

TIJDSCHRIFT VOOR

NR 1 1988 losse nummers f 12,-

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA: PREVENTIE

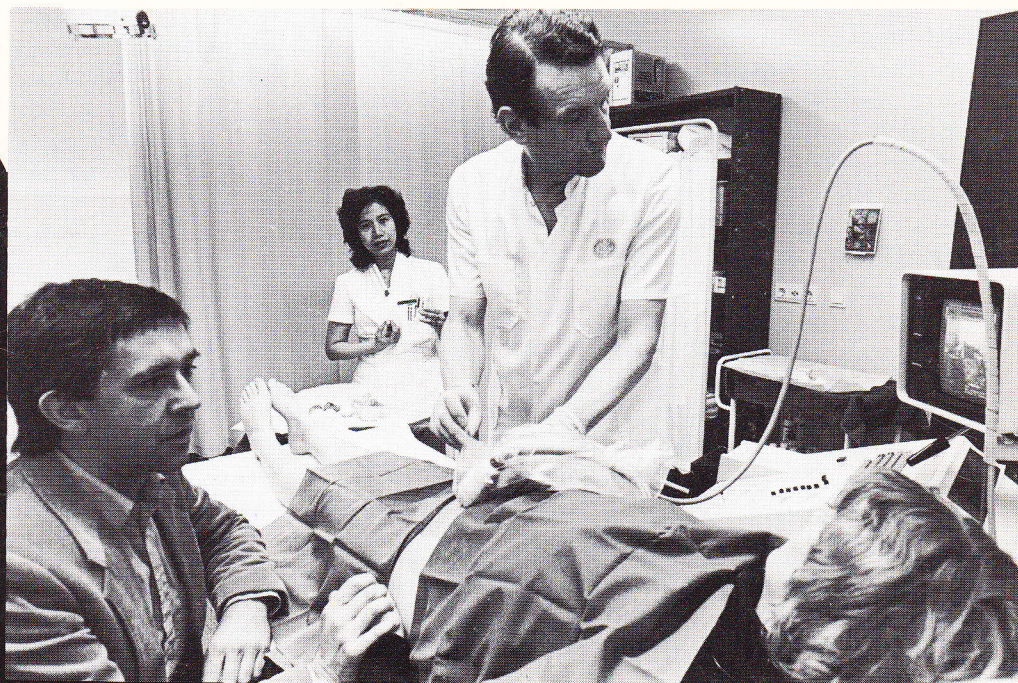
**Vakbondspolitiek in
versnipperde sector**
Arbeid in gezondheid

„Managed Care”
in gezondheidscentra

**Tariefstelsel genees-
middelen**
Geen koopman, maar
hulpverlener

Lessen uit Engeland

Eén jaar na Dekker
Een mist van
besluiteloosheid



Vakbonds- politiek in een versnipperde sector

Arbeid en gezondheid in het vervoer

De arbeidsomstandigheden van chauffeurs laten flink te wensen over. In slecht geventileerde, kleine en ergonomisch belabberd ingerichte ca-

bines verrichten zij hun lichamelijk en geestelijk zware werk. Om nog maar even niet te spreken over de buitengewoon lange en onregelmatige werktijden: soms 65 uur per week!

Al met al een sector waar vakbondspolitiek op het gebied van welzijn en gezondheid goed gedijen kan. Toch is dat niet zo vanzelfsprekend als dat op het eerste gezicht wel lijkt. De vervoerssector kenmerkt zich door een veelheid van kleine bedrijfjes en die versnippering maakt het zeer moeilijk om alle chauffeurs aan te spreken op hun slechte arbeidsomstandigheden.

Ruud Vreeman en Theo Meijman beschrijven waar en hoe de schoen precies wringt. Hoe organiseert de vakbond gezondheid en welzijn in een versnipperde sector? **Pag 6**

„Managed Care” in Gezondheids centra

Meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten

Het verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen in Nederland blinkt niet uit in doelmatigheid. Da's een publiek geheim. In de discussies over verbeteren van doelmatigheid van het verwijs- en voorschrijfgedrag wordt stevast „de kontrak-

teervrijheid” van verzekeraars als doeltreffend middel tegen veel verspilling genoemd. Dhr Post, adviserend geneeskundige van een ziekenfonds, heeft herhaaldelijk te kennen gegeven graag te nonchalant verwijzende huisartsen zonder pardon „uit het Fonds te knikkeren”.

Toch andere doen ook andere oplossingen van dit probleem de ronde. In een experimentele opzet wordt in twee Utrechtse Gezondheidscentra gewerkt met het concept van „managed care” ofwel letterlijk „het besturen van de zorg”. De achterliggende denkbeelden komen voort uit de Health Maintenance Organisations: zorg en verzekering gecombineerd in een voorziening.

Peter Lems bespreekt beide opties. **Pag 13**

Brengt het „plan Dekker” een omwenteling?

Een jaar later, een mist van besluiteloosheid

Een jaar geleden bracht de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, beter bekend als de Commissie Dekker haar lang verwachte rapport uit. Zowel in de politiek

als onder de werkers in de gezondheidszorg bracht de inhoud van het rapport de nodige opschudding te weeg. Een grondige herziening van het verzekeringsstelsel voor ziektekosten (inclusief een heuse volksverzekering met beperkt pakket) en het hanteren van prikkels tot doelmatig handelen van zowel aanbieders als consumenten van zorg vormden de crux van het voorstel.

Inmiddels zijn we een jaar verder. Gerrit Jan van Otterloo, woordvoerder Volksgezondheid voor de Partij van de Arbeid, blikt terug: welke maatregelen zijn al ingevoerd, wat zijn er van de consequenties en, vooral, tot welke veranderingen is men eigenlijk bereid? **Pag 17**

Thema: Preventie

Hoe PREVENTIE ook omschreven wordt, hoe het onderzocht of toegepast wordt, in de kern van de zaak gaat het om het beheersen van onze gezondheid. In de zestiger jaren werd veel kritiek geleverd op het individualiseren van pro-

blemen. Artsen moesten niet alleen genezen, maar bijvoorbeeld ook signaleren als er onder werknemers van eenzelfde bedrijf opvallend veel overeenkomstige klachten voorkwamen.

De critici van toen, zijn de onderzoekers van nu. Onderzoek naar preventie en haar toepassing zijn niet meer weg te denken in de huidige samenleving. In het thema PREVENTIE bezinnen de auteurs, vanuit uiteenlopende invalshoeken, zich op de nieuwe trends. **Pag 22**

'Op weg naar 2000'

Na vijf jaren en negentien nummers namen de mensen van het eerste uur het besluit hun werkzaamheden voor het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek te beëindigen. De Groningse kernredactie legde afgelopen december haar taken neer. Haar laatste nummer was ook het laatste waarvoor uitgeverij Macula voor ons haar persen liet draaien. Het einde van de banden van beiden met het tijdschrift kwam niet onverwacht. Toch zal het een beetje zeer doen. Een tijdschrift maken is een bezigheid, die het uiterste aan creativiteit, vasthoudendheid en perfectionisme vergt. De makers gaan zich sterk hechten aan hun creatie.

De kernredactie vatte haar taak niet lichtvaardig op. Auteurs en lezers hebben dat zelf kunnen ondervinden. Geen enkel nummer kwam tot stand door de spontaan en in perfecte staat binnenstromende kopij in de juiste volgorde te leggen. De kernredactie moest zich juist telkens volop inspannen om ieder nummer te maken. Op die wijze heeft zij ook, van nummer tot nummer, het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek opgebouwd tot wat het nu is: een door velen geaccepteerd en gewaardeerd blad, met een absoluut eigen gezicht en een fundament, dat nog jaren mee kan. Het geduld, de bereidwilligheid en het vakmanschap van de uitgeverij én de vormgevers, zorgden voor een gedrukte uitvoering, waar menige redactie van vergelijkbare bladen met jaloezie naar keek.

Vele lezers, waaronder de leden van de redactieraad, hebben genoten en geleerd van al dit werk.

De erfenis van de pioniers is in goede handen gekomen. De stichting heeft in van Gorcum & Comp een uitgeverij gevonden met ruime ervaring in de tijdschriftenbranche. Zij zal de uitgave van het tijdschrift, van begin tot eind, verzorgen. Bovendien zal zij de werving van nieuwe abonnees daadkrachtig aanpakken. Dat moet belangrijk bijdragen aan het

voortbestaan van dit blad na negentiennegentig.

De nieuwe kernredactie bestaat uit enthousiaste en ervaren mensen uit Amsterdam en Utrecht. Zij heeft zichzelf tot taak gesteld het tijdschrift aantrekkelijker en toegankelijker te maken. De lezers kunnen de komende tijd daarom meer rubrieken, een sterkere variatie in de vormen van artikelen en meer korte en actuele berichtgeving tegemoet zien. De vertrouwde degelijke analyses zullen blijven, zij het wat minder per minuut. Wat het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek te bieden heeft moet zo een groter publiek kunnen bereiken.

Bij de uitvoering van haar plannen kan de kernredactie de komende drie jaar steunen op de medewerking van een betaalde part-time eindredactrice. Daarmee heeft de nieuwe redactie een onvoorstelbare voorsprong op de oude. Want die laatste heeft bij gebrek aan voldoende middelen dergelijke hulp altijd moeten ontberen. De resultaten in de achterliggende jaren hebben subsidiënten en uitgeverij echter voldoende vertrouwen gegeven om voor drie jaar te investeren in de uitbouw van het tijdschrift en de werving van nieuwe lezers.

In het laatste nummer van negentiennegentig zullen we de lezers kunnen berichten of het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek de eeuwwisseling gaat halen. Wij denken dat de lezers van nu dat bericht mee willen maken, ondanks de verhoging van de abonnementsprijzen, die wij hebben moeten doorvoeren. Daarvoor is geen andere rechtvaardiging, dan dat het de middelen verruimt waarmee wij de komende drie jaar de gestelde doelen willen bereiken. De verhoging is fors, maar het blad was ook jarenlang zeer goedkoop. Particulieren gaan voortaan f 45,- betalen in plaats van minimaal f 30,-. Instellingen gaan van f 40,- naar f 55,- en er komt een apart tarief voor studenten van f 40,-.

**Het dagelijks bestuur van de
Stichting voor Gezondheid en Politiek.**

INHOUD

ZESDEJAARGANG, NR 1, april '88

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en Uitgeverij van Gorcum; verschijnt viennaal per jaar.

Redaktie: Thea Dukkers van Emden, Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg, Frans van der Pas. Met medewerking van Sonja Schmidt, Marjon van Weersch.
Eindredaktie ad interim: Yvonne van Geenhuizen

Redaktieraad: Guus Bannenberg, Yvonne van Geenhuizen, Annet Gerritsma, Peter Groenewegen, Maria Hermen, Kees Hertog, Eddy Houwaart, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Marcel Post, Rene Purgay, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Richard Star-mans, Jaap Talsma, Janneke van Vliet, Cor van der Weeie, Goof van den Wijngaart, Boes Willemse en de redaktie.

ontwerp: Frans Rodermans
tekeningen: Bert Cornelius
zetwerk, drukwerk en lay-out: van Gorcum.

bijdragen: zenden aan het redaktiesecretariaat: Herengracht 418, 1017BZ Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Copijvellen en aanwijzingen voor auteurs: op aanvraag. Bijdragen voor 'Kort en Goed' naar: Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 1461681, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

abonementen: instellingen - f 55,00
particulieren - f 45,00
studenten - f 40,00

~ ~ ~ ~ ~ f 12,00

~ ~ ~ ~ ~ 'a/l. l. G. & C. v. o. "Q. b. v.,
~ ~ ~ ~ ~ AA. Assen

Tel. 05920-46846

Giro 802255

Opzegging van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij van Gorcum.

Stichting Gezondheid en Politiek, Uitgeverij van Gorcum. ISSN 0 167 8647

Theo Meijman Ruud Vreeman	Vakbondspolitiek in een versnipperde sector Arbeid en Gezondheid in het Vervoer	6
Erik Heydelberg	Lessen uit Engeland	12
Peter Lems	'Managed Care' in gezondheidscentra Meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten	13
Gerrit Jan van Otterloo	Brengt het 'plan Dekker' een omwenteling? Een jaar later, een mist van besluiteloosheid	17

THEMA: Preventie

Guus Bannenberg	Boe realistisch is het preventiebeleid van de overheid?	24
Hans Spijker	Veronica OKÉ	27
Mischa de Winter	Maatschappelijke toetsing nieuwe screenings technologie noodzakelijk	29
Hein Raat Hans van Oers Els van Gilst	Buurtinformatie als stimulans voor gezondheids- bevordering Vormgeven aan idealistische voornemens	36
Annemarie Mol	In naam der gezondheid!	40
Guus Schijvers	Geslaagde preventie leidt tot duurdere zorg	41
Marcel Post	Wie leven er van de 36 miljoen van het Praeventie fonds?	45
Hugo Smeets	Risicofactor 120	48
Guus Bannenberg	"Is prevention better than cure?" Boekbespreking	49
Thea Dukkers van Emden	"Wat moet je adviseren?" Bevolkingsonderzoek op borstkanker	51

Wim Scholten	Apotheker geen koopman, maar hulpverlener Het nieuwe tariefstelsel voor geneesmiddelen	53
Jan van der Made	Boeken De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg	56
	Kort en Goed	58

Vakbonds- politiek In een versnipperde sector

De arbeidsomstandigheden van vrachtwagenschauffeurs laten flink te wensen over. In slecht geventileerde, kleine en ergonomisch belabberd ingerichte cabines verrichten zij hun lichamelijk en geestelijk zware werk. Om nog maar even niet te spreken over de buitengewoon lange en onregelmatige werktijden: soms 65 uur per week!

Al met al een sector waar vakbondspolitik op het gebied van de welzijn en gezondheid goed gedijen kan. Toch is dat niet zo vanzelfsprekend als op het eerste gezicht wel lijkt. De vervoerssector kenmerkt zich door veelheid van een bedrijfjes en die versnippering maakt het zeer moeilijk om alle chauffeurs aan te spreken op hun slechte werkomstandigheden.

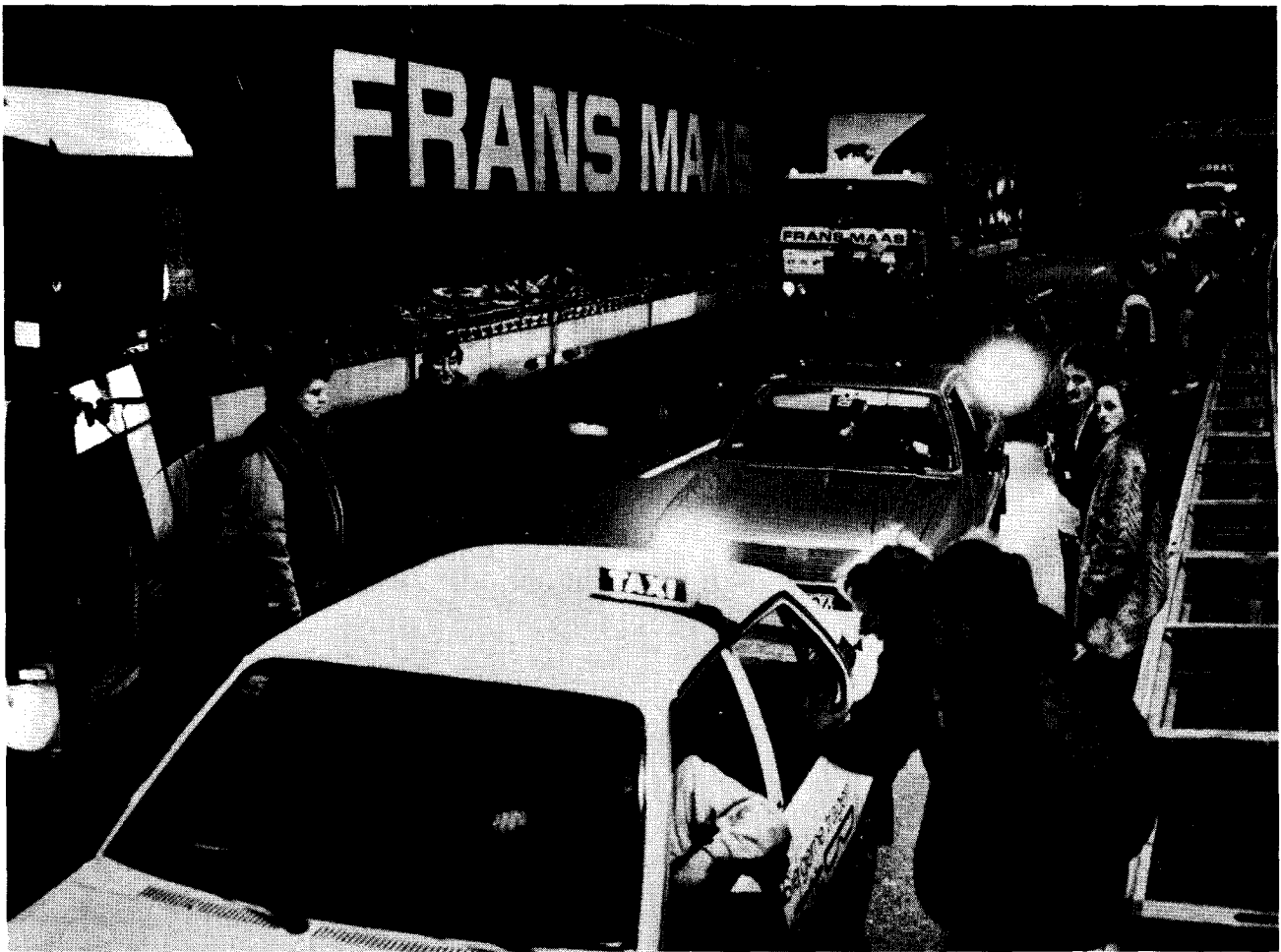
Ruud Vreeman en Theo Meijman beschrijven in dit artikel waar en hoe de schoen precies wringt. Hoe organiseert de vakbond gezondheid en welzijn in een versnipperde sector!

Theo Meijman, werkzaam in de Interfacultaire Werkgroep 'Arbeid en gezondheid, Universiteit van Amsterdam'
Ruud Vreeman, Vervoersbond FNV

Arbeid en gezondheid in het vervoer

De bedrijfstak 'Beroepsgoederen Vervoer over de Weg' onderhandelde gedurende de maanden januari/februari 1988 over een nieuwe collectieve arbeidsovereenkomst (CAO). Bij het schrijven van deze bijdrage zijn de onderhandelingen afgesloten. De gezond-

heidspolitieke achtergronden zijn interessant om er een beschouwing aan te wijden. Voorstellen ter verbetering van arbeidsinhoud en arbeidsomstandigheden hebben namelijk een belangrijke rol gespeeld in de onderhandelingen. Deze voorstellen zijn ingebracht door



Blokade door vrachtwagens 1985

Foto: Gerard TilieFG

de Vervoersbond-FNV en wel als *integraal* onderdeel van het gehele CAO-pakket. Dat wil zeggen in samenhang met voorstellen over het loonbeleid en de werktijdenregelingen, die traditioneel het hoofdbestanddeel van CAO onderhandelingen uitmaken. De nadruk op de samenhang van materiële en, wat genoemd worden, immateriële voorstellen in één pakket is betrekkelijk nieuw in de bedrijfstak. De reactie van de werkgeversdelegatie is voornamelijk afhoudend. Deels zal dit samenhangen met de 'nieuwigheid' van het voorgestelde pakket. Voor een ander deel ook komt deze afhoudende reactie voort uit de verhoudingen in de bedrijfstak, waarin verspreid over zo'n 7.000 bedrijven circa 60.000 beroepschauffeurs, voornamelijk mannen, werkzaam zijn. Het is een bedrijfstak met veel kleine ondernemingen, met zeer scherpe concurrentieverhoudingen, met weinig historie in het voeren van een sociaal beleid en met een van oudsher wat vrijgevochten imago. Het laatste is niet alleen kenmerkend voor de arbeidsverhoudingen, maar ook voor het beroep van (internationaal) vrachtwagenschauffeur. Het beeld van de truckers, de

koningen van de weg, die hun klus zelf klaren en niet zeuren over een uurtje meer of minder.

Vakbondswerk en chauffeurs cultuur

Het was vanuit deze individuele oriëntatie, dat veel chauffeurs lid werden van de vakorganisatie. Hulp bij mogelijke problemen in het buitenland, de controle op de CAO en de individuele loonberekening waren daarbij belangrijke motieven. Toch heeft de beroepsgroep ook een collectieve identiteit. Men voelt zich meer chauffeur dan werknemer bij een afzonderlijk bedrijf. Er zijn chauffeursverenigingen en truckerfestivals, er zijn eigen bladen met veel informatie over vrachtwagens. En niet te vergeten zijn er sociale acties, zoals inzamelingen voor Polen en Afrika: het konvooi-rijden.

De vraagstelling voor de Vervoersbond-FNV was hoe de individuele oriëntatie naar de bond verbonden kon worden met de aanwezige collectieve identiteit van de beroepsgroep. Het ging in 1985 bij de blokkades nog om

een woede uitbarsting, gericht tegen werkgeversorganisaties die arrogant optraden. Waarbij de nadruk lag op het naleven van de CAO en het bestrijden van malafide bedrijven. Daarna werd de ontwikkeling naar belangenbehartiging op nieuwe terreinen opgebouwd. Het ging er om niet *tegenover* de bestaande collectieve cultuur van de chauffeurs te gaan staan, maar om er met eigen belangen definiëring juist *onderdeel* van te worden. Het ligt voor de hand dat toen de veiligheid, gezondheid en welzijn van de chauffeur een centrale invalshoek werd.

Aan de opstelling van de Vervoersbond-FNV in de CAO-onderhandelingen liggen dus een aantal strategische keuzen ten grondslag. Deze keuzen hebben niet alleen betrekking op de vakbondspolitik in de collectieve belangenbehartiging. Ook houdt de opstelling politieke keuzen in ten aanzien van de maatschappelijke functie van vakbonden en de ontwikkeling van deze organisaties als open verenigingen van werknemers, die zich op basis van overeenkomstige belangen bij goede materiële én immateriële arbeidsvoorwaarden aansluiten. Die opstelling is

slechts onder een aantal voorwaarden mogelijk. Er moeten tenminste concrete aanleidingen zijn in de betreffende sector, waaraan een vakbondspolitik op het gebied van welzijn en gezondheid kan worden uitgewerkt. Ook dient het bewustzijn van de leden én het kader georganiseerd te worden dat het van belang is om voor goede en gezonde arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden op te treden. Over deze twee voorwaarden gaat deze bijdrage.

Arbeidsinhoud

Chaufferen is een complexe vaardigheid. In de uitvoering van deze vaardigheid dient de chauffeur altijd een bepaald niveau van aandacht te handhaven. Die aandacht stelt hem/haar in staat signalen uit de omgeving op te merken, de betekenis ervan vast te stellen en indien nodig een ingreep te plegen. Het werk moet dan ook als mentaal belastend aangemerkt worden! en kan arbeidspsychologisch getypeerd worden als een bewakingstaak met een dwingend karakter. Kenmerkend voor de de fysieke belasting in de chauffeursfunctie is het statische karakter ervan. Het werk moet altijd in een betrekkelijk vaste lichaamshouding worden uitgevoerd, met aangespannen spieren vooral in armen en benen, en dat gedurende

lange tijd. Daardoor kunnen allerlei vermoeidheidsverschijnselen optreden, zich uitend in gevoelens van ongemak en eventueel pijn in de spieren, de rug en de gewrichten. Ook kost het meer moeite om het vereiste aandachtsniveau op peil te houden wanneer men gedurende enige tijd lichamelijk inactief is. Daarnaast is voor de werkbelasting van belang de blootstelling aan een aantal omgevingsfactoren. Weliswaar zijn deze factoren niet noodzakelijk inherent aan de chauffeurstaak zelf. Zij komen echter vrijwel altijd in de praktische uitvoering ervan voor.

Voor beroepschauffeurs gaat het ten eerste om de bestuurdersplaats, maar ook om de omgeving waarin pauzes worden doorgebracht en om de plaatsen buiten de wagen waar bepaalde werkzaamheden verricht moeten worden zoals laadperrons of standplaatsen. Desalniettemin ontbreken normen, voorschriften en richtlijnen ten aanzien van de arbeidsomstandigheden van beroepschauffeurs. In tal van wettelijke veiligheidsbesluiten staan regels voor de arbeidsomstandigheden van werknemers, maar deze bepalingen gelden niet voor beroepschauffeurs. Ook de Arbeidsomstandigheden (ARBO)-wet is niet van toepassing op *arbeid verricht in een voertuig op de openbare weg*.

Arbeidsomstandigheden

De noodzaak van een goede wetgeving op het terrein van de arbeidsomstandigheden in de vervoerssector blijkt uit de onderstaande bespreking van achtereenvolgens de factoren klimaat, lawaai, trillingen, de inrichting van de cabine en de technische staat van het voertuig, de voorzieningen en de overige omgevingsfactoren. Het verwarmings- en ventilatiesysteem in vrachtwagens is vaak ontoereikend om een goede ventilatie en een constante temperatuur te handhaven. Beide wisselen veelal met de rijsnelheid. Het *luchtklimaat* zou in belangrijke mate verbeterd kunnen worden door een betrekkelijk eenvoudige ingreep, namelijk de installatie in alle vrachtwagens van zogenaamde standkachels. De lawaaignrens van 80 DbA wordt in de cabines van de meest voorkomende typen bedrijfswagens in Nederland nog steeds overschreden. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat in alle onderzochte bedrijfswagens *trillings-niveau's* voorkomen die op of boven de vermoeidheidsgrens liggen. Lawaai in de cabine kan beperkt worden door verbetering van de geluidsisolatie. Trillingen en schokken kunnen ondervangen worden door een goede vering van de wagen en/of de stoel.

Aktievergadering, 1985

Foto: Frank Straatmeyer/EFG



Paradoxaal genoeg zijn trailers, waarin de lading wordt vervoerd, soms beter afgeveerd dan de truck of de zitplaats van de bestuurder. Het effect van goede vering kan teniet worden gedaan bij overbelading, bij het leeg of zonder oplegger rijden, wanneer de vracht ongelijk verdeeld is over de laadruimte en als schotten in een vloeiستoftank ontbreken. Al deze situaties vormen geen uitzondering in het wegvervoer. De ergonomische *inrichting* van de cabine bepaalt of de chauffeur in een goede houding kan zitten. Hiervoor gelden geen constructie-voorschriften en er zijn dan ook volop tekortkomingen. Stoelen blijken onvoldoende instelbaar te zijn, en staan scheef achter het stuur geplaatst. Zij bieden niet altijd voldoende zijwaartse en lumbale steun. Ook zijn rugleuningen onvoldoende instelbaar. Inspectie van buitenspiegels vereist voortdurende hoofd- en nekbewegingen. Ten gevolge van achterstallig en/of slecht onderhoud of tengevolge van onvolkomenheden in de constructie laat soms de beveiliging te wensen over evenals de rij- en remeigenschappen van de truck. Het gevolg is dat extra aandacht bij de besturing gevraagd wordt.

Tegenwoordig ontbreekt de 'neus' bij vrachtwagens en bussen en is de chauffeursstoel vóór of boven de voor-as geplaatst. Dit bemoeilijkt de controle over de wagen. Het zicht naar voren is door de hoge zitplaats goed, maar is naar opzij en naar achteren slecht. Bij de huidige voorgeschreven spiegelbezetting vallen er gaten in het gezichtsveld. Deze plaatsing van de stoel is overigens het directe gevolg van de wettelijke bepaling, dat vrachtwagen-combinaties aan een totale maximum lengte gebonden zijn. Om hiervan zoveel mogelijk voor de laadruimte te kunnen aanwenden wordt de cabine zo kort mogelijk gemaakt. Een eenvoudige maatregel ter preventie hiervan is dan ook een wettelijk vast te stellen minimum voor de lengte van cabines te ontwerpen.

