of netwerk. Via het bindend besluit van 1912 maakten artsen zich minder afhankelijk van elkaar; via de invoering van interne regelingen voor verwijzing en registratie nam die onderlinge afhankelijkheid toe, zonder dat de huisartsen hun structureel overwicht verloren en de invoering van de verplichte ziektenkostenverzekering (1941) leidde tot een versterking van de afhankelijkheid van alle betrokkenen tegenover de centrale overheid. De cliënt werd sterker afhankelijk van de huisarts. De concurrentie tussen huisartsen en specialisten namen af.

De strijd om de taakverdeling lijkt beslecht met interne regelingen, die ten goede komen aan specialisten en huisartsen. De specialisten hebben veel gewonnen doordat de huisartsen de waarde en betekenis van de specialistische hulp erkennen. De erkenning van de waarde van medische specialismen door de huisartsen wordt mede veroorzaakt door de medische opleiding waarin juist veel aandacht wordt gegeven aan de specialistische geneeskunde. De huisartsen hebben echter in principe de specialisten nog steeds in hun macht.

De financiering van de huisartsenhulp voorkomt dat de belangen tussen huisartsen en specialisten tegenstrijdig worden. Beide groepen hebben baat bij veel verwijzingen. De bestaande verwijzingsregeling biedt de mogelijkheid om de huisartsen in te zetten als bewakers, coördinatoren en stimulators van een optimale organisatiestructuur in de gezondheidszorg.

Feitelijk echter wordt de verhouding tussen huisartsen en specialisten sinds 1941 vooral gekenmerkt door het samenvallen van belangen in de

richting van een toenemend aantal verwijzingen. Noch integratie, noch coördinatie, hoewel in het belang van de cliënten, worden daardoor bevorderd. Integendeel! De binding tussen de specialisten en de ziekenhuizen versterkt de tendens tot gebrek aan samenhang. ••

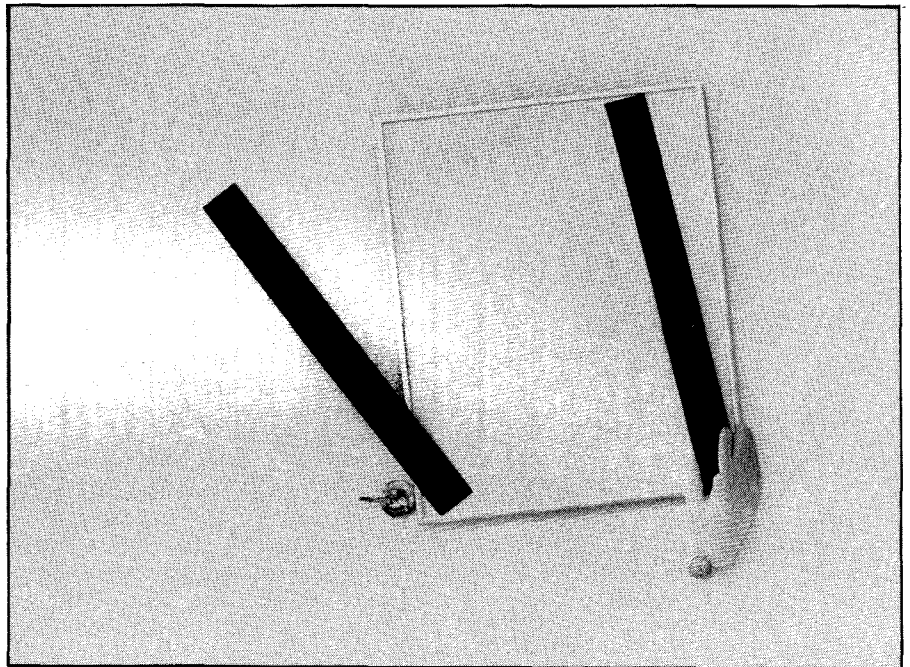


Foto: Janneke Lam

LITERATUUR

Bergen, J., De Geschiedenis van het Ziekenfondsenwezen in Nederland. Vlissingen 1934.
 Bergsma, J., m.m.v. G. Fieret, De Huisarts in de Storm. *Intermediair* 17 (1981), 20, 1-7.
 Bremer, G., Het Verwijzen in de Huisartsenpraktijk. Van Gorcum, Assen 1964.
 Festen, H., 125 Jaar Geneeskunst en Maatschappij Gedenboek 1974. KNMG, Utrecht 1974.
 Gedenboek 1949, Gedenboek der KNMG (1849-J 949) KNMG, Amsterdam 1949.
 Jaspers, J., Het Medische Circuit. Bohn, Scheltema & Holkema. Utrecht/Antwerpen 1985.
 Kairat, H., Professions oder freie Berufe. Duncker & Humblot Berlin 1964.
 Montfort, A. van en J. van Aert, Functieontwikkeling van ziekenhuizen. *Gezondheid en Samenleving* jrg. 1 (1980) 2, 111-128.

Philips, J., Gezondheidszorg in Limburg. Van Gorcum, Assen 1980.
 Thomas, K., Religion and the Decline of Magic (1971) Penguin, Harmondsworth 1978.
 Tuckett, D., (ed.), Medical Sociology. Tavistock London, 1976.
 Verhoeff, E., Gebruik van Gezondheidszorgvoorzieningen in Nederland. Proefschrift Nijmegen 1979.
 Ijsbrandy, C., De Inkomensontwikkeling van Huisartsen (1947-1976) Sociologisch Instituut, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 1979.
 N.Z.I. no. 7347 Medische Specialisten in Nederland (incl. 1939-1972).
 N.Z.I. no. 78149 Medische Specialisten in Nederland (1972-1977)
 Statistiek der Geneeskundigen 1978, CBS, 's Gravenhage.
 Vademecum der Gezondheidsstatistiek, 1977, CBS, 's Gravenhage.

Verschuiving bleef uit

Beleidsmakers rekenden op een verschuiving van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn. Peter Lems licht toe waarom die verschuiving niet optrad. Lijnen blijken zelfstandige circuits te zijn. Meer zorg op de ene plaats leidt niet vanzelf tot minder zorg elders.

De mislukking van het echelonneringsmodel dwingt de overheid tot een heroverweging. Het zou mooi zijn als daarbij het ziekenhuis weer meer in de gemeenschap terecht kwam. Een pleidooi voor dagverpleging, onder gezamenlijk beheer van huisartsen en specialisten.

Peter Lems, medewerker Harmonisatieraad Welzijnsbeleid.



Lijnen blijken gesloten circuits

De huidige beleidsfilosofie, gedragen door veel partijen in gezondheidszorg, overheid en parlement, bestaat uit een drietal elementen:

1. de voorzieningen zijn ondergebracht in echelons (lijnen). De mate van specialisatie en de mate van institutionele afhankelijkheid hebben gediend als indelingscriteria. De huisarts kwam in de eerste lijn terecht en de ziekenhuizen belandden in de tweede;

2. de echelons zouden eigenlijk moeten functioneren als trechter naar de hoger gelegen echelons. Het uitgangspunt was dat minder mensen in de hoger gelegen echelons terecht zouden komen wanneer de trechterwerking zou worden versterkt. Versterking van de rol van de huisarts zou moeten leiden tot minder beroep op de gespecialiseerde zorg. De versterking van de polikliniek zou moeten leiden tot afname van het beroep op de klinische capaciteit;

3. de eerste lijn bevindt zich in de gemeenschap en de tweede lijn (in dit geval de ziekenhuizen) zou zich daar verder uit terugtrekken. De vrije toegankelijkheid van de ziekenhuizen, zonder verwijfsbrief van de huisarts, werd wettelijk opgeheven. De gang naar het ziekenhuis moet via de huisarts lopen. Taakoverheveling naar de eerste lijn (huisarts, wijkverpleging en gezinszorg) diende als poging de rol van de ziekenhuizen terug te dringen.

Analyse

Analyse van deze beleidsfilosofie en van het daarop gebaseerde beleid (van ons én anderen) heeft een aantal zwakten blootgelegd. De structuur van het beleidsmodel leidt niet tot echelons die werken als communicerende vaten. Het zijn relatief autonome circuits. Tien procent van de

mensen in de huisartsenpraktijk wordt jaarlijks doorverwezen naar de specialist. De andere negentig procent circuleert in de eerste lijn. Daarom kan vermindering van de aanvoer uit de eerste lijn door de tweede lijn vrij gemakkelijk worden gecompenseerd door meer herhalingsafspraken te maken en door het aantal verrichtingen uit te breiden (hetgeen beide gebeurt). Verwijzing vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn gaat samen met de overdracht van verantwoordelijkheid voor de patiënt. Blijkbaar gaat het echt om twee gescheiden circuits.

De volgende zwakte betreft de processen tussen die eerste en tweede lijn. De trechterfunctie van echelons is volgens de beleidsfilosofie belangrijk. De tweede lijn wordt te veel beschouwd als een "hoeveelheid waarvan kan worden afgesnoept en dan minder wordt". Deze visie doet geen recht aan nieuwe ontwikkelingen in de tweede lijn die een aanzuigende werking hebben. Ontwikkelingen op diagnostisch en curatief terrein zoals de "reageerbuisbevruchting" maken van de kindeloosheid een medisch probleem dat in de tweede lijn thuis hoort. Deze en andere ontwikkelingen accentueren de functie van de huisarts als een doorgeefluik naar de tweede lijn.

De nagestreefde verantwoordelijkheidsdeling is de derde zwakte. De beleidsfilosofie veronderstelt, dat huisartsen uitsluitend alleen beslissen over de vraag of al dan niet wordt doorverwezen en dat patiëntenstromen zich langs administratieve weg laten omleggen. Onderzoek toont duidelijk aan dat huisartsen steeds meer onder druk komen te staan van de patiënten. Mensen zijn goed of slecht geïnformeerd over ontwikkelingen in de tweede lijn. Of ze willen

geruststelling en zekerheid. De huisarts is in veel gevallen niet in staat deze druk te weerstaan. Vanuit juridisch oogpunt zijn de artsen bang voor de aansprakelijkheid en vanuit therapeutisch oogpunt wil de arts graag zijn patiënt geruststellen. Patiëntenstromen laten zich niet zo makkelijk omleggen. Het negeren van het verwijskaartverbod komt veelvuldig voor. De eigen huisarts is steeds vaker niet te bereiken. De praktijken van die huisartsen verzakelijken. Antwoordapparaten, weekendvervangers, vakantiewaarnemers, avond- en nachttelefoon zijn al heel gewoon. De mensen zijn sneller geneigd (zeker in de stad) naar het ziekenhuis te gaan. De enorme toename van EHBO-activiteiten is een duidelijk signaal.

Toekomst

We kunnen de antwoorden op deze analyse van de beleidsfilosofie grofweg in drie varianten onderbrengen: een idealistische, een conservatieve en een innovatieve variant. Ten behoeve van de discussie heb ik aan bepaalde varianten een eigen kwalificatie toegevoegd.

Vanuit de *idealistische* variant kan men stellen dat het beleidsmodel op beide punten klopt. De trechterwerking voldoet en de ziekenhuizen staan buiten de gemeenschap. We moeten volgens deze variant meer ons best doen de barrières weg te nemen die versterking van de eerste lijn in de weg staan. Vergroten van de bereikbaarheid, een ander honoreringssysteem invoeren, de kennis op diagnostisch terrein vergroten, vaardigheden in de omgang met apparatuur ontwikkelen, de huisarts verantwoordelijkheid over de patiënten geven wanneer deze in de tweede lijn zit en het overnemen van functies uit de tweede lijn zijn daar voorbeelden van.

Commentaar: dit is een overschatting van de mogelijkheden van de huisarts en gaat in tegen de huidige trend waarbij huisartsen steeds meer functies aan het ziekenhuis afstaan en zij minder bereikbaar zijn.

Volgens de *conservatieve* variant kunnen we stellen dat het beleidsmodel niet klopt voor wat betreft de rol van het ziekenhuis. We moeten niet meer proberen de tweede lijn indirect via substitutie te beïnvloeden. We moeten maatregelen nemen in de sfeer van de financiering via budgettering en rijksnormering. Het effectieve budgetinstrument en de rijksnormering zijn middel om de rol van de ziekenhuizen te verkleinen. Commentaar: ik vind dit een realistisch streven. Kostenbewaking en handha-

ven van verhoudingen staan centraal. Alles blijft bij het oude met het verschil dat iedereen wat minder moet uitgeven.

Het beleidsmodel klopt niet op beide punten en staat innovatie in de weg. De *innovatie* variant staat haaks op de conservatieve variant. De rol van de tweede lijn blijft gefixeerd op wat hij nu is. We moeten juist streven naar het naar elkaar toebrengen van de eerste en tweede lijn en deze niet blijvend van elkaar scheiden. Via het instituut voor dagverpleging als on-

huis is een belangrijke voorwaarde. Door de toegenomen concurrentie tussen de ziekenhuizen richten zij zich al meer tot de patiënt. Het ziekenhuis wordt patiëntvriendelijk. De ontwikkeling van de patiëntenrechten dwingt de ziekenhuizen hun educatieve functie uit te breiden. In de meeste ziekenhuizen kent men al een informatiebeleid voor de patiënten.