De kanteelweerstand van vrachtwagens is gering. Bovendien is het risico van kantelen vaak moeilijk te bepalen. Dit komt omdat onjuiste stoel- en cabinevering de reacties van de wagen op manoeuvres dempen, waardoor de chauffeur te weinig informatie krijgt over het rij-gedrag van de vrachtwagen-combinatie".

Sjouwfeur

Steeds meer vrachtwagenchauffeurs moeten het laden en lossen geheel of gedeeltelijk zelf doen. Deze taakuitbreiding is het gevolg van bezuinigingen op loods- en magazijnpersoneel, en neemt dusdanige vormen aan dat chauffeurs zichzelf als 'sjouwfeur' omschrijven. De herhaaldelijke overgang van de

statische lichaamshouding in de warme omgeving van de cabine naar dynamische spierarbeid in de koude is verantwoordelijk voor rug-, spier- en gewrichtsklachten. Bij het laden en lossen zijn chauffeurs bovendien blootgesteld aan verschillende veiligheidsrisico's. Jaarlijks krijgt vijf procent van de Nederlandse vrachtwagenchauffeurs een ongeval rond de stilstaande wagen, vooral doordat er iets mis gaat bij het behandelen van de lading. Oorzaken zijn onder meer: onveiligheid van laadperrons en de laadruimte van de vrachtwagen zelf, slecht weer en slechte verlichting. Van bijzonder belang is de aard van de lading en het vervoer van gevaarlijke stoffen. Beschermingsmiddelen tegen toxische stoffen worden sporadisch aan chauffeurs verstrekt, zeker wanneer zij niet bij het betreffende bedrijf zelf in dienst zijn. Ook ontbreekt het vaak aan voldoende informatie over de mogelijke gevaren van bepaalde ladingen.

Een laatste aspect van de werkomstandigheden in het wegvervoer betreft de *voorzieningen voor pauzes, rusttijden, maaltijden* en dergelijke. Omdat de werktijden in deze bedrijfstak onregelmatig zijn, en omdat veel chauffeurs gedurende langere tijd van huis zijn, vormt dit aspect een belangrijk onderdeel van de werkomstandigheden. De rust- en slaapgelegenheden in het internationale vervoer laten te wensen over. Slapen in een rijdende wagen, die dan door de collega-chauffeur bestuurd wordt, is vrijwel onmogelijk. Maar ook op pleisterplaatsen langs de snelweg zijn de gelegenheden verre van ideaal. De cabine is in feite ongeschikt als slaapplaats. Een nieuwe ontwikkeling, waar chauffeurs overigens fel tegen zijn, is de introductie van de zogenaamde 'top-sleeper' of 'hondehokken': een polyester slaapruijnte van 75cm breed en 75 cm hoog, boven op de cabine geplaatst. De introductie hiervan is het gevolg van de eerder genoemde tendens om cabines zo klein mogelijk te maken in verband met ruimtewinst voor de laadruimte. Behalve de slechte slaapomstandigheden in dergelijke ruimte speelt in de afwijzing er van de onveiligheid een belangrijke rol. Voeding is een probleem bij chauffeurs, die niet in de gelegenheid zijn om thuis te eten. Vet en ongezond eten in snackbars en wegrestaurants in combinatie met het gebrek aan lichaamsbeweging en roken tijdens het werk vergroten het risico op hart- en vaatziekten. Er komt onder deze beroepsgroep veel overgewicht voor.

Werk- en rusttijden

De effecten van de bovenbeschreven combinatie van belastende factoren zijn afhankelijk van de lengte en de intensiteit van blootstelling. Vergeleken met de nijverheid/industrie zijn de werkwe-

ken in het beroepsvervoer lang: 43 uur per week. Waarschijnlijk geeft dit cijfer, gebaseerd op de bedrijfsopgaven, een ondergrens aan. Onderzoek onder Nederlandse en internationale vrachtwagenchauffeurs^{2,3} wijst uit dat de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur in het nationaal vervoer 55 uur is, en in het internationaal vervoer 65 uur. In andere landen worden vergelijkbare cijfers gerapporteerd. De lange werkweek betekent niet alleen een lange totale tijd van blootstelling aan de belastende factoren in de werksituatie. Ze houden bovendien een verkorting in van de beschikbare tijd voor herstel. Dit klemmt te meer omdat de werktijden in het vervoer meestal onregelmatig zijn, en vaak ook nachtwerk omvatten. Het is bekend dat in ploegenwerk zowel kwantitatief als kwalitatief hoge eisen stelt aan de herstel mogelijkheden om de nadelige effecten voor welzijn en gezondheid tegen te gaan. Naast de blootstellingsduur is de intensiteit van de belastingen van belang. De rij-tijd neemt verreweg het grootste deel van de werkdag voor zijn rekening. Alhoewel in internationale voorschriften het aantal aaneengesloten rij-uren gebonden is aan het overigens rijkelijk hoge maximum van elf uur, blijkt dit in circa tien procent van de gevallen overschreden te worden. Het gaat bij dit laatste cijfer om de netto rijtijden, exclusief wachttijden, pauzes en dergelijke.

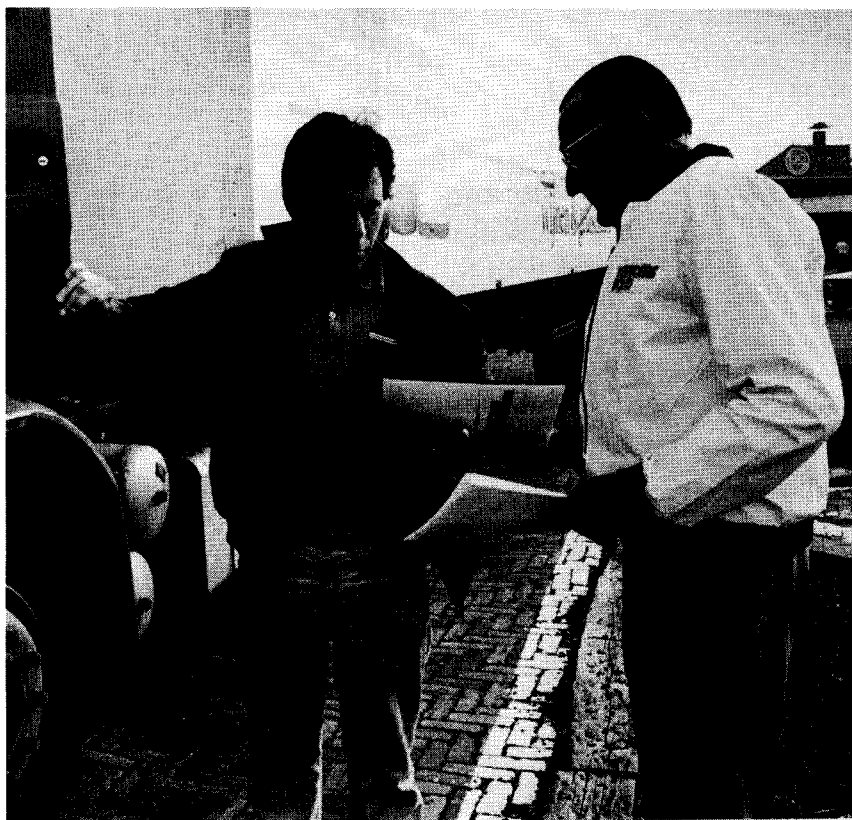
Eerder wezen wij al op het dwingende karakter van de chauffeurstaak. In dit opzicht komt deze taak op een zeer belangrijk facet overeen met andere zogenaamde *machine-paee*d taken. Dat wil zeggen taken met een opgelegd tempo waaraan men zich niet kan onttrekken, zoals lopende-band werk. *'Pacing'* wordt tot een van de belangrijkste bronnen van werk-stress gerekend, zeker wanneer het gepaard gaat met tijdsdruk. Met het laatste krijgen beroepschauffeurs steeds meer te maken als gevolg van efficiëncy verhogende maatregelen in de bedrijfsvoering welke leiden tot voorgeschreven en krappe ritplanningen. Een ander wordt gestimuleerd door de introductie van de zogenaamde *'black box'*: een computerisering van de planning en de controle van rij-routes en rij-tijden. In het onderzoek van Vreeman⁴ meldt 79 procent van de chauffeurs dat zijn geregeld onder tijdsdruk werken.

Welzijn, gezondheid en veiligheid

In de V.S. wordt de sector van het beroepsgoederenvervoer geplaatst in de top-tien van de nijverheidstakken met het hoogste aantal verloren gegane werkdagen wegens ziekte of ongevallen (in rangordening van meer dan 100 nij-

verheidssectoren)11. De combinatie van arbeidsomstandigheden, stringente taakeisen, werktempo en werktijden leidt op den duur tot effecten voor het welzijn en de gezondheid. Deze factoren zijn er voor verantwoordelijk dat beroepschauffeurs tot de risicogroepen ten aanzien van arbeidsgebonden ziekten en aandoeningen behoren. Duidelijk komt dit tot uitdrukking in aandoeningen aan het bewegingsapparaat, met name lage rugklachten. Onder meer zijn deze klachten het gevolg van de combinatie van langdurige blootstelling aan schokken en trillingen, ongunstige klimatologische omstandigheden en temperatuurswisselingen, en het moeten zitten in eenzelfde en/of slechte houding". Zo vindt Hanen¹² in een vergelijking van beroepschauffeurs in het wegvervoer, bouwvakkers, metaalarbeiders, administratieve werkers en onderwijzenden van overeenkomstige leeftijd het hoogste percentage lage rugklachten (31 procent in de groep van chauffeurs. Overeenkomstige cijfers worden gevonden wanneer de diagnose bij afkeuring van buschauffeurs vergeleken worden met die van overige ambtenaren'. Bovendien blijkt in het laatste onderzoek dat bij buschauffeurs aandoeningen aan het bewegingsapparaat (35 procent) en psychische klachten (31 procent) samengaan. Deze combinatie van diagnoses wordt bij geen enkele groep ambtenaren in dezelfde mate gevonden. Een vergelijkbare trend is op te maken uit de arbeidsomstandigheidsdiagnoses in de wegvervoerssector". Psychische klachten kunnen in verband worden gebracht met de psychische en mentale belastingen. Deze komen onder meer voort uit de voortdurende tijdsdruk en het 'paed' karakter van het werk. Zij worden versterkt door de chronische vermoeidheid en de slaapproblemen samenhangend met de lengte van de werktijden, de onregelmatigheid van de rusttijden en de onvoldoende mogelijkheden tot herstel. Psychische klachten bij chauffeurs komen met name tot uitdrukking in de vorm van angst, depressiviteit en agressie".

In het werk van beroepschauffeurs zijn verkeersongevallen een beroepsrisico. Niet alleen hebben beroepschauffeurs een verhoogd risico om bij ongelukken betrokken te raken omdat zij jaarlijks veel meer kilometers afleggen dan particuliere chauffeurs. Maar ook is hun risico verhoogd wanneer rekening gehouden wordt met deze a-priori kans'. Een verklaring voor dit verhoogde risico wordt gezocht in de vermoeidheid. Het blijkt dat achter het stuur in slaap vallen op grond van oververmoeidheid geen uitzonderlijk verschijnsel is. Vermoeidheid hoeft overigens niet automatisch tot ongelukken te leiden. Chauffeurs zullen er alles aan pro-



Akties betere CAO, 1985

Foto: Gerard TilIEFG

beren te doen om ongelukken te voorkomen. Dit betekent dat men de gevolgen van vermoeidheid zal proberen te compenseren door het leveren van extra inspanning. Daarnaast is roken een beproefd middel om slaperigheid te bestrijden. Dit middel zal op de langere duur ongunstig uitwerken.

Bewustzijn

Maatregelen die een vermindering van de werkbelasting van beroepschauffeurs kunnen bewerkstelligen, dienen allereerst betrekking te hebben op de beheersing van de werktijden, zowel met betrekking tot de lengte als met betrekking tot de onregelmatigheid ervan. Omdat belangrijke bestanddelen van het loon direct gekoppeld zijn aan de lengte en de onregelmatigheid van de werktijden dient een voldoende hoog basisloon gegarandeerd te worden. Zo is het mogelijk, dat de beroepschauffeur niet meer afhankelijk is van toeslagen gekoppeld aan werktijden om aan een redelijk inkomen te komen. Onregelmatige werktijden zullen in deze sector in veel gevallen onvermijdelijk zijn. Van bijzonder belang is dan dat regelingen getroffen worden die de chauffeur voldoende herstel mogelijkheden bieden. Zowel de hersteltijd als de accommodatie dient verbeterd te worden. Dit betekent bijvoorbeeld in plaats van liggen in een klein en bedompt 'honden-hok'

op een lawaaijerige parkeerplaats slapen zoals gebruikelijk is: in een slaapkamerbed. Daarnaast kunnen bepaalde aspecten verbeterd worden zoals het reduceren van het niveau van trillingen en schokken, beheersing van het klimaat en lawaaidemping in de cabine en ergonomische verbetering van de bestuursplaats.

Nu is het bedenken van deze tamelijk voor de hand liggende maatregelen één ding. Iets anders is de gerealiseerd te krijgen. Voor een vakbond betekent dit de opgave om gezondheid en welzijn in de arbeid te organiseren: zowel op het niveau van het sociaal beleid in de sector, als op het niveau van de arbeidsverhoudingen tussen werkgevers en werknemers en als op het niveau van het bewustzijn van de werkgevers en werknemers zelf. Wat het eerste betreft is het van belang, dat de Arbeidsomstandigheden(ARBO)-wet integraal van toepassing wordt op de vervoerssector. Daartoe zal politieke druk op parlement en regering moeten worden uitgeoefend in combinatie met voorstellen in het kader van de CAO-onderhandelingen. Omdat in de sector een groot aantal kleine bedrijven voorkomt is het noodzakelijk dat bedrijfsgeneeskundige voorzieningen, die nu vrijwel geheel ontbreken, voor de gehele sector ingesteld worden. Zo'n sectorgewijze voorziening is in het verleden al gerealiseerd in de bouw, die evenals de vervoerssec-

tor een groot scala van bedrijven en bedrijfjes kent. Door middel van centrale onderhandelingen hebben de vakorganisaties de basis voor een vergelijkbare voorziening in het wegvervoer inmiddels gelegd. Daarnaast zijn in het kader van de CAO-onderhandelingen concrete voorstellen gedaan met betrekking tot de regeling van werktijden en arbeidssystemen, de verbetering van de arbeidsomstandigheden, zoals de installatie van standkachels, afschaffing van 'top-sleepers', het laden en lossen, en dergelijke.

Het inbrengen van deze voorstellen veronderstelt het bewustzijn van de leden van het belang van goede en gezonde arbeid en werkomstandigheden. Alleen wanneer dit bewustzijn er is, kan een bond concrete voorstellen formuleren en met de leden ook de druk organiseren om de voorstellen gehonoreerd te krijgen. De Vervoersbond-FNV heeft in de afgelopen jaren een beleid ontwikkeld, waarin het vraagstuk van arbeid en gezondheid tot een hoofdpunt is gemaakt. Dit beleid wordt in drie richtingen uitgewerkt: het inbrengen van voorstellen in CAO-onderhandelingen en het stellen van eisen aan producenten en constructeurs van vrachtwagens met betrekking tot de veiligheid en de arbeidsomstandigheden en het stimuleren van de discussie over het belang van gezonde arbeid en werkomstandigheden onder de chauffeurs zelf. Het laatste punt is de basis waarop de twee andere beleidslijnen steunen.

Na de blokkade-acties van 1985 is door kaderleden van de bond, in samenwerking met het Veiligheidsinstituut en de vakgroep Arbeidspsychologie van Universiteit van Groningen, een enquête gedaan onder de chauffeurs over arbeid en gezondheid in het wegvervoer. De resultaten van dit onderzoek zijn op grote schaal onder chauffeurs verspreid en besproken in wegrestaurants en in speciaal daarvoor georganiseerde vergaderingen en cursussen. Vervolgens is aan chauffeurs gevraagd om de meest voorkomende vrachtwagencombinaties in Nederland in een schriftelijke enquête te beoordelen op aspecten van veiligheid en gezondheid. Aan deze enquête hebben meer dan 2.600 chauffeurs meegedaan. Aansluitend bij de traditie van het truckersfestival is op basis van deze enquête de vrachtwagen van het jaar verkozen in een landelijke vergadering. Mede naar aanleiding hiervan zijn er contacten gelegd met vrachtwagenconstructie-bedrijven, waardoor er invloed uitgeoefend kan worden 'aan de bron'. Verder ondersteunt de bond de activiteiten van een comité van 'Vrouwen van Chauffeurs', dat tijdens de blokkade-acties van 1985 is opgericht. Dit comité richt zich in eerste instantie op het tegenhouden van de verdere invoering van de 'top-sleeper'. De aandacht van

het comité heeft zich inmiddels verbreed tot arbeid en gezondheid in het wegvervoer in zijn algemeenheid, en men treedt daarover in discussie in wegrestaurants en recentelijk tijdens de 'Bedrijfswagen-RAI'. Ook nemen de vrouwen van chauffeurs actief deel aan de vakbondsvergaderingen, waarin de CAO-voorstellen van de bond besproken worden. Deze benadering levert informatie op over de feitelijke arbeidsinhoud en de werkomstandigheden,

waardoor bondsvorstellen aan kwaliteit winnen. Bovendien draagt deze benadering eraan bij dat de bondsorganisatie zich verder ontwikkelt als open vereniging van mensen, die belang hebben bij goede materiële en immateriële arbeidsvoorwaarden. Tenslotte raken de mensen in de sector door hen erbij te betrekken ervan overtuigd, dat goede en gezonde arbeid vanzelfsprekend gemaakt moet worden.

Het CAO resultaat

Het CAO resultaat zoals dat nu zal worden getekend is door de chauffeurs morrend geaccepteerd. Deze acceptatie is vooral gevoed door de moeilijkheden die men voorzag om acties te voeren nu blokkades verboden zijn. De stap naar bedrijfsstakingen was (nog) te groot. Toch kan gezegd worden, dat er een pakket is uitgekomen dat een verdere voortzetting van het gezondheidsbeleid mogelijk maakt. Naast de één procent loonsverhoging en de toename van één à twee vakantie dagen gaat het om de volgende resultaten: de totstandkoming van een bedrijfsgezondheidsdienst voor de sector de realisatie van een gemeenschappelijke personeelsdienst (de chauffeurspool), waardoor regelmatigere werktijden mogelijk worden tenslotte zijn privacy bepalingen ten aanzien van de 'black-box' opgenomen.

Verder zullen tijdens de contractduur maatregelen ontwikkeld worden op het gebied van nieuwe arbeidssystemen dit zijn werktijden en roosters: „er moet gezocht worden naar schema's die de werkdruk aanvaardbaar maken in omvang en regelmaat" (citaat art. 47, lid 4, CAO Beroepsgoederen Vervoer over de Weg). En op het gebied van de arbeidsomstandigheden: „partijen zullen gezamenlijk criteria vaststellen waaraan de werkplek in de meest ruime zin van het woord dient te voldoen. Partijen verplichten zich om deze criteria uit te dragen tegenover derden (bijvoorbeeld Europese autobouwfabrikanten en overheden) en waar nodig te realiseren in eigen regelgeving. Daarbij wordt voorrang gegeven aan het verbeteren van die omstandigheden die betrekking hebben op de gezondheid van werknemers in deze bedrijfstak" (citaat art. 47, lid 5, CAO Beroepsgoederen Vervoer over de Weg).

Literatuur

1. McDonald, N., Fatigue, Safety and the Truck Driver.. London: Taylor Francis, 1984
2. Oortmans-Geerlings, P., van Drimmlen, D. & Musson, Y., Trillen en Schokken tijdens het Werk. Delft: TU Delft Vk Veiligheidskunde, 1985
3. Tromp, J.P.M., Zware voertuigen en Verkeersveiligheid. Leidschendam: S.W.O.V. 1985
4. Kompier, M. et. al., Werk in de Bus, Werk aan de Bus. Groningen: RU Groningen Vk Arbeidspsychologie, 1985
5. International Labour Organization, Occupational Safety and Health in Road Transport.. Geneva, 1985
6. Bedrijfsvereniging voor het Vervoer, Statistische Gegevens behorende bij het Jaarverslag 1984. Rijswijk, 1984
7. Vreeman, R. & de Vries, M., Opvattingen van Vrachtwagenchauffeurs over hun Werk en gezondheid. Utrecht: Vervoersbond FNV. 1986
8. van Ouwkerk, F., Relationships between Road Transport Working Conditions, Fatigue, Health and Traffic Safety
9. O'Hanlon, I.F., Problems of Fatigue in Commercial Vehicle Operation. Groningen: Verkeerskundig StudieCentrum, 1979
10. Meijman, T.F., de Vries-Griever, A.H. G. & Kampen, R., Rhythm and Blues: over Ploegendienst als Arbeids- en Leefomstandigheid. Amsterdam: Ned. Instit. voor Arbeidsomstandigheden, 1988 (in druk)
11. U.S. Department of Labor Occupational Injuries and Illnesses in the United States by Industry. Washington D.C.: US Government Print Office, 1976
12. Bongers, P., de Vries, F., Hulshof, C. & Koemeester, A., Lichaamstrillingen en Arbeidsongeschiktheid wegens Rugklachten bij Chauffeurs. Tijds. Soc. Gezondh., 1986, 64, 87-89
13. Hanen, H.C.M., Een Epidemiologisch Onderzoek naar Lage Rugpijn. Rotterdam: Acad. Proefschrift, 1984
14. C.O.B./S.E.R., Sociaal Beleid in het Beroepsvervoer over de Weg. Den Haag: SER, 1984

Lessen uit Engeland

Sinds een aantal maanden is de National Health Service (NHS) in Engeland "in crisis". De aanleiding tot de crisis hoeft niet ver gezocht te worden: een systematische "underfunding" van de NHS onder Thatcher sinds 1981. Het parlementaire Social Services Committee berekende dat tussen '81 en '86 in totaal 1.3 miljard pond te weinig aan de NHS besteed is. De NHS wordt niet, als in Nederland, uit premie-inkomsten gefinancierd, maar uit de algemene middelen, de belasting. Momenteel wordt jaarlijks 6.1 % van het Brits Nationaal Inkomen aan gezondheidszorg besteed, tegen rond 9 % in Nederland. Groot-Brittannië hoort daarmee tot de Europese landen met de laagste uitgaven voor gezondheidszorg.

De gevolgen zijn er naar: op de wachtlijsten voor operaties binnen de NHS staan 688.000 mensen, er is een enorm tekort aan verpleegkundigen, mede veroorzaakt door de slechte werkomstandigheden en de lage betaling. Ieder jaar verlaten 30.000 verpleegkundigen de NHS, en komen er slechts 27.000 b.w. Sinds Thatcher aan het bewind is zijn meer dan 300 ziekenhuizen helemaal, en 175 gedeeltelijk gesloten. Tussen de Conservatives en Labour is een felle strijd uitgebroken over de verantwoordelijkheid en de gewenste oplossingen voor de huidige problemen. Het is een strijd waarin cijfers en hun interpretaties over en weer vliegen. Thatcher houdt vol dat er zich tussen '82 en '87 jaarlijks een half procent netto groei in de middelen voor ziekenhuizen en eerstelijns heeft voorgedaan. Labour stelt daar tegenover dat in deze 'stijging' de inflatie en de loonstijgingen niet goed verwerkt zijn. En wat overblijft is onvoldoende om de NHS in staat te stellen haar taak in veranderende omstandigheden te vervullen. Met name de vergrijzing en het toepassen van medisch technische ontwikkelingen stellen de NHS voor problemen. Het zijn vooral hartoperaties waar de grootste wachtlijsten voor zijn. Engeland drijft met haar NHS-crisis van schandaal naar schandaal, en van staking naar staking. Veel onrust veroorzaakte de publiciteit rond David de "hole-in-the-heart" baby, die na weken wachten aan een aangeboren hartafwijking werd geopereerd, en kort daarop overleed.

Er gaat geen dag voorbij of artsen en verpleegkundigen brengen hun grieven naar buiten, gaan de straat op en verklaren dat de NHS op instorten staat. Labour eist dat in de begroting van maart '88 structureel twee miljard pond extra voor de NHS wordt vrijgemaakt. Thatcher blijft echter vooralsnog hooghartig weigeren om structureel ook maar een penny meer aan de NHS te besteden.

Wel vinden er allerlei inhaalcampagnes plaats om de enorme wachtlijsten voor operaties in te korten. De regering trok nog in januari 25 miljoen pond uit om om de wachtlijsten met honderduizend te verkleinen. Ondanks deze inspanning in mobiele operatiekamers, met behulp van gepensioneerd chirurgen en in particuliere klinieken (met NHS geld!) worden de rijen langer.

Links spreekt met enig genoegen van de NHS als Thatchers' Achilles hiel. Maar dat zwaard snijdt wellicht

aan twee kanten. Want achter de ontegenzeggelijke "underfunding" gaat een stramme, ondoehnatige en vooral bureaucratische NHS schuil. Een NHS waarvan het twijfelachtig is of zij met meer fondsen in staat zou zijn om een antwoord te vinden op problemen van vergrijzing, behoefte aan "community care" in de verpauperde steden en de noodzaak om nieuwe medische technieken doelnutiger in te ontwikkelen. Alom is men binnen de NHS in de weer met kwaliteitsonderzoek, en het opstellen van 'performance indicators'. Maar voor werkelijke verbeteringen lijken beleidslijnen in de NHS vaak te lang, en de betrokkenheid en zeggenschap van de bevolking te gering. Dat is in zekere zin Labours' Achilles hiel: het feit dat zijn geen "speelplan" heeft om de koers van de NHS te bepalen.

Zo'n speelplan hebben de Conservatives echter wel degelijk. Verschillende en financiering waarin commerciële verzekeraars en ziekenhuizen een grote rol spelen.

Vanaf begin jaren tachtig is een horde Amerikaanse ziekenhuis multi-nationals in Engeland neergestreken. De gezamenlijke capaciteit van Hospital Corporation of America (HCA), Humana Incorporated, American Medical International (AMI) en anderen bedraagt nu rond de 10.000 bedden. AMI bezit bijvoorbeeld 13 moderne ziekenhuizen met meer dan 100 acute bedden; de omzet is ongeveer honderd miljoen gulden per jaar.

De Brit met geld kan nu al goed terecht. Als Thatcher en de haren hun zin krijgen wordt de commerciële sector van 'gouden randje' tot volledige partner van de NHS. Bijvoorbeeld als leverancier van een aanvullend pakket op de steeds magender basisvoorzieningen die de NHS bij ongewijzigd beleid nog te bieden zal hebben.

Deze Engelse lessen zijn leerzaam voor de post-Dekker gezondheidszorg in Nederland. Een strak financieel regime voor het basispakket leidt vanzelf tot vraag naar en politieke ruimte voor commerciële initiatieven. Links in Engeland heeft op die ontwikkeling nog geen antwoord. Al wordt er onder de druk van de crisis ook daar druk gezocht naar mogelijkheden om de NHS flexibeler en in de uitvoering kleinschaliger te maken. Daarin wordt door sommigen zelfs gedacht aan de lokale overheid als organisator, aan non-profit Health Maintenance Organisations (HMOs) en aan coöperatieven die "social-ownership" over voorzieningen uitoefenen. De CDA-ideoloog Oostlander zou zich hier de vingers aflikken bij zoveel linkse creativiteit.

Erik Beydelberg

1. Ben Griffith e.a., *Banking on Sickness* Lawrence and Wishart, London 1987 p. 44;
2. Guardian 21-2-'88;
3. New Society 15-1-'88;
4. Steve Iliffe in *Marxism Today* February 1988.

'Managed Care' in Gezondheids- centra

Meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten

Het verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen in Nederland blijkt niet uit de doelmatigheid. Da's een publiek geheim. In de discussies over verbeteren van doelmatigheid van het verwijs- en voorschrijfgedrag wordt steevast 'de contracteervrijheid' van verzekeraars als doeltreffend middel tegen veel verspilling genoemd. Dhr. Post bijvoorbeeld, adviserend geneeskundige van een ziekenfonds, heeft herhaaldelijk te kennen gegeven graag té nonchalant verwijzende huisartsen zonder pardon 'uit het Fonds te knikkeren'.

Toch doen ook andere oplossingen van dit probleem de ronde. In een experimentele opzet wordt in twee Utrechtse Gezondheidscentra gewerkt met het concept van 'managed care' ofwel letterlijk 'het besturen van de zorg'. De achterliggende denkbeelden komen voort uit de Health Maintenance Organizations: zorg en verzekering gecombineerd in één voorziening.

Peter Lems bespreekt in dit artikel beide opties. Hij stelt dat het opheffen van de contracterplicht bepaald geen paardemiddel is en dus minder efficiënt en effectief zal blijken. Van de 'managed care' in de gezondheidscentra daarentegen mag veel meer verwacht worden: de huisarts als zorgcoördinator, die kleine chirurgische ingrepen voor zijn/haar rekening neemt, met op de achtergrond de specialist in een consultfunctie. Een betere kwaliteit bij gelijkblijvende kosten! Een verstandige (markt) strategie?

Peter Lems, medewerker Barmonisatieraad Welzijnsbeleid

De Health Maintenance Organisation (HMO) begint in de discussie over Nederlandse gezondheidszorg in zwang te raken. Laatstelijk beval de commissie Dekker de HMO aan als onderdeel van haar substitutiestrategie. De geïnteresseerde maar flauwe discussie in ons land over dit verschijnsel staat in schril contrast met de heftige debatten erover in de Verenigde Staten. De HMO's stonden in het begin van de zeventiger jaren in het brandpunt van de politieke belangstelling. Het kamp van Elwood, de geestelijke vader van de HMO, bracht de slogan voort dat de crisis in de gezondheidszorg maar op twee manieren bstrede kon worden. Door een 'health maintenance' -industrie die grotendeels zelfregulerend zou zijn of door gestaag voortgaande maar toenemende overheidsinterventies door middel van regulering, planning en investeringen. En zo geformuleerd kregen de HMO's in de ogen van de Republikeinen politieke betekenis. Op 18 februari 1971 lanceerde president Nixon de 'national-health strategy' met HMO als belangrijkste innovatie in de medische zorg. In die tijd waren er nog maar 30 HMO's. De Amerikaanse regering ging ervan uit dat er in 1976 zo'n 1700 HMO's zouden zijn met ongeveer 40 miljoen deelnemers. Tegen het einde van de eeuw zou dan 90 pro-

cent van de bevolking bij een HMO ingeschreven moeten zijn'. De regering werd echter in deze hooggespannen verwachtingen teleurgesteld, want in 1987 nam minder dan 10 procent van de Amerikaanse bevolking aan een HMO deel.

In ons land heeft de HMO niet de betekenis die het in Amerika heeft. Wij denken meer aan experimenten en filosofieën. In ons land is de HMO een marketinglabel voor op zich zelf zinnige opvattingen en praktijken. Waarschijnlijk is de politieke passie voor de HMO in ons land minder groot omdat de Amerikanen via de HMO iets uitvonden wat wij al hebben, namelijk de huisarts. Een deel van de winst die de HMO's in Amerika boeken door vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen valt in ons land niet meer te boeken. Niettemin leven er in de verzekeringswereld gedachten dat herstructurering van het aanbod van zorg langs HMO-achtige lijnen verspilling in eerste en tweede lijn kan tegen gaan en kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg. De heer Post, adviserend geneeskundige, Regionaal Ziekenfonds Zwolle, publicist en inleider, gebruikt het HMO-label in zijn pleidooi voor contracteervrijheid voor ziekenfondsen. Bij het Zilveren Kruis, een particuliere ziektekostenverzekering, wordt het HMO-label gebruikt in een pleidooi voor 'managed care'.

Contracteervrijheid

Op dit moment zijn ziekenfondsen wettelijk verplicht contracten aan te gaan met medische beroepsbeoefenaars die zich in het werkgebied van het fonds vestigen. Zij beschikken niet over een hard middel dwingend invloed uit te oefenen op het gedrag van medici: verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen en het verrichtingen- en opnamegedrag van specialisten. Daarom vindt Post dat ziekenfondsen, naast de informatie waar zij over beschikken over de gedragsverschillen van individuele medici en maatschappen, de mogelijkheid moeten hebben om ongerechtvaardigde verschillen te elimineren door te dreigen met intrekking van het contract. Contracteervrijheid wordt dan gebruikt als stok achter de deur om zo weinig mogelijk van het gestandaardiseerde gemiddelde af te wijken. Uiteindelijk, als een beroepsbeoefenaar volhardt in zijn of haar verspillend gedrag, kan de relatie met het ziekenfonds verbroken worden. Te denken valt aan de huisarts die een te hoog verwijs- en voorschrijfcijfer houdt en de maatschap die te veel verrichtingen doet en patiënten te snel en te lang opneemt.

Volgens Post is het op die manier gebruiken van de contracteervrijheid gerechtvaardigd omdat in zijn algemeen-

heid geldt dat *minder* beter is. Kwaliteit in niet meer maar minder van hetzelfde: minder verwijzingen naar de specialist, minder en goedkopere geneesmiddelen, minder diagnostische verrichtingen, minder operaties, opnamen en minder in het ziekenhuis doorgebrachte dagen. Daarbij wordt als norm gehanteerd het gestandaardiseerde gemiddelde van alle praktijken in een bepaald gebied. Het absolute verwijs-cijfer van huisartsen bijvoorbeeld wordt gecorrigeerd door rekening te houden met de leeftijdsopbouw van de praktijk. Zo komt men de relatief te veel verwijzen- de zwarte schapen op het spoor.

Contracteervrijheid zal niet alleen gebruikt worden om het verrichtingengedrag van specialisten te beïnvloeden maar ook om samenwerking het huisartsen af te dwingen. Specialist die bereid zijn intensief met huisartsen samen te werken worden in de optiek van Post niet alleen beloond met een contract met het ziekenfonds maar ook met een constante stroom verwijzingen van huisartsen, uiteraard met het bijbehorende werk en inkomen. Omdat huisartsen vaak zelf beslissen naar welke specialist of welke maatschap zij verwijzen kan de verwijzing als machtsmiddel gehanteerd worden om coöperatief gedrag van de specialist af te dwingen. Voor de verzekerde bij het ziekenfonds betekent dit dat deze alleen gebruik mag maken van de diensten van artsen die door het fonds gecontracteerd zijn. Daarmee wordt inbreuk gemaakt op het recht van de patiënt op vrije artskeuze. Maar volgens Post is dat geen probleem omdat dit recht in de praktijk toch als een wassende neus fungeert. In de tijd dat Post als huisarts werkte (op het platteland) hadden de artsen aldaar afgesproken geen patiënten van elkaar over te nemen. Patiënten hadden het recht op vrije artskeuze wel, maar konden er door de opstelling van de huisartsen geen gebruik van maken. Volgens Post zou de taakverdeling met de beroepsbeoefenaars zo moeten zijn dat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de geboden dienstverlening en dat het ziekenfonds verantwoordelijk is voor prijs en volume ervan.

Managed care

De ziektekostenverzekering het Zilveren Kruis heeft de noodlijdende gezondheidscentra Boomstede en Spechtewijk te Maarssen, die beide in één bestuurlijke eenheid zijn ondergebracht, de helpende hand toegestoken. Het Zilveren Kruis wil samen met de gezondheidscentra de dienstverlening langs HMO-achtige lijnen herstructureren. Doel van deze herstructurering onder andere te bekijken of zouden kostenverhoging kwaliteit en service verbeterd kunnen worden.

Veel tijd is tot nog toe besteed aan de

afwikkeling van de financiële problemen van beide gezondheidscentra. De herstructurering van de dienstverlening is grotendeels nog 'filosofie' en heeft nog geen concrete zorgacties opgeleverd.

In de zorgfilosofie staat de zogenaamde 'managed care' voorop. Deze term verwijst naar een infrastructuur van samenwerkende voorzieningen in eerste en tweedelijns. Tegelijkertijd houdt 'managed care' de individuele begeleiding van de patiënt in. Het systeem van voorzieningen dat onderdeel van de infrastructuur uitmaakt speelt daarbij een belangrijke rol. De totstandkoming van de infrastructuur is de verantwoordelijkheid van de verzekeraar en het management van de gezondheidscentra terwijl aan de huisarts de rol is toebedeeld de patiënt de begeleiden in zijn gang langs de verschillende voorzieningen.

De huisarts neemt in de zorgfilosofie van het Zilveren Kruis dan ook een centrale plaats in. Zijn medische deskundigheid moet worden versterkt en de behandeling van psychische en psychosociale problemen moet aan anderen worden overgelaten. Dit spoort overigens met het beleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging die op dit moment ook pleit voor vergroting van de medische deskundigheid van de huisarts onder andere door verlenging van de huisartsenopleiding. In de praktijk zal dit bijvoorbeeld kunnen betekenen dat voor bepaalde kleine chirurgische ingrepen minder snel naar de specialist verwezen wordt. Dat geldt ook voor bepaalde vormen van diagnostisch onderzoek.

In deze zorgfilosofie gaat vergroting van de medische deskundigheid hand in hand met een andere rol voor de specialist. Deze is niet primair diagnosticus of behandelaar maar *consulent* van de huisarts. Dit vraagt om intensieve samenwerking met specialisten; zij moeten bereid zijn deze rol te accepteren. Zij zullen de huisarts op hun terrein moeten toelaten: één van de begeleidingsaspecten is namelijk dat de specialist het onderzoek van de huisarts niet nog eens overdoet en dat overleg over het aantal en soort verrichtingen, opname en opnameduur plaats vindt.

Horizontale en verticale integratie

Om de zorg te kunnen 'besturen' is horizontale en verticale integratie noodzakelijk. Horizontale integratie betekent samenwerking en afstemming van eerstelijns disciplines. De huisarts fungeert daarbij als coördinator, integrator van de hulpverlening. Ten aanzien van de medisch georiënteerde disciplines (wijkverpleging bijvoorbeeld) zal dit betekenen dat de huisarts weer de uit-



eindelijk verantwoordelijke wordt.. Daarnaast brengt het coördinatorschap ook met zich dat de huisarts goed op de hoogte moet zijn van wat er aan hulpverlening rond de patiënt plaats vindt en plaats gevonden heeft.. Daarom wordt grote waarde gehecht aan automatisering en het koppelen van gegevensdata van verschillende hulpverleners (integratie van informatie). Op deze wijze is de gewenste informatie snel beschikbaar..

Verticale integratie behelst de samenwerking met specialisten en ziekenhuizen. Hierdoor wordt de discontinuïteit, van de echelons vervangen door de continuïteit van een groter circuit. De huisarts begeleidt daarin de patiënt bij alle stappen en de specialist treedt op consul-

Verticale integratie in noodzakelijk om bijvoorbeeld thuiszorg mogelijk te maken. In de optiek van het Zilveren Kruis zou het zo moeten zijn dat de specialist, die een patiënt uit het ziekenhuis wil ontslaan om thuis verder te herstellen, contact opneemt met de manager van het gezondheidscentrum. Deze

informeert vervolgens de betrokken hulpverleners zodat zij in actie kunnen komen. Dit kan omdat er afspraken zijn over opname-duur, omdat het gezondheidscentrum samenwerkt met gezinszorg en omdat de behandelend specialist iemand in het gezondheidscentrum aan kan spreken zodat er voorzieningen kunnen worden getroffen om de patiënt thuis op te vangen.

Medewerking

Cruciaal voor het experiment in Maarssen is de bereidheid van specialisten en ziekenhuizen aan dit experiment mee te werken. Zonder verticale integratie is 'managed care' niet mogelijk. Maar op de medewerking wordt gerekend omdat specialisten afhankelijk zijn van verwijzingen door de huisarts. De huisarts is als de patiënt geen duidelijke voorkeur heeft, wat meestal het geval is, vrij om te verwijzen naar de specialist of maatschap die hem of haar goedgeeft.. De verwijzingsmacht kan worden gebruikt om de bereidheid tot samenwerking met de huisarts af te dwingen. Wie zich niet coöperatief opstelt

krijgt geen patiënten. Een gezondheidscentrum waarin meerdere huisartsen werkzaam zijn is hier in het voordeel ten opzichte van de solistische huisarts, die in zijn eentje weinig verwijzingsmacht heeft. Samenwerkende huisartsen hebben al een grotere verwijzingsmacht omdat zijn gezamenlijk heel wat patiënten doorverwijzen. Bovendien wordt op de samenwerking gerekend omdat overdrachtsinformatie (bijvoorbeeld overdracht van de patiënt van het ziekenhuis naar huis) gemakkelijk verstrekt kan worden aan een persoon in het gezondheidscentrum die er verder zorg voor draagt dat de hulpverleners worden geïnformeerd.

Verwijs- en verrichtingen-gedrag openbaarmaken

Onder het HMO-label voert Post strijd voor de contracteervrijheid van ziekenfondsen. Hij ziet dit als hard middel om het gedrag van beroepsbeoefenaren te beïnvloeden. Maar contracteervrijheid is meer dan het opheffen van de wettelijke contracteerplicht. In-

dien contracteervrijheid betekent dat met een beperkt aantal beroepsbeoefenaren een contract wordt aangegaan, kan het ziekenfonds haar regionale monopolie niet behouden. Op dit moment zijn ziekenfondspatiënten verplicht zich in te laten schrijven bij het fonds dat in hun woongebied actief is. Meestal is dat er maar één. Want deze fondsverzekerden mogen dan alleen gebruik maken van de diensten van beroepsbeoefenaren die door het fonds gecontracteerd zijn. En dan komt het recht van vrije artskeuze in het gedrang. De verplichting lid te worden van een bepaald fonds moet gepaard gaan met een contractplicht voor het ziekenfonds, terwijl contracteervrijheid gepaard moet gaan met de vrijheid van de patiënt een eigen fonds te kiezen. Tenminste als de vrijheid van artskeuze geen wassen neus is. Natuurlijk wordt op dit recht in de huidige praktijk inbreuk gemaakt. Huisartsen wordt op dit recht in de huidige praktijk inbreuk gemaakt. Huisartsen op het platteland die de afspraak hebben geen patiënten van elkaar over te nemen hebben feitelijk een monopoliepositie. In de grotere steden hebben de huisartsen die tot een waarnemingsgroep behoren (5-7 personen) de afspraak geen patiënten van elkaar over te nemen. De vrije artskeuze is dan enigszins beperkt maar toch nog vrij groot.

In de praktijk zal contracteervrijheid dan ook niet gebruikt worden om maar een beperkt aantal contracten te sluiten (dat is praktisch ook niet mogelijk) maar als stok achter de deur om in incidentele gevallen een beroepsbeoefenaar uit te sluiten. De mogelijkheid tot uitsluiting zal op beroepsbeoefenaren al een gedragscorrigerend effect hebben. En het is zelfs nog de vraag of het tot uitsluiting komt. De huisarts die naar de mening van een fonds volhardt in zijn verspillend gedrag maar door zijn patiënten gewaardeerd wordt kan het het fonds moeilijk maken het contract op te zeggen.

Al met al lijkt contracteervrijheid mij een minder hard middel dan Post wil doen geloven. Maar door alle nadruk op de harde middelen wordt gemakkelijk vergeten dat 'zachte' instrumenten vaak even effectief zijn. Ziekenfondsen hebben een monopolie op de informatie over het verwijs-, voorschrijf-, verrichtingen- en opnamegedrag van huisartsen en specialisten. Deze informatie en met name de verschillen tussen beroepsbeoefenaren kan veel handiger gebruikt worden. Post bijvoorbeeld treedt als adviserend geneeskundige in overleg met huisartsen en specialistenmaatschappen die afwijken van het gestandaardiseerde gemiddelde en probeert er achter te komen waarom zij afwijken. Afwijkingen waarvoor geen aannemelijke verklaring te vinden is, zijn verspilling. Op

deze wijze slaagt hij erin gedragsveranderingen tot stand te brengen bij medici. Deze informatie zou ook openbaar gemaakt kunnen worden en ter kennis kunnen worden gebracht aan huisartsen die daar rekening mee kunnen houden bij verwijsbeslissingen.

Verstandige marktstrategie

Bij het Zilveren Kruis ligt het accent op 'managed care' en op het ontwikkelen van een infrastructuur voor 'managed care' (horizontale en verticale integratie). Daarbij gaat het er primair niet om de kosten te verlagen, maar om kwaliteitsverbetering bij gelijkblijvende kosten te realiseren. Op lange termijn is dit een verstandige marktstrategie. De extra kosten voor apparatuur, management en dergelijke moeten terugverdiend worden door minder verspilling in de tweedelij (minder ligdagen, minder diagnostische en therapeutische verrichtingen). Maar het is nog grotendeels een zorgfilosofie. Aan de horizontale integratie wordt hard gewerkt. Wat het Zilveren Kruis op dit terrein op korte termijn tot stand wil brengen, komt bij gezondheidscentra in den lande langzaam op gang: ontwikkeling van coördinatie en management, bestuurlijke herordening, automatisering, vermindering van het aantal overlegsituaties en meer aandacht voor de ontwikkeling van het eigen vak.

De verticale integratie moet nog tot stand worden gebracht. De verwijsmacht van de huisartsen in het gezondheidscentrum is toch te gering (jaarlijks een beperkt aantal verwezen patiënten) om specialisten onder druk te zetten. Specialistinnen zullen dus om andere redenen aangetrokken moeten worden door dit experiment. Bovendien moet het probleem worden opgelost met wie er samengewerkt moet worden. Met alle vijf ziekenhuizen in de omgeving van Maarssen of slechts met enkele. De tijd zal leren of deze praktische problemen overwonnen kunnen worden.

De hulpverleners van de beide gezondheidscentra zijn voor dit experiment gewonnen. Dat kon ook niet anders, zij stonden vanwege het dreigende faillissement met de rug tegen de muur. De zorgfilosofie van het Zilveren Kruis ligt gelukkig in het verlengde van wat oorspronkelijk in gezondheidscentra gepropageerd werd. De vraag blijft of verticale integratie tot stand zal komen en wat de patiënten die bij de huisartsen van het gezondheidscentrum ingeschreven zijn van de nieuwe ontwikkelingen zullen vinden. Zullen zij de kwaliteitsverbetering die het gevolg zal moeten zijn van 'managed care' opmerken en waarderen? Om het te kunnen merken moet de patiënt ervaren dat de gang van zaken tijdens het experiment anders, meer bevredigend is dan de gang van zaken vroeger. Zullen patiënten mer-

ken dat er minder onderzoek door de specialist wordt gedaan, dat de huisarts meer verrichtingen voor eigen rekening neemt en dat de patiënt door de huisarts begeleid wordt? Het experiment zal het leren. Als 'managed care' tot verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening leidt, die door patiënten wordt opgemerkt en gewaardeerd, dan is er voor deze vorm van zorgverlening een toekomst weggelegd. ~

Health Maintenance Organizations

Health Maintenance Organizations (HMO's) zijn particuliere gezondheidszorginstellingen, die zowel medische hulp als ziektekostenverzekeringen produceren. Beide functies zijn, anders dan momenteel in Nederland het geval is, onder één 'dak' gebracht. Zowel een goede, uitgebreide medische zorg als concurrerende prijzen zijn voor de marktpositie van doorslaggevend belang. HMO's concurreren onderling, met als de traditionele Amerikaanse gezondheidszorg instellingen. HMO's werken voornamelijk regionaal, ook al maken zij soms deel uit van een landelijke keten. Een kleine twintig miljoen Amerikanen zijn bij HMO's verzekerd. Er zijn veel onderlinge verschillen tussen de organisaties maar het centrale kenmerk is het gecombineerde aanbod van zowel zorg als verzekering.

Brengt 'het plan Dekker' een omwenteling?

Eén jaar geleden bracht de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, beter bekend als de Commissie Dekker haar lang verwachte rapport uit. Zowel in de politiek als onder de werkers en de verzekeraars in de gezondheidszorg bracht de inhoud van het rapport de nodige opschudding te weeg. Een grondige herziening van het verzekeringsstelsel voor ziektekosten (inclusief een heuse volksverzekering, met beperkt pakket) en het hanteren van prikkels tot doelmatig handelen van zowel aanbieders als consumenten van zorg vormden de crux van het voorstel.

Inmiddels zijn we een jaar verder. De regering heeft tot op heden gesteld, zij het met veel pijn en moeite, dat die stelselherziening er wel komt. Weliswaar pas na 1990. Toch heeft zij in de achterliggende periode 'voorzichtig' al delen van het 'plan Dekker' ingevoerd. Gerrit Jan van Otterloo, woordvoerder Volksgezondheid voor de Partij van de Arbeid, blikt terug: welke maatregelen zijn al ingevoerd, wat zijn er van de consequenties en, vooral, tot welke veranderingen is men eigenlijk bereid?

Gerrit Jan van Otterloo Lid van de Tweede Kamer voor de Partij van de Arbeid, Wordvoerder Volksgezondheid.

Eén jaar later, een mist van besluiteloosheid

Het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg vond eigenlijk haar oorsprong in het onvermogen van CDA en VVD om te komen tot een veelomvattende en sluitende visie op de voornamelijk financiële problemen in de gezondheidszorg (en de maatschappelijke dienstverlening). Daarnaast wilde men 1200 miljoen ombuigen c.q. bezuinigen. Voor de éne helft (600 miljoen) slaagde het kabinet er wel in om tenminste voorstellen te doen in de sfeer van het totale volume. Vanwege de ideologische gefundeerde discussie over de collectieve lasten, welke door hun hoogte de economische

ontwikkeling zouden bedreigen, moesten er vervolgens nog eens 600 miljoen worden gevonden. In plaats van inkomensafhankelijke bijdragen zou deze 600 miljoen door middel van eigen bijdragen en eigen risico's geïnd moeten worden. In economisch opzicht zou het met Nederland beter gaan als zieken en ouderen voortaan meer aan hun ziektekosten zouden bijdragen. De voorstellen voor deze tweede tranche van 600 miljoen zouden per 1 juli 1987 ingevoerd moeten worden.

Over de lange-termijn-ontwikkelingen dacht overigens niet alleen de Com-

missie Dekker na. Ook de wetenschappelijke bureau's van VVD, CDA en PvdA en de Tweede Kamerfractie van de PvdA werkten aan beschouwingen en plannen. In alle rapporten kwam als onderliggende gedachte een algemene verzekering of een volksverzekering of een zorgverzekering tegen ziektekosten (en aanpalende zaken) als oplossing voor het kostenbeheersingsvraagstuk naar voren. Slechts in de nota 'Naar een Algemene Wet Ziektekosten' van de fractie van de Partij van de Arbeid was een doorgerekend voorstel te vinden. De andere partijen waagden zich niet een doortrekening van hun eigen voor-



Werkonderbreking.

Foto: Bram den Hollander/Hollandse Hoogte

stellen. Het rapport van de Commissie Dekker bevatte vervolgens voor 'elk wat wils'. Hoewel het kabinet een eerste positieve reactie op de voorstellen van de Commissie Dekker gaf, was het die na korte tijd al weer vergeten. Slechts de korte termijn leek het kabinet Lubbers echt te interesseren. Alle veranderingen voor de structuur en financieringen verdwenen in een mist van besluiteloosheid. Wel offers vragen van ziekenfondsverzekerden maar geen garantie bieden voor een grotere solidariteit van de kant van de particulier verzekerden.

Krenten uit de pap

Voor diegene die in het algemeen het beleid van dit kabinet volgen is het natuurlijk geen verrassing dat de 'overall visie' vooral behelst dat men bij voorkeur slechts de kwetsbaren in de samenleving meent te moeten C.q. te kunnen treffen. Voor de bestaande machtsblok-

ken gaat men liever een straatje om. In juni 1987 kwam men met twee voorstellen voor de invulling van de 600 miljoen aan financieringsverschuivingen. Voor de medisch specialist zou in het vervolg voor een verwijskaart een eigen bijdrage van 25 gulden per kaart worden gevraagd en de tandheelkundige verzorging voor volwassenen zou niet langer door het ziekenfonds vergoed worden. Het 'verwijsgeeltje' stuitte bij CDS en VVD niet op een groot verzet. Inmiddels is deze eigen bijdrage dan met een vertraging van 7 maanden per ingang van 1 februari j.l. ingevoerd. Het voorstel voor de overige 500 miljoen is nog steeds niet verwezenlijkt. Mede dankzij het verzet tegen het uitkleden van het ziekenfondspakket, is dit voorstel gelukkig nog steeds niet uitgevoerd. Na een aantal aanvullingen van het oorspronkelijke voorstel, kwam het kabinet tot de conclusie dat zij deze pakketverkleining maar moest uitstellen tot later (1990?). Nu is het voorstel gedaan

om een nominale premie voor de ziekenfondsverzekering in te voeren. Door de invoering van een nominale premie zullen vervolgens de lagere inkomensgroepen en de gezinnen met kinderen onevenredig getroffen worden. Dat is 't gevolg van het loslaten van de inkomensafhankelijkheid en het doorbreken van het principe van dat men premie betaald onafhankelijk van het aantal met mee verzekerder (gezins)leden.

Van alle kanten heeft het kabinet het verwijt gekregen slechts de krenten uit de pap te pikken en aan een structurele aanpak voorbij te gaan. Men moet in alle objectiviteit, en nog los van verschil in politieke opvattingen, vaststellen dat dit inderdaad het geval is. Men zoekt en vindt slechts de ziekenfondsverzekerden als slachtoffer van dit kabinetsbeleid. Illustratief in dit verband is het feit dat een kamermeerderheid van PvdA en CDA telkenmale het kabinet er toe moet dwingen voort te maken met de lange termijn voorstellen.

De link met de voorstellen van de Commissie Dekker is er in beperkte mate. Ook deze Commissie stelde voor een eigen bijdrage voor een verwijskaart in te voeren, een deel van de premie los te koppelen van het inkomen en het pakket uit te kleden; onder andere de tandheelkundige verzorging voor volwassene moest in het aanvullende pakket worden ondergebracht. Dit alles was echter tenminste onderdeel van een totaalvisie. Hoe zeer men ook van mening kan verschillen over de juistheid van deze visie, het kabinet heeft tot nu toe van een totaalvisie weinig blijkgegeven. (Het is mogelijk dat bij het uitkomen van dit nummer het kabinet eindelijk, na de zoveelste vertraging, wel een meer omvattende voorstel heeft gepresenteerd)

Echte veranderingen?

Wanneer we willen vaststellen of de huidige overvloed aan rapporten en nieuwe initiatieven werkelijke veranderingen tot stand zullen brengen, is enige scepsis wel op zijn plaats. De gezondheidszorg heeft zich nooit echt veranderingsbereid getoond. Versterking van de positie van de patiënt/cliënt, versterking van de eerste lijn, heroverweging van de positie van vrije beroepsbeoefenaren komen slechts zeer moeizaam tot stand. Vaak ook worden nieuwe beleidskeuzes voordat zij volop in de praktijk hun eventuele waarde hebben kunnen bewijzen, overvleugeld door weer andere denkbeelden. Eén van de oorzaken is dat alle veranderingen vaak heel veel tijd vragen. Anders dan de huidige waan van de dag doet geloven komt dat in de gezondheidszorg niet door te veel overheidsbemoeienis. Er is geen enkel onderdeel van de min of meer collectief gefinancierde sector waar het particulier initiatief en de kleine zelfstandigen het zo voor het zeggen hebben als in de gezondheidszorg. Het eenvoudigweg terugtreden van de 'overheid' (oftewel democratisch gekozen organen) kan nooit de oplossing van alle problemen opleveren. Wel dient de overheid keer op keer vast te stellen wat de meest succesvolle interventiestrategie op dat moment zal zijn.