De ontwikkeling van de regionalisatie schaalvergroting ziekenhuizen door fusie is een goede mogelijkheid om verantwoordelijkheden toe te kennen aan de gezamenlijke hulpver-

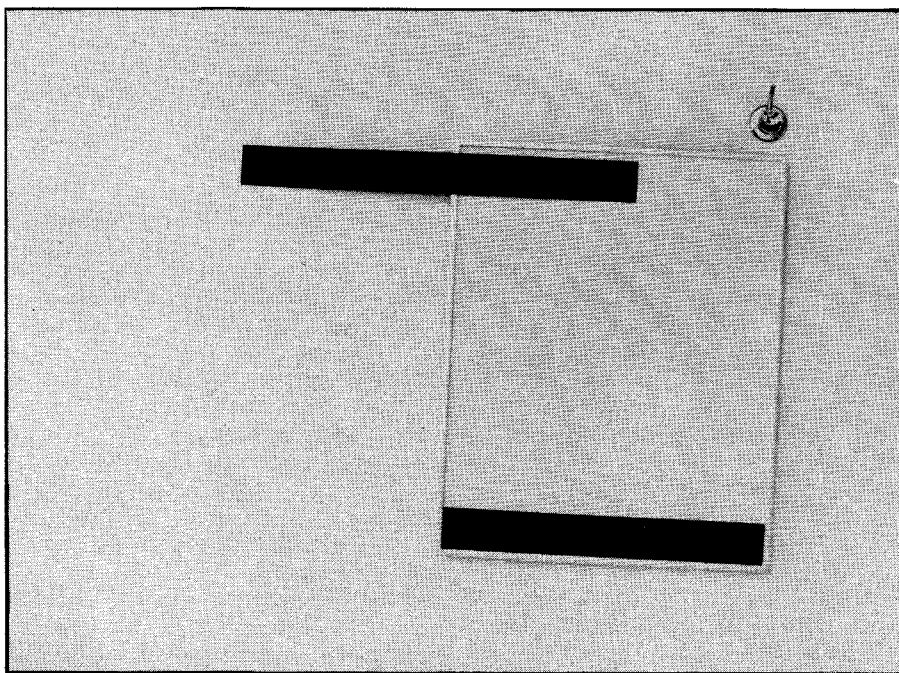


Foto: Janneke Lam

derdeel van het ziekenhuis, waar huisartsen en specialisten gezamenlijk werken en beheer voeren over dat instituut. Dit streven past in het beleid van de overheid de klinische capaciteit te verminderen ten gunste van de poliklinische. De mogelijkheden voor de huisarts groeien. Hij kan gebruik maken van de ziekenhuisfaciliteiten op diagnostisch terrein (gebeurt nu ook al) en hij kan veel natuurlijker samenwerken met specialisten (hetgeen nu ook wordt geprobeerd). Het gezamenlijk beheer van het instituut dagverpleging moet voorkomen dat het ziekenhuis een te grote vinger in de pap krijgt. Binnen de innovatie variant is de plaats van de ziekenhuizen juist niet nog verder uit de gemeenschap, maar verder in de gemeenschap. De ontwikkeling in de richting van thuiszorg en de verkorting van ligduur in ziekenhuizen zorgen voor de noodzaak van een complementaire thuiszorg aan de institutionele. Een directe communicatie tussen het thuismilieu en zieken-

leners in de regio ten aanzien van bepaalde patiëntencategorieën. Afhankelijk van de patiëntencategorie kan men zorgpakketten samenstellen waarbij de samenwerking tussen eerste en tweede lijn vorm krijgt.

Commentaar: deze innovatie is mooi. De eerste lijn loopt de kans te worden opgeslokt door de tweede lijn. Verder bestaan principiële bezwaren tegen een regionale verantwoordelijkheid van zorgvoorzieningen. De vrije artsen- en ziekenhuiskeus van de burgers valt weg. ••

Basis niet vergeten

In de pogingen om meer structuur aan te brengen in de gezondheidszorg zijn echelonnering en regionalisatie leidende principes. Ron Helsloot bespreekt de gevolgen van deze principes voor de samenwerking tussen hulpverleners aan de basis. De conclusies zijn weinig opwekkend. Voor de toekomst verwacht Helsloot het meeste van verdere versterking van de eerste lijn en experimenten met semi-murale voorzieningen.

Ron Helsloot, onderzoeker bij het SISWO.

• Hulpverleners : doen het • samen

De organisatoren van de studieconferentie stelden de vraag: hoe moet de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn er uitzien: coëxistentie of integratie? Ideeën van Vorst¹ enerzijds, Kolkman en Vissers anderzijds² dienden als referentiekader. Ik probeer in deze bijdrage wat meer licht te werpen op de mogelijke samenwerkingsstrategieën voor de toekomst. Ik bekijk de samenwerking daarbij vanuit de eerste lijn. Welke weg lijkt voor de eerste lijn, in relatie tot de tweede, het meest vruchtbaar? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

Echelons

Prof. Doelemans schreef al in 1972 - twee jaar voor het verschijnen van de Structuurnota³ - over het begrip 'echelons'.⁴ Hij citeerde de "kleine Larousse". Echelon betekent 'sport van de ladder'. Overdrachtelijk komt het begrip 'successievelijk' het meest als betekenis in aanmerking. Toegepast op de gezondheidszorg geeft Prof. Doeleman aan "dat de patiënt in zijn gang door het systeem van de gezondheidszorg **achtereenvolgens** door verschillende echelons moet kunnen worden geleid." Het werken met echelons dient de patiënt in staat te stellen zo doelmatig mogelijk gebruik te maken van de beschikbare voorzieningen. Deze begripshantering gebruik ik ook bij de invulling van 'lijnen'. Evenals het onderscheid in drieën dat Doeleman maakt met betrekking tot de echelons. Het eerste omvat wat hij noemde de breedspectrumvoorzieningen geboden door huisarts, tandarts, wijkverpleegkundige etc. Het tweede omvat de specialistische en superspecialistische medische voorzieningen (inclusief revalidatie). Het derde omvat de verpleging en/of verzorging van mensen met chronische ziekten of blijvende defecten van lichamelijke of psychische aard. Binnen elk van de drie echelons maakt Doeleman nog

onderscheid tussen ambulante- en bedpatiënten. In het eerste echelon zien we vooral ambulante patiënten. Wanneer de patiënt te ziek is wordt hij thuis bezocht. In het tweede echelon heeft de poliklinische behandeling de voorkeur en zal de klinische behandeling worden gegeven indien noodzakelijk. Ook in het derde echelon verdienen extramurale en semimurale vormen van dienstverlening de voorkeur boven intramurale vormen.

Prof. Vorst beschrijft de huidige eerste lijn als "een verbrokkeld bestel, met variërende schaalgroottes, uiteenlopende organisatiestructuren en niet op elkaar afgestemde werkgebieden". Toch trekt hij niet de conclusie dat regionalisatie en echelonnering zijn mislukt. Een ingrijpend herstructureeringsproces vond plaats volgens hem, maar het lijkt er nu op "dat (dat) herstructureeringsproces voortijdig werd beëindigd en dat de eerste lijn onvoldoende wordt meegenomen in de voortgaande reorganisatie van het voorzieningensysteem". Prof. Vorst bepleit een consequente toepassing van regionalisatie en echelonnering, mede met het oog op de goede resultaten die daarmee naar zijn idee zijn geboekt bij RIAGG's en DGD's.

Kolkman en Vissers vinden daarentegen dat het tijd wordt de "lijnen buitenspel" te zetten. Regionalisatie heeft weliswaar geleid tot "samenhang in de voorzieningen in de gezondheidszorg, tot beheersing van het voorzieningenspakket in een gebied en tot een druk die nodig was om tot daadwerkelijke verandering te komen", maar het heeft nog geen samenwerking gebracht tussen de hulpverleners aan de basis. Echelonnering heeft verhelderend en ordenend gewerkt. Negatief eraan is "dat de lijnen thans meer scheidslijnen zijn" en hulpverlener en patiënt nu behoren tot de eerste óf de tweede lijn. Een andere mogelijkheid is er niet. In tegenstelling tot de beleidsvoornemens is het volgens hen niet ge-

lukt te komen tot een doelmatige en doeltreffende gezondheidszorg met continuïteit als kernegeven.

Wanneer we deze verschillende benaderingen nader bekijken, vallen de verschillende interpretaties van het begrip 'echelonnering' op. Vorst legt de nadruk op de bundeling van instellingen en voorzieningen binnen een echelon. Het gaat hem om fusering op districts- of subregionaal niveau (met ongeveer 200.000 inwoners) van de drie georganiseerde kerndisciplines: kruiswerk, algemeen maatschappelijk werk, gezinszorg. Ook met de artsen zou een relatie op datzelfde vlak tot stand moeten komen. Consequente regionalisatie van de kerndisciplines is een noodzakelijke voorwaarde voordat aan de fusering kan worden begonnen. Tegenover deze bundeling leggen Kolkman en Vissers bij echelonnering de nadruk op de scheiding die daarmee wordt aangebracht tussen voorzieningen in de verschillende echelons. In deze zin zien wij echelonnering als een tegenbeweging van regionalisatie. Die laatste kenschetsen ze als een proces van integratie. Waar regionalisatie en echelonnering bij Vorst dus rechtstreeks in elkaars verlengde liggen, zijn ze bij Kolkman en Vissers elkaars tegendeel.

Proeftuin Almere

Pikant is, dat zowel Vorst als Kolkman en Vissers in hun - uiteenlopende - analyses gebruik maken van de ontwikkelingen in Almere. Vorst's pleidooi voor een gefuseerde eerste lijn is daarvan de grond gekomen. In april 1986 vond een fusie plaats tussen de instelling voor het kruiswerk, die voor het algemeen maatschappelijk werk en de gezinszorg, en de beheersinstelling van alle gezondheidscentra. De fusie zou moeten leiden tot wat Vorst ziet als ideaal voor het hele land: een eerste lijn die niet langer verbrokkelend is en zijn mannetje staat ten opzichte van de tweede lijn. De onderlinge samenwerking kan meer op voet van gelijkheid plaatsvinden. Het effect van de samensmelting op de samenwerking tussen de werkers aan de basis is nog niet duidelijk. Kolkman en Vissers wijzen op een ander aspect in de ontwikkeling binnen Almere. In 1985 verscheen daar het "Hoofdlijnenplan 1985-1989" van het Projekt Gezondheidszorg". Hierin wordt niet uitgegaan van de gebruikelijke indeling in voorzieningen en lijnen, maar van een beschrijving van onderling samenhangende zorgfuncties ten behoeve van verschillende doelgroepen, respectievelijk categorieën hulpvragers. Zo lijkt in Almere een tegenstelling te ontstaan tussen de wens naar een sterke eerste lijn enerzijds en de wens om die echelonnering te doorbreken anderzijds.

Samenwerking

Kolkman en Vissers beginnen hun schets van een samenwerkingsstructuur op lokaal niveau. Ze gaan uit van een verzorgingsgebied van een ziekenhuis: "afstemming van de bijdragen van de verschillende disciplines staat hier centraal. De disciplines werken daartoe samen in hechte teams." Op dit niveau zien ze ook mogelijkheden tot samenwerking met vooruitgeschoven delen van de tweede lijn, wanneer ze suggereren dat "eventuele buitenpoliklinieken (een polikliniek, die in

in Almere heeft overmatige aandacht voor de organisatorische bovenbouw geleid tot verbrokkeling binnen de teams. Het antwoord op deze verbrokkeling bestaat nu uit het nog zwaarder opzetten van de bovenbouw. De teams zouden meer autonomie niet aankunnen. Men kiest voor de opbouw van één centrale, stedelijke organisatie van de eerste lijn, met verticale lijnen via wijkmanagers naar de teams. Horizontale lijnen verbinden de verschillende disciplines in de teams met elkaars. Volgens mij moet het criterium voor toetsing van deze structuur zijn

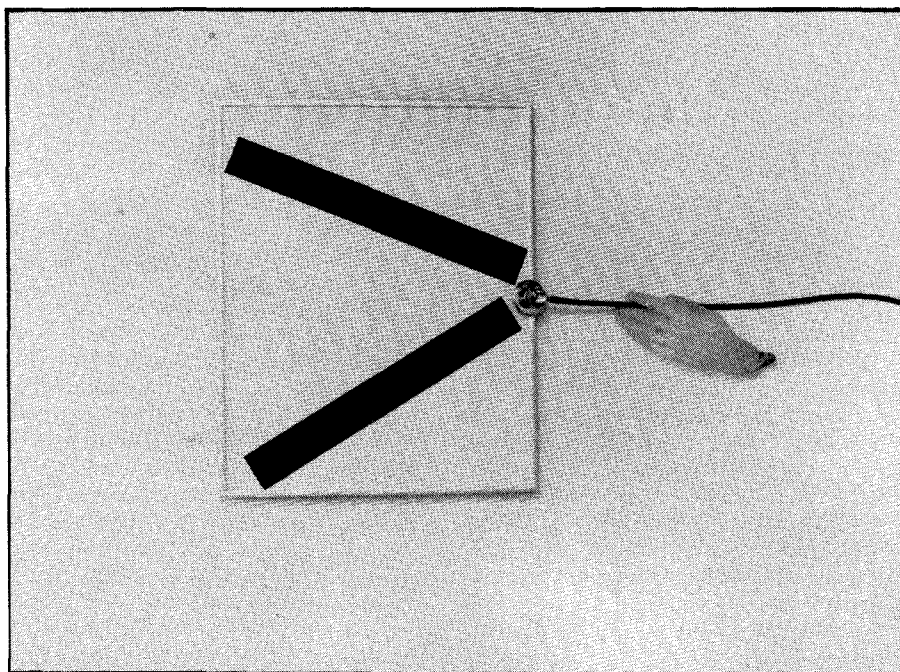


Foto: Janneke Lam

een andere plaats of wijk staat dan het bijbehorende ziekenhuis; red.) en buitensprekuren, bemand door specialisten van het ziekenhuis, (...) aansluiting moeten vinden op lokaal niveau". Zij citeren hierbij Cremers, die ook voorstelde dergelijke voorzieningen als onderdeel van de eerstelijnszorg te laten functioneren⁷. Volgens Kolkman en Vissers kunnen "Deze extramurale steunpunten vanuit het ziekenhuis (...) er zorg voor dragen dat de aansluiting tussen de specialist en bijvoorbeeld de huisarts op lokaal niveau plaatsvindt. Dat specialisten onderling een geografische verdeling maken kan hieraan bijdragen. Een overlegorgaan op lokaal niveau kan beleidsmatig voor afstemming zorgen tussen de teams en met de eventuele buitenpolikliniek; dit overlegorgaan kan tevens dienen als adviesorgaan van de gemeente." Kolkman en Vissers besteden veel aandacht aan samenwerking op lokaal niveau, omdat regionalisatie op zich onvoldoende bijdraagt aan verbetering van de samenwerking tussen hulpverleners aan de basis. Bij de structurering van de eerste lijnsopzet

of zij de samenwerking aan de basis bevordert. Naar mijn mening kunnen deze samenwerking en de samenwerking met de tweede lijn zich alleen goed ontwikkelen wanneer de teams samen met de betrokken bewoners een eigen beleid formuleren. De vraag blijft staan of, in andere omstandigheden, een structuur die de nadruk legt op grotere autonomie van de basiseenheden niet de voorkeur verdient (zoals bij het netwerk van autonome samenwerkingsverbanden in de zuidoost lob van Amsterdam).