Volksverzekering

Of er een echte volksverzekering oude stijl tot stand zal komen is zeer twijfelachtig. In de eerste plaats richten alle voorstellen van de Commissie Dekker en het kabinet zich op een basisverzekering, het geen per definitie inhoudt dat slechts een beperkt pakket verplicht verzekerd zal zijn. In de tweede plaats wordt een belangrijk gedeelte van de gezondheidszorg nu al gefinancierd middels eigen bijdragen, eigen risico's. Dat zal alleen maar toenemen als ook

(delen van) de maatschappelijke dienstverlening, met bijvoorbeeld de bejaardenzorg en de gezinszorg, ondergebracht worden in diezelfde ene verzekering. In de derde plaats brengt de huidige wijze van financieren met zich mee dat er grote verschillen zijn in de toepassing van het solidariteitsbeginsel in respectievelijk het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering. Daarbij zal ook de individualisering niet nalaten haar invloed te doen gelden. En in de vierde plaats zal de wijze van premieheffing voor volksverzekering anders zijn dan nu het geval is, wanneer in de komende jaren het systeem Oort in de belasting- en premieheffing zal zijn ingevoerd.

Het pakket

Van groot belang voor de beoordeling van de nieuwe verzekering zullen de omvang en de inhoud van het pakket zijn. De voortekenen zijn wat dat betreft weinig hoopvol. In navolging van de Commissie Dekker spreekt het kabinet ook over een basispakket dat 85% van het totaal aan voorzieningen zal omvatten. Anders dan de Commissie Dekker echter heeft gedaan is het kabinet nog niet gekomen met een invulling van wat in die resterende 15% zou moeten worden ondergebracht. Behalve het vooruitschuiven van het schrapen van

van het aanvullende pakket. Het is moeilijk om in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zaken aan te wijzen die door iedereen in gelijke mate worden gebruikt, of waar het risico voor een ieder gelijk is. Een pakket waar alle belangrijke voorzieningen inzitten, maar een te hoog nominale premie kent, is nog altijd te prefereren boven een te klein pakket. Omdat de consumptie zo ongelijk verdeeld is over de gehele samenleving en bijvoorbeeld meer samenhangt met leeftijd of algehele gezondheidssituatie, zullen velen zich voor bepaalde onderdelen niet meer aanvullend verzekeren. De korte termijn winst wordt geïncasseerd in het licht van de toch al moeilijke inkomenspositie van velen. Daarbij moet worden vastgesteld meer kostenbeheersing zal opleveren dan allerlei prikkels aan de vraagzijde in te bouwen.

Patiënt! cliënt

Hoewel er al jaren gesproken wordt over versterking van de positie van de patiënt/cliënt in de gezondheidszorg hebben echte doorbraken nog niet plaats gehad. Het lijkt erop dat slechts een overschot aan afgestudeerden beroepsbeoefenaren, voorzover zij erin slagen de zittende collegae te beconcurreren, leidt tot een wat patiëntvriendelijker opstelling. Hetzelfde geldt min of meer voor instellingen, zolang er nog

Een pakket waar alle belangrijke voorzieningen inzitten, maar een te hoge nominale premie kent, is nog altijd te prefereren boven een te klein pakket.

de tandheelkundige verzorging van volwassenen is er nog geen aanwijzing gekomen voor de echte invulling. Dat bij de vaststelling van een nieuw pakket kritisch wordt gekeken naar de inhoud is vanzelfsprekend. De samenstelling van het echte pakket zal getoetst moeten worden aan de mate waarin de solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond, vrouwen en mannen vorm wordt gegeven.

Een van de grootste aanvallen op dit solidariteitsbeginsel wordt gevormd door de geringe herverzekeraarheid

een tekort bestaat overheerst er een zekere mate van arrogantie. Met name de Mediscenres zijn wel geafficheerd als een stap vooruit bij een vriendelijker benadering van de patiënt. Nu lag dat niet zozeer aan de medisch-technische opzet doch veel meer aan de franje er om heen. Daarbij doorbraken zij echter wel de informele code binnen de ziekenhuiswereld dat men wel elkaar beconcurrereert met relaties met huisartsen, doch niet in de eerste plaats met patiëntvriendelijke activiteiten zoals avondspreekuren.

Experimenten

De geschiedenis met de Medicentres van Vendex hebben wel laten zien dat in de huidige verzadigde markt iedereen zich weer tot de overheid wendt, teneinde financiële ondersteuning te krijgen. Op zichzelf liggen er hele interessante vraagstukken op het terrein van een betere afstemming eerste en tweede lijn. Hoe om te gaan met de vragen naar meer specialistische kennis bij de huisarts? Hoe kan het aantal onnodige diagnostische verrichtingen worden beperkt? Zal de specialist ook buiten het ziekenhuis en dicht bij de patiënten optreden wanneer er steeds minder ziekenhuizen zullen zijn? Eén ding staat voor mij wel vast namelijk dat het vastlopen van de medisch-specialistische gezondheidszorg voor een belangrijk deel terug te voeren is op "het individuele winststreven van de specialist. En het huidige stelsel van vrije beroepsbeoefenaren maakt het onmogelijk om de grote kostenveroorzakers onder deze groep daadwerkelijk aan te pakken. Degressieve tarieven zijn in de praktijk eenvoudigweg niet goed te verwezenlijken. De pech is echter dat de juiste

organisatorische oplossing van specialisten in het ziekenhuisbudget c.q. in loondienst niet in de mode is. De verheerlijking van de kleine zelfstandigen vindt ook hier zijn weerklink.

Er is wel een grote eensgezindheid te ontdekken op het punt van de 'contractplicht'. Deze heeft haar langste tijd gehad en zal waarschijnlijk deel uit maken van het eerste pakket wijzigingen in de structuur.

Verzekeraars

De positie van de ziekenfondsen en de particuliere ziektenkostenverzekeraars zal in de toekomst veranderen. De regionale monopoliepositie van de ziekenfondsen zal bij een volksverzekering verdwijnen. Nog afgezien van de vraag of de consument gediend is met slechts een enkele verzekeraar, welke in de praktijk functioneert zonder al te veel democratische controle, is het niet realistisch om een zodanige revolutie tot stand te brengen dat alle particuliere ziektekostenverzekeraars in een geweldige beweging zouden verdwijnen. Dat betekent dat de non-profit verzekeraars ook toegang tot de markt zouden moe-

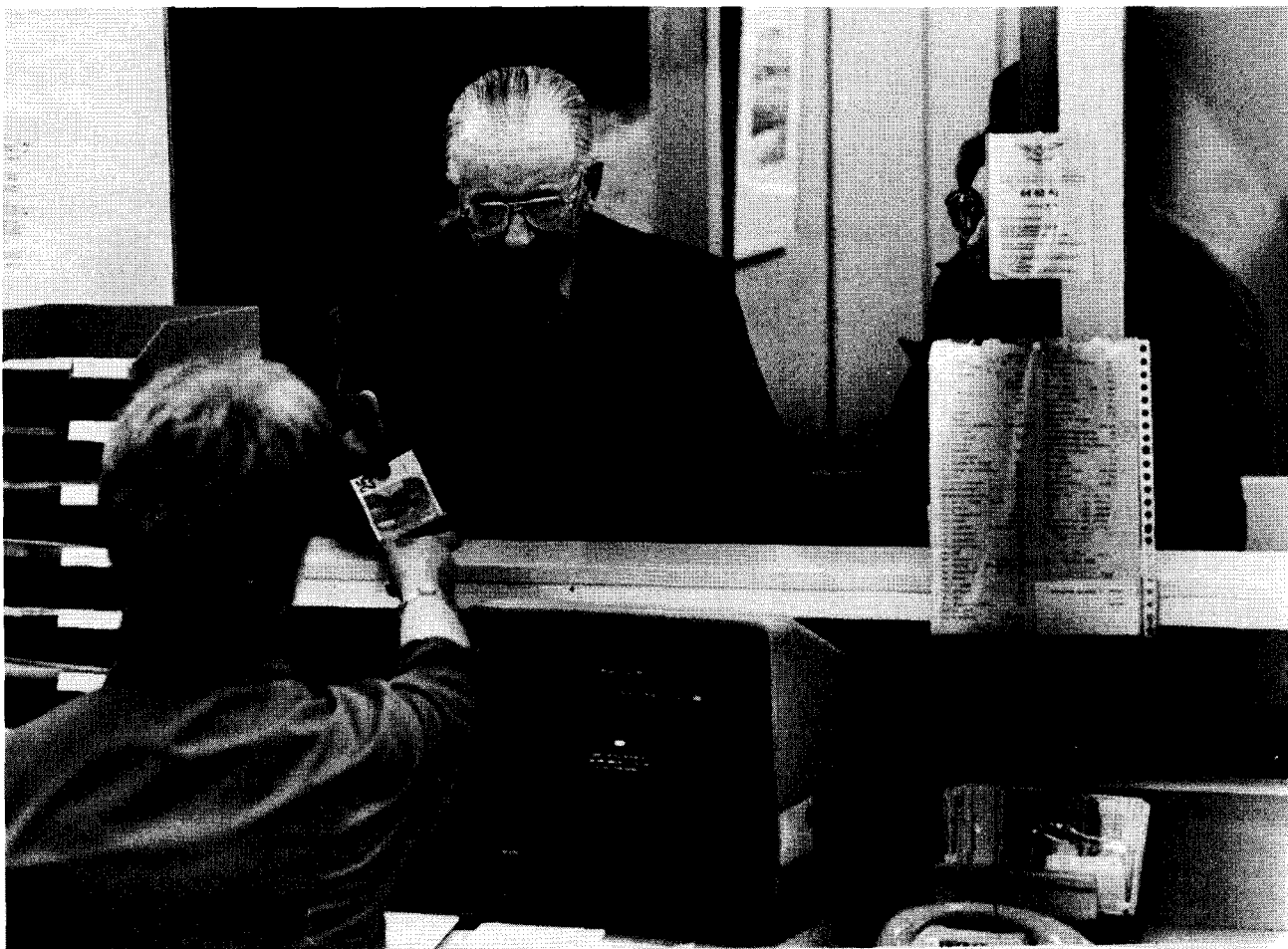
ten krijgen. Of het kabinet in haar voorstellen de winstbeoogers zal uitsluiten is overigens maar zeer de vraag, gezien de machtspositie die de grote verzekeringsmaatschappijen hebben.

Concurrentie tussen verzekeraars kan in het belang van de patiënt zijn. Wil er echter ook sprake zijn van kostenbeheersing dan zal men toch een minimumeis qua grootte aan het verzekerdenbestand in een bepaalde regio moeten stellen. Ongelimeerde toegang tot de verzekeringsmarkt ondermijnt een deskundig tegenspel van de verzekeraars tegenover de leveranciers van de zorg. Het model dat Dekker daarbij voorstelt zal niet echt kunnen functioneren.

Er zullen minder verzekeraars overblijven. Niet alleen onder de ziekenfondsen, maar ook onder de particuliere ziektenkostenverzekeraars zullen slachtoffers vallen. De particuliere ziektenkostenverzekeraars kennen namelijk een veel hoger percentage aan administratiekosten dan de ziekenfondsen en zij zullen meer kennis van de gezondheidszorg moeten ontwikkelen, willen zij kunnen overleven.

Specialistengeeltje

Foto: Bert Verhoeft/Holliandse Hoogte



Overheid

Onder deze (schuld)naam wordt vaak alles in de gezondheidszorg verstaan waarbij anderen dan het particulier initiatief, danwel 'het veld' zelf, invloed proberen uit te oefenen. Mijn grote zorg is dat bij een terugtrekkende overheid een groot deel van de invloed van democratische controle op de gezondheidszorg verloren gaat. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg laten bewaken door het zogenaamde maatschappelijk middenveld of geheel overlaten aan het werk van de maatschappelijke krachten, is hoogst riskant. Het maatschappelijk middenveld vertegenwoordigt maar een beperkt deel van de samenleving. De nog steeds niet integraal ingevoerde WVG dreigt voorgoed te verdwijnen. Een ding is duidelijk geworden: het hele overheidsproces is niet zozeer het gevolg van mislukken van overheidsbemoeienis maar van bestaande harde machtsposities. Met andere woorden via de overheid poogt men de eigen positie te versterken, iets dat bij het maatschappelijk middenveld nog in versterkte mate aanwezig is. Moeten de patiënten/consumënten het slachtoffer worden van dit ontbreken van democratische controle?

Aan de kant van de instellingen en beroepsbeoefenaren is een doorbraak op het gebied van samenwerking nodig. Daar toont de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zich vaak zeer onmachtig. Niet de kwaliteit en de gebruikerswensen staan voorop maar het eigenbelang. Wanneer beroepsbeoefenaren (in instellingen) hun monopolieprincipe verlaten zouden lukt het misschien geïntegreerde dienstverlening aan te bieden. Berichten zoals die uit het Zeeuwse, als zou men daar de samenwerking in de eerste lijn niet voort kunnen c.q. willen zetten, omdat men elkaars concurrenten is geworden, laten zien waar men de prioriteiten legt: namelijk bij het eigen belang. De oprichting door mensen uit de Kruiswerk van een commercieel thuiszorgbureau in plaats van zelf vanuit het Kruiswerk een goede thuiszorg te organiseren en de prioriteiten daar te leggen waar zij horen stemt weinig vreugdevol.

Engelse toestanden

De toekomst ziet er niet al te rooskleurig uit. De (dubbele) vergrijzing zal de vraag naar gezondheid en gezondheidszorg sterk doen toenemen. Indien wij het stelsel laten zoals het nu is zal een tweedeling zich in versnelde mate gaan voortzetten. De ouderen, de zieken en de grotere risico's in het ziekenfonds, en daarnaast een bloeiend particulier circuit. Mensen die afhankelijk zijn van de overheid zullen Engelse toestanden mee gaan maken: te weinig

middelen, lange wachtlijsten en in toenemende hogere lasten, die met name de lagere inkomensgroepen zullen treffen. De optimisten zullen zich wat dat betreft niet kunnen vasthouden aan de stelling dat alle veranderingen in de gezondheidszorg zo langzaam gaan. De andere ontwikkelingen zetten door en zullen mede in de huidige politieke verhouding in bergafwaartse richting gaan.

Maar zoals het er nu naar uit ziet zullen pas in de volgende kabinetsperiode echt ingrijpende wijzigingen tot stand worden gebracht. Misschien zit de PvdA dan in een meer invloedrijke positie als het gaat om het tot stand brengen van een rechtvaardige en gezonde structuur en financiering van de gezondheidszorg. De hele problematiek zal zeker bij de komende verkiezingen een zeer belangrijke plaats innemen.

1. Contracteerplicht: Krachtens de Ziekenfondswet worden de verzekeraars verplicht met in principe iedere hulpverlener of hulpverlenende instelling een overeenkomst aan te gaan.

THEMA

Hoe preventie omschreven wordt, hoe het onderzocht of toegepast wordt, in de kern van de zaak gaat het om het beheersen van onze gezondheid. In de zestiger jaren werd veel kritiek geleverd op het individualiseren van problemen. Een kritische benadering moest worden ontwikkeld. Artsen moesten niet alleen genezen, maar ook signaleren als er onder werknemers in eenzelfde bedrijf opvallend veel dezelfde klachten voorkwamen. De critici van toen zijn de onderzoekers van nu. Preventie-onderzoek en toepassingen zijn niet meer weg te denken in de huidige samenleving. Verschillende artikelen van dit thema bieden een blik en bezinning op deze ontwikkelingen.

Preventie beweegt zich tot ver buiten het directe terrein van de gezondheidszorg. Van alle kanten wordt de mensen gesuggereerd voorzichtig met onze wereld om te gaan. Veronica bombardeert ons met de 'fitheidsrage' (SPIJKER). Ons wordt voorgehouden dat we een keuze kunnen maken om ziekte voor te blijven. Door het kiezen voor een gezonde 'life-style' blijven we ongezondheid de baas. Lukt dit niet, worden we ziek, dan is het onze eigen schuld.

Screeningsprogramma's zijn niet meer weg te denken uit onze samenleving. Bevolkingsonderzoeken, pré-natale onderzoek, aids-testen zijn

enkele voorbeelden. Zij hielden perspectieven op gezondheid die het individu voor vergaande keuzes stelt. Testen worden aangeboden die mogelijke stoornissen in een vroeg stadium kunnen opsporen (WINTER). Welke ouder wenst niet het beste voor zijn kind? Maar met de vroege signalering van afwijkingen ontstaat een beheersbaar zijn van lijfen leden met het gehalte van een halve waarheid. De keerzijde vormt een reeks nieuwe keuzeproblemen in de zeggenschap over leven en dood, gezond en gebrekkig leven.

De belangstelling van de politiek en beleidsmakers voor preventie is niet in het minst te verklaren uit het streven om de kosten voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening te drukken. De Nederlandse sterftecijfers kunnen verder dalen door leefgewoonten te beïnvloeden met behulp van preventieve programma's (SCHRIJVERS). Gezond gedrag financieel belonen, ongezond gedrag duurder maken. Alle kosten van preventie van sterfte in ogenschouw nemend zal het zorgsysteem wel duurder zijn omdat bij een langer leven meer zorg voor handen moet zijn. Daarentegen kan de zorgverlening wel goedkoper worden met de preventie van zorgbehoeften bij mensen met ziektes, waar je niet gelijk dood aan gaat, en bij handicaps. Het cliëntgebonden budget, waarbij de hulpvrager geld krijgt om de benodigde zorg zelf te organi-

PREVENTIE

seren zou wel eens preventief kunnen werken. Het uiténrafelen van de invloed van preventie op kosten laat zien waarom bepaalde vormen van preventie niet aanslaan. Experimenten en onderzoek is nodig om aan te geven welke vormen van financieel beleid preventie het meest stimuleren.

De overheid is zich bewust van de noodzaak van preventie om de gezondheidstoestand van de bevolking te bevorderen. In de 'nota 2000' meet zij een beleidsvisie uit. Preventie is onlosmakelijk verbonden met gemeenschappelijke activiteiten. Dit zogenaamde facetbeleid doorkruist de kunstmatige scheiding tussen verschillende beleidsvelden, zoals volksgezondheid, verkeer, ruimtelijke ordening (BANNENBERG). Facetbeleid en individueel preventiebeleid vullen elkaar aan en weerspiegelen de politieke onderkenning dat niet alleen de persoon en zijn leefstijl bepalend zijn voor gezondheid. De maatschappelijke en fysieke omgeving bepalen die ook. Preventie en facetbeleid houden zodoende een laveren van de politiek in om sociale ongelijkheid te nivelleren.

Om aan het voorgenomen beleid invulling te geven, is aan de basisgezondheidsdienst een kerntaak toegekend. Doelgericht zullen gegevens verzameld moeten worden over relevante regionale gezondheidsproblemen. Een regionaal gezondheidsbeleid kan gebaat zijn met een

gezondheidsprofiel. De GGD in Rotterdam is voortvarend aan de slag gegaan. (RAAT e.a.). Door buurtinformatie op een rij te zetten, waarin epidemiologische en welzijnsgegevens verwerkt worden, wordt de situatie per buurt zichtbaar. Deze benadering, die in Rotterdam REBUS heet, biedt perspectief voor een facetbeleid waarbij de buurtbewoners actief betrokken kunnen worden. Of gemeenten in staat zijn voldoende inzicht krijgen en invloed uit te oefenen op ziekmakende factoren blijft nog de vraag. Lokale politieke verhoudingen zullen de uitvoering van facetbeleid bepalen.

Desondanks blijft de hoog dat met preventie ziekten te voorkomen zijn. Een kijkje achter de schermen van het Praeventiefonds laat zien hoe dit fonds zo'n 36 miljoen in 1986 besteedde. En ook hier laat de politiek haar invloed gelden (POST). Weinig experimenten om oorzaken van ziekte te achterhalen en uit te schakelen, des te meer onderzoek naar interventiemethoden om gezondheid te bevorderen. De wetenschappers storten zich massaal op het AIDS-virus, ofbeperken zich tot de zogenaamde tertiaire preventie. Hierin staat kennis over de medische beheersing van ziekten voorop, en niet de kennis waarmee het ontstaan van ziekten is tegen te gaan.

Hoe realistisch is het preventiebeleid van de overheid?

Zo langzamerhand is het begrip 'preventie' niet meer weg te denken uit de nota's van de overheid. Met de regelmaat van de klok verschijnen er omvangrijke geschriften, (hinderlijk?) gevolgd door een indrukwekkende hoeveelheid 'informatieve' symposia: het hele congrescircus rondom de Nota 2000 ligt als spraakmakende noviteit nog vers in het geheugen.

Wat heeft de overheid in haar nota's te vertellen? Guus Bannen~~berg~~ neemt een aantal recente werkjes onder de loep en onderzoekt of de inhoud ervan de toets der kritiek kan weerstaan. Wat mag de burger verwachten van de effecten van het preventiebeleid en zijn de beleidsvoornemens überhaupt uitvoerbaar?

GUUS Bannen~~berg~~, sociaal geneeskundige

Preventie mag zich verheugen in toenemende belangstelling van de overheid. De Nota 2000¹ met als ondertitel 'Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid' kan daarbij gezien worden als het 'piece de resistance'. Andere recente nota's met als onderwerp preventie zoals 'Alcohol en samenleving', 'Preventie van hart- en vaatziekten', 'Aidsbeleid' en 'Preventie aangeboren afwijkingen' trokken minder de aandacht. Daarnaast stelde de overheid een Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg in. Van de hand van deze Stuurgroep verscheen reeds een aantal rapporten: 'Achtergrondstudie Vergrijzing' 'Het hart van de toekomst' 'Toekomstverkenning en beoordeling van Medische Technologie' en 'Kanker in Nederland'.

De beleidsfilosofie achter al deze activiteiten is verwoord in de Nota 2000: 'Het doel is beleidsontwikkeling op basis van gegevens over de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking tot het jaar 2000 en verder'. Deze beleidsfilosofie kan samengevat worden in het in de nota geïntroduceerde begrip 'gezondheidsbeleid'. Dit is een inhoudelijk beleid, gericht op de determinanten van de gezondheidstoestand in de maat-

schappelijke en fysieke omgeving (factbeleid), de biologische uitgangspositie en leefstijl van het individu (preventiebeleid) en de effectiviteit van het gezondheidszorgsysteem.

Alhoewel het in de Nota 2000 voorgestelde gezondheidsbeleid strikt genomen geen nieuwe elementen bevat, kan de adoptie van deze beleidsfilosofie op zich wel beschouwd worden als een belangrijke accentverschuiving van beheersmatig beleid naar inhoudelijk beleid. Dit is positief te waarderen. Voor de overheid bestonden verschillende beweegredenen voor deze accentverschuiving: afspraken gemaakt in WHO-verband, de praktische noodzaak te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen zoals vergrijzing, de wens tot heroriëntering op gezondheid en de noodzaak tot bezinning op de positie van de volksgezondheid in de snel veranderende samenleving. Met dit laatste wordt onder andere bedoeld dat meer accent komt te liggen op de kwaliteit van het leven in plaats van op de kwantiteit van leven.

Meer licht op de achtergronden van de accentverschuiving naar inhoudelijk beleid werpt de analyse van Abel-Smith² over de gezondheidszorg in Eu-

ropese landen. Abel-Smith concludeert dat de sterke toename van de reële uitgaven voor de gezondheidszorg niet geleid heeft tot een overeenkomstige verbetering in sterftecijfers, dat er geen duidelijke en overtuigende correlaties bestaan tussen sterftecijfers en het aandeel van het nationaal inkomen dat wordt besteed aan gezondheidszorg en tenslotte dat ondanks het niveau van gezondheidszorg geen vermindering heeft plaatsgevonden van de relatieve verschillen in sterfte tussen sociale klassen. Deze conclusies kunnen samengevat worden als de afnemende meeropbrengst van de gezondheidszorg.

Effectiviteit

Om een effectief gezondheidsbeleid te kunnen voeren, is een goed inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking en de determinanten daarvan vereist. Zelfs een gezondheidsproblemen waarvan misschien de indruk bestaat dat er veel kennis over beschikbaar is, zoals hart- en vaatziekten en kanker, is het natuurlijk beloop nog nauwelijks begrepen. Laat staan dat er volledige duidelijkheid bestaat over de determinanten. Uiteraard is één en ander be-

kend over biologische en leefstijlfactoren, zoals ronken en alcoholgebruik, waarvoor een op individuen gericht preventiebeleid mogelijk is, maar er is bijvoorbeeld nauwelijks iets bekend over de gezondheidseffecten van voeding of lichaamsbeweging.

Ook over de gezondheidseffecten van **fysieke en maatschappelijke factoren** als basis voor facetbeleid is nauwelijks iets bekend. Hoewel, de bekende onderzoeken, zoals het Black-report⁹ en het recent verschenen tweede deel van het Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam⁵, bevatten aanwijzingen dat sociale ongelijkheid en de daarmee samenhangende factoren mogelijk één van de belangrijkste determinanten van gezondheid is. Zo berekent Mackenbach¹⁰ dat het verschil in levensverwachting tussen de laagste en hoogste klasse begin jaren '70 in Engeland ruim 7 jaar was. Dat verschil is groter dan de winst in levensverwachting die geboekt zou worden wanneer kanker of hart- en vaatziekten als doodsoorzaak geheel uitgeschakeld zouden worden¹⁰. Over de precieze relaties tussen sociale ongelijkheid en gezondheid kan slechts gegist worden.

Behalve inzicht in de determinanten van gezondheidsproblemen is daarnaast de beschikbaarheid van effectieve interventiemogelijkheden vereist om deze determinanten ook daadwerkelijk te kunnen beïnvloeden. De misvatting bestaat dat kennis over determinanten van gezondheid, bijvoorbeeld leefstijlfactoren zoals roken en alcoholgebruik, zonder meer impliceert dat interventiemogelijkheden bestaan. De effecten van individuericht preventiebeleid, zoals gezondheidsvoorlichting ten aanzien van roken en alcoholgebruik, zijn echter nog niet onomstotelijk aangetoond.

Voor preventiebeleid gericht op **biologische factoren** is de situatie weinig anders. De eerdergenoemde nota 'Preventie Hart- en Vaatziekten' stelt voor, naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad, een bevolkingsonderzoek te doen naar risicofactoren voor hoge bloeddruk. Dit bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door huisartsen, in samenwerking met basisgezondheidsdiensten die zorg dragen voor de begeleiding en gegevensverwerking met basisgezondheidsdiensten die zorg dragen voor de begeleiding en gegevensverwerking. Op gezette tijden vinden controles van de bloeddruk plaats. Wanneer echter de bloeddruk boven een bepaalde norm komt worden aanvankelijk leefstijladviezen gegeven en wanneer deze onvoldoende helpen, wordt medicatie ingezet. Dit betekent dat levenslang geneesmiddelen dienen te worden geslikt ter verlaging van bloeddruk en/of cholesterol. In een recente discussieserie in het blad Medisch Contact¹¹ is een dergelijk bevolkingsonderzoek door Boot hevig bekritiseerd.

Een belangrijk element in zijn betoog is dat op populatieniveau weliswaar effecten in de zin van verminderde sterfte zijn aan te wijzen, maar dat deze risicovermindering op individueel niveau verwaarloosbaar is en zeker niet opweegt tegen de nadelen van behandeling.

In feite is met betrekking tot preventie- en facetbeleid veelal sprake van zogenaamde "half-way technologies", om aan te duiden dat de technologieën nog te weinig uitgerijpt zijn om breed toegepast te kunnen worden. Er wordt daarom wel gepleit om de kosten en effecten van medische technologieën te onderzoeken vóór introductie plaats vindt. Dit in verband met de ervaring dat technologieën, welke eenmaal in de gezondheidszorg geïntroduceerd zijn en een marktpositie veroverd hebben, nauwelijks meer zijn terug te draaien. Dit onderzoek wordt ook "medical technology assessment" of kortweg MTA genoemd. Een voorbeeld van MTA is het recent verschenen rapport over het voorgenomen bevolkingsonderzoek naar borstkanker¹². Uit dit onderzoek blijkt dat een bevolkingsonderzoek naar borstkanker weliswaar effectief is in de zin dat de sterfte op den duur vermindert, maar dat er ook neveneffecten zijn in de zin van fout-positieven (personen bij wie aanvankelijk de ziekte geconstateerd wordt maar daar in nader onderzoek blijkt dat zij niet ziek zijn). Verder vereist een dergelijk bevolkingsonderzoek een niet onaanzienlijke financiële investering.