Buitenpolikliniek

Kolkman en Vissers noemen de buitenpolikliniek als één van de mogelijkheden tot samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Zij geven een vernieuwende invulling aan dit concept en merken op, "dat de kleinschalige werkwijze in de buitenpolikliniek mogelijkheden geeft voor de betere aansluiting op de eerstelijnsvoorzieningen in de stadswijk of plaats en dat de diagnostische voorzieningen voor de huisarts dichtbij beschikbaar

zijn. Indien de eerste lijn ook zelf activiteiten in de buitenpolikliniek gaat ontplooiën, bijvoorbeeld in de vorm van een spreekuur door huisartsen en wijkverpleegkundigen, kan een ontmoetingspunt tussen eerste en tweede lijn ontstaan. Bovendien kunnen consultatie-experimenten in een buitenpolikliniek eenvoudig gestalte krijgen. In zo'n geval zou men kunnen spreken van een semimurale voorziening." Voor ziekenhuizen die over een buitenpolikliniek beschikken of er een willen opzetten kan het een uitdaging zijn om de ideeën van Kolkman en Vissers in praktijk te brengen.

Het overheidsbeleid ten aanzien van de buitenpoliklinieken is afgelopen jaren ontmoedigend geweest. Het lijkt niet onwaarschijnlijk, dat dit voor een deel te maken heeft met de terughoudende opstelling van met name de specialistische beroepsgroep tegenover deze voorziening. Deze wordt vooral veroorzaakt door twijfels over de kwaliteit van de zorg die hier geleverd kan worden, en door bezorgdheid over schade die de eigen beroepsuitoefening zou kunnen lijden. Het ongemak van heen en weer reizen wordt nooit expliciet genoemd, maar zal zeker een rol spelen. Als andere mogelijkheid om de beperkingen van de buitenpolikliniek op te heffen is het voorstel gedaan deze uit te breiden tot een Onderzoek- en Behandelcentrum (OBC). In een recent rapport concludeer ik dat de buitenpolikliniek, diagnostische faciliteiten en dagverpleging goed zijn te combineren. Hieraan voeg ik nog een aspect als (huisartsen-)jeerstehulp toe. Ik leg hierbij meer nadruk op het zorgaspect dan op de medische behandeling. Binnen het geheel van de plaatselijke omstandigheden zal ook steeds moeten worden bekeken of bepaalde onderdelen van het OBV niet eerder leiden tot een verschuiving van eerste naar tweede lijn dan omgekeerd. Ten slotte merk ik op dat het koppelen van beddenvoorzieningen aan een OBC niet zinnig is, wanneer daarmee wordt afgestemd op een klein ziekenhuis oude stijl. Alleen wanneer er sprake is van andere bedden, zoals in Engelse Community Hospitals, lijkt me een dergelijke uitbreiding van het OBC-concept gerechtvaardigd". Ik ga nog een stapje verder dan Kolkman en Vissers door zo'n uitgebreide buitenpolikliniek als onderdeel van de eerste lijn te willen introduceren.

Lijnen handhaven

Kolkman en Vissers stellen dat de groeiende scheiding tussen de echelons een gevolg is van de echelonnering zelf. Dat is discutabel. De scheiding wordt niet zozeer veroorzaakt door bundeling en identiteitsvorming, die met echelonnering samenhangt.

De verschillen in benadering van ziekte en gezondheid tussen eerste en tweede lijn zijn veeleer de oorzaak van die scheiding. De eerste lijn is, zoals bekend, over het algemeen meer generalistisch en maatschappelijk georiënteerd, de tweede meer specialistisch en medisch-biologisch. Ten gevolge van het grotere maatschappelijk aanzien van de tweede lijn - en de grotere hoeveelheid middelen! - zou een samengaan nu niet leiden tot integratie van twee gelijkwaardige partners. Het zou leiden tot overvleugeling van de aanpak in de eerste lijn door de medisch-technische oriëntatie van de tweede lijn. Ik ben het daarom niet eens met de suggestie van Kolkman en Vissers om de lijnen buiten spel te zetten. Daarvoor is de eerste lijn nog niet sterk genoeg. Anderzijds komt de opzet van Vorst tamelijk star over, vooral omdat zij nog zo weinig is gericht op de inhoudelijke aspecten van het werk aan de basis.

De identiteitsvorming van de eerste lijn moet doorgaan. Tegelijkertijd moet men relaties aangaan met vooruitgeschoven en gelijkgestemde groepen uit het intramurale veld. Bij voorkeur in en rond fysieke kruispunten zoals een omgevormde buitenpolikliniek. De op stal gezette plannen voor een 'Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef' in Amsterdam-Zuid-Oost bieden hiervoor nog steeds waardevolle aanknopingspunten". Bij de discussie over de samenwerkingsstructuur, waarvoor Kolkman en Vissers waardevolle suggesties doen, zullen ook de plannen voor een nieuwe organisatie voor ontwikkeling en ondersteuning van de eerste-tweede lijnszorg in Amsterdam en Diemen kunnen worden betrokken". En in verband daarmee de mede door SISWO aangezwengelde discussie over 'ontwikkelingsinstituten' in den lande, waarvan zij er vier beschrijft".

Noch starre coëxistentie, noch totale integratie, lijken mij op dit moment gewenst. Het opbouwen van een samenwerkingsstructuur en het experimenteren met kleinschalige projecten zullen vooralsnog naar mijn idee moeten samengaan met een verdere versterking van de eerste lijn, aan de top, maar vooral ook aan de basis. ••

Literatuur

1 E. Heydelberg (red.), Inhoudelijke Verantwoording voor de studieconferentie "Gezondheidszorg aan de lijn" op 23 mei 1986 in het AMC. Amsterdam, 1986.

2 F.A. Vorst, "Eerstelijnszorg en structuur", Medisch Contact nr. 45, 8 november 1985, 40, p. 1393-1396.

3 H. Kolkman en J. Vissers, "De lijnen buitenspel Structureren van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn", Medisch Contact nr. 1, 3 januari 1986, 41, p. 11-16.

4 Ministerie van VOMIL (Staatssecretaris Hendriks), Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam, nr. 31 Verslagen, Adviezen, Rapporten 1974.

5 F. Doeleman, "Echelons in de gezondheidszorg", Medisch Contact 27e jrg., no. 46, 17 november 1972, p. 1227-1230.

6 Projekt Gezondheidszorg Almere (PGA), Hoofdlijnenplan 1985-1989, "Al doende beter". Advies van de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere aan: de Staatssecretaris van WVC, de Minister van Binnenlandse Zaken en de Gemeenteraad van Almere. Almere, mei 1985.

7 A.G.P. Cremers, Pleidooi voor directie-overleg tussen ziekenhuis en eerstelijnsgezondheidszorg. In: Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Verslag symposium Winterswijk, 28 september 1984.

8 J. Roland van der Kamp en C.A.L.G. Terlingen, Beeldvorming organisatie EVA 1986. Organisatie-adviesbureau Rijnconsult, Velp, 1 december 1195.

9 R. Helsloot, Bouwstenen voor een "Onderzoek- en Behandelcentrum (OBC)" Literatuurstudie van (mogelijke) aspecten van een OBC (in de zin van een uitgebreide buitenpolikliniek). In opdracht van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. SISWO, Amsterdam, december 1985.

10 Zie, onder andere: Bert van Raalte (red.), Praktisch uitgangspunt voor de Werkplaats Ganzenhoef. Stichting Gezondheidszorg Zuid-oostlob, Amsterdam, oktober 1982.

11 De nieuwe organisatie voor ontwikkeling en ondersteuning van de eerste-tweedelijns zorg in Amsterdam en Diemen. Werkplan '86/'87 en begroting '86. Integimstichting Voorbereiding Ontwikkelings- en Ondersteuningsorganisatie van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Amsterdam en Diemen (VOOG-AD), Amsterdam, maart 1986.

12 1. L.J.G. v.d. Maesen, De jongste Medische Faculteit ter vernieuwing der gezondheidszorg te Maastricht. Folia nr. 19, februari 1986.

2. L.J.G. v.d. Maesen, Politiek beleid en verandering van de gezondheidszorg in Rotterdam. Folia nr. 20, maart 1986.

3. L.J.G. v.d. Maesen en R.S.M. Helsloot, De planning en ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad, Almere. Folia nr. 21, april 1986.

4. L.J.G. v.d. Maesen, A.L.J. Goethals en R.S.M. Helsloot, De opbouw van de integrale gezondheidszorg in de Zuid-oostlob bij Amsterdam. Folia nr. 22, verschijnt in augustus/september 1986. Al deze folia's zijn een uitgave van SOMSO/MACULA, Amsterdam/Boskoop.

Samenwerken - gewoon doen

-
-
-
-
-
-

Ervaringen uit het Zeister Ziekenhuis

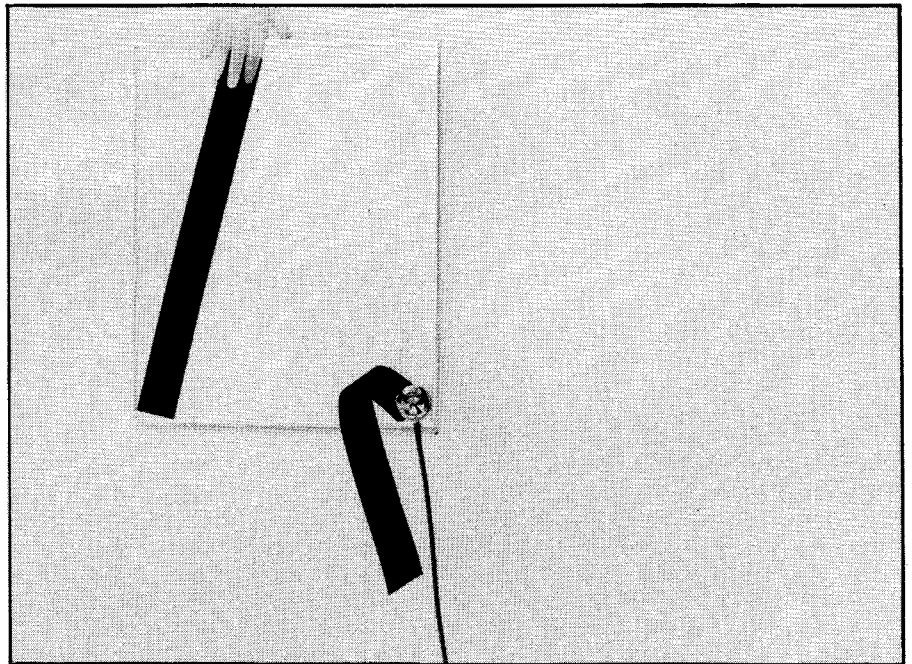


Foto: Janneke Lam.

Twijfel overheerst nog over de mogelijkheden van succesvolle samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuis. Voor Magda Tielens staat de uitdaging voorop. Met praktisch gericht management kunnen vele kleine initiatieven tot stand komen. Maar ook grote. Vijftientig tot dertig procent van de ziekenhuisopnamen kan verlopen via het daghospitaal. De eerste lijn moet zich wel voor zo'n ontwikkeling open willen stellen. Dan lukt het ook. Optimisme vanuit het ziekenhuis?

Magda Tielens, destijds directrice patiëntenzorg Zeister Ziekenhuis.