Uit bovenstaande mag blijken dat nog veel onderzoek dient plaats te vinden naar de te verwachten effecten van preventie- en facetbeleid. Het is in dit licht dan ook enigszins voorbarig om te spreken over de realiteit van in de Nota 2000 gestelde gezondheidsdoelen. Deze gezondheidsdoelen, 38 in totaal, zijn in WHO-verband opgesteld en vervolgens door de overheid overgenomen als doelstellingen voor gezondheidsbeleid. Eén van de gezondheidsdoelen is bijvoorbeeld dat de overheid zich voorstelt de kankersterfte bij mensen onder de 65 omstrekt het jaar 2000 met tenminste 15% te doen verminderen. Deze gezondheidsdoelen zijn streefdoelen, ze zijn dan ook niet gebaseerd op epidemiologische gegevens. Hoe moeilijk het is om doelen te bepalen in deze termen blijkt wel uit het feit dat de door de overheid geïnstalleerde scenariocommissie Kanker inmiddels heeft gerapporteerd dat de kankersterfte in de toekomst alleen maar zal toenemen en er weinig vooruitzichten zijn op doorbraken op het gebied van preventie of curatie die dit perspectief ingrijpend zouden kunnen wijzigen¹³.

Uitvoerbaarheid

Ten aanzien van de ontwikkeling van een uitvoeringsstructuur voor gezondheidsbeleid heeft de overheid zich de afgelopen jaren zeer actief betoond. In 1980 verscheen de Schets basisgezondheidsdiensten¹⁴ waarin het takenpakket van basisgezondheidsdiensten, de vroegere GG&GD's, is vastgelegd. Middels een stimuleringsregeling zijn deze diensten van een adequate stafbezetting voorzien. Behalve basisgezondheidsdiensten kunnen echter ook kruisverenigingen, bedrijfs- en jeugdgezondheidsdiensten tot de basisgezondheidszorg gerekend worden, terwijl ook huisartsen bepaalde basisgezondheidszorgtaken uitvoeren. Daarnaast is in de jaren '70 een Landelijk Centrum Dienstverlening Gezondheids Voorlichting en Opvoeding GVO tot stand gekomen. Een uitgebreid uitvoeringsapparaat is derhalve beschikbaar ten behoeve van gezondheidsbeleid.

Een spilfunctie inzake gezondheidsbeleid is daarbij toegekend aan basisgezondheidsdiensten. Eén van de kerntaken van basisgezondheidsdiensten is een op **epidemiologische analyse** gebaseerd inzicht in de gezondheidstoestand, op basis waarvan geadviseerd kan worden ten behoeve van regionaal gezondheidsbeleid.

Zo duidelijk als deze kerntaak er op het eerste gezicht uit ziet is deze echter niet. Wat wordt bedoeld met regionaal gezondheidsbeleid en welke analyse is daarvoor noodzakelijk? De onduidelijkheid wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de vraag of de basisgezondheidszorg zich nu moet richten op een landelijk of op een regionaal gezondheidsbeleid. Voorbeelden van landelijk gezondheidsbeleid zijn de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en borstkanker, de voorlichtingscampagnes over AIDS en alcoholgebruik, maar ook de reeds lang bestaande vaccinatieprogramma's door consultatiebureau's en jeugdgezondheidsdiensten. Dit zijn de taken waarmee de basisgezondheidszorg zich op dit moment vooral bezig houdt. Hiervoor is echter een regionale epidemiologische analyse niet noodzakelijk, de noodzaak en effectiviteit van deze taken wordt in een landelijke epidemiologische analyse vastgesteld.

Om een regionaal gezondheidsbeleid serieus aan te pakken, dient de basisgezondheidszorg zich met name te richten op specifiek regionale gezondheidsproblemen. Dit betekent een op de fysieke en maatschappelijke omgeving gericht facetbeleid. Met facetbeleid bedoelt men beïnvloeding van andere beleidsterreinen dan volksgezondheid, welke echter wel gezondheidseffecten kunnen hebben. Bijvoorbeeld de beleidsterreinen verkeer, milieu, ruimtelijk-

ke ordening, justitie, cultuur en welzijn. Problematieken op deze terreinen hebben veelal een regionaal karakter en het is daar waar een werkterrein ligt voor regionaal gezondheidsbeleid om te adviseren in verband met te verwachten gezondheidseffecten.

Een tweede belangrijke opgave voor de basisgezondheidszorg met betrekking tot regionaal gezondheidsbeleid is de **advisering over gezondheidszorgbeleid** in de regio. Hoewel de overheid ernaar streeft de gezondheidszorgvoorzieningen landelijk te normeren, bestaat de mogelijkheid om bepaalde normen regionaal te corrigeren op grond van epidemiologische gegevens, zoals het geval is voor de capaciteitsnormen voor ziekenhuizen en bejaardenoorden. Specifiek regionale gezondheidsproblemen kunnen verder een aanleiding vormen om aparte gezondheidszorgvoorzieningen te creëren, zoals hulpverleningsvoorzieningen voor verslavingsproblematiek en meer recentelijk aidsproblematiek in de grote steden.

Wil een regionaal gezondheidsbeleid van de grond komen, dan zal de basisgezondheidszorg heel doelgericht de taken in facet- en gezondheidszorgbeleid moeten ontwikkelen en zich niet beperken tot de klassieke taken in individueel preventiebeleid. Dit impliceert dat de epidemiologische analyse ook op deze specifieke taken gericht moet zijn. Bestaande epidemiologische gegevens, zoals sterfte- en opnamecijfers van gezondheidszorginstellingen, zullen daarvoor onvoldoende blijken te zijn. Epidemiologen bij basisgezondheidsdiensten zullen doelgericht gegevens moeten verzamelen over gezondheidsproblemen die relevant zijn voor het facet- en gezondheidszorgbeleid in de regio.

Ethische aspecten

Preventie is ongevraagde zorg, hetgeen ethische implicaties heeft. Deze worden in de Nota 2000 overigens niet of nauwelijks geïmplementeerd. Ongevraagde zorg kan maatschappelijke en daarmee ook individuele belangen dienen. Het kan ook individuele belangen schaden, zoals de discussie rond het testen voor het AIDSvirus heeft aangetoond. Hoe moeten maatschappelijke en individuele belangen tegen elkaar worden afgewogen, ofwel waar liggen de grenzen van gezondheidsbeleid?

Facetbeleid, gericht op determinanten van gezondheid in de maatschappelijke en fysieke omgeving, bergt noodzakelijkerwijs maatschappelijke risico's in zich. Hier ligt een duidelijke verantwoordelijkheid voor de overheid, aangezien deze maatschappelijke risi-

co's niet of nauwelijks door individuen te beïnvloeden zijn.

Anders ligt de situatie voor preventiebeleid in engere zin. Preventiebeleid is gericht op individueel bepaalde determinanten als biologische en leefstijlfactoren. Ook de interventies zijn in principe op individuen gericht. Omdat het hier individuele risico's betreft, gaat de verantwoordelijkheid van de overheid mijns inziens tot het punt dat individuele risico's ook maatschappelijke risico's betekenen, zoals alcoholgebruik in het verkeer. Of individuele risico's die niet door individuen zelf beïnvloedbaar zijn maar wel belangrijke gezondheidsrisico's met zich mee brengen. Sterke terughoudendheid is echter geboden voor de overheid wanneer deze het terrein van de individuele leefwijzen betreedt, met name omdat hier de individuele vrijheid in het geding is. Zolang geen maatschappelijke risico's of belangen in het spel zijn is hiervoor ook geen rechtvaardiging te vinden. Overigens is het opvallend dat bij de realisering van gezondheidsbeleid beïnvloeding van leefwijzen veelal overeind blijft, terwijl omgevingsgericht facetbeleid daarentegen politiek niet haalbaar lijkt, zoals in de Tweede Kamer bij de bespreking van de nota Alcohol en Samenleving en de ontwerp-Tabakswet is gebleken: wel gezondheidsvoorlichting, maar geen reclameverbod.

Met de grootst mogelijke terughoudendheid moet worden betracht met individueel gericht preventiebeleid. Ten onrechte wordt daardoor de indruk gewekt dat preventie vooral een individuele verantwoordelijkheid is. Er ontstaat zo een 'blaming the victim' effect. Het gevaar van een nieuwe medicaliseringsgolf is niet denkbeeldig wanneer steeds meer ongevraagde informatie of zorg wordt aangeboden. Daaraan zijn overigens naast positieve gezondheidseffecten óók gezondheidsrisico's of onnodige ongerustheid verbonden, bijvoorbeeld bijwerkingen van bloeddrukverlagende middelen respectievelijk de fout-positieven bij een bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Daarnaast vereisen bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker levenslange controles en bevolkingsonderzoek naar hoge bloeddruk zelfs levenslange medicatie.

Medische technologieën die ten behoeve van preventie ontwikkeld zijn, worden tevens voor andere doelen gebruikt, welke juist tegen individuele belangen indruisen. Bijvoorbeeld het gebruik van AIDStesten als voorwaarde voor het afsluiten van levensverzekeringen of zelfs bij indiensttreding. Ook de ontwikkelingen in het opsporen van genetische defecten zijn dusdanig ver dat binnen afzienbare termijn een 'genpaspoort' verwacht mag worden op basis waarvan toekomstige gezondheidspro-

blemen voorspeld kunnen worden. Dat bij deze technologieën sprake is van risico's in plaats van zekerheden, wordt daarbij terzijde geschoven.

Deze ontwikkelingen vereisen een duidelijk standpunt van de overheid in de vorm van wetgeving. De belangen van individuen verdienen bescherming. Het vertrouwen in een op medische technologieën gebaseerd gezondheidsbeleid kan niet te grabbel gegooid worden. Wanneer de overheid verzuimt wettelijke maatregelen te nemen, kan een gevoel van wantrouwen medische technologieën, gebaseerd op testmethoden (zoals noodzakelijk voor bevolkingsonderzoeken) de uitvoerbaarheid van een gezondheidsbeleid op den duur gaat aantasten. ~~~

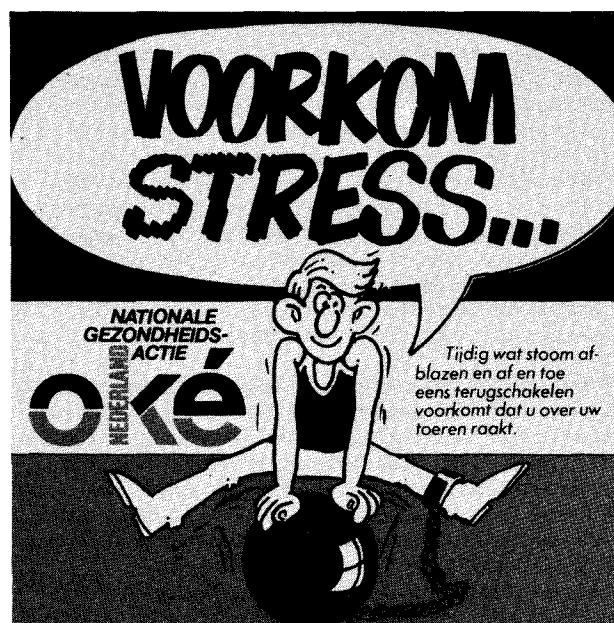
1. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, 19500 (1-2). Staatsuitgeverij, Den Haag, 1986.
2. Alcohol en samenleving. Nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Tweede Kamer, 19243 (2-3). Staatsuitgeverij, Den Haag, 1986.
3. Preventie hart- en vaatziekten, Tweede Kamer, 20259 (1-2). Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987.
4. Nota inzake het Aids-beleid. Ministerie van WVC, Rijswijk, 1987.
5. Preventie aangeboren afwijkingen. Tweede Kamer, 20345 (1-2). Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987.
6. Abel-Smith, B. Cost containment in health care, a study of 12 european countries 1977-1983. Bedford Square Press/NCVO, London, 1984.
7. Townsend, P., N. Davidson. Inequalities in health. The Black Report. Penguin Books, Middlesex, 1982.
8. Maas, P.J. v.d. e.a. Vergelijkend buurt-onderzoek Amsterdam 11. 1977-1983. Instituut Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1987.
9. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1987.
10. CBS. Sterftetabellen voor Nederland naar belangrijke doodsoorzaken 1976-1980. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1984.
11. Boot, C.P.M. Preventief handelen in de huisartspraktijk niet automatisch effectief, veiligen zinvol. Medisch Contact 42 (51/52): 1613-5.
12. Maas, P.J. v.d. e.a. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek borstkanker. Interimrapport 1987. Erasmus Universiteit, Amsterdam, 1987.
13. Scenariocommissie Kanker. Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985-2000. Bohn, Scheltern en Holkema, Utrecht, 1987.
14. Schetsbasisgezondheidsdiensten Tweede Kamer. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1980.

VERONICA OKÉ

Bij mijn dagelijkse gang langs de Goudse Stationsrestauratie was het affiche me al opgevallen: 'FITSCHOTEL. Een Veronica Stationsrestauratie product.. In samenwerking met de Voedselinformatielijn'. Voor f 14,50 kan ik me fit eten: kalkoenrollade met aardbeiensaus, een sinaasappel-koolsalade en een glas mineraalwater of vruchtensap. Een paar avonden later zag ik het TV-programma dat bij het affiche hoort. De Fitrace van Veronica. Het wordt dit seizoen vier keer uitgezonden en is een (aldus de persmap) 'familieprogramma met spel-elementen en veel publieksdeelname, op het gebied van fit zijn en blijven'. Hoogtepunten in de show: de verkiezing van de Fitste Nederlander en het aan de kaak stellen van het fitvijandige gedrag van slechte Nederlanders. In 'mijn' programma een dikke bakker die niet van zijn eigen product af kan blijven. 'Schaamt u zich niet?', vroeg de presentatrice en de zaal griezelde met haar mee.

Het Veronica-draaiboek lijkt sprekend op dat van Nederland Oké. Ach, dat goeie ouwe Nederland Oké! Daar toerden ze nog rond met een Londense dubbeldekker. In de Fitrace rijdt een Veronica Fittruck (in de oorspronkelijke opzet stond Veronica Fit-bus, maar iemand die de leefstijl van nu begrijpt, kon dat nog net op tijd veranderen). Bij de grote Oké-manifestatie in Ahoy kon je indertijd nog in een paal klimmen en daarmee een worst winnen. De discokampioen in de Fitrace eet Lätta en Heinz Sandwich Spread (Becel is te belegen en Era te truttig, het Zwitserlevengevoel is te sjiek voor de jonge omroep).

Nederland Oké werd in 1980 bedacht in ziekenfondskringsen. Met persoonlijke inzet van de toenmalige bewindslieden Ginjaar en Veder-Smit maakten de initiatiefnemers bekend dat er in 1981 wetenschappelijke congressen, dito onderzoeken, TV-acties en plaatselijke activiteiten georganiseerd zouden worden, culminerend in een nationale gezondheidsweek in het najaar. De ziekenfondsen en de ondersteunende organisaties (als FNV, Nationale Kruisvereniging, Volksbond tegen Drankmisbruik en de Sportfederatie) wilden op die manier de Nederlanders bewust maken van hun ongezonde gedrag. Aanleidingen voor de actie waren het steeds maar groeiende aantal beroepsbeoefenaren in de zorgsector en de sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg. Dat uitgangspunt oogstte veel kritiek, met name uit GVO-kringen. 'Te eenzijdig ligt de nadruk op gewenst gezond gedrag. De Nederlander-anno-1981 laat zich niet via t-shirts, stickers, fitheidscertificaten en kwartetspelen paaien om een door deskundigen uitgestippeld pad van gezond gedrag te bewandelen' en 'Gezondheidsvoorlichting, moet niet aan kostenverlaging



gekoppeld worden' (commentaren uit de Nederlandse Vereniging voor GVO).

Het doel van de Fitrace is: Op amuseante wijze de kijker konfronteren met zijn/haar leefstijl. Het promoteren van een manier van leven die grotere kans biedt op fitheid en gezondheid. Verbanden leggen tussen voedselpatronen en fitheid, bewegen en fitheid, roken, drinken en fitheid. Daarbij baseren we ons op de aanbevelingen voor een andere levensstijl zoals die nu van diverse zijden al worden gegeven. 'Nederland Oké' speelde in op het gemeenschapsbelang, de Fitrace lijkt aan het eigenbelang te appelleren. Lijkt, want volgens de persmap is de achterliggende gedachte toch ook: 'Mensen die zich fitter voelen, zijn minder gauw ziek. Minder doktersbezoek en minder ziekteverzuim. Diverse bedrijven proberen de juiste voorwaarden te scheppen tot en met fitnesscentra toe!' Veronica hoopt op een 'olievlekwerking': overall moeten fitraces gehouden gaan worden. Hans Ferrée signaleert in het Utrechts Nieuwsblad een andere werking ('vlekjes weg werken'): 'Het jeneverglasje van de man aan de bar stond verankerd in een klomp beton. Met twee handen bracht hij het gevaarte aan zijn mond. Genietend nam hij een slok en zette de klomp weer neer. 'Acht kilo', zei hij triomfantelijk. 'Tja, met al die zwetende kerels tegenwoordig die zo nodig aan hun conditie moeten werken, kan ik niet achterblijven. Aan de Veronica

Fitrace zal ik niet meedoen, veel te bang dat ik er dood in blijf. Dit bevalt me beter'. En onder applaus van de andere koegebezoekers bracht hij opnieuw het loodzware kelkje naar zijn mond.'

Hoogtepunt in de Oké-gezondheidsweek waren een beurs in de Rotterdamse 'Ahoy'-hal en een KRO-show met Hans van Willigenburg en Aart Gisolf. De argeloze bezoeker kon er verrassende activiteiten tegenkomen: de karbonadequiz, het raden van het gewicht van vleeswaren en de al genoemde rookworstpaal. Verder waren er de onvermijdelijke stands van encyclopedieverkopers en van de organisaties die vegetarisme, natuurgeneeswijzen en antroposofie nastreven. Het credo 'fit en gezond' leek voornamelijk een zaak voor vleeswarenfabrikanten en gestaald kader uit de reformbeweging. Diezelfde fabrikanten hebben inmiddels begrepen hoe ze de fitgevoelige Nederlanders wel moeten bereiken: met het lanceren van de fitsnack, goedgekeurd door het TNO.

Nederland Oké sloeg niet aan; trok landelijk al spoedig nauwelijks meer de aandacht en was op plaatselijk niveau ook al niet sprankelend. In '82 en '83 sudderde de aktie nog door en in december 1983 was het abrupt afgelopen. De directeur van het project was reeds enige tijd ervoor ontslagen en het aangekondigde evaluatieonderzoek ging niet door. Ergens in het VNZ-gebouw moeten nog duizenden Oké-stickers, -vlaggen en -balpen liggen. Een voorlichtster van de ziekenfondsen kon me niets anders over de opheffing vertellen dan 'Ik denk dat het doel bereikt was' en de beoogde evaluator verzucht: 'Tja, bij organisaties als ziekenfondsen gaat dat nu eenmaal zo!'

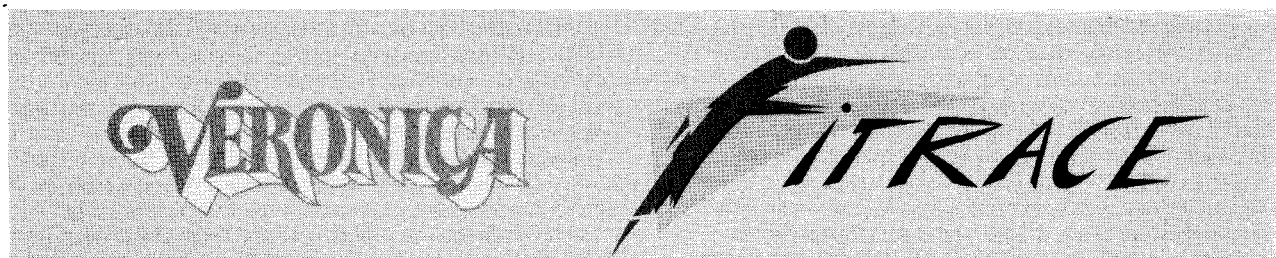
Veronica heeft het idee nu weer opgepikt en voorzien van een eigentijds modieus jasje. De fitsnack in plaats van rookworst en 'Nikes' in plaats van 'Birkenstock's'. Lifestyle, daar gaat het om in deze jaren. Fitheid is bij Veronica amusement; het kan geen kwaad en misschien werk het zelfs wel. Beter dan het humorloze getob bij Nederland Oké. Beangstigend is wel het gebruik van slechterikken. Veronica heeft de dikke bakker, Oké had de onverantwoord levende veertiger (cartoon met twee veertigjarigen; linke een veertiger die 'slecht' geleefd had



- en dat is te zien aan zijn getekende gezicht - en rechts een veertiger die 'goed' heeft geleefd: een blozend kindergezicht). Een stap verder en je moet, als je geen fitheidscertificaat over kunt leggen, de dubbele ziekenfondspremie betalen.

Als aan het eind van de Fitrace Dees de prijzen uitreikt, laat de Fitste Nederlander dan maar oppassen (de Onfitste trouwens ook: die moet volgend jaar voor straf in de Veronicatruck meedoen aan Parijs-Dakar). Eind oktober vorig jaar fietsten de staatssecretaris en [oop Zoetemelk bij wijze van publiciteitsstunt van Breda naar Tilburg. Dees om de Fitrace te openen, joop om zijn laatste wedstrijd te rijden. Halverwege, onder het oog van de Studio Sportcamera, slipte de staatssecretaris door een onhandige beweging op het door natte bladeren glad geworden fietspad, hij viel en haalde vervolgens in zijn val ook de enige echte fitste Nederlander onderuit ...

Hans Spijker



Maatschappelijke toetsing van nieuwe screenings- technologie noodzakelijk

Het wegen en meten van kinderen op het consultatiebureau is een eenvoudige vorm van screening op eventuele gezondheidsafwijkingen. Deze alledaagse gebeurtenis toont aan dat screening inmiddels geen geaccepteerde en veel toegepaste methode is. De techniek staat echter niet stil en tegenwoordig is het mogelijk om de screeningsprogramma's breder en diepgaander op te zetten. Zelfs pre-natale screening behoort tot de mogelijkheden.

Mischa de Winter vraagt zich in dit artikel af hoe het toepassen van screening het denken over ziekte en gezondheid beïnvloedt. Hij spitst zijn verhaal toe op de screeningsmethoden die gebruikt worden bij kinderen. Door de toenemende technologische mogelijkheden kunnen ouders min of meer gedwongen worden actief te kiezen voor bijvoorbeeld het al of niet krijgen van gehandicapte kinderen. Zij moeten op grond van kansberekeningen kiezen voor leven of dood, normaliteit of handicaps. Die keuze wordt sterk beïnvloed door gedegen voorlichting, waarin de nadruk ligt op de technische aspecten. Voor criteria van een andere orde, politiek of religieus, is in het aldus ontstane 'wetenschappelijk ouderschap' geen plaats.

Deze ontwikkeling baart de Winter ernstig zorgen. Hij pleit voor een 'openbreken' van de wetenschappelijke beoordeling van screeningsmethoden. Beslissingen over de technologische ontwikkelingen moeten niet langer voorbehouden zijn aan de interne professionele circuits. Screening is te belangrijk om aan de screeningsdeskundigen over te laten ...

Mischa de Winter, universitair docent Vakgroep Ontwikkeling en Socialisatie, Rijksuniversiteit Utrecht.

Wat is de overeenkomst tussen bonafide West-Duitse kinderartsen, en malafide rashondenfokkers? Het antwoord op deze merkwaardige vraag is even simpel als verbijsterend: beide hebben de laatste jaren gezorgd voor een groeiende bezorgdheid omtrent heupafwijkingen: De eerste groep bij ouders van Duitse babies, de tweede bij de bezitters van dienovereenkomstige staanders en herders. Gelukkig gaat deze vergelijking manker dan de kinderen die het betreft: de artsen vonden afwijkingen die meestal niet bleken te bestaan, terwijl de fokkers werkelijke vergroeiingen teweeg brachten, die honden en bezitters op hun achterste benen deed staan. In west-duitsland is de invoering in 1972 van een gezondheidscreening programma voor jonge kinderen tot en met 4 jaar het aantal kinderen dat wordt behandeld voor een abnormale ontwikkeling van het heupgewricht enkele tientallen malen hoger dan het gebruikelijke morbiditeitscijfer wordt aangenomen dat dit probleem zich bij 0,15% van alle kinderen voordoet, en Weidman op basis van de internationale literatuur tot een schatting komt van 0.2 tot 0.6%, wordt in Duitsland 15.3% van alle kinderen hiervoor behandeld.

Weidman noemt een aantal mogelijke redenen voor deze enorme 'overdiagnose': falende test-procedures, een gebrek aan training van de screeners, en



Vruchtwaterpunctie

Foto: Corinne Noordenbos/Hollandse Hoogte

het feit dat de invoering van het massale opsporingsprogramma het gevolg was van 'een politiek compromis tussen de overheid, medische autoriteiten en vooraanstaande klinici, waarbij de expertise slechts een ondergeschikte rol speelde'.

Screening wordt wel gedefinieerd als 'het testen van zoveel mogelijk op het oog gezonde vrijwilligers uit de algemene bevolking met als doel hen te scheiden in een groep met een hoge en een groep met een lage kans op het hebben of krijgen van een bepaalde ziekte'. Kenmerkend voor deze relatief nieuwe ontwikkeling in de gezondheidszorg is de introductie van het 'at-risk-begrip': door middel van snelle, simpele en efficiënte procedures wil men in een zo vroeg mogelijk stadium diegenen opsporen, bij wie weliswaar nog geen duidelijk herkenbare symptomen van ziekte of afwijking bestaan, maar van wie verwacht kan worden dat ze binnen afzienbare tijd patiënt zullen worden. Op grond van screeningsuitslagen zouden 'verdachte' personen voor een definitieve diagnose en eventuele behandeling naar een arts of andere hulpverlener verwezen kunnen worden, in de verwachting dat zo'n vroege identificatie de

behandelingskansen aanzienlijk zou kunnen verbeteren.

Screening betekent conceptueel gezien een historisch belangrijke verandering in de gezondheidszorg. De hulpverlening handelt nu op eigen initiatief: de zieke meldt zich niet langer ziek, maar de genezer geneest de 'gezonde' van zijn naïviteit.

Screening is in de afgelopen jaren veelvuldig bediscussieerd, en geeft nog steeds aanleiding tot felle debatten, zowel in de vakpers als daarbuiten. Daarbij gaat het vrijwel steeds om de 'instrumentele' kant van de zaak: doet een screeningstest wat hij moet doen, zijn de procedures nauwkeurig, zijn er niet te veel foute testuitslagen, en welke psychologische gevolgen hebben deze laatste op een (potentiële) patiënt en zijn omgeving?

In dit artikel wil ik dergelijke problemen buiten beschouwing laten. Screening wordt hier beschouwd vanuit een gezondheidsideologisch perspectief: welke manier van denken over gezondheid ligt eraan ten grondslag, en welke nieuwe manieren van denken worden door de screening zelf geproduceerd? Aan de hand van het meest gedifferentieerde toepassingsgebied van

screening, namelijk de screening bij jonge kinderen, zal ik perspectief belichten.

Snelle verbreiding

Schreeening is te omschrijven als 'het met zo eenvoudig en efficiënt mogelijke hulpmiddelen selecteren van een groep individuen uit de algemene bevolking die op het oog gezond is, maar van wie met een zekere mate van waarschijnlijkheid is te zeggen dat zij een bepaalde afwijking heeft of zal krijgen'. De geschiedenis van het screeningsconcept gaat terug tot de jaren twintig van deze eeuw. In de Verenigde Staten werd toen voor het eerst op grote schaal gepleit voor de invoering van de zogenaamde 'periodic health examination'. Levensverzekeringsmaatschappijen, leger en industrie zagen hierin respectievelijk een mogelijkheid om de levensverwachtingen van polishouders te vergroten (en zo de kosten te beperken), om de desastreuze gezondheidstoestand van recruten te verbeteren, en om de efficiëntie van ondernemingen te verhogen. Niet alleen werd men bij periodiek onderzoek gecontroleerd op basal functies als gezichts- en gehoorvermogen, maar

ook werd gebruik gemaakt van speciale tests waarmee veel voorkomende ziekten konden worden opgespoord, zoals de borstfoto voor tuberculose, en de serologische bloedtest voor syphilis. Dergelijke tests zijn te beschouwen als de eerste voorbeelden van screening.