Mijn deskundigheid stamt uit een basisziekenhuis. In het Zeisterziekenhuis probeer ik sinds vijf jaar vooral vanuit patiëntenbelang en veel minder uit instellingsbelang te werken. Ik houd rekening met culturen, maar stoort me niet aan structuren. Ik geloof niet in blauwdrukken van 'bovenaf', maar benut liever kansen wanneer mogelijkheden tot samenwerking zich voordoen. Dat klinkt optimistisch: grenzen en lijnen blijken doorwaadbaar te zijn. In een on-

gemarkeerde revue-schets zal ik de ervaringen uit onze regio vertellen. Die ervaringen komen ook binnen een werkgroep van de Nationale Ziekenhuisraad aan de orde. De mogelijke consequenties voor ziekenhuizen, overheden en eerste lijn willen we zichtbaar maken. Aan de 'cure' wordt niet geknabbeld. Mijn wensdromen over het 'ziekenhuis van de 21-ste eeuw' kan ik voorlopig kwijt in de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Wie is nu die tweede lijn. Wie stelt de voorwaarden? Tot voor kort waren managers van tweedelijnsinstellingen voorwaardenschepers en beheerders. De professionals konden autonoom aan de slag. Wetenschap en techniek bepaalden wat 'mocht' en 'kon'. Door kraptemodellen, overlevings- en marketingstrategieën gedreven, krijgt op dit moment het 'patiëntenzorg-management' veel meer mogelijkheden om echt in de zorg te sturen. We kunnen prioriteiten stellen en keuzen bepalen. Dat management kan dit niet alleen. Het heeft in zijn visie- en beleidsontwikkeling de eerstelijns professionals hard nodig voor de zorgvernieuwing, waarin een integratie van 'cure' en 'care' binnen een verzorgingsgebied tot stand komen.

Eerstelijnsmacht

Het valt mij op dat de eerstelijners hun macht niet beseffen. Zij wenden hun invloed niet aan om tot een betere afstemming en meer samenhang tussen de echelons te komen. De tweede lijn is immers volledig afhankelijk van het verwijzingsgedrag van de eerstelijners. Onderzoek in de regio wees uit dat zeventig procent van de patiënten zich door de huisarts laat adviseren over de keuze van specialist en ziekenhuis. Slechts dertig procent koos zelf zijn specialist. Een onlangs gehouden N.Z.R./Lagendijk enquête laat onder andere zien dat énénzeventig procent van de ondervraagden "meer zelfzorg door moderne techniek" en "een grotere huisartsen betrokkenheid" daarbij toejuicht. Uitgaande van een ruim beddenoverschot volgens de driepromillenorm, is het voorstelbaar, dat eerstelijners hun klandizie gunnen aan dat ziekenhuis, dat het best op de nieuwe opvatting over behandeling en zorg inspeelt. Of vinden de eerstelijners het eigenlijk wel goed, dat het gaat, zoals het gaat?

Eerstelijners zouden als pleitbezorgers van de patiënt in de tweede lijn veel meer eisen kunnen stellen en moeten stellen. Zo heeft de Gebruikersvereniging 'Kind en Ziekenhuis' veel bereikt. Waarom geeft de eerste lijn niet veel meer, gevraagd en ongevroegd voorlichting aan de consument? Moet de vraagkant niet veel meer veranderen dan de aanbodkant? Die volgt immers vanzelf! Waarom wordt de patiënt niet duidelijk gemaakt, dat zijn heil en heel worden, lang niet altijd in de tweedelijnszorg te halen is!

Tot voor kort hadden de directeurs van ziekenhuizen 'thuiszorg' en 'thuisbehandeling' niet in hun strategisch beleidsplan staan. Globaal

werd er aandacht besteed aan de eerste lijn in verband met de 'overdracht en continuïteit van zorg'. Weliswaar eenzijdig vanuit de tweedelijns bekeken. Prikkels om anders te sturen waren er nog niet. Verschuivingen vinden autonoom plaats.

Daar is weinig overleg met de eerste lijn aan te pas gekomen en kennelijk was dat ook niet nodig. Zonder problemen kan vijftien procent van de opnamen via het daghospitaal verlopen. Daar merkt alleen de gezinszorg wat van. In goed overleg met de eerste lijn kan die vijftien procent wel naar de vijftientig of dertig. Neem daarbij de verkorting van de opname duur van de overige patiënten. Chirurgie gaat het snelst. Daar zijn de patiënten over het algemeen jonger en wordt per verrichting betaald. Interne geneeskunde wordt per opnamedag "rijker". Met veel overleg zou ook dit specialisme de patiënten veel langer in de thuissituatie kunnen behandelen.

De trend, dat 'care' en 'cure' zich van elkaar losmaken, zie je voor je eigen ogen gebeuren. Bovendien kan binnen de eerste lijn zich veel meer 'cure' aandienen. Goede voorbereiding en bijscholing, plus het goed gebruiken van de deskundigheid uit de tweede lijn zijn voorwaarden. De eerste lijn moet zich voor deze ontwikkeling en wel openstellen!

Ik wijs op voorbeelden, waar door eerstelijners en vrijwilligers wordt gepoogd om de stervenden op eigen verzoek thuis te halen. Het lukt ook. Zo nodig met assistentie en/of in samenwerking van anaesthesist en een oncologie-verpleegkundige.

Samen verantwoordelijk

Ziekenhuizen staan onder een grote financiële druk. De vraag ontstaat wie en wanneer moet worden behandeld. Ziekenhuizen kunnen dat niet meer alleen. Ze staan voor een eigen verzorgingsgebied en zullen in samenwerking met de bevolking en hun pleitbezorgers tot keuzen moeten komen.

Eén van de meest fundamentele voorwaarden om tot zorgvernieuwing te komen is het feit, dat de eerste en tweede lijners zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor dat eigen verzorgingsgebied. Samen maak je een analyse van de sterke en zwakke kanten van de gezondheidszorg. Zo werd bekeken dat binnen ons ziekenhuis meer ruimte moest komen voor orthopaedie en urologie en wilden de cardiologie de hartrevalidatie uitbouwen. Dan moet je wel samen, intern en extern, besluiten tot herallo-

catie. Tegenwoordig moeten alle veranderingen 'budgetneutraal' verlopen. Of nog moeilijker: vanuit de mingroei. Je moet dan samen maatregelen durven nemen. Enkele initiatieven zullen dit verduidelijken.

Regelmatig wordt het opname beleid getoetst. De eerste en tweede lijners bespreken gevallen, waarbij de patiënten zelf of anders tegenwoordigers van patiëntenverenigingen plaatsnemen. Het blijkt dat een aantal opnamen had kunnen worden voorkomen als er een betere afstemming en samenhang binnen de eerste lijn was geweest. Vervolgens maakten protocollen, waardoor opnameindicaties veranderen. De afdeling spoedeisende hulp wordt bijvoorbeeld ontlast door protocollen over 'wondbehandeling'. Eerste lijners verplichten zich tot bijscholing. Rond de diabetespatiënt zijn in samenwerking met patiëntenvereniging en actieve inzet van de eerste lijn interessante ontwikkelingen aan de gang. Mogelijk kunnen we ook met andere patiëntenverenigingen aan het werk. De diabetesverpleegkundige speelt in het genoemde voorbeeld een grote rol. Vragen die wij nog niet moeten beantwoorden, luiden bijvoorbeeld: is zij een eerste of tweede lijner, of is zij een voorbeeldfiguur, die er tussenin zit en zich niets van 'lijnen' aantrekt, maar wel van alle diabeten in haar regio. Een groot deel van de diëetadvisering kan naar de eerste lijn. Dat vraagt veel tijd en overleg, protocollen en stappenplannen met de diëtisten van het kruiswerk.

De eerste lijn moet wel laten zien, dat zij in de eerste plaats deskundig zijn en in de tweede plaats garant staan voor de continuïteit van zorg. De eerste lijn moet voorlopig niet gefrustreerd raken, dat zij zich steeds opnieuw moet bewijzen. Laten zien, dat hun eigen deskundigheid beter op de individuele patiënt in de thuissituatie kan inspelen. Dat kost veel energie voor het kennismaken met de ziekenhuisspecialisten, wederzijdse uitgangspunten vaststellen, mogelijkheden tot consultvragen en evaluaties in-bouwen etc. De communicatie op verschillende terreinen is van belang. De onderlinge bereikbaarheid moet verbeteren. Het mag niet meer mogelijk zijn dat de specialist, zonder overleg met de huisarts verwijst naar de volgende specialist of een grote ingreep of belastend onderzoek laat plaatsvinden. Wederzijds respect, begrip en inzicht in elkaars werkwijze is nodig. Elk jaar trekt men een dag uit om elkaar aan het werk te zien. De specialist is bek-af na een dagje huisartsgeneeskunde!

De bijscholing wordt vanuit de eerste en tweede lijn samen voorbereid.

Daar rollen weer concrete projecten uit. Zoals bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag voor slaapmiddelen. Daar komt dan weer een vernieuwde aanpak voor fysiotherapeuten uit voort.

'Continuïteit van zorg' hoeft geen papieren idee te zijn. Elke dag komt de hoofdwijkverpleegkundige alle ontslagbrieven van patiënten ophalen en verdeelt die over haar wijkverpleegkundigen. Wanneer iemand met meer zorg dan gewoonlijk wordt ontslagen, komt er een voorbericht of een vraag tot overleg met de desbetreffende wijkverpleegkundige en samen met de afdelingsverpleegkundige bekijkt zij de verzorging.

Een goed voorbeeld is ook het medisch-diagnostisch centrum van het ziekenhuis ten behoeve van de eerste lijns geneeskunde, n.l. het huisartsenlaboratorium. Maar schaf dan wel zelf terminals aan, zodat werkelijke en snellere berichtgeving tot stand kan komen. Ook de eerste lijn moet gaan investeren om de patiënt langer in de eerste lijn te houden. Als men na de diagnose niet zeker is van de zaak, kan de huisarts ook zelf een specialist consulteren en niet onmiddellijk de patiënt verwijzen. De eerste lijner zal vervolgens zich niet mee moeten laten slepen door puur medische argumenten. Hij zal aan de demedicalisering moeten werken. Alleen als het gaat om "deze specifieke, individuele patiënt" zijn professionals te beïnvloeden. Het gaat immers om het belang van "jouw" patiënt en wederzijdse beïnvloeding bevordert het kwaliteitsbeleid. "De klant is koning" lukt trouwens alleen wanneer hij goed is voorgelicht en zich als 'koning' gedraagt. Er is nog veel werk aan de winkel.

Utopisch?

Overzien we al deze initiatieven dan is er binnen het huidige ziekenhuis grote behoefte aan discussie over de effectiviteit, efficiëntie en tevredenheid van patiënten, de verhouding tussen wetenschappelijk belang en het maatschappelijk en individueel belang, de faam van het ziekenhuis in de 'eigen' regio en hoe dat ziekenhuis ondanks veranderende patiëntenstromen kan bijdragen aan de adherentie van de regiozorg. De antwoorden op dergelijke problemen kunnen uitsluitend met de eerste lijners samen worden gevonden. Daar liggen de absolute voorwaarden om tot zorgvernieuwing, verandering in de zorg en behandelconcepten te komen. Professionals op de werkvloer moeten gewoon aan de slag alsof die lijners, tegenstromen in de wetgeving

en financiering er niet zijn. Integer, vanuit het patiëntenbelang, keuzen maken. Experimenten van verschuivingen in behandeling en zorg aandurven en samen zoeken naar budgetten. De verkeerde financiële stromen niet gebruiken als alibi om alles bij het oude te laten.

Het zal blijken dat we onze eigen grenzen moeten verleggen om elke kans voor elke individuele patiënt te benutten. Het klinkt utopisch, maar het blijkt dat we op de plaats staan waar we wel degelijk de gezondheids-

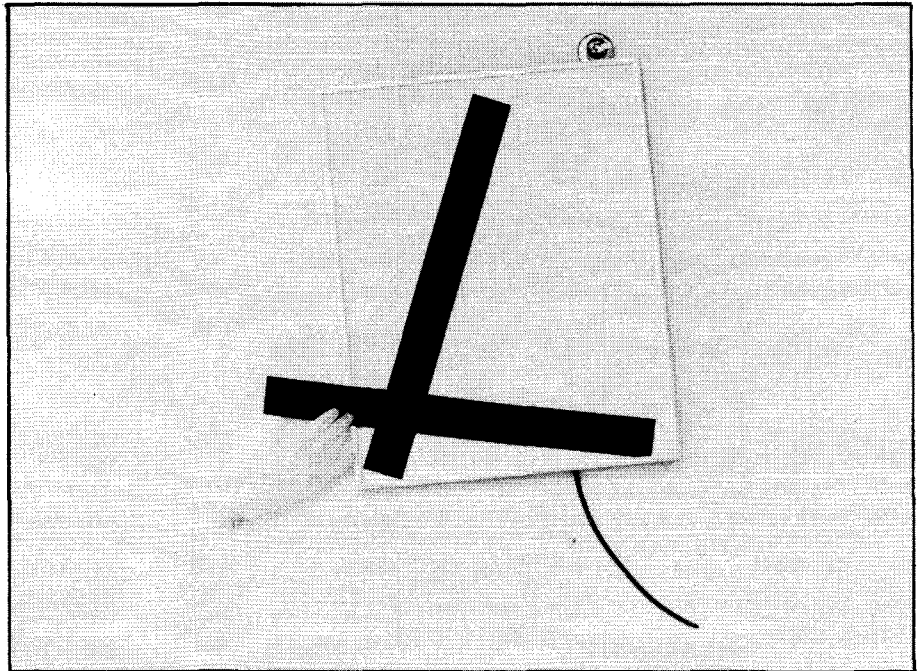



Foto: Janneke Lam.

zorg een beetje kunnen sturen. Samen de 'care' behouden en de 'cure' durven te bevragen op zijn houdbaarheid ..

Staat en zorg

De overheid luidde met de structuurnota uit 1974 de echelonnering in van de gezondheidszorg. Althans zo lijkt het. Want volgens Leon de Wolff komt het actieve staatsingrijpen pas op in de jaren tachtig. Van 1795 tot diep in de jaren zestig liet de overheid de oren hangen naar het veld. In een beeldend betoog schetste de Wolff op de conferentie die twee stijlen van politiek. De redactie vatte zijn lezing samen.

Leon de Wolff; beleidsadviseur en publicist.



Overheid tussen afwachten en Ingrijpen

"Ik ga U twee verhalen vertellen. Het eerste gaat over de vaststelling van de ziekenhuistarieven in 1965 en het tweede verhaal gaat over de beddenreductie in 1982. Tijdens deze twee operaties speelde de overheid een ander soort rol.

In de zestiger jaren bepaalde aanvankelijk een ambtenaar bij Economische Zaken de tarieven voor de ziekenhuizen. Hij deed dat aan de hand van twee oude wetten: de wet voor de prijsopdriving en de hamsterwet. Deze twee wetten moesten worden vervangen en daarmee ontstond ook de noodzaak iets uit te vinden voor de vaststelling van tarieven. Wie moest nou die nieuwe tarieven gaan vaststellen? In ieder geval niet meer die ene ambtenaar: Minister Veldkamp dreigde met een wet te komen. De ziekenhuizen schrokken van dit dreigement. Zo sterk zelfs, dat zij plotseling wilden gaan samenwerken met de ziekenfondsen. Deze twee partijen richtten in het diepste geheim een stichting op die de bevoegdheid zou krijgen de ziekenhuistarieven vast te stellen. De Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COTG) ontwierp een wet aan de hand waarvan tarieven werden vastgesteld. De Stichting overlegde natuurlijk ook nog met ambtenaren van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Minister Veldkamp liet zich onder druk zetten door deze vorm van particulier initiatief. De wet werd in de tweede kamer behandeld. De toenmalige KVP was voorstander omdat haar woordvoerder mede-ontwerper was van deze wet. De PvdA was voorstander omdat haar ene woordvoerder zijn belangen als arts beschermd zag en de ander voorzitter was van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen! De wet is aangenomen in 1965. Uit het eerste verhaal blijkt duidelijk de bescheiden rol die de centrale overheid heeft gespeeld.

Uit mijn tweede verhaal blijkt een duidelijk andere rol. In het begin van de tachtiger jaren bleek een beddenoverschot te bestaan. Door allerlei belangentegenstellingen gebeurde er niets. In de zomer van 1982 werd in het diepste geheim door ambtenaren van het ministerie een voorstel gemaakt. Op 7 juli van dat jaar stuurt minister Gardeniers deze bombrief het land in. Een lijstje met een aantal ziekenhuizen die gesloten zouden worden. Deze directieve stijl wijkt duidelijk af van de politieke stijl in het eerste verhaal".

Verschillen

Na uitvoerige bespreking van deze twee verhalen gaf Leon de Wolf een drietal verschillen tussen deze twee politieke stijlen.

1. Tijdens het bewind van Veldkamp was er nog voldoende geld en dus was het van minder belang dat de overheid een sturende rol speelde. In 1982 was er sprake van een ander politiek beleid. Door vermindering van middelen ontstond een situatie waarin het geld wat de één wél kreeg voor de ander niet meer beschikbaar is. Door deze scherpere belangentegenstelling krijgt de overheid ruimte voor de houding: komen jullie er niet uit, dan moeten wij wel de knoop doorhakken.

2. In 1965 en eerder was er sprake van overleg. De overtuiging bestond dat er men, weliswaar na lang praten en onderhandelen, er beslist uit zou komen. Gardeniers koos toch wel bewust voor het risico van het conflict.

3. In en voor 1965 lag het initiatief bij het "veld". Bij de beddenreductie lag het initiatief duidelijk bij de overheid.

Door deze verschillen zien we eveneens een ander soort verantwoordelijkheid ontstaan. In 1965 kunnen we nog spreken van een diffuse verant-

woordelijkheid. We kunnen niet goed reconstrueren waar nu grenzen lagen tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen, ambtenaren en kamerleden. Bij de brief van Gardeniers lag de verantwoordelijkheid eenduidig bij de ambtenaren.

Leon de Wolf: "Voor de uitvoering van je beleid ben je altijd afhankelijk van anderen. Die afhankelijkheid is ook een kwestie van hoe je de macht beleeft. Als ik van deze plaats een revolver op u richt is het voor u een vraag of er wel kogels in zitten. Ik weet dat wel. In de periode van Veldkamp achtte de overheid zich afhankelijk van het veld. Onder Gardeniers veranderde dat drastisch. Veldkamp ontliet ook de risico's van mislukkingen en ruzie met het veld. Gardeniers liep wel degelijk dat risico, maar zag ook de afhankelijkheid van het veld aan haar. Onder Veldkamp was er sprake van decentralisatie. De functioneel betrokkenen maakten de dienst uit. Onder Gardeniers hebben de maatschappelijke groeperingen nog steeds een belangrijke rol, maar ze moeten binnen een bepaald kader blijven. De beleidsvorming concentreert zich niet langer rond die corporaties, maar je krijgt ook het fenomeen "de-mensen-in-het-land". De politiek gaat zich via de media ook richten op de kijker en luisteraar en niet alleen meer op de vertegenwoordigers van corporaties. Vanaf 1975 toen voor het eerst een agent voor de nationale opvoeding zich met de gezondheidszorg ging bezighouden kenden we eigenlijk dat contact met de maatschappelijke groeperingen, de corporaties. Het initiatief ligt bij het veld, evenals de vernieuwingen. Binnen het huidige etatistische model moeten uitvoerende en maatschappelijke organisaties een veel afwachtender rol spelen. De overheid vervult nu een serieuze rol. Dat is een belangrijke omslag in het overheidsbeleid. De overheid neemt nu initiatieven. Deze nieuwe rol van de overheid impliceert eigenlijk ook dat de overheid een eigen denken moet gaan ontwikkelen. Keuzes moeten worden gemaakt op grond van beschikbare lijnen uit het liberalisme, de sociaal-democratie en de christendemocratische kaders. Dat is het koffertje waarmee de beslissingen kunnen worden onderbouwd. Dat is niet makkelijk, want deze bestaande ideologiën zijn niet zo geschikt voor de onderbouwing van beleid op het terrein van de volksgezondheid. Ook de politiek is gedwongen door de omstandigheden om meer initiatieven te nemen. Hoe dat nu precies moet in de toekomst is nog niet duidelijk". ••

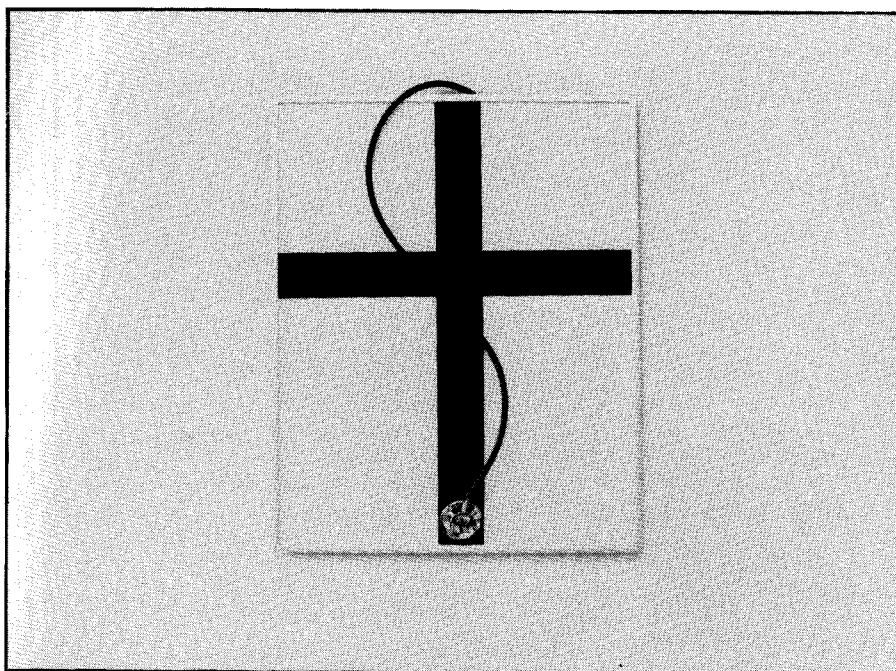


Foto: Janneke Lam

WORKSHOPS

Echelonnering

Inleiding: **Jan Vissers**, medewerker Nationaal Ziekenhuis Instituut
Steven Bles, medewerker Project Gezondheidszorg Almere
Verslag: **Peter Groenewegen**

Gezondheidszorg vormt tot nu toe een omgekeerde pyramide waarvan het zwaartepunt in de tweede lijn ligt. Hoewel het beleid zich richt op versterking van de eerste lijn, ligt er teveel nadruk op structuur en functioneren van de tweede lijn. De eerste lijn blijft zwak. Concrete taakverschuiving vindt niet plaats. Te weinig aandacht is er voor noodzakelijke voorzieningen voor thuiszorg. Betere organisatie en structurering binnen de eerste lijn kan een oplossing hiervoor zijn. Daarom is echelonnering goed. Dat biedt immers de mogelijkheid te werken aan een beter georganiseerde eerste lijn.

Bovengenoemde aanpak zou makkelijk tot polarisatie leiden. Echelonnering is dan een belemmering voor de ontwikkeling van de samenwerking. Samenwerking is bovendien lokaal bepaald. Het maakt een groot verschil of er in een regio één of vijf ziekenhuizen werkzaam zijn. Nog meer nieuwe eerstelijnsorganisaties vormen een barriere in de zorgvernieuwing omdat alles al zo ingewikkeld is. De bestaande scheiding tussen eerste en tweede lijn en allerhande andere gekunstelde regelingen belemmeren de vernieuwing van de zorg. In Almere bleek het zeer moeilijk een verpleegvoorziening te realiseren die op een kleinschalig niveau in overleg met inwoners was voorgesteld. Het idee was om de verpleegvoorziening aan een verzorgingshuis te koppelen. Formeel mocht dat niet. Praktisch hebben de initiatiefnemers dit opgelost door een afsluitbare voordeur te plaatsen. Besluitvorming en financiering hebben uiteindelijk drie jaar gekost. Waarbij de financiering slechts uit een experimentenpot kan komen.

Het financieringssysteem beïnvloedt op meer wijzen de samenwerking. Huisartsen zijn (economisch) niet gebaat bij veel verrichtingen, want zij krijgen per abonnement betaald. Specialisten krijgen wel per verrichting betaald. Maar advisering aan de eerste lijn is geen verrichting en specialisten doen dat nauwelijks. Hetzelfde geldt voor overleg bij de overdracht van patiënten (door ontslag uit het ziekenhuis of terugverwijzing). De verschuiving van probleemgevallen uit de tweede lijn naar de eerste lijn bemoeilijkt eveneens de versterking van de eerste lijn. Budgettering leidt tot die verschuiving. Want het dwingt ziekenhuizen de patiënten sneller naar huis te sturen, zeker als er medisch-technisch niet veel meer aan te behalen valt. Bejaarden vormen in dit opzicht een belangrijke groep. Verzorging van die groep wordt een steeds belangrijker taak voor de eerste lijn. Voor de huisarts is er echter weinig aan te doen. Die heeft niet de mogelijkheden om een soort 'tussen-categorie' verpleging te realiseren in bejaarden- en verzorgingstehuizen. Versterking van de eerste lijn blijft nodig, vooral in de stedelijke gebieden, omdat de taken er liggen.

Dat staat tegenover de tendensen in het overheidsbeleid om het recht op zorg uit te hollen. De daardoor toegenomen druk op het hele zorgsysteem is nu al voelbaar voor de minst draag-

krachtige beroepsgroepen, zoals de verplegenden en verzorgenden.

De betekenis van de financieringsstructuren is groot. Toch spelen ook machtsverschillen tussen beroepsgroepen en organisaties in eerste en tweede lijn een grote rol bij veranderingen. Het zou een belangrijke stap vooruit zijn als er meer mogelijkheden kwamen voor kleinschalige voorzieningen en de betreffende instanties soepeler zouden zijn met de financiering en goedkeuring van experimenten. Een andere methode om de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn te verbeteren zou de integratie zijn van planning en financiering op regionaal niveau.

De vraag of echelonnering nuttig is en in welke vorm, blijft open. Er blijkt wel een toenemende behoefte te zijn aan voorzieningen, die tussen de eerste en tweede lijn vallen, zoals de gecombineerde verpleeg- en verzorgingstehuizen. Het lijnenspel breidt zich uit.

Samenwerking en beroepsopleiding

Inleiding: **Marie-José Willemse**, adjunct-directrice de Aemstelhoren
en
Marieke van Nimwegen, stafmedewerkster HBO-raad
Verslag: **Jeanne Nitschze**

Samenwerking zou een leerdoel kunnen zijn van de beroepsopleidingen. In de opleiding moet dan ruimte zijn voor de overdracht van kennis over andere beroepen, de organisatie van de gezondheidszorg en beleid. Samenwerking vereist verder een goede beheersing van bepaalde vaardigheden als overleg, verslaglegging en voorlichting. Tot slot is ook de houding van de toekomstige beroepsbeoefenaar tegenover collega's uit andere disciplines belangrijk.