Ontwikkeling van de techniek en veranderende maatschappelijke opvattingen zorgden te zamen voor een snelle verbreiding van methoden voor actieve, vroege opsporing van ziekten. Sinds de twintiger jaren was de zorg voor de publieke gezondheid in de Verenigde Staten steeds meer een nationale aangelegenheid geworden. Zowel economische als ideologische motieven kregen vat op de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Verhoging van de arbeidsproductiviteit, kosten van de gezondheidszorg en de toenemende zorg omtrent de 'kwaliteit' van de bevolking (later uitmondend in de eugenetica) werden meer of minder openlijk als argumenten vóór screening aangevoerd. Tegelijkertijd groeide echter de publieke druk, onder meer verwoord door een aantal grote vakorganisaties, om het periodiek gezondheidsonderzoek algemeen in te voeren. Gezondheid moest worden bevorderd en gecontroleerd met dezelfde middelen, die in het economische proces algemeen als een grote verworvenheid werden gezien. Industrialisatie en mechanisatie als een middel ter vervulling van de grote Amerikaanse droom, niet alleen voor de maatschappij als geheel, maar ook voor het individuele en sociale lichaam.

Vanaf de jaren veertig werden in de Verenigde Staten technieken ontwikkeld voor de screening op diabetes, hart-aandoeningen en bepaalde vormen van kanker. Zij werden veelal toegepast in gecombineerde programma's ('multiphasic screening'). Na de zestiger jaren wordt het terrein uitgebreid naar gedragskenmerken, en naar psychiatrische ziektebeelden. Ook is er steeds meer sprake van kindergeneeskundige toepassingen.

Onnauwkeurig

Zestig jaar screening heeft ongetwijfeld een bijdrage geleverd aan de verbetering van de preventieve gezondheidszorg. Technologische mogelijkheden zijn verveelvoudigd, en de kennis over het natuurlijke verloop van een aantal ziektes en afwijkingen is exponentieel gegroeid. Veel problemen met screening die zich van meet af aan voordeden, zijn echter nog steeds actueel. Charap stelt, dat het periodieke gezondheidsonderzoek, dat als een voorloper van screening gezien kan worden, was gebaseerd op verkeerde veronderstellingen en onnauwkeurige gegevens, en zelfs dat het grote succes van deze beweging was gebaseerd op gebrek aan wetenschappelijke analyse. Volgens de-

ze auteur is het effect op de gezondheid en op de levenskansen van asymptomatische personen nog evenzeer in het vaag gehuld als in de tijd van de eerste publicaties over de periodic health examination". Cochrane en Holland kwamen in al in 1971 tot een vergelijkbare conclusie, namelijk dat slechts voor een zeer beperkt aantal ziekten het nut van screeningsonderzoek onomstotelijk vast staat. Zij noemen in dit verband congenitale heupluxatie, fenylketonurie (aangeboren stofwisselingsdefect), zintuigstoornissen bij kinderen, rhesusfactor en bacteriurie (bacteriën in urine) bij zwangeren" (Cochrane & Holland, 1971).

Tests

Inmiddels is screening vrijwel volledig in het westerse gezondheidsdenken geïntegreerd. In Nederland won de methode vanaf de jaren zeventig sterk aan populariteit. Ofschoon de jeugdgezondheidszorg niet de eerste sector was waarin screeningsmethoden werden toegepast (dat recht is voorbehouden aan het bevolkingsonderzoek op TBC, waarvoor sinds 1951 een wettelijke regeling van kracht werd), vinden dergelijke methoden daarin wel hun grootste toepassingsgebied.

Screenen is zo gewoon geworden dat men de gebruikte procedures, meestal 'tests' genoemd, vaak niet meer als zodanig herkent. Wanneer men in een groep van aanstaande moeders diegenen wil onderscheiden die een verhoogd risico op een kind met een Down's syndroom hebben, vraagt men eenvoudigweg naar de leeftijd van de moeder. Wanneer bij gezonde kinderen op een consultatiebureau de lengte en het gewicht worden gemeten is dit eveneens een eenvoudige vorm van screening, omdat immers duidelijke afwijkingen hierin kunnen duiden op bepaalde stoornissen in de ontwikkeling. En tenslotte is het vragen naar het voorkomen van erfelijke ziekten in de naaste familie een 'test' om een verhoogd risico voor dergelijke stoornissen bij een baby of foetus op te sporen.

De hier genoemde voorbeelden zijn niet toevallig gekozen. Ze raken alle problemen, waarbij ofwel (aanstaande) moeders ofwel jonge kinderen betrokken zijn. Kindergeneeskundigen vervullen vaak een belangrijke functie bij de ontwikkeling van het massale bevolkingsonderzoek. In Nederland waren kinderartsen van de consultatiebureaus, waar vroege toepassingen van periodiek gezondheidsonderzoek en infectiepreventie werden bedreven.

Geringe bijdrage

Met het stijgen van de welvaart en de drastische verbetering van de sociaal-hygiënische condities in de westerse wereld daalde het aantal lijders aan infec-

tie-ziekten sterk. Screeningsprogramma's, zoals die voor tuberculose, verliezen dan ook langzamerhand terrein. Door velen wordt nu de vraag opgeworpen wat de werkelijke bijdrage van dergelijke programma's aan de sterke daling van de morbiditeits- en mortaliteitscijfers is geweest. Sharbaro laat zich daarover niet al te optimistisch uit: „A few professionals fear that if screening and case-finding are discontinued, rates of tuberculosis will again increase. The author points out that 100 years of history and experience prove this concern to be unwarranted. Rates of tuberculosis have steadily fallen since 1880, apparently related to socioeconomic living conditions. Therapy, isolation, X-ray, case finding and skin-test programs have had no effect on this decreased prevalence, either locally or nationally". Deze uitspraak wordt ondersteund door een aantal studies van McKeown. Daaruit blijkt, dat medische maatregelen die op zichzelf effectief waren, toch een geringe bijdrage aan de totale daling van de sterftecijfers hebben geleverd (voor een overzicht van deze studies zie Jansen, 1983). Vóór 1940 werd in Nederland bijvoorbeeld 10% van de gevallen van longtuberculose bij grotestadskinderen jonger dan 15 jaar veroorzaakt door zogenaamde 'bovine' besmetting, voornamelijk door melk en melkproducten. Na 1945 echter komen, dankzij de invoering van de verplichte pasteurisatie van melk, deze besmetting in de steden vrijwel niet meer voor.

Na de tweede wereldoorlog is er in de preventieve kindergeneeskunde een duidelijke kentering merkbaar. Enerzijds ontstaat een grotere belangstelling voor chronische ziekten en erfelijke afwijkingen, anderzijds krijgt men meer en meer aandacht voor problemen in de kindelijke ontwikkeling. Voor deze verschuiving is een aantal oorzaken aan te geven. In de meeste landen van de westerse wereld zijn infectieziekten en voedings- en vitaminedeficiënties niet langer de grootste oorzaak van kindersterte. Aangeboren afwijkingen vormen nu de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte in de kinderleeftijd.

Onder meer als gevolg van de snelle technologische ontwikkelingen en de kennisexplosie in de biologie en de genetica is de secundaire preventie van een groot aantal aangeboren afwijkingen althans theoretisch mogelijk geworden. Daarnaast is de aandacht voor de algehele ontwikkeling van het kind sterk gegroeid. Factoren die dit proces mede beïnvloeden zijn onder meer de scherpe daling van het kinderaantal, waardoor de aandacht voor de 'kwaliteit van het kinderlijk bestaan' is toegenomen, de (al of niet terecht) veronderstelde groei van de psychopathologie en ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, de verdergaande professionalisering

van de gezondheidszorg". De afgelopen decennia geven onder invloed van deze verschuivingen een enorme toename van de inspanningen, gericht op de secundaire preventie van deze stoornissen, te zien. De huidige praktijk van screening bij kinderen kan men in een aantal categorieën onderverdelen:

a. Screening voor fysieke problemen, voornamelijk chronische ziekten, al of niet van erfelijke aard. Te onderscheiden in:

- prenatale screening van afwijkingen die direkt de foetus betreffen (chromosoom afwijkingen);
- screening op afwijkingen bij zwangere vrouwen, welke negatieve invloed op de ontwikkeling van de foetus kunnen hebben (diabetes);
- neonatale screening (metabole stoornissen);
- screening op ziekten van infectieuze en/of chronische aard;
- sensorische screening (b.v. gehoor-, gezichtsvermogen).

b. Screening op ontwikkelingsproblemen. Onder deze noemer worden meestal samengevat problemen in de

- emotionele ontwikkeling;
- ontwikkeling van sociaal en adaptief gedrag;
- lichamelijke en motorische ontwikkeling;
- taalontwikkeling.

Het voert te ver om in het kader van dit artikel alle hier genoemde screeningstechnieken te beschrijven. Daarvoor verwijs ik naar twee handboeken op dit gebied^{1,2}.

Het moderne ouderschap

De moderne gezondheidszorg, gedomineerd als zij lijkt door een ongebreidelde vertrouwen in technologische ontwikkelingen, heeft de relaties tussen ouders en deskundigen op fundamentele wijze veranderd. Het beschikbaar komen van screening speelt in dat proces een specifieke rol. Screeningsonderzoek heeft een groot aantal problemen in ontwikkeling en gezondheid van kinderen dat tot voor kort als onveranderlijke gegevenheden of als lotsbestemming werd beschouwd, getransformeerd tot vraagstukken waarin een bewuste, actieve keuze wordt gevraagd en kan worden gemaakt. Op grond van prenatale screeningsonderzoek (en prenatale diagnostiek) kunnen ouders bijvoorbeeld beslissen over het al of niet krijgen van gehandicapte kinderen, terwijl verschillende postnatale screeningstechnieken het ouders mogelijk maken te kiezen voor gewenste 'ontwikkelingsprofielen'.

Volgens de Wachter komen ouders (en kinderen) meer en meer onder druk

van deze snelle ontwikkeling. Men moet in een steeds vroeger stadium, vaak op basis van kansberekening, beslissen over zeer vele en moeilijke vragen van leven, dood, normaliteit en handicaps³. Afgezien van de vraag naar de wenselijkheid van dit proces (waarvan de beantwoording neer zou komen op een ideologische stellingenoorlog), is een bezinning over een aantal (mogelijke) consequenties noodzakelijk. Witsenburg vraagt zich af, of met de verbreiding van bevolkingsonderzoek niet ingespeeld wordt op een 'latente hypochondrie, op de latente angst dat er iets mis is'. Zonder de psychologiserende interpretatie die in deze vraagstelling ligt besloten te willen overnemen, zijn er voldoende aanwijzingen om vast te kunnen stellen, dat angst voor afwijkingen een belangrijke drijfveer is achter het publieke enthousiasme voor een 'vertechnologiseerde' preventieve gezondheidszorg. Onderzoek naar de psychologische effecten van fout-positieve screeningsuitslagen, inhoudt dat ook ouders met de meest negatieve ervaringen in volgende situaties weer aan dergelijk onderzoek zouden deelnemen.

Voor angst als motief pleit ook een onderzoek van Krol. Hij vond dat een groot deel van de verwijzingen naar kinderartsen niet zozeer berusten op concrete vermoedens van huisartsen, alswel op de bezorgdheid van ouders⁴. Dat ouders bang zijn voor afwijkingen bij hun kinderen is geen nieuw verschijnsel. Een nieuwe ontwikkeling is wel dat deze angst door de verbreiding van wetenschappelijke methoden nieuwe verhalingsmogelijkheden krijgt. Screening is (naast onder andere prenatale diagnostiek) één van de moderne manieren waarmee ouders angst en onzekerheid met betrekking tot existentiële vragen omtrent kinderen kunnen omzetten in bewust handelen. Onmacht ten aanzien van 'dingen die nu eenmaal tot het leven horen' maakt geleidelijk plaats voor een gevoel van 'beheersbaarheid'. Naast alle waarschijnlijkheid is het juist deze productieve component van de technologische ontwikkeling in de preventieve gezondheidszorg, die de publieke steun, of zelfs publieke pressie verklaart.

Zoals bij elke nieuwe ontwikkeling verschijnen ook hier echter nieuwe problemen. Zo zou angst op een aantal existentiële terreinen geleidelijk kunnen vervagen, maar tegelijkertijd konden nieuwe redenen tot angst en onzekerheid zich aan. Bijvoorbeeld door de psychologische effecten van verkeerde test-uitslagen. Daarnaast is het voorstelbaar dat juist het nieuwe besef van 'beheersbaarheid' ouders voor nieuwe, onoplosbare dilemma's plaatst. Bovendien is het de vraag of deze nieuwe mogelijkheden aan ouders ook een werkelijke grotere zeggenschap over hun

leven en dat van hun kinderen geeft. Met het toenemen van de mogelijkheden tot 'beheersing' worden ouders immers steeds afhankelijker van degenen die de technologie ontwikkelen en distribueren.

Eén van de methoden waarmee men dergelijke problemen van angst en afhankelijkheid poogt te ondervangen is voorlichting. In vrijwel elk evaluatieonderzoek naar screeningsprocedures wordt gesproken van de noodzaak tot een goede, liefst schriftelijke informatie over de testprocedure en haar eventuele nadelen. Deze voorlichting heeft een tweeledig doel. Ze moet ouders de informatie verschaffen die nodig is om een verantwoorde keuze voor of tegen deelname te kunnen maken. Een goede voorlichting zou tevens onnodige ongerustheid na een eventuele fout-positieve testuitslag kunnen voorkomen.

Dat deze opzet maar zeer ten dele slaagt komt doordat voorlichting een 'verstandelijke' benadering is van problemen, die maar zeer ten dele verstandelijk kunnen worden overzien. Het gaat op dit terrein immers om vaak zeer emotioneel geladen onderwerpen. Bovendien wordt voorlichting omtrent screening gegeven vanuit dezelfde instrumentele, wetenschappelijke logica die aan de techniek zelf ten grondslag ligt. Voor criteria van een andere orde (zoals politieke, morele, religieuze), die niet minder rationeel behoeven te zijn, lijkt dan ook in voorlichtingscampagnes weinig plaats. In het professionele denkkader worden leken-perspectieven meestal als irrationeel afgedaan. 'Gezondheidsvoorlichting komt er nu eenmaal op neer dat je de lui een beetje medisch leert denken', merkt Iemhoff cynisch op¹⁶.

De hoeveelheid voorlichtingsmateriaal die ouders in de nabije toekomst zullen moeten verwerken om tot rationele keuze te kunnen komen (zo die al mogelijk zijn), is zeer groot. Wanneer men de kwaliteit van die keuzes in ogenschouw neemt, wordt duidelijk dat de beleving van het ouderschap aan sterke verandering onderhevig is. Men zou dit nieuwe type subjectiviteit kunnen beschrijven als het 'wetenschappelijk ouderschap'.

Het gebruik van deze term heeft een dubbele betekenis. Er wordt zowel gewezen op haar productieve als haar restrictieve mogelijkheden. De productieve component schuilt in het beheersbaar maken van een aantal tot voor kort onbeheersbare problemen. Daardoor kan een subjectieve beleving van zeggenschap en actieve betrokkenheid bij ouders ontstaan. De restrictieve component wordt gevormd door het kader, de logica waarbinnen de nieuwe kennis en mogelijkheden zich hebben ontwikkeld. De mogelijkheden voor ouderlijke zeggenschap en keuzevrijheid wor-

den gedefinieerd binnen een wetenschappelijke, en ook gezondheidspolitieke ruimte. Met 'wetenschappelijke ruimte' doel ik in de eerste plaats op het gangbare medisch- en psychologisch denkkader: de wetenschappelijke en methodische stand van zaken, het karakter van de relaties tussen ouders en professionelen, de gevestigde manier van denken over gezondheid en het voorkomen van afwijkingen.

Gezondheids-politieke aspecten hangen daarmee uiteraard ten zeerste samen. Zij worden echter apart genoemd om de maatschappelijke en politieke invloeden op de gezondheidszorg te benadrukken. Die invloed is bijvoorbeeld concreet zichtbaar in de keuzemogelijkheden die men heeft wanneer prenataal afwijkingen worden vermoed. Abortus op medische indicatie wordt in de huidige politieke constellatie vrijwel automatisch toegestaan, terwijl de mogelijkheid van passieve (en zeker actieve) euthanasie aan grote restricties onderhevig is.

Objectief?

Omdat de toepassing van screenings-onderzoek plaatsvindt binnen de context van een medische wetenschap die zich op de individuele gezondheidsbeleving richt, worden de resultaten van dergelijk onderzoek meestal individueel uitgelegd en opgevat. Screening wordt subjectief beleefd als een individuele diagnose, terwijl daar lang niet altijd 'objectieve' rechtvaardiging voor is te vinden.

Screening kan soms aanzienlijke vervroeging van diagnose-stelling tot gevolg hebben. Een dergelijke vervroe-

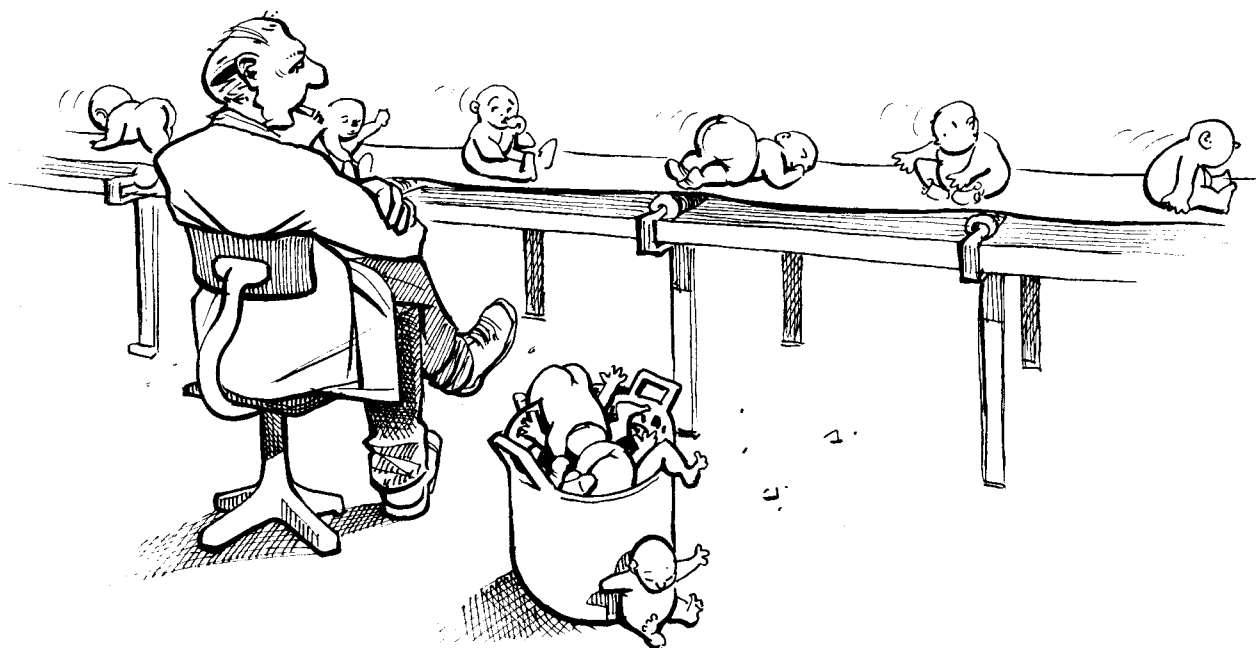
ging lijkt voor elk individu een wenselijk perspectief, ook al is dit perspectief niet altijd even reëel. Men heeft de indruk, ondanks eventuele tegen-evidentie, dat daarmee automatisch het leven wordt verlengd of althans wordt verbeterd. 'Het gaat bij al deze vroege signalering', zo zegt de Swaan in zijn bundel 'Het medisch regiem' 'niet om de statistische kans op het onheil of om de objectieve ernst ervan, maar om de balans tussen manifeste angst en verdringing bij de patiënt, tussen geruststelling en het verkrijgen van compliance bij de arts'.

De vaak beperkte voorspellende waarde van een testuitslag brengt ook de arts in een netelige positie; hij moet de uitkomst van het onderzoek voor zijn 'proto-patiënt' vertalen in een alles of niets: iemand is ziek of gezond. Screening suggereert, vooral door haar technologische verschijningsvorm, een inhoudelijke objectiviteit ten aanzien van gezondheid. Een belangrijke vraag die men ten aanzien van die 'objectiviteit' moet stellen, is hoe bij screeningsonderzoek de grens tussen normaal en afwijkend wordt gedefinieerd. Bij de bepaling van de validiteit van screeningstests wordt vaak uitgegaan van een dichotome benadering. Alle uitslagen die zich aan één kant van het screenings-criterium (het 'cutoff punt') bevinden worden in gelijke mate als positief beschouwd, terwijl de uitslagen ter andere zijde alle als negatief worden beschouwd. Vaak ook wordt gewerkt met 'gemiddelde waarden', gebaseerd op normaal-verdelingen welke voor een grote populatie zijn vastgesteld. Een impliciete vooronderstelling bij dit alles is dat er een directe relatie zou bestaan tussen een gevonden afwijking en de

gezondheid. Gezondheid laat zich echter niet altijd in objectieve criteria definiëren. Er zijn veel voorbeelden bekend van duidelijk vastgestelde afwijkingen zonder noemenswaardige klachten, en evenzo van ernstige klachten zonder noemenswaardige afwijkingen. Witsenburg spreekt in dit kader over de gezondheid als, individuele ervaring: 'Ik ben gezond als ik me gezond voel'. Het begrip 'gezondheid' wordt evenzeer sociaal-historisch geconstitueerd. Duidelijk is dit zichtbaar op het terrein van de psychosociale ontwikkelingsstoornissen. Ook op het vlak van de lichamelijke gezondheid zijn vele historische verschuivingen in diagnostische criteria waarnaambaar. Tenslotte wordt bij veel screeningsprogramma's de ziekte of de stoornis in kwestie tevoren niet adequaat gedefinieerd. Met name is dit vaak het geval wanneer lokaal ontwikkelde tests worden bewerkt voor toepassing in andere gebieden. Frankenburg noemt in dit verband zijn eigen 'Denver Developmental Screening Test' (DDST), die voor tal van andere landen is gestandaardiseerd. Afgezien van het feit dat de test bijvoorbeeld in ontwikkelingslanden als Soedan en Jamaica wordt gebruikt zonder dat diagnostische follow-up mogelijkheden aanwezig zijn, worden vaak de Amerikaanse scoringscriteria gehanteerd.

Brede evaluatie

De Wachter wijst op de noodzaak tot explicitering van de 'interne' screenings-logica. De ontwikkeling van de technologie in deze sector verloopt zo snel, dat er nauwelijks tijd is voor de nodige bezinning op en evaluatie van de



opportuniteit en wenselijkheid van programma's". Resultaten afkomstig uit het laboratorium worden in het algemeen zeer snel binnen de klinische setting gebracht, tegemoet komend aan publieke verlangens of professioneel opportunisme". Beslissingen omtrent de invoering van screeningsprogramma's worden vooralsnog genomen binnen het medische (of psychologische) circuit. Weliswaar wordt de ontwikkeling van screeningsinstrumenten vaak ingegeven door veronderstelde of werkelijk geformuleerde verlangens van ouders, gepersonifieerd door ouderverenigingen. Bij massa-screening betreft het uiteraard een veel grotere groep. In een aantal evaluatieve onderzoeken wordt weliswaar achteraf naar de mening van ouders gevraagd, maar deze vraagstelling kent een beperking. Ouders worden geconfronteerd met een bepaalde ernstige pathologie die hun nakomelingen zouden kunnen betreffen, waarna hen gevraagd wordt te oordelen over een daarop gericht opsporingsprogramma. Ofschoon de resultaten van dergelijk opinieonderzoek niet eensluidend zijn, reageren ouders in de meeste gevallen positief. Van ouders wordt dan verwacht dat zij een rationele afweging maken, gebaseerd op gegevens die zo 'objectief' zijn als het professionele denkkader ze voorschrijft. De 'objectieve' gegevens maken echter deel uit van een logica die ouders niet altijd kunnen doorzien. Aan de screenings-ideologie liggen een aantal axioma's ten grondslag, waarvan de afweging zelfs in de interne beroepscircuits ernstige verdeeldheid oproept. Een centrale plaats daarbij wordt ingenomen door de impliciete regel, dat het voor een arts kwalijker is een ziekte over het hoofd te zien dan een gezonde te behandelen. Deze regel fungeert als een legitimatie van screening: 'Het verschijnsel vals-positieven mag geen reden zijn om van screening af te zien: daarvoor is de winst bij de terecht posities te groot', stelt Lammes in een artikel over de screening op baarmoederhalskanker".

Screening is gerelateerd aan een zuiver instrumentale logica. Het effect dat telt is hoeveel deviantie kan worden voorkomen. De vraag welke betekenis aan de interventies moet worden toegekend, bijvoorbeeld in het leven van ouders en kinderen, is niet wezenlijk aan de orde. Bezwaren zijn, althans vanuit het professionele denkkader gezien, ofwel irrationeel, subjectief, of psychologisch ongezond. Daar kan dan altijd nog de psychologie voor worden ingezet". Volgens Tijnstra is bij afweging van de toepasbaarheid van screeningsprogramma's geen 'net-balance' te maken van voor- en nadelen. Kwalitatief onderzoek ('mensen aan het woord laten, hun ervaringen invoelen, begrijpen en ver-

helderen') kan bijdragen aan de beantwoording van de vraag hoever men met screening kan gaan. Dan nog blijft echter de vraag, hoe het probleem van het instrumentele effect en de subjectieve betekenis moeten worden ontward. Het gaat om een totaal-afweging, niet slechts van de voor- en nadelen van een specifieke test, maar van een zich exponentieel uitbreidende hoeveelheid daarvan. De werkelijke afweging betreft een gezondheidsideologie die sterk verankerd is in de gezondheidspraktijk, waarmee de meeste ouders van nu zijn opgegroeid of zelfs geïndoctrineerd.

Versnippering

De Wachter poneert, dat de technologische ontwikkeling op het gebied van screening in banen moet worden geleid, om te voorkomen dat een interne, professionele logica de mens gaat overheersen. De ervaringen, opgedaan met de beheersing van de DNA-research tonen echter het illusoire karakter van een dergelijk perspectief aan (brede commissie DNA). De specialistische kennis die nodig is om überhaupt het veld te kunnen blijven overzien is zo groot, dat het voor buitenstaanders, politici, ouders en anderen vrijwel ondoenlijk lijkt om het geheel in al haar consequenties te blijven overzien.

Concurrentie, professionele identiteitsvorming, financiële en personele belangen in de gezondheidsresearch hebben ertoe bijgedragen, dat het onderzoek naar screening in tal van wetenschappelijke instellingen gescheiden van elkaar plaatsvindt. Deze versnippering heeft als belangrijk nadeel, dat elk bestaand of nieuw instrument apart wordt onderzocht en geëvalueerd. Onderzoek naar overall-effecten ontbreekt tot dusverre echter volledig. Toch lijkt met name dergelijk onderzoek van het grootste belang, met name om de interne logica van screening op haar maatschappelijke en ethische merites te kunnen beoordelen. Onderzoekers hebben inderdaad met de screening op een bepaalde afwijking te maken, en zijn ervoor verantwoordelijk om dit zo goed mogelijk te doen. Ouders (en kinderen) daarentegen worden met het 'geheel' geconfronteerd.

Sociale, psychologische en gezondheids-effecten van een dergelijk totaal behoeven zeker grondig onderzoek. Immers, het totale effect van een gezondheidszorg, waarin screening een zo belangrijke plaats inneemt, is meer dan de som van de effecten van alle beschikbare screenings tests.

Integrale benadering

Ontwikkelingen in de screening van kinderen hebben geleid tot nieuwe concrete handelingsmogelijkheden voor ouders op een aantal terreinen, die

voordien onbeheersbaar leken. Die grotere keuzevrijheid roept naast een grotere zeggenschap echter ook nieuwe problemen op. Zij veronderstelt een taxatie van de wetenschappelijke rationaliteit, en een verstandelijke afweging van alternatieven die maar ten dele verstandelijk af te wegen zijn. Het gaat daarbij niet alleen om het kiezen voor bepaald type onderzoek, maar ook om het niet-kiezen-daarvan. Ook het niet benutten van beschikbare technisch-wetenschappelijke mogelijkheden voor onderzoek op afwijkingen kan nadelige psychologische effecten op ouders sorteren: welke ouder durft een dergelijke beslissing voor zijn rekening te nemen?

De vraag is in hoeverre het groeiende totaal van screeningsactiviteiten gericht top kinderen zal interfereren met zaken als spontaniteit in de opvoeding, met de vrije keuze van de nakomelingschap, met ouderlijke autonomie en competentie. De rationele afweging van feiten, cijfers en risico's welke van ouders in het kader van de snelle technologische ontwikkeling rond screening wordt gevraagd, leidt tot een belangrijke verandering in het ouderlijk beloven en handelen, tot het wetenschappelijk ouderschap. De consequenties van een dergelijke ontwikkeling voor ouders en kinderen, maar ook voor de samenleving als geheel blijven vooralsnog in het vage.

Of een dergelijke ontwikkeling leidt tot een kwalitatieve verbetering van het leven van ouders en kinderen laat ik in het midden. Van essentieel belang is echter wel om vast te stellen, dat het bij screening gaat om een sociaal-historisch geconstrueerde visie op gezondheid en gezondheidszorg. Er is geen sprake van een neutrale, autonome wetenschappelijke ontwikkeling, maar van een vorm van gezondheids-management, die zowel aan wetenschappelijke, politieke als culturele invloeden bloot staat.

Screeningsprojecten worden vooralsnog binnen de eigen logische kaders van screeningsdeskundigen geëvalueerd. Metingen worden verricht naar de efficiëntie van testmethoden en naar preventieve resultaten in termen van opgespoorde afwijkingen. Niet in evaluatie-onderzoek betrokken zijn tot dusverre vragen als:

- hoe beïnvloedt screening de individuele en sociale gezondheidsbeleving?
- hoe beïnvloedt screening de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid?
- hoe beïnvloedt screening de ouder-kind en de ouder-hulpverlener relatie?

Zicht op dergelijke vragen kan slechts worden verkregen door een integrale benadering van het hele gebied, waarbij het overall-effect van screening (waarmee wordt bedoeld op de totale invloed

van de screeningspraktijk op de gezondheid en de gezondheidsbeleving) wordt afgewogen tegen andere mogelijkheden van preventieve zorg. Het gevaar bestaat dat een dergelijke discussie uitmond in een oneigenlijke stellingenoorlog voor of tegen gezondheidstechnologie.

De vraag is echter niet, of technologische ontwikkelingen moeten worden stopgezet of afgeremd, maar wel wanneer en hoe ze moeten worden toegepast. Beslissingen hierover behoren niet langer voorbehouden te zijn aan interne professionele circuits. Evenmin kan uitsluitend het criterium van de publieke acceptatie, ofwel 'public fear', worden gehanteerd, zoals dat ten aanzien van DNA-research wel wordt voorgesteld". Een 'gezond volks-bevinding' op het terrein van gezondheid bestaat immers niet, ze is evenzeer gedifferentieerd als de bevolking zelf.

Frankenburg beveelt als oplossing aan de vorming van 'lokale overzichts-commissies', bestaande uit leken en deskundigen. Deze commissies zouden beslissingsbevoegdheid moeten krijgen over de invoering en toepassing van elke nieuwe screeningstest die uit publieke gelden wordt gefinancierd¹⁸. De Swaan gaat nog een stap verder.. Hij stelt dat het medisch regiem hervormd kan worden door het onder beheer te brengen van de mensen over wie het wordt uitgeoefend. De mensen die het aangaat bepalen uiteindelijk of de door experts bijeengebrachte kennis op hen wordt toegepast, zij maken hun eigen afweging van risico's en belangen. Deze nieuwe gezondheidspolitiek dient bedreven te worden binnen de eigen samenlevingsverbanden.

Screening moet worden opgevat als een tijds-specifiek antwoord op problemen van de hedendaagse cultuur, als een cultuur-gebonden inkleuring van de (preventieve) gezondheidszorg. De problemen rond screening en de effecten daarvan op de kwaliteit van het leven kunnen daarom slechts worden blootgelegd en verhelderd door een bestudering in historisch perspectief.. Wetenschappelijke denkwijzen en de daaruit voortvloeiende praktijken bepalen voor een belangrijk deel de context waarin hedendaagse ouders kinderen groot brengen. Een 'kortademige', a-historische benadering van screening zal dan ook gevangen blijven binnen de dominante, geaccepteerde logica van vandaag. Juist de axioma's die daaraan ten grondslag liggen behoeven dringen een kritische afweging door alle betrokkenen.

In 'Broeder Ezel' zegt de cardioloog Dunning: 'Geneeskunde is te belangrijk om aan artsen over te laten. Wie het medisch beroep met enige hartstocht beoefent ... wordt vaak zozeer in beslag genomen door het handwerk van

alledag, dat het doen het denken verdringt en de vraag naar het hoe en waarom van geneeskundig handelen op de achtergrond raakt'.

Evenzo is screening te belangrijk om aan screenings-deskundigen over te laten. —

Noten

1. Sturmans, F. (1983). Screening, voorwaarden en veronderstellingen. *Medisch Contact*; jrg. 38, nr. 24, pp. 717-719.
2. Collen, M.F., H.K. Prentis, R. Feldman & J.C. Cutler (1969). Cost analysis of a multiphasic screening program. *New England Journal of Medicine*; nr. 280, pp. 1043-1045.
3. Gordon, R.E. (1971). Psychiatrie screening through multiphasic health testing. *American Journal of Psychiatry*; nr. 128, pp. 559-563.
4. Allen, C.M. & H.R. Shinefield (1969). Pediatric multiphasic program. *American Journal of Dis. Child*; nr. 118, p. 469-472.
5. Charap, M.H. (1981). The periodic health examination: Genesis of a myth. *Annals of Internal Medicine*; nr. 95, pp. 733-735.
6. Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Services*. Oxford: Oxford University.
7. Sharbaro, J. (1975). Screening for tuberculosis: Synopsis. In W.K. Frankenburg & B.W. Camp (Eds.). *Pediatric Screening Tests*. Springfield Ill.: C.C. Thomas.
8. Jansen, I. (1983). Medische en maatschappelijke determinanten van sterfte in hoogontwikkelde landen 1870-1980. Rotterdam: Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit.
9. Heynsius van den Berg, M.R. (1953). Tuberculose. *Winkler Prins Encyclopaedie*; deel 17, 6e druk. Amsterdam: Elsevier; pp. 654-658.
10. Commissie Genetic Counseling van de Gezondheidsraad (1977). *Advies inzake Genetic Counseling*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
11. Winter, M. de (1983). Het nieuwe partnerschap tussen ouders en deskundigen. *Psychologie en Maatschappij*; nr. 23, pp. 242-266.
12. Winter, M. de (1986). Het Voorspelbare Kind. Vroegtijdige Onderkenning van Ontwikkelingsstoornissen (V.T.O.) in wetenschappelijk en sociaal-historisch perspectief. Lisse: Swets en Zeitlinger. Academisch Proefschrift K.U. Brabant.
13. Wald, N.J. (1984). *Antenatal and neonatal screening*. Oxford: Oxford University Press.
14. Wachter, A.M. de (1985). Ethische vragen bij voortschrijdende technologieën ter vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, instrument van verdrukking of bevrijding? Verslag VTO-studiemiddag 15 maart 1985. Publicatie nr. 4 Leidschendam: Landelijke Commissie VTO.
15. Wright, P. & A. Treacher (1982). *The problem of medical knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
16. Iemhoff, W.G.J. (1985). Groei van kennis en beïnvloeding van gedrag. *Ethnische aspecten van een toekomstig preventiebeleid*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 63, nr. 12, pp. 483-488.
17. Swaan, A. de (1985). *Het medisch regiem*. Amsterdam: Meulenhof.
18. Frankenburg, W.K. (1985). *The Concept of Screening Revisited*. In: W.K. Frankenburg, R.N. Emde & J.W. Sullivan (Eds.). *Early Identification of Children at Risk*. New York: Plenum Press; pp. 3-17.
19. Frankenburg, W.K. & B.W. Camp (1975). *Pediatric screening tests*. Springfield, Ill.: C.C. Thomas.
20. Wright, P. & A. Treacher (1982). *The problem of medical knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
21. Yoxen, E. (1982). Constructing genetic diseases. In P. Wright & A. Treacher (Eds.). *The problem of medical knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
22. Tijmstra, Tj. (1984). Screening en bevolkingsonderzoek. Over de (on)mogelijkheid van actieve vroege opsporing van afwijkingen. *Medisch Contact*; jrg. 38, nr. 18, pp. 561-567.
23. Lammes, F.B. (1983). Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. *Medisch Contact*; jrg. 38, nr., pp. 1221-1223.
24. Fretz, L. (1984). Toegepaste ethiek. In: S. Haakma (Ed.). *Genetische experimenten*. Utrecht: Studium Generale R.U. Utrecht.

Buurtinformatie als stimulans voor gezond- heidsbevordering

Vormgeven aan idealistische voornemens

Aan het begin van deze eeuw ontstonden er in de grote steden de eerste Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten (GG&GD-en). De problemen van vandaag de dag zijn echter anders dan die speelden bij de oprichting. Daarom is er een nieuwe aanpak nodig. Eén van de recente initiatieven is een drastische uitbreiding van de aandacht voor epidemiologie binnen de basisgezondheidsdiensten.

'New Public Health'

Veel van de nieuwe ontwikkelingen zijn geïnspireerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De WHO richt zich meer op de bevordering van de volksgezondheid dan op de bevordering van de curatieve geneeskunde. Voorbeelden zijn 'Health for All by the

De Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten maken vandaag de dag een opmerkelijke ontwikkeling door. Niet 'preventie' maar 'gezondheidsbevordering'. dragen zij hoog in hun vaandel. Om dit doel te bereiken is de epidemiologische analyse een belangrijke taak geworden van de basisgezondheidsdiensten: hoe zit het met het sterftecijfer in een buurt in relatie tot bijvoorbeeld het de kwaliteit van het woningenbestand in die buurt?

Maar het blijft niet alleen bij analyses, zo betogen de epidemiologen Hein Raat, Hans van Oers en Els van GUST. Ook intersectoraal beleid en participatie van de bevolking zijn belangrijke aspecten van de strategie voor de jaren negentig.

Hoe wordt er concreet vormgegeven aan deze idealistische ideeën? Daarover kunt u lezen in onderstaand artikel, waarin het buurtinformatiesysteem van de Rotterdamse Gemeentelijke en Geneeskundige en Gezondheidsdiensten centraal staat: een project om gezondheidsbevordering te stimuleren.

Hein Raat, Hans van Oers en Els van GUST, Zij zijn werkzaam als epidemiologen bij Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam.

Year 2000', en 'Primary Health Care' als middel om dat doel te bereiken'. De WHO-regio Europa heeft uitgewerkt wat dit betekent voor West-Europa. Er mankeert hier weinig aan de gemiddelde levensverwachting, maar er zijn wel vrij grote verschillen in sterfte tussen landen en regio's. Deze gezondheidsverschillen hangen samen met sociale ongelijkheid. Chronische aandoeningen veroorzaken een grote ziekte-belasting. Sociale, psychologische en psychiatrische problemen maken het dagelijkse leven van veel mensen moeilijk.

De WHO-Europa heeft 38 beleidsdoelstellingen geformuleerd om in Europa 'Health for All' te bereiken. De Nota 2000⁵ kan worden gezien als de Nederlandse invulling van dit WHO-be-

leid. Het zoveel mogelijk tegengaan van sociale ongelijkheid is een centraal thema. Leefstijlen worden gezien als een belangrijke gezondheidsbeïnvloedende factor. Via zogenaamd 'facet-beleid' (intersectoraal beleid) moet de gezondheid vanuit zoveel mogelijk relevante maatschappelijke sectoren worden bevorderd. Participatie van de bevolking is van groot belang om deze doelen te realiseren.

De basis gezondheidsdiensten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan dit gezondheidsbeleid. Omdat daarvoor een nieuwe aanpak nodig is (vergeleken met de openbare gezondheidszorg in de negentiende eeuw), wordt er wel gesproken van 'Nieuwe Openbare Gezondheidszorg' ('New Public Health').

Méer dan preventie

Aandacht voor preventie is een belangrijk onderdeel van de 'New Public Health'. Maar eigenlijk is preventie een te beperkt begrip in dit verband, en is het beter om te spreken over 'gezondheidsbevordering' ('Health Promotion'). Preventie is namelijk vooral gericht op het voorkómen van specifieke ziektes. Bijvoorbeeld door het vermijden van risicofactoren (roken, slechte voeding), of door het in een vroeg stadium opsporen van een ziekte (baarmoederhalskanker). Daarbij wordt er meestal aan op het individu gerichte invalshoek gekozen, en krijgen de sociale achtergronden van gezondheid en ziekte weinig aandacht.

Gezondheidsbevordering is minder georiënteerd op het voorkómen van ziektes en meer op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Niet alleen 'adding years to life'; maar vooral 'adding life to years'. De belangrijkste taak van basisgezondheidsdiensten is om daaraan bij te dragen in samenwerking met andere beleidssectoren en in samenwerking met de betrokken bevolkingsgroepen. Epidemiologisch onderzoek kan daarbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Het onderzoek dient om problemen te signaleren en te verhelderen, zodat beleidsdoelen geformuleerd kunnen worden.*

Niet iedereen is even overtuigd van het nut van beleidsondersteunend epidemiologisch onderzoek. Edwards¹¹ heeft uitgewerkt wat de toepassingsmogelijkheden zijn van epidemiologisch onderzoek. Het allerbelangrijkste doel van de epidemiologie is volgens hem: „building awareness". Veel bestuurders en beleidsmakers hebben de neiging om niet te veel aandacht te geven aan de (sociale) problemen in hun stad of gemeente. Edwards noemt als voorbeeld een Amerikaanse stad met de slogan: 'Life is good in OUR TOWN'. Dáát wordt waarschijnlijk niet hard gewerkt aan een gezondere toekomst.

Toronto is het voorbeeld van het omgekeerde. In plaats van de leus dat het leven goed is, propageert deze stad dat ze in het jaar 2000 de gezondste stad van Noord-Amerika zal zijn. Op een conferentie in 1984 werd hiertoe besloten, en nu al loopt Toronto qua activiteiten voorop in een internationaal netwerk van 'gezonde steden'. Over de activerende rol van de epidemiologie wordt gezegd: 'One of the major roles ... is a political one: active advocacy for the correction of flaws in our health system, defined in the broadest sense'.

In Europa zijn Liverpool en Bremen voorbeelden van steden die een actieve gezondheidspolitiek voeren. De WHO-Europa wil de projecten van actieve steden bundelen in het zogenaamde 'Healthy Cities Project'. In elk land is gezocht

naar een 'core-city', die op haar beurt andere steden stimuleert om mee te doen. In Nederland is Eindhoven de 'care-city'. Inmiddels zijn zo'n vijftien steden en regio's aangesloten bij het Nederlandse 'Netwerk Gezonde Steden'. De bedoeling is om via dit netwerk de 'New Public Health' in de praktijk te brengen¹².

REBUS

De GGD-Rotterdam heeft sinds 1982 een vrij grote afdeling Epidemiologie. Deze afdeling voert een breed scala van gezondheidsonderzoeken uit^{12,13}. De meeste projecten staan echter op zichzelf en worden niet stelselmatig met elkaar in verband gebracht. Binnen het Rotterdams Epidemiologisch Buurtenkenmerken Systeem (REBUS) gaat dat wél gebeuren. REBUS is opgezet om de ontwikkeling van regionaal gezondheidsbeleid in Rotterdam te bevorderen. Het systeem laat zich als volgt kenmerken¹⁴:

1. de (epidemiologische) informatie wordt verzameld en gepresenteerd per buurt. Daartoe wordt de onderverdeling van Rotterdam in 83 vrij homogene CBS-buurtten gebruikt;
2. de informatie die de GGD verzamelt (zowel routinematig als het gerichte onderzoeken) over de gezondheidssituatie en de zorgvoorzieningen in de stad, wordt zoveel mogelijk (ook) weergegeven per buurt en opgenomen in het systeem;
3. informatie die bij andere gemeentelijke diensten en instellingen in de stad beschikbaar is over de gezondheidssituatie en over gezondheidsbeïnvloedende factoren, wordt eveneens - voor zover mogelijk - weergegeven per buurt en opgenomen in het systeem. Bijvoorbeeld woonkwaliteit, buurtecologie, milieu, sociaal-economische status;
4. REBUS is een continu systeem. De opgenomen informatie wordt jaarlijks geactualiseerd zodat in de toekomst ook trend-studies mogelijk zijn. De gegevens voor REBUS worden zowel op kwalitatieve als op kwantitatieve wijze verzameld. Bij de analyse en interpretatie van de informatie worden de kwalitatieve en de kwantitatieve data geïntegreerd. Het kwantitatieve gedeelte binnen REBUS geeft cijfermatig informatie. Het kwalitatieve onderzoeksgedeelte geeft vooral inhoudelijke kennis, waardoor het mogelijk is om getalsmatige bevindingen te verklaren, te illustreren en aan te vullen.

Informatie per buurt

Meestal wordt epidemiologische informatie weergegeven per bevolkingsgroep. Bijvoorbeeld de sterfte onder mannen met een bepaalde leeftijd of

met een bepaald beroep. De gegevens in het REBUS zijn anders. Daar gaat het bijvoorbeeld om het gemiddelde sterftecijfer in een bepaalde buurt. Of om het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners per jaar in een andere buurt. Dit zijn geen kenmerken van mensen, maar van geografische eenheden. Deze buurtindicatoren kunnen statistisch worden gecorrigeerd (gestandaardiseerd) voor factoren zoals de leeftijdsopbouw van de bevolking in de buurten.

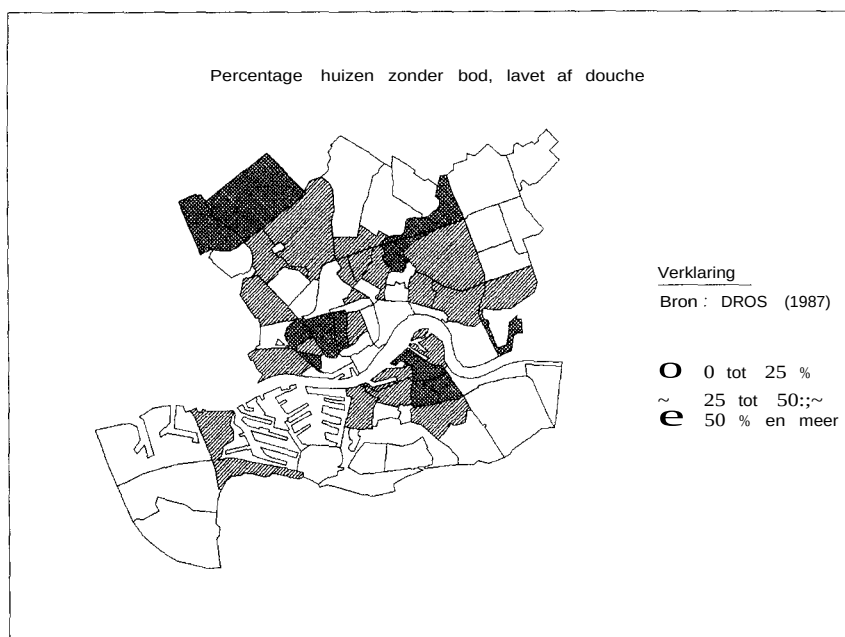
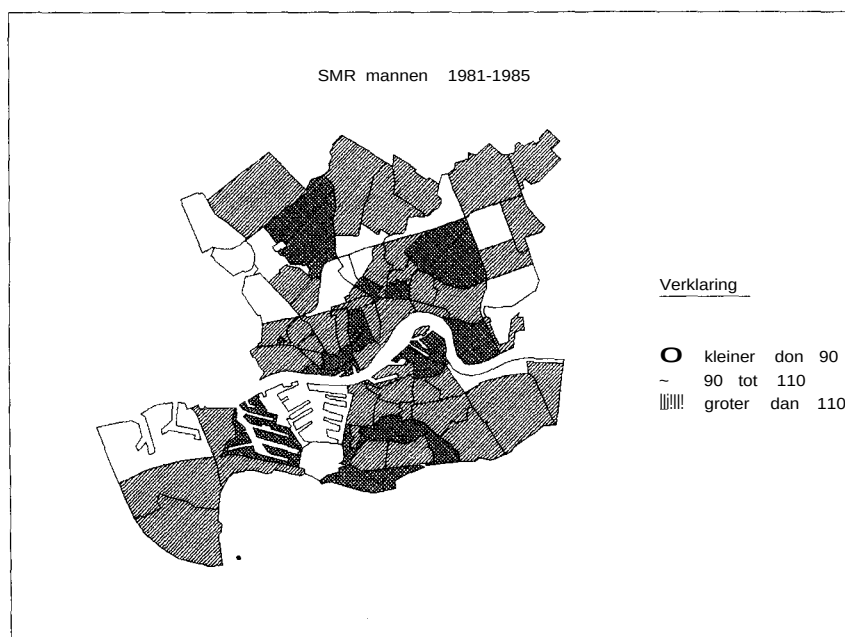
In figuur een en twee staan voorbeelden van de informatie die in REBUS beschikbaar is. Het zijn geschematiseerde plattegronden van Rotterdam met de CBS-buurtindeling. De rivier verdeelt de stad in een noordelijk en een zuidelijk gedeelte. Het zaken-, winkel- en uitgaanscentrum ligt op de noordelijke oever. De uitstulpingen uit de rivier op het kaartje zijn de havens.

In figuur een wordt met een arcering per buurt aangegeven in welke orde van grootte het gestandaardiseerde sterftecijfer (SMR) voor mannen ligt. Daarbij is het gemiddelde van de hele stad gesteld op 100. Een SMR van minder dan 90 duidt op een relatief laag sterftecijfer en een SMR van meer dan 110 op een relatief hoog sterftecijfer. In figuur drie staat informatie over de woningen in de Rotterdamse buurten, afkomstig van de Dienst Ruimtelijke Ordening en Stadsontwikkeling (DROS). Het gaat hierbij om het percentage van de woningen zonder bad, lavet of douche, dat met behulp van arceringen per buurt is aangegeven. Deze variabele geeft een indruk van de kwaliteit van de woningen.

Het is opvallend hoeveel gegevens per buurt beschikbaar zijn. Het gaat om honderden variabelen. Voor een deel kunnen die bij elkaar worden gevoegd tot samenvattende indicatoren. Zo is er bijvoorbeeld een indicator 'rangorde naar sociale achterstand van de buurt' van het CBS¹⁵. De sociale achterstand is hierbij bepaald op basis van elf gegevens zoals bijvoorbeeld het percentage woningen met telefoonaansluitingen, het percentage woningen zonder badgelegenheid. Ook voor de verschillende aspecten van gezondheid en welzijn in de buurten worden samenvattende indicatoren gemaakt.

Buurtbeschrijvingen

De REBUS-gegevens kunnen op twee verschillende manieren worden gebruikt. Ten eerste kunnen er sociaal-gezondheidskundige buurtbeschrijvingen mee worden gemaakt. Het gaat daarbij om een overzicht van het karakter van de buurt en alle voorzieningen daarin, in relatie tot de leefsituatie, zowel qua welzijn als qua gezondheid. Soms is een algemene beschrijving nodig, maar het kan ook zijn dat er alleen



figuur een Het gestandaardiseerde steftcijfer (SMR) voor Rotterdamse mannen gemiddeld over 1981-1985 per CBS-buurt. Voor de hele stad is de SMR geïndexeerd op 100.

figuur twee Het percentage woningen zonder bad, lavet of douche in Rotterdamse CBS-buurt in 1987 als indicator voor de kwaliteit van het woningbestand.

aandacht is voor een bepaald aspect. Bijvoorbeeld de aard en omvang van alcoholproblemen in een buurt in relatie tot de verschillende soorten drinkgele-

genheden die er zijn. Sommigen zullen vooral gebruik willen maken van de getalsmatige gegevens, terwijl bij anderen de nadruk zal liggen op 'kwalitatieve' informatie.

Een tweede mogelijkheid van REBUS is om in analytische zin de samenhang na te gaan tussen de gezondheidstoestand en de diverse kenmerken van de buurten. De onderzoekseenheid is dan de buurt, en niet de individuele bewoner. Uit een Amsterdams buurtonderzoek bleek bijvoorbeeld dat de gemiddelde sterfte, ziekenhuisopnamen en arbeidsongeschiktheidscijfers in de buurten samenhangen met indicatoren van sociale achterstand in de buurt-

ne^{16,17}. Bij REBUS kunnen dergelijke analyses verrijkt, en in de loop van de tijd herhaald worden.

Ook is een meer stadsgeografische benadering mogelijk waarbij er bijvoorbeeld wordt nagegaan welke verschillen er zijn tussen centrum buurten en perifere buurten, tussen de noord- en zuidoever van de Maas, tussen nieuwe en oude stadsbuurten. Het effect van specifieke omgevingsfactoren op de gezondheid en het welzijn in de buurten kan worden onderzocht, na correctie voor versturende variabelen. Zoals bijvoorbeeld de invloed van bebouwingsvormen hoog- en laagbouw, de aanwezigheid van groenvoorzieningen of verkeersoverlast. Van belang voor het voorzieningenbeleid is de relatie tussen de omvang van de zorgvoorzieningen in de buurten en gezondheid en of welbevinden.

Participatie

REBUS levert niet zozeer nieuwe gegevens op, maar is een formule om gegevens te analyseren en te presenteren. Een achterliggende gedachte daarbij is om de 'participatie' van de bevolking te bevorderen. Epidemiologische informatie kan in principe een katalysator zijn om de bevolking te activeren voor gezondheidsdoelen. De meeste studies gaan echter over 'individueen' die een bepaald risico lopen door hun gedrag. Bij REBUS gaat het over groepen mensen die bij elkaar in een buurt wonen. In principe is zulke buurtinformatie bij uitstek geschikt om bevolkingsgroepen te stimuleren. Vooral wanneer er buurten met elkaar worden vergeleken.

Wil REBUS zo gaan werken, dan moet het bekend raken in de buurten. Daarbij is de afdeling GVO van de GGD betrokken. Wat nog verder moet worden uitgewerkt is een goede visie op 'participatie'. De idee van vergaande 'democratisering' van de bestaande instellingen blijkt niet altijd goed te werken. Het bevorderen van 'particulier initiatief' is een alternatieve formule, maar wel zonder de nadruk op confessionele achtergrond. De overheid kan niet alle gewenste vernieuwingen op zich nemen. Wel kan zij bevorderen dat groepen, verenigingen, stichtingen en misschien ook 'bedrijfjes' dat zoveel mogelijk doen. REBUS is een informatie-aanbod van de gemeente aan het 'particulier initiatief' in Rotterdam dat zich wil inzetten voor verbetering van de stad.