Een gericht onderwijsprogramma besteedt dus tijd en aandacht aan kennis, vaardigheden en houding van de toekomstige samenwerker.

Opleidingen kunnen ook indirect de samenwerking bevorderen. Door aandacht te besteden aan thema's die voor verschillende beroepsgroepen van belang zijn. Te denken valt aan C-vergrijzing of het migrantenvraagstuk.

Praktische samenwerking kan gestalte krijgen als bij voorbeeld fysiotherapeuten tiltechnieken aanleren aan verpleegkundigen. Samenwerkingsgericht onderwijs komt nog weinig voor in Hoger Gezondheidszorg Onderwijs. Het overige HBO, het W.O. en het I.O. vormen geen uitzondering daarop. Een paar samenwerkingsovereenkomsten zijn inmiddels wel genomen. Een HBO- en een fysiotherapieopleiding in Leiden hebben een gemeenschappelijk propedeutisch programma opgezet. In Amsterdam werken de twee universiteiten samen met zeven HBO-opleidingen.

Initiatieven rond samenwerking in het HGZO zijn gericht op I of multidisciplinaire samenwerkingsrelaties. De specifieke aspecten die samenwerking tussen eerste en tweede lijn stelt, z

niet uitgekristalliseerd. Verwerking in onderwijsprogramma's ligt nog ver weg.

Voor samenwerking overigens tot volle wasdom kan komen, moeten de opleidingen een moeilijk dilemma overwinnen: de keuze tussen samenwerking of professionalisering, tussen integratie of coëxistentie.

Geeft de opleiding prioriteit aan professionalisering, de verdere ontwikkeling van de beroepsidentiteit of aan samenwerking? In het eerste geval betekent samenwerking niet veel meer dan het opzoeken van integratiemomenten (coëxistentie). Echte samenwerking (integratie) zal ten koste gaan van de eigen identiteit.

Voor samenwerking in de hulpverlening zelf is samenwerking of zelfs integratie van opleidingen niet nodig. Zolang men tenminste het succes van samenwerking sterk afhankelijk acht te zijn van de houding van de hulpverleners zelf. Opleidingen kunnen goed aandacht schenken aan die houding zonder de verdere ontwikkeling van de eigen identiteit te hoeven prijsgeven. Het professionaliseringsproces waarin veel HGZO-opleidingen nu verkeren, hoeft niet zo te lijden onder toenemende samenwerking. De 'habitus' van de beroepsbeoefenaren bepaalt wat er terecht komt van die samenwerking. Voor wat de opleidingen betreft, blijft het voorlopij overduidelijk bij coëxistentie.

chische, lichamelijke en sociale aspecten. De meeste instellingen richten hun hulpverlening echter voornamelijk op het psychische. Een opname in een APZ vanwege het psychische aspect, kan tegelijk belangrijke nadelen hebben in de sociale sfeer. De verschillende aspecten van geestelijke gezondheidsproblemen vereisen een geïntegreerde aanpak, waarbij meer van deze instellingen betrokken zijn.

Vanwege de vaak chronische aard is verzorging en opvang in het eigen milieu belangrijk bij geestelijke gezondheidsproblemen. Het huidige onderscheid in lijnen en de locatie van de betreffende voorzieningen sluiten niet aan bij de behoefte aan een geïntegreerde, op het thuismilieu gerichte hulpverlening. Het ligt meer voor de hand de zorg rond de cliënt te organiseren, dan de cliënt rondom de zorg. De eerste lijn is daarvoor een goed uitgangspunt.

Hulpverleners in Amsterdam gaan experimenteren met multidisciplinair samengestelde wijkteams. Deze teams gaan de eerste lijn ondersteunen bij de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen. Uitbreiding van de mogelijkheden voor dagbehandeling is daarbij noodzakelijk. En dan nog is de vraag of de huidige eerste lijn voldoende competent is en voldoende ondersteuning heeft voor deze nieuwe taak.

Geestelijke gezondheids- zorg

Continuïteit van zorg

Inleiding: **Peter van Lieshout**, medewerker NCGV en
Flip Schrameyer, medewerker NCGV

Verslag: **Guus Bannenberg**

Het echelonneringsmodel in de Geestelijke Gezondheidszorg kampt met een aantal belangrijke problemen. Allereerst blijkt de cliëntenstroom niet te lopen volgens het lijnen principe. Cliënten bezoeken over het algemeen rechtstreeks de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Zij passeren daarmee eerstelijns hulpverleners als huisartsen en maatschappelijk werkers. Ook passeert de cliëntenstroom frequent de RIAGG's (tweede lijn) en komen de cliënten meteen bij de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen terecht (derde lijn). Het contact tussen de lijnen is gebrekkig, zowel bij de start van de behandeling, als bij de nazorg.

De machtsstrijd tussen tweede en derde lijn (RIAGG tegen APZ) is een volgend probleem van het huidige echelonneringsmodel. De APZ-poliklinieken die met de RIAGG's concurreren om de cliënte, vervagen de grenzen tussen de lijnen.

Een derde probleem komt voort uit de directe binding van tweede en derde lijnsvoorzieningen. Er ontstaan aparte, elkaar niet overlappende circuits. Momenteel zijn duidelijk een APZ- en een RIAGG-circuit van elkaar te onderscheiden. Onderlinge verwijzing tussen deze circuits komt nauwelijks voor.

Waarom functioneert het echelonneringsmodel niet in de GGZ? Geestelijke gezondheidsproblemen kennen tegelijkertijd psy-

Inleiding: **Lucy Schmitz**, preventie werkster NVAGG en
Dieneke Plompen, docente Anna Reynvaanschool

Verslag: **Klazien Tilstra**

Eind 1981 startte een werkgroep van verpleegkundigen uit het Wilhelmina Gasthuis en wijkverpleegkundigen uit de omliggende basiseenheden. De wijkverpleegkundigen waren in dienst van de Samenwerkende Amsterdamse Kruisverenigingen. De naam van de werkgroep luidde daarom al snel: werkgroep WG/SAK. De achtergrond voor het initiatief was de behoefte aan goede onderlinge samenwerking en de afstemming van elkaars werkzaamheden. Dat zou tot betere zorgverlening moeten leiden.

In de eerste periode van haar bestaan heeft de werkgroep ruim tijd besteed aan onderlinge kennismaking. De verpleegkundigen waren echter slecht op de hoogte met elkaars werkvelden en ontwikkelingen van de laatste tijd hierin. Door wederzijdse verheldering van werkvelden en functies, en afbreking van stereotypen ontstond een goede basis voor samenwerking in de werkgroep.

Andere activiteiten in deze eerste periode waren de inventarisatie van knelpunten en de precisering van de doelstelling. De groep besloot te streven naar een structurele aanpak van de samenwerkings- en afstemmingsproblematiek. Het doel daarvan was de continuïteit van de verpleegkundige zorg voor de patiënt. Met deze benadering oversteeg de werkgroep haar aanvankelijke doel de samenwerking tussen individuele verpleegkundigen te verbeteren. De verhuizing van het WG naar het Academisch Medisch Centrum, waardoor de werkerreinen van de leden van de werkgroep geografisch uiteen kwamen te liggen, vormde nu geen belemmering om actief door te gaan. In 1985 kwam de nota "Continuïteit in de praktijk" uit. Deze nota

benadrukt het gemeenschappelijke van de verpleegkundige beroepsbeoefening. Aan de orde komen: de kerndimensies van de verpleegkundige beroepsbeoefening; het methodisch werken en het belang van een goede overdracht van zorg. Methodisch werken in het verpleeg(kundig) proces kent 5 stappen: het verzamelen van gegevens over de patiënt; het stellen van de verpleegkundige diagnose; de planning van de verpleegkundige actie; de uitvoering van de acties en de evaluatie. Voor de continuïteit van de zorg is het van belang dat dit proces bij overdracht van de zorg doorgang kan vinden. Als de verpleegzorg in de ene zorgsector fase x heeft bereikt, moet de verpleegzorg in de andere sector daarop aansluiten en bij fase y beginnen. Dit vereist een goede overdracht. Overdracht is echter een verwaarloosd en nauwelijks uitgewerkt aspect van het werk van zowel de ziekenhuisverpleegkundige als de wijkverpleegkundige. Daarom is de overdracht centraal komen te staan in de huidige activiteiten van de werkgroep. Als vervolg op haar nota en concretisering van de hierin uitgewerkte ideeën over continuïteit van zorg en overdracht van zorg, heeft de werkgroep eind 1985 het project "Verpleegkundige overdracht van zorg" gestart.

In het kader van dit project zijn een handleiding voor overdracht en een checklist ontwikkeld. Gedurende twee jaar zullen verpleegkundigen van enkele poliklinieken van het AMC en wijkverpleegkundigen van basiseenheden in de buurt hiermee experimenteren. Waarschijnlijk zal dit project zeer veel kwalitatieve gegevens opleveren, waarmee een beter inzicht kan ontstaan in welke situaties overdracht zinvol is. De gegevens zijn ook nodig om een methode van overdracht te ontwikkelen die aansluit bij de behoeften van de verpleegkundigen.

De verbetering van de overdracht is ook te zien in het licht van de professionalisering van het eigen beroep. Overdracht hoort bij het verpleegkundig beroep (ondanks het feit dat leerboeken hierop nauwelijks ingaan). Aandacht voor de overdracht is voortgevloeid uit de ontwikkeling van het methodisch verpleegkundig handelen. Om te bereiken dat het verpleegkundig handelen kan worden doorgezet bij de 'overstap' van de ene zorgsector naar de andere, is aandacht voor een 'passende' overdracht een voor de hand liggende zaak.

Hoe wordt continuïteit van zorg werkelijkheid?

Volgens de werkgroep is steun op beleids- en managementniveau noodzakelijk. Hoe die steun eruit zou kunnen zien heeft de werkgroep in haar nota uitgebreid aangegeven in de vorm van aanbevelingen. Daarnaast heeft de werkgroep zich gebogen over de vraag hoe deze steun te verwerven is. Twee strategieën zijn denkbaar. Als eerste kan de beroepsgroep proberen een stem te hebben op de plek waar dat nodig is, bijvoorbeeld in de directie. Een tweede strategie is zorgen voor vertegenwoordiging van het management in de werkgroepen "Kontinuiteit van de zorg". Dus het management daar te halen waar de ideeën uitgewerkt worden, Sommige workshop-deelnemers vonden de houding van het management van secundair belang en de invulling van de beroepsgroep van primair belang. Door deze zaak echter over te laten aan de beroepsgroep zal de ontwikkeling te zeer individu-afhankelijk worden. Veiligstelling van bereikte veranderingen vraagt om formalisering en daarvoor is het management nodig.

Volgens de werkgroep vervult de verpleegkundige een spilfunctie. Zij is het best in staat invulling te geven aan de continuïteit van zorg tussen wijk en ziekenhuis. Een open deur? Niet helemaal. Waarom zou bijvoorbeeld de gezinsverzorgster of de huisarts hier niet even goed zorg en verantwoordelijkheid voor kunnen dragen?

1. Continuïteit in de praktijk, discussienota over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis. Uitgebracht onder verantwoordelijkheid van de werkgroep WG/SAK, mei 1985. Redactie: Lucy Schmitz, Verkrijgbaar bij S.A.K. (020-767722), S.GZ (020-904313) en A.ZUA, (020-5663240).

2. Het project "Kontinuiteit van de zorg" is een onderdeel van het Innovatie Project. Het Innovatie Project is een initiatief van de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob (SGZ) en heeft als doel via het starten van proefprojecten hulpmiddelen te ontwikkelen om impasses tussen eerste en tweede lijn te doorbreken.

Fysiotherapie

Inleiding: **Diny de Bresser**, fysiotherapeute
Verslag: **Nico de Neeling**

Voorjaar '85 verscheen, na een onderzoek van ruim twee jaar, het 450 pagina's dikke eindrapport van het Amsterdamse Fysiotherapie-onderzoek'. Voorwerp van onderzoek was de werkwijze van de fysiotherapeuten in zeven gezondheidscentra. Eén van de kenmerken van die werkwijze was, en is, de verhouding tussen fysiotherapeut en huisarts. Het onderzoeksrapport noemt de gezondheidscentra op dit punt voorlopers in een algemene, landelijke ontwikkeling: een ontwikkeling naar een steeds zelfstandiger, dus niet op gezag van de huisarts functioneren van fysiotherapeuten. De centra erkennen de fysiotherapie als volwaardige discipline met eigen deskundigen en verantwoordelijkheden. In de praktijk houdt dit onder meer in dat de fysiotherapeuten zelf een eigen diagnose stellen en op basis daarvan bepalen of en hoe zij een patiënt gaan behandelen die door de huisarts naar hen is toegestuurd.

Door dit zelfstandig optreden zijn de fysiotherapeuten, meer dan gebruikelijk is, actief betrokken bij het grensverkeer tussen eerste en tweede lijn. De huisarts is formeel nog wel steeds de enige toegangspoort tot de tweede lijn. In de praktijk nemen de fysiotherapeuten een deel van die functie echter over. Bovendien moeten zij hun koers bepalen in 't geval van patiënten die bij hun in behandeling zijn en ondertussen, soms voor dezelfde kwaal, regelmatig "terugkomen voor controle" bij een specialist. En dan zijn er nog al die patiënten die, bijvoorbeeld na een operatie, in het ziekenhuis worden gerevalideerd, terwijl de fysiotherapeuten vinden dat het even goed (en dus: beter) thuis zou kunnen gebeuren. Onder de fysiotherapeuten van de zeven onderzochte centra heeft zich langzamerhand een soort programma ontwikkeld voor hun benadering van de tweede lijn. Diny de Bresser, inleidster in de workshop Fysiotherapie-onderzoek, zette dit uiteen aan de hand van de patiëntenstromen - heen en terug - tussen eerste en tweede lijn.

Wat betreft de stroom naar de tweede lijn toe, willen de fysiotherapeuten alleen gebruik maken van de diagnostische faciliteiten van de tweede lijn wanneer dat consequenties kan hebben voor de therapie. In twijfelgevallen zullen ze in een consultatief gesprek met de specialist proberen meer duidelijkheid te krijgen vóór zij besluiten een patiënt te verwijzen. Verwijzingen proberen ze zo gericht mogelijk te doen. Dus niet: "gaarne uw onderzoek en behandeling", maar in plaats daarvan een vraag om of onderzoek of advies of een bepaalde behandeling. Is de eerste patiëntenstroom naar de zin van de fysiotherapeuten in het algemeen te groot, de tweede, terug naar de eerste lijn, is juist te klein, of beter: te traag. De fysiotherapeuten streven er naar deze stroom te versnellen. Ze nemen zo snel mogelijk na diagnose of behandeling contact op met de tweede lijn en proberen patiënten als het even kan terug te krijgen in de eerste. Makkelijk gaat dat niet: "Je moet patiënten vaak uit het ziekenhuis trekken, ALsje het aan het ziekenhuis overlaat komen mensen veel later terug dan nodig is".

De verwezenlijking van dit program stelt een aantal eisen aan

de fysiotherapeuten. Allereerst het op peil houden en vergroten van de vakbekwaamheid. Vervolgens: een goede samenwerking binnen het eerstelijns team én, als derde, een goede samenwerking met de tweede lijn. En met die laatste eis stuiten we meteen op de grootste zwakte van dit program.. Want: die goede samenwerking met de tweede lijn is er niet. De tweede lijn wil niet, is de verklaring van de fysiotherapeuten. Maar hoe graag willen zij zélf? Hun programma voor benadering van de tweede lijn geeft te denken. Op het eerste gezicht heeft het meer weg van een actieprogramma tégen, dan van een programma mét de tweede lijn. Alles lijkt erop gericht de specialisten zo veel mogelijk met hun vingers van patiënten afte houden. Toch is dat maar de helft van het verhaal.. De andere helft is dat de fysiotherapeuten wel degelijk overtuigd zijn van het nut van de tweede lijn. Ze mogen dan veel kritiek hebben op de eenzijdig technische aanpak van de medische specialisten, uiteindelijk geloven ook zij in de waarde van diagnostische apparatuur, medicijnen en operaties, mits op de juiste indicatie toegepast. Het is heus niet alleen de dank van patiënten waardoor de fysiotherapeuten besluiten een röntgenaanvraag of verwijfsbrief uit te schrijven. In de meeste gevallen vinden ze het ook zelf nodig of kunnen ze in elk geval zichzelf, en dus hun patiënt, er niet honderd procent van overtuigen dat het helemaal géén zin zou hebben.

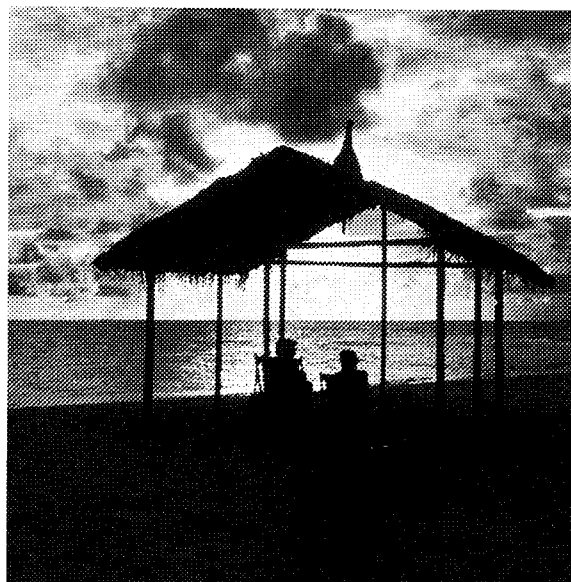
Het zorgvuldig doseren van tweede lijns middelen, niet te veel en niet te weinig, maakt deel uit van wat de fysiotherapeuten zien als hun eigen vakbekwaamheid. Hun behoefte aan samenwerking met de tweede lijn is niet zomaar een bevlieging of een propagandistische leuze, maar een noodzaak die direct voortvloeit uit hun taakopvatting. Dáárin zit 'm waarschijnlijk wel het belangrijkste verschil met de positie van de medische specialisten.. Zij hebben om hun vak naar behoren uit te kunnen oefenen die eerstelijns fysiotherapeut niet nodig. Tenminste, dat denken ze zelf. Zij hebben immers hun éigen fysiotherapeuten: van hen weet je wat je aan ze hebt en zij beschikken over de vereiste specialistische vaardigheden. Ietwat simplificerend zou je kunnen zeggen dat de specialisten hun simplisme mee hebben: hun taak is eenvoudig om medisch-technisch gezien de boel weer op orde te krijgen. Dat ondertussen die oude mevrouw haar hondje zo vreselijk mist, dat die werkloze jongen zich nu ook nog lichamelijk invalide en afhankelijk gaat voelen - dat is natuurlijk erg náár, maar het tast de kern van hun werk niet aan, laat staan hun zelfvertrouwen. De fysiotherapeuten steken daar maar schriël bij af. Hun zekerheid is vaak ver te zoeken. Ze willen wel graag mensen thuis houden, maar hoever durven ze daarin te gaan? Altijd bestaat het gevaar een belangrijke diagnose te missen, oftewel: iemand in de eerste lijn te houden die volgens de regelen der kunst beter met krachtadiger middelen in de tweede lijn behandeld had kunnen worden. Daarentegen moet de eerste specialist nog opstaan die zichzelf verwijt dat hij het hondje van die oude mevrouw "gemist" heeft, de wereld oogt, kortom, voor de gemiddelde specialist een stuk eenvoudiger dan voor de fysiotherapeut die probeert zowel de medisch-technische mogelijkheden in het vizier te houden als het alledaagse leven van de patiënt.. Dat maakt de relatie tussen specialist en fysiotherapeut moeizaam, op z'n zachtst gezegd. En het verklaart ook waarom de fysiotherapeuten in de workshop, ondanks alle verzoeningsgezinde woorden - "wederzijds respect", "vertrouwen", "deskundigheden die elkaar aanvullen" - over hun concrete ervaringen met de tweede lijn niets anders dan zure verhalen te vertellen hadden: "Je kunt je nog zo uitsloven, erkenning krijg je niet en je moet je blijven verdedigen, want voor de specialist blijf je een technisch incompetent vage socio". Maatregelen als beddenreductie en budgettering zullen daar vermoedelijk niet veel aan veranderen. Ze zullen misschien op den duur de specialisten dwingen om samen met eerstelijners om de tafel te gaan zitten, maar voor echte samenwerking is dat niet voldoende. In de medische kennis van specialisten is nu eenmaal voor werkloosheid en dierbare hondjes slechts een zeer bescheiden plaats ingeruimd - de vergaarbak

"psychisch" onderaan het rijtje "etiologische factoren" - en zolang zij van de superioriteit van die wetenschap overtuigd blijven valt bijzonder moeilijk in te zien waarom ze zaken zouden doen met die "thuiswerkers".

Voor integratie tussen eerste en tweede lijn lijkt dus voorlopig, vanuit de eerstelijns fysiotherapeuten gezien, weinig reden te zijn. Het blijft bij coëxistentie, en het is te hopen dat de fysiotherapeuten de bijbehorende vreedzaamheid nog even op stal laten staan. In de botsing tussen hun kijk op menselijke problemen en die van de meeste ziekenhuisdoktoren valt nog genoeg strijd te leveren.

I. Marieke Bertels, e.a. Tijd voor kwaliteit; Amsterdam, OSA/SISWO, 1985.

Denk nu na over uw pensioen, als u straks van het leven wilt blijven genieten.



Wat gaat er allemaal gebeuren, als u straks met pensioen bent. Reizen natuurlijk.. En al die andere dingen doen waarvoor u nu geen tijd hebt. Dat worden nog mooie jaren. Fijn als u dan ook geld genoeg hebt om de dromen van nu werkelijkheid te laten worden. Ook als de AOW niet helemaal meer de oude is.

Mensen als u verdienen het immers niet om het minder te krijgen. Daarom is het goed nu na te gaan of het straks met het geld in orde is.

Levensverzekeringmaatschappijen en verzekeringsadviseurs staan klaar met goede raad en daad. Ze hebben een handig en duidelijk boekje, dat "Verzekerd van een goed pensioen" heet. Dat boekje is ook te krijgen door het invullen en portwĳj versturen van nevenstaande bon.

Of door te bellen 070 - 614731, toestel 880.

Verzekeer je van een goed pensioen

Publikatie van de gezamenlijke levensverzekeringmaatschappijen van Nederland

BON

Ja ik wil nadenken over mijn pensioenverzekering. Stuur mij het boekje "Verzekerd van een goed pensioen".

Naam:

.....

Adres:

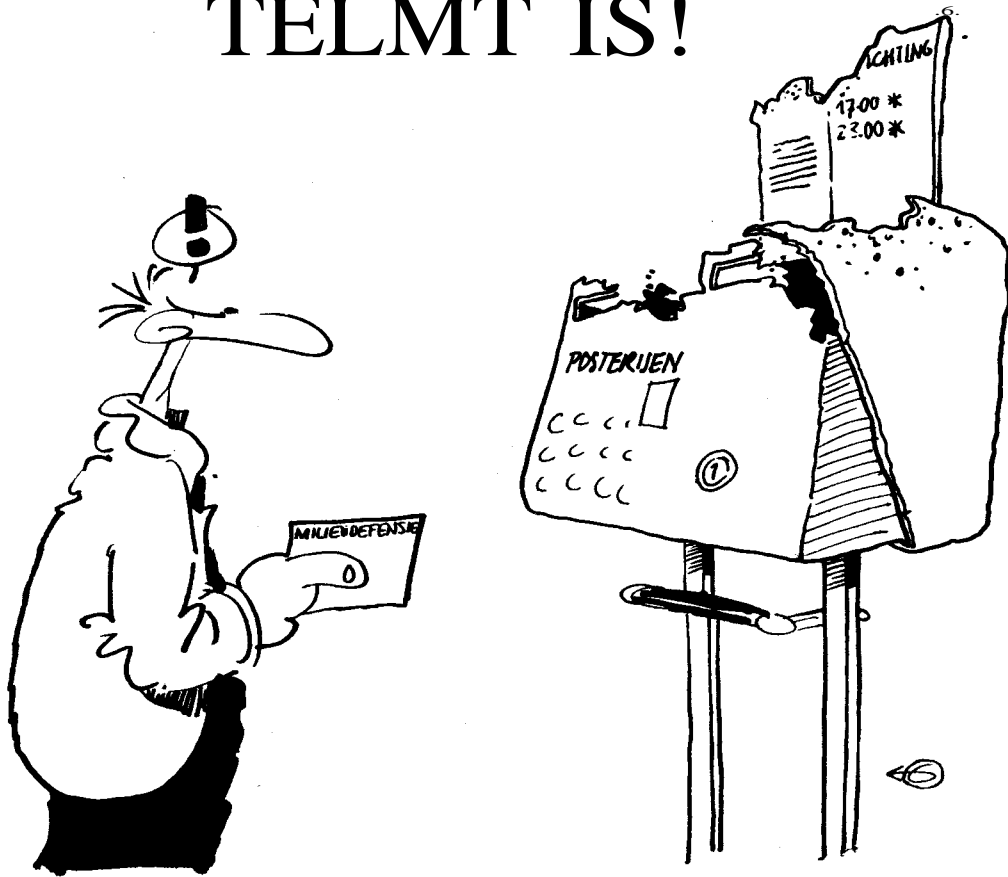
.....

Postcode en woonplaats:

.....

In gesloten envelop - zonder postzegel - sturen naar: Bureau Voorlichting Verzekering, Antwoordnummer 89, 2500 VD Den Haag.

WIL U LID WORDEN VAN VERENIGING MILIEUDEFENSIE? WIL U LID, VOÓRIET TELMT IS!



Niemand kan zo'n wereldwijd probleem als dat van de zure regen even oplossen. Ook Vereniging Milieudefensie niet. Wat Milieudefensie wèl kan doen is: blijven informeren, onderzoek doen, oplossingen aandragen, actie voeren.

Een sterke achterban is daarbij onmisbaar. Want alleen door de financiële bijdragen van haar 15.000 leden kan Vereniging Milieudefensie een onafhankelijk geluid laten horen. Niet gehinderd door subsidiegevers uit bedrijfsleven of overheid dus.

Er is reden genoeg om voor het milieu op te komen. Dat kan bijvoorbeeld door nu lid te worden van Milieudefensie.



Wilt u meer weten over Vereniging Milieudefensie? Tel. 020-221366.