Ook voor beleidsmakers en bestuurders is het nuttig om gezondheidsinformatie per buurt beschikbaar te hebben. Het is in het algemeen gemakkelijker om beleid vorm te geven op buurtniveau, dan om het beleid te richten op vaak moeilijk bereikbare risicogroepen. REBUS is niet alleen gericht op de gemeentelijke overheid, maar ook op an-

dere geïnteresseerde organisaties: ziekenhuizen, kruiswerk, huisartsen, ziekenfondsen. Nu de gezondheidszorg zich meer marktgericht gaat opstellen, is er meer behoefte aan informatie over vraag en aanbod op de markt. REBUS kan daarin voorzien. Ook bij andere gemeentelijke diensten (volkshuisvesting, politie, ruimtelijke ordening en verkeer) bestaat belangstelling voor dit type informatie. Door de REBUS-gegevens brede bekendheid te geven hoopt de GGD een bijdrage te leveren aan het stimuleren van facet-beleid (intersectoraal beleid).

Nadelen

In zekere zin biedt REBUS relatief eenvoudige en overzichtelijke informatie. Immers, het betreft gegevens van maar 83 buurten, in plaats van ruim 500.000 inwoners. Die eenvoud leidt echter tot een aantal beperkingen. Zo is REBUS niet bedoeld om inzicht te geven in de oorzaken van (on)gezondheid van mensen. Oorzaken van ziekte moeten op individueel niveau worden onderzocht, en niet op geïntegreerd (= buurt) niveau. Een ander punt is dat de gezondheidstoestand in een buurt niet alleen wordt beïnvloed door buurtfactoren. De werksituatie is bijvoorbeeld een belangrijke omgevingsfactor die vaak buiten de buurt is gesitueerd.

De omgevingsfactoren binnen een buurt zijn niet altijd homogeen verdeeld. Overlast van verkeer qua lawaai en luchtverontreiniging is bijvoorbeeld direct gelokaliseerd langs de hoofdwegen, en hoeft niet de hele buurt te beïnvloeden. Ook qua sociaal-economische opbouw is een buurt niet altijd even homogeen. Er kunnen goede (dure) en slechte (goedkope) woningen in één buurt voorkomen. In een buurt kunnen 'autochtone' buurtbewoners wonen naast een tijdelijke bevolking van bijvoorbeeld studenten.

Hygiënist

De ideeën rondom het Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem zijn niet nieuw. De hygiënist uit de negentiende eeuw maakten ook uitvoerige medisch-geografische plaatsbeschrijvingen. Mackenbach¹ noemt daarvan een aantal voorbeelden (het Gooi, Zeeland en Middelburg). Stratingh e.a.¹⁹ gaven ruim honderd jaar geleden al richtlijnen voor het maken van een geneeskundige plaatsbeschrijving. Normaliter werd er begonnen met een analyse van de fysisch-geografische ligging van de stad. Vervolgens werd de stadsopbouw en het woningbestand beschreven. De auteurs gaven allerlei tentatieve beschouwingen over de mogelijke samenhang tussen stadskenmerken en de gezondheidstoestand.

Het idee dat er een verband is tussen de leefomgeving en de gezondheid van

de inwoners was in de vorige eeuw niet principieel anders dan bij de sociaalgezondheidkundigen van vandaag. De theoretische kennis over hoe bepaalde factoren effect hebben op de gezondheid was 150 jaar geleden echter nauwelijks aanwezig. Er zijn tegenwoordig veel meer en betere gegevens beschikbaar en de mogelijkheden tot statistische verwerking en analyse zijn enorm vergroot. REBUS past binnen de toegewomen aandacht die er de laatste jaren bestaat voor de sociaal-geografische invalshoek in de gezondheidszorg²⁰.

Opnieuw en vernieuwd

De WHO spreekt van 'New Public Health', en de Nota 2000 over gezondheidsbeleid in plaats van het 'ouderwetse' gezondheidszorgbeleid. Bij nadere beschouwing blijkt het niet te gaan over nieuwe ideeën. De basisgezondheidszorg komt 'opnieuw' in de belangstelling en heeft zich 'vernieuwd'. Dat betekent aandacht voor de gezondheidsproblemen van de negentiger jaren. Dat betekent ook dat er gekozen wordt voor het nieuwe concept van 'gezondheidsbevordering'. De epidemiologie in basisgezondheidsdiensten sluit hier op aan door zo relevant mogelijke informatie te verzamelen en te presenteren. REBUS is daarvan een voorbeeld. Het is een bindende factor tussen de reeds in gang gezette projecten. Er is gekozen voor een presentatie per buurt, omdat dat een goede ingang biedt voor stimulatie van de participatie van de bevolking. Bovendien stimuleert het de ontwikkeling van intersectoraal gebied.

Preventie is hierbij een te beperkt begrip. Preventie is bovendien meestal té individueel gericht. Het gaat bij de basisgezondheidszorg primair om de bevordering van gezondheid in een gezonde leefomgeving. Preventieve programma's kunnen daar uiteraard op aansluiten, maar komen op de tweede plaats. Net zo goed als dat de curatieve zorg onmisbaar is, maar die komt vanuit deze optiek op de derde plaats. ~

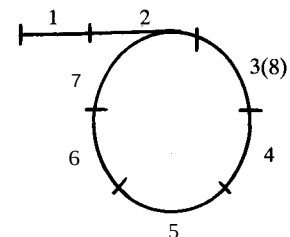
Literatuur

1. Nota Basisgezondheidsdiensten. Tweede Kamer 1979-1980, 16088, ms. 1-2.
2. Health for all by the year 2000; rapportage Nederland 1985. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam, 1986.
3. Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, 6-12 september 1978. WHO/UNICEF, Geneva, 1978.

• Gezondheidsbeleid als circulaire proces

1. verzamelen van gegevens
2. analyseren van gegevens
3. monitoring van gezondheidssituatie
4. formuleren van doelstellingen
5. stellen van prioriteiten
6. bepalen van strategie
7. evalueren van beleid

4. Targets for health for all. The WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1985.
5. Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, 1985-1986, 19500, ms. 1-2.
6. Health promotion; concept and principles in action; a policy framework. The WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1984.
7. J.E. Asvall, J.P. Jardell, A. Nanda, Evaluation of the European strategy for Health for All by the Year 2000. Health Policy 6, 1986, 239-258.
8. G. Edwards, Epidemiology applied to alcoholism; a review and examination of purposes. Quart. J. Stud. Ale. 34, 1973, 28-56.
9. Healthy Toronto 2000, a policy conference. City of Toronto Department of Public Health. October 1984.
10. J. Ashton, P. Grey, K. Barnard, Healthy cities; WHO's New Public Health initiative. Health Promotion 1, 1986, 319-324.
11. E. Ketting, Gezonde steden; een nieuw project van de WHO-Europa in het kader van Health for All. Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht, 1986.
12. H.F.L. Garretsen, Beleidsplan Epidemiologie; onderzoeksprogrammering tot 1990. GGD-Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 25. Rotterdam, 1987.
13. C.G.L. van Deursen, H. Raat, Overzicht onderzoeksprojecten GGD-Rotterdam 1987. GGD-Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 37. Rotterdam, 1988.
14. J.A.M. van Oers, E.H. Prins, A.P.M. van de Ven, REBUS: Rotterdams Epidemiologisch Buurtkenmerken Systeem; verkenning en opzet. GGD-Rotterdam, afdeling Epidemiologie, rapportnummer 41. Rotterdam, 1988.
15. Sociale achterstand in wijken en gemeenten. SCP-Cahiem. 14. Rijswijk, 1980.
16. A. Lau-IJzerman, J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas e.a., Vergelijkend buurt-onderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam; eindrapport. GG&GD Amsterdam, 1980.
17. P.J. van der Maas, J.D.F. Habbema, G.A.M. van den Bos e.a., Vergelijkend buurt-onderzoek Amsterdam 11 naar sterfte en ziekenhuisopnamen, 1977-1983. Instituut voor Sociale Geneeskunde Universiteit van Amsterdam, 1987.
18. J.P. Mackenbach, Mortality and medical care. Proefschrift Erasmus Universiteit. Rotterdam, 1988.
19. G.A. Stratingh, L. Ali Cohen, Ontwerp van een plan voor een geneeskundige plaatsbeschrijving van Nederland. T. Nederl. Maatsch. Bevordering Geneesk. 4, 1853, 236-243.
20. P.P. Groenewegen, L. Hingstman, Medische Geografie: de stand van zaken in een relatief onbekende subdiscipline. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65, 1987, 809-812.



IN NAAM DER GEZONDHEID!

Begin jaren zeventig was 'preventie' een toverwoord. Ziekten voorkómen achtte men beter dan ze genezen, eenvoudiger was het echter niet. Er waren drastische wijzigingen van de maatschappelijke structuren voor nodig. In naam van de gezondheid diende de wereld verbeterd te worden. Dit revolutionaire élan duurde amper vier, vijf jaar. Het is langs twee kanten ondergraven.

Aan de ene kant waren er de *medici* die weliswaar toe wilden geven dat de maatschappij ziek maakt, maar die dachten dat we in een welvaartsmaatschappij leefden. De ziekten die opdoemen na onze overwinning op longontsteking, syphilis en tuberculose, zeiden ze, zijn welvaartsziekten. Welvaartsziekten zijn niet het resultaat van een tekort - aan hygiëne, aan vitamine - maar van een teveel. Een teveel, om precies te zijn, aan vet. Moesten er mager jaren komen? Nee, 'de mensen' moesten minder vet gaan eten. Weg was het ideaal om de maatschappij te verbeteren. Er kwamen voorlichtingcampagnes voor in de plaats.

De *sociologen* werkten ook mee aan het verdwijnen van de koppeling tussen preventie en maatschappijkritiek. De sociologen wilden het wél graag over het verbeteren van de maatschappij hebben, maar zij weigerden om dat in termen van 'gezondheid' en 'ziekte' te doen. 'Gezondheid' en 'ziekte' zijn medische termen, zeiden ze, waarmee dokters oordelen vellen over wat hen wel en wat hen niet bevalt. Als we naar 'gezondheid' gingen streven, vreesden de sociologen, zou de medicalisering uit de hand lopen: de dokters zouden dicteren hoe de maatschappij moet worden ingericht. De sociologen schoven een ander ideaal naar voren dat bij het verbeteren van de maatschappij als leiddraad dienen kon: gelijkheid. Sterfte, scholing, stress en zeggenschap dienden voortaan gelijkelijk te worden verdeeld.

Het is nu 1988. Nota's en rapporten gonzen opnieuw van de preventie. Ze begeven zich voorbij de voorlichting. Niet alleen de handelwijze van burgers, maar ook het beleid van zo ongeveer alle ministeries en bedrijven moet omgebogen worden om ziekten te voorkomen. Is dit een

reden tot bezorgdheid? Dreigt de medicalisering? Volgens mij niet. Volgens mij ligt hier een goede mogelijkheid om opnieuw te proberen preventie en maatschappijkritiek met elkaar te verbinden. Het ideaal van de gelijkheid is prachtig, maar niet langer populair. Het heeft moeten wijken voor het omhoog dringen van het begrotingstekort, en het omhoog stuwen van de winsten. Met 'gezondheid' echter valt ook in de jaren tachtig niet te spotten. Het is een ideaal waarop iedereen aanspreekbaar is. Immers: wie 'ongelijk rijk' of 'ongelijk machtig' is, hoopt dat te blijven en kan dus om ongelijkheid lachen. Wie gezond is, weet dat dat niet zal blijven duren. De angst voor ziekte zit er in alle lagen van de bevolking flink in. Ziek worden kan iedereen overkomen, denkt iedereen. Daar moeten we gebruik van maken.

Laten we het opnieuw gaan zeggen, in alle toonaarden: de maatschappij maakt ziek en die ziekten moeten voorkomen worden. Kijk echter uit: gebruik er niet van die grote, globale woorden voor. Wees, dat hoort eind jaren tachtig, precies. Verzamel gedetailleerde ellendeverhalen. Dat kan in de gemiddelde huisartsenpraktijk of wijkverpleegkundewijk, in een willekeurige polikliniek of in een verpleegtehuis, zo moeilijk toch niet zijn. Zorg dat ze onomstotelijk aantonen dat kerncentrales, kerngezinnen, verkeerslawaai, gebrek aan kinderopvang, werk en werkloosheid ziek maken. Die ziekten moeten voorkomen worden.

Het 'werken aan ontmedicalisering' is aardig in de spreekkamer, wanneer er patiënten zijn die dreigen te gaan denken dat al hun problemen in hun buik zitten terwijl ze daar niet zitten. Maar buiten de spreekkamer kunnen we ons die luxe niet langer permitteren. Daar is het hoog houden van het medische ideaal 'gezondheid' dringend nodig geworden. Betere mogelijkheden om maatschappijkritiek te schragen zijn er niet. Er zit weinig anders op dan het uit te schreeuwen in beleefde woorden en desnoods met witte jassen aan: *Gezondheid*, dat is *Politiek!*

Annemarie Mol

Geslaagde preventie leidt tot duurdere zorg

Preventieve maatregelen ~~kunnen~~ ziekten ~~vermijden~~, de kosten van de zorg ~~kunnen~~ erdoor lager worden. Dat lijkt een logische gedachtengang. Niets is echter ~~minder~~ waar. Want wanneer je langer gezond blijft word je ouder (preventie van sterfte) en moet voor niet levensbedreigende ziekten en handicaps méér zorg gedurende de toegevoegde levensjaren ~~verleend~~ worden. Preventie van sterfte leidt tot een duurder zorgsysteem als geheel.

Guus Schrijvers stelt evenwel dat het toch mogelijk is met behulp van preventieve maatregelen de kosten terugdringen. De preventieve maatregelen moeten zich echter richten op het voorkómen van 'zorgbehoeften': de zorgvraag van zieken en gehandicapten, bijvoorbeeld, is door ruimtelijke aanpassingen van woningen naar een goedkopere sektor te leiden. Ofwel preventie van opname in verpleeg- of verzorgingshuis.

GuDS Schrijvers, hoogleraar Algemene Gezondheidszorg Rijks Universiteit Utrecht

In dit artikel analyseer ik de relaties die er kunnen bestaan tussen verschillende vormen van preventie en verschillende soorten kosten. Aan het eind van deze beschouwing geef ik aan in welke richting onderzoek en beleid op dit terrein zich zou kunnen ontwikkelen. Bij het schrijven van onderstaande tekst heb ik gebruik gemaakt van literatuurstudies over diabetes-educatie en over de Amerikaanse gezondheidszorg in het algemeen.

Een literatuurstudie door medewerkers van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie (Utrecht) over diabetes-educatie leverde geen wetenschappelijke experimenten op waaruit zou kunnen blijken dat verandering van leefstijl, lichaamsbeweging en voeding de kosten van gezondheidszorg verlaagt'. Deze onderzoeksvraag was niet beantwoord in de bijna negentig publicaties die we doornamen en via een computeronderzoek verzameld hadden. Omdat diabetes een ziekte vormt die zeer wel te be-

handelen is met preventieve maatregelen op de terreinen van leefstijl, oefening, voeding, geneesmiddelen gebruik en zelfregulatie, betwijfel ik het bestaan van een onderzoek van experimentele aard (zowel met controlegroepen als voor- en nametingen) over de economische gevolgen van een poging om met preventieve maatregelen gezondheid van individuen te bevorderen.

Bij mijn literatuurstudie over de Amerikaanse gezondheidszorg* ben ik evenmin veel evaluaties van preventieve programma's tegengekomen. Eén evaluatie geeft echter aanwijzingen dat lichaamsbeweging de gezondheid positief beïnvloed en het aantal opnames in het ziekenhuis verlaagt'. In een thans lopend onderzoek binnen onze vakgroep over regionale gezondheidsprofielen konden wij tot nu toe geen statistisch materiaal vinden van wetenschappelijke experimenten over de relatie tussen kosten van de gezondheidszorg en preventie.

Tijdreeksanalyses

Zijn er in experimenten geen duidelijke verbanden aangetoond, - tijdreeksanalyses* *, een andere vorm van wetenschappelijk onderzoek, tonen aan dat er belangrijke relaties bestaan tussen preventie en zorgconsumptie. McKeown bijvoorbeeld geeft aan dat een van de grote oorzaken van het verlengen van de levensverwachting van de Britse bevolking in de periode 1840 tot 1970 toe te schrijven is aan verbeteringen in de voeding en de hygiënische voorzieningen, zoals stromend water'. Tijdreeksanalyses vormen ook een pijl voor de uitspraken in de Nota 2000 over het verloop van de gemiddelde levensverwachting van de Nederlandse bevolking (1986). Hoewel in deze nota jaren afneemt vanwege de wet van de verminderende meeropbrengsten* *, betwijfel ik of deze stelling juist is. Hoo-gendoorn (1987) berekende voor Nederland dat de standaardsterftecijfers gedurende de periode 1950-1985 conti-

nu daalden". Dat is niet het geval voor de bruto sterftecijfers, doch deze cijfers zijn niet voor de veroudering van de bevolking gecorrigeerd. Het is logisch dat een oudere bevolking een hoger sterftecijfer heeft, doch dat zegt dan niets over diens gezondheidstoestand. Uit Hogendoorns berekeningen blijkt, dat het nog steeds mogelijk is het gestandaardiseerde sterftecijfer (naar bevolkingsopbouw gecorrigeerd) van de Nederlandse bevolking te verlagen. Niet alleen de curatieve sector draagt hieraan het nodige bij. Ook preventieve maatregelen van na de oorlog op terreinen als bedrijfsgeneeskunde en verkeersbeveiliging en verbetering van huisvesting en de kwaliteit van de voeding speelden een rol.

Deskundigen in Nederland zijn van mening, dat de Nederlandse cijfers verder zouden kunnen dalen door leefgewoonten te beïnvloeden met behulp van preventieve programma's. Dertig procent van de jaarlijkse gevallen van sterfte aan longkanker zijn toe te schrijven aan de consumptie van tabak. Bijna alle sterftes ten gevolge van hartziekten worden veroorzaakt door verkeerde leefgewoonten. De Zweedse Gezondheidsnota 'The Swedish Health Services in the nineties' stelt dat 80% van alle gevallen van kanker toe te schrijven zijn aan de omgeving en aan leefgewoonten."

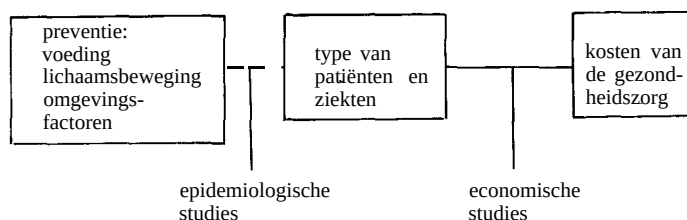
Wanneer ik de literatuur over gezondheidseconomie en preventie goed overzie dan krijg ik de indruk dat er een kloof bestaat tussen beide wetenschappelijke gebieden. Aan de ene kant is het mogelijk om de kosten te berekenen voor verschillende typen van patiënten en ziekten. De automatisering van de informatieverwerking maakt het mogelijk statistische gegevens te verzamelen voor deze calculaties, onder meer met behulp van het in Amerika ontwikkelde Diagnosis Related Group System. Aan de andere kant tonen epidemiologische studies relaties aan tussen factoren en typen van patiënten en ziekten. Combinatie van zowel economische als epidemiologische analyses zou inzicht kunnen opleveren van de relaties tussen leefstijl en kosten van de gezondheidszorg (zie grafiek 1).

Tot op de dag van heden hebben wij geen empirische studies kunnen vinden over deze relaties. De geïntegreerde onderzoeken van de WHO over de relatie tussen de oorzaken en kosten van hart- en vaatziekten (MONICA-project) zou bij mijn weten de eerste internationaal gebaseerde studie zijn die de relatie legt zoals in grafiek 1 is aangegeven.

Zorgbehoefte

Preventie omvat activiteiten om ziekten en zorgbehoeften te voorkomen.

Grafiek 1 De relatie tussen preventie en kosten van de zorg.



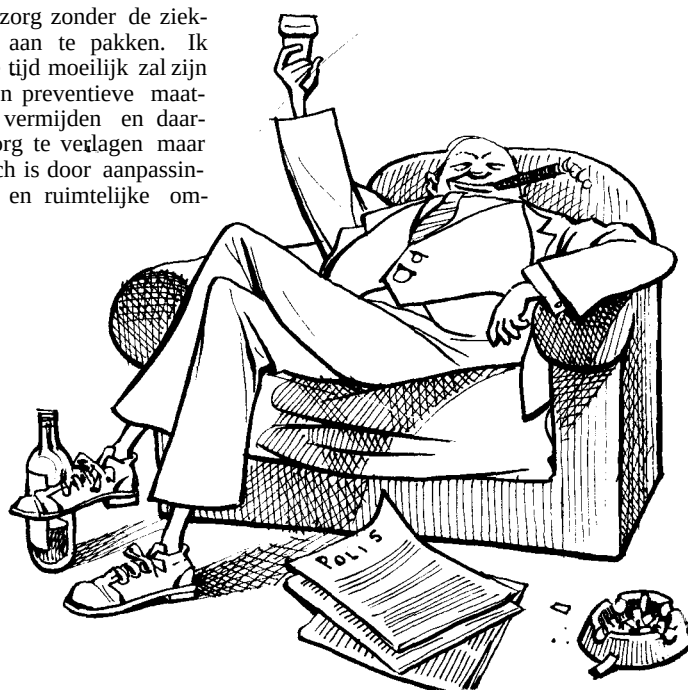
Veelal is preventie gelokaliseerd buiten de zorgsector en vormt zij een nevenaspect van een andere vorm van overheidsbeleid. Een aspect van het bevorderen van openbaar vervoer bijvoorbeeld is dat daardoor het aantal verkeersongelukken en de sterfte verminderen. In Nederland bevordert men deze wijze van dit transport omdat hierdoor minder files ontstaan en minder snelwegen nodig zijn. Zelden hoort men echter in discussies over openbaar vervoer over het gezondheidspreventieve aspect ervan.

Preventie van ziekten is niet hetzelfde als preventie van zorgbehoeften. Een huis bouwen dat aangepast is voor een gehandicapte voorkomt niet de handicap maar kan wel opname vermijden in bijvoorbeeld een verpleeghuis. Ik heb de indruk dat preventie van zorgbehoeften een succesvoller doelstelling op de korte termijn zal kunnen zijn dan de preventie van ziekten. Veel infectieziekten zijn uitgegroeid door preventieve maatregelen. Het tegengaan van de moderne degeneratieve ziekten, veroorzaakt door vele interacterende factoren, is geen sinecure. Aan de andere kant is de preventie van zorgbehoeften, door maatregelen in andere sectoren, zeer wel te combineren met gezondheidsbevordering en het versterken van algemene eerstelijnszorg. Op zich is er dan sprake van preventie van de behoefte aan intramurale zorg zonder de ziekmakende factoren aan te pakken. Ik denk dat het in deze tijd moeilijk zal zijn om door middel van preventieve maatregelen ziekten te vermijden en daardoor kosten van zorg te verlagen maar de zorgvraag op zich is door aanpassingen van woningen en ruimtelijke om-

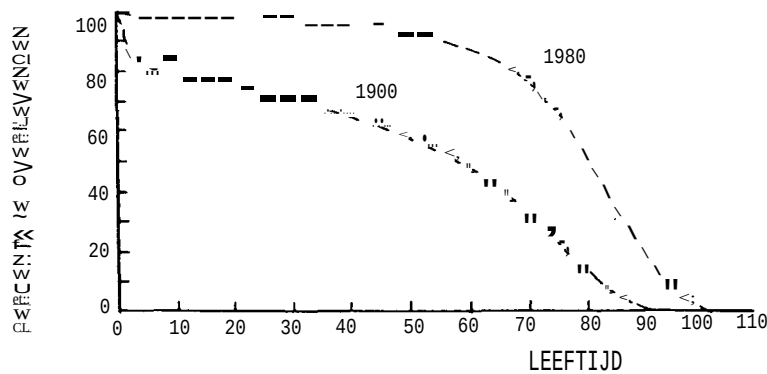
geving door het realiseren van patiënteneducatie en andere vormen van preventie naar een goedkopere sector te geleiden. Hierbij benadruk ik de kortetermijneffecten van een dergelijke vorm van preventie en zie ik dat voor de lange termijn het zoeken naar mogelijkheden om de invloed van ziekmakende, maatschappelijke factoren te beperken van groter belang is.

Vroeger werd het effect van preventie gemeten in toegevoegde levensjaren. Grafiek 2 geeft een voorbeeld van een dergelijke benadering.

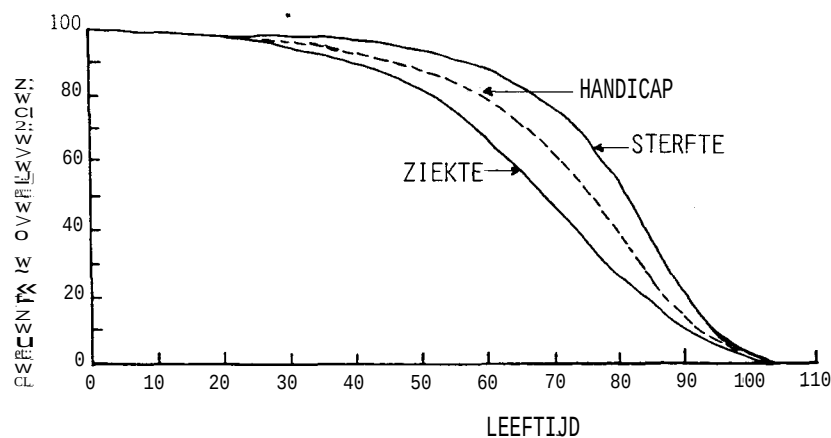
De oppervlakte tussen de curven en 1900 en 1980 is te beschouwen als het resultaat van preventie en zorgverlening. Deze aanpak ontleen ik aan recente beschouwing van Habbema en Van der Maas (1987) over de Nota 2000^{6,7}. Gedurende deze eeuw is het preventiebeleid er op gericht geweest deze curve rechthoekiger te maken. Het is mogelijk preventie van zorgbehoeften ten gevolge van niet levensbedreigende ziekten en van gezondheidsaandoeningen en handicaps, als beleidsdoel van preventie te introduceren door alternatieve curven te trekken voor dezelfde bevolking. De oppervlakte tussen de overlevingscurve (de meest rechtse) en de ziekte c.q. de handicapcurve zijn de levensjaren met ziekten of handicaps.



Grafiek 2 Relatie Preventie en sterftecijfers



Grafiek 3 Relatie Preventie, sterftecijfers, ziekten en handicaps



Het verschil tussen preventie van sterfte en preventie van niet-levensbedreigende ziekten/handicaps is van belang vanwege hun verschillende invloed op de kosten van de gezondheidszorg. Indien wij de curve van de overlevenden rechthoekiger maken (zie grafiek 2), dan zouden er wellicht meer levensjaren met ziekten/handicaps kunnen ontstaan. Met andere woorden: preventie van sterfte leidt tot een duurder zorgsysteem als geheel, omdat voor niet-levensbedreigende ziekten en handicaps meer zorg gedurende de toegevoegde levensjaren moet worden verleend. Preventie van zorgbehoefte ten gevolge van niet-levensbedreigende ziekten en handicaps daarentegen kan de zorgverlening wel goedkoper maken.

Een nadere beschouwing leert dat de relatie tussen preventie en kosten van zorgverlening relatie moeilijk te analyseren is. Begrippen als preventie, zorgverlening, gezondheid en kosten zijn nauwelijks kwantitatief en eenduidig te meten. Dat dit het geval is voor de eerste drie genoemde begrippen, zal de lezer bekend zijn. Dat dit ook geldt voor het te hanteren kostenbegrip, tracht ik hieronder aan te geven.

Kosten

De kosten van preventie voor een samenleving zijn in vijf categorieën in te delen, te weten voor de korte termijn:

- openbare uitgaven;
- particuliere bestedingen van individuele personen;
- kosten voor ziektekostenverzekeraars en uitkeringsinstanties;
- de tijdsprijs* voor de patiënten en hun familie;

en tenslotte voor de langere termijn de kosten voor de samenleving in zijn geheel ofwel de maatschappelijke kosten.

Met een voorbeeld wil ik uitleggen wat het verschil is tussen deze verschillende kosten. De introductie van een lagere maximale snelheid voor verkeer in de binnensteden kan leiden tot hogere openbare uitgaven, omdat bijvoorbeeld straatprofielen moeten worden herzien