BON

Ja, ik geef graag gehoor aan de oproep lid te worden van Vereniging Milieudefensie. Ik doe dat door:

- lid-donateur te worden voor f 10,- of meer per half jaar.
- lid-abonnee te worden voor f 20,- per half jaar. Ik ontvang dan Milieudefensie, het milieu magazine van Vereniging Milieudefensie.

naam:

adres:

postcode:..... plaats

Vul de bon in en stuur die in een open envelop (postzegel hoeft niet) naar: Vereniging Milieudefensie, Antwoordnummer 8391, 1001 RA Amsterdam.

CONGRES

'Het Grijs Circuit'

Studiedag over de structuur en het functioneren van externe adviesorganen op het terrein van het gezondheidszorgbeleid.

19 November 1986.

Georganiseerd door de Capaciteitsgroepen Beleidswetenschap en Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg.

Het medewerk~~ing~~ van de Nederlandse Vereniging van Gezondheidswetenschappers .

Plaats

De studiedag vindt plaats in de aula van het hoofgebouw van de Rijksuniversiteit Limburg, Tongersestraat 53 te Maastricht.

Kosten

De kosten van deelname aan de studiedag bedragen f. 95,-- en f. 40,-- voor studenten (inclusief informatiemap en lunch).

Programma

Ochtendgedeelte

10.00 u. Drietal inleidingen vanuit politiek-bestuurlijke en politiek-economische invalshoeken, met medewerking van o.a. N. Baakman van de Katholieke Universiteit Nijmegen en L. de ~volff (publicist).

Hiddaggedeelte

14.00 u. Een tweetal bijdragen vanuit de praktijk door dhr. A. van Dam, voormalig secretaris van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en door dhr. L. Harselis, voormalig secretaris van de Ziekenfondsraad.

15.15 u. Forum, waarin de onlangs uitgebrachte discussienota van het VNZ 'Het ziekenfonds op eigen benen' aanleiding is om een tweetal toekomstscenario's tegenover elkaar te zetten, te weten een meer marktgeoriënteerde ordening of ordening middels regelgeving van overheidszijde.

Aan dit forum zullen naast genoemde sprekers o.a. dhr. Stevens CtVVC) en de Jong (VNZ) deelnemen.

Prof.dr. F. Rutten zal het forum voorzitten.

Inschrijving

Een inschrijfformulier kan worden aangevraagd bij het secretariaat van de Capaciteitsgroep Beleidswetenschap, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. Tel. 043 - 254550 t. 12.

a- Rijksuniversiteit Limburg

DS~

Bij het OSA zijn nog verkrijgbaar:

Kwaliteit in discussie

Een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht; 1983, OSA-publikatie 6.443 pag.
Auteur: Marieke Bertels.

Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg
Ervaringen met participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht; 1984, OSA-publikatie 7:56 pag. Prijs: f 4,- excl. porto.

Dit is een journalistieke bewerking van "Kwaliteit in discussie".
Auteur: Henk Glimmerveen.

Tijd voor kwaliteit

Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam
Eindrapport.

1985, OSA-publikatie 8.469 pag. Prijs: f 27,50 excl. porto.

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Vakgroep Andragologie Rijksuniversiteit Utrecht en de Stichting voor Economisch Onderzoek van de UvA.
Auteurs: Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Car van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen.

Tijd voor kwaliteit

Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Synopsis
1985, OSA-publikatie 9.52 pag. Prijs: f 9,50 excl. porto. Dit is een samenvatting van het gelijknamige eindrapport.
Auteur: Marieke Bertels.

De taak van het OSA is het tot stand brengen van wetenschappelijke en praktijkgericht onderzoek naar de sociaal-medische dienstverlening. Daartoe initieert en begeleidt het OSA onderzoek naar de hulpverlening, vooral in eerstelijns samenwerkingsverbanden. Mede om de afstand tussen wetenschap en praktijk te verkleinen, bepalen wetenschappelijke onderzoekers en hulpverleners gezamenlijk de werkzaamheden van het OSA.

Arbeidsongeschikte Marokkanen: hun ziekte, hun hulpverleners
Een buurtonderzoek; 1985, OSA-publikatie 11.45 pag.
Het betreft een journalistieke bewerking van OSA-publikatie 10: "Mijn gezondheid is gebarsten als glas. Arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken in de eerste lijn in Bos en Lommer". Dit was het verslag van het onderzoek dat Rob van Dijk verrichtte in samenwerking met het Wijkwelzijnsoverleg Bos en Lommer (OSA-publikatie 10: is uitgekocht).
Auteur: Geert Mak.

Geïntegreerde hulp aan Marokkanen in de ZW en WAO? Konferentieverslag
Amsterdam 13.II.85; 1986, OSA-publikatie 13.84 pag.
Dit is het verlag van de conferentie over OSA-publikaties 10 en 11.
Redactie: Rob van Dijk.

De OSA-publikaties nr. 6, 7, 8, 9 en 12 zijn te bestellen bij het OSA, pla SISWO, Oude Zijds Achterburgwal 128, 1012DT Amsterdam, tel. 020-240075.

De OSA-publikatie nrs. 11 en 13 zijn tegen portokosten verkrijgbaar bij de SOSEL, Prinsengracht 547, 1016HS Amsterdam, tel. 020-233034.

Marokkaanse vrouwen in de huisarts praktijk van het Dirk van Nimwegencentrum;
1985, OSA-publikatie 12.85 pag. Prijs: f 15,- excl. porto.
Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met de Subfaculteit Andragologie van de UvA.
Auteurs: Adrine Pool, Karin van Huis.

ONDERZOEKSPLATFORM VAN SAMENWERKINGSVERBANDEN IN DE EERSTELIJNS DIENSTVERLENING IN AMSTERDAM

UITGEVERIJ SUA

Ingrid Baart, Marleen Baerveldt (red)
DOKTEREN AAN VROUWEN
Medikaliserings van vrouwenlevens

128 pagina's geïllustreerd f 21,50

Een kritische blik op de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg waar het vrouwen(zaken) betreft. Het belang dat vrouwen hebben bij een goede medische behandeling kent duidelijk ook een keerzijde: een verdergaande medikaliserings van vrouwenlevens.

IN DE BOEKHANDEL

Frank Steenkamp

HOE VOORKOMEN WIJ KANKER?

De persoonlijke en maatschappelijke mogelijkheden van kankerpreventie.

158 pagina's f 17,50

'Steenkamp heeft behoorlijk nauwgezet en in een vlot leesbare stijl het kankerprobleem in de westerse wereld de revue laten passeren.

(De Volkskrant 5 oktober 1985)

VIER PUBLICATIES VAN SOMSO OVER DE GEZONDHEID EN DE ZORG IN VIER BEGROEPINGEN

SOMSO PUBLICATIES

SOMSO publiceerde in de lente van 1986 met steun van het interuniversitaire instituut SISWO vier verkenningen over tien jaar gezondheidszorg in:

- **Zuid-Limburg (proefregio)**,
- **Rotterdam (koplooper decentralisatiebeleid)**,
- **Almere (landelijk experiment gezondheidszorg)**,
- **Zuidoostlob bij Amsterdam (verschijnt september 1986)**.

De ziekenfondsraad heeft de "methoden", toegepast in de Zuidoostlob, als uitgangspunt voor Amsterdam aanvaard. De vier verkenningen zijn aan de hand van deze methoden tot stand gekomen.

Foliar nr. 19

Cf 15,- exclusief portie)
door Laurent J.G. van der Maesen: "De Jongste Medische Faculteit ter verandering van de gezondheidszorg in Maastricht".

Foliar nr. 20

Cf 15,- exclusief portie)
door Laurent J.G. van der Maesen: "Politiek Beleid en verandering van de gezondheidszorg in Rotterdam".

Foliar nr. 21

Cf 15,- exclusief portie)
door Laurent J.G. van der Maesen en Ron Helsloot: "De planning en ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad, Almere".

Foliar nr. 22

Cf 15,- exclusief portie)
door Laurent J.G. van der Maesen, Ron Helsloot en Ad Goethals: "De opbouw van de integrale gezondheidszorg in de Zuidoostlob bij Amsterdam".

ZES PUBLICATIES VAN SOMSO OVER DE "VERZORGINGSSTAAT"

SOMSO een platform van natuurwetenschappers en sociale wetenschappers organiseerde begin 1986 vijf seminars met bekende buitenlandse en binnenlandse theoretici over:

- **de staat,**
- **collectieve voorzieningen,**
- **belangen en behoeften,**
- **sociale bewegingen**
- **de positie van vrouwen**
- **arbeid en inkomen.**

Wie gezondheidszorg en politiek verbindt kan de meest recente literatuur over bovenstaande onderwerpen, vertaald door SOMSO niet missen.

Foliar nr. 13

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over contradicties in de staat,
• Laurent van der Maesen over de vijf buitenlandse theoretici,
• Paul Kuypers over het staatsdebat in Nederland.

Foliar nr. 14

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over het parlement,
• Herman van Gunsteren over politieke complexiteit en leervermogen,
• Claus Offe over corporatisme (mede in verband met gezondheidszorg).

Foliar nr. 15

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over sociale bewegingen,
• Goran Therborn over de arbeidersbeweging,
• Jan Berting over klassen.

Foliar nr. 16

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over twee logica's van collectief handelen,
• Ian Gough over menselijke behoeften,
• Lolle Nauta over het westers autonomiebegrip.

Foliar nr. 17

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over politieke partijen,
• Pierre Rosanvallon over de crisis in de verzorgingsstaat (mede in verband met gezondheidszorg),
• Siep Stuurman over de dilemma's van de staat.

Foliar nr. 18

Cf 15,- exclusief portie)
• Claus Offe over herverdeling arbeid,
• Laura Balbo over onzichtbare arbeid vrouwen,
• Nico Douben over het basisinkomen.

Bestellingen bij: SOMSO p/a SISWO, O.Z. Achterburgwal 128, 1012 DT, Amsterdam. Vermelding van nummer Foliar en aantal.

Mei uw bijdrage hou ik m'n kop boven water!

Jaarlijks worden in Pieterburen tientallen zeehonden opgevangen. Dat aantal stijgt, de lasten ook!

De meeste van die zeehonden zijn zwaar ondervoed en te verzwakt om zelf nog op krachten te komen. Verzorging, voeding en de juiste medicijnen zijn bittere noodzaken waar zij letterlijk om 'schreeuwen'. Die verzorging geven wij met liefde, het overige met geld!

Door een bijdrage te leveren aan de Zeehondencreche Pieterburen maakt u het ons mogelijk deze zeehonden gedurende de gemiddelde revalidatietijd van 3 maanden weer nieuw leven in te blazen, waardoor ze op eigen kracht verder kunnen.



Die goede daad vereist weinig moeite. Door vandaag nog de bon in te vullen noemen wij u morgen donateur!

fioN''-----,

Ja, ik red een zeehondeleven!

Maak mij donateur en stuur een acceptgiro ter waarde van f _____

Naam: _____

Adres: _____

Kode: _____

Plaats: _____

Stichting Zeehondencreche Antwoordnummer 950

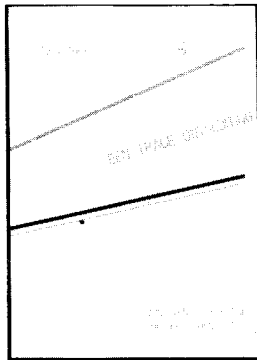
L:9-L-te-e;- ~Postz~ ni-ig.:J

**zeehondencreche
PIETERBUREN**

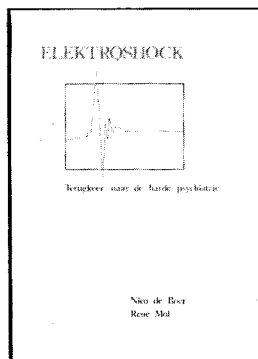
Telefoon 05952-285, Pieterburen.

Verkrijgbaar bij Macula
uit de reeks 'Gezondheidszorg
Krities Bekeken'

No. 1
EEN TRAGE ONTSLUITING
vrouwengeneeskunde politiek
doorgelicht
door: Lidy Scoon
318 pag. f20,- + f4,50 porto



No. 2
ELEKTROSHOCK
terugkeer naar de harde psychiatrie
door: Nico de Boer, René Mol
120 pag. f17,50 + f4,50 porto



No. 3
SNIJVLAK
gezondheidszorg tussen twee werelden
door: Vincent van Amelsvoort,
Frits Muller
144 pag. geïllustreerd f17,- + f4,50 porto



U kunt uw bestelling doen door het juiste (Lnk1, porto) bedrag over te maken op girorek. 5441758 tnv Macula te Boskoop. Titel(s) vermelden.
Ook verkrijgbaar in de boekwinkel

SUN boeken

Michel Foucault GEBORTE VAN DE KLINIEK

Een archeologie van de medische bli-

256 blz.. f 34.50

Michel Foucault DE WIL TOT WETEN

Geschiedenis van de seksualiteit I

160 blz.. f 14.50

Michel Foucault HET GEBRUIK VAN DE LUST

Geschiedenis van de seksualiteit 2

256 blz.. f 34.50

Michel Foucault DE ZORG VOOR ZICHZELF

Geschiedenis van de seksualiteit 3

186 blz.. f 34.50

In de boekhandel of rechtstreeks bij:
Uitgeverij SUN/Bijl-vdssingel 9
6521 AMNiJ~n/Td. (080) 22 1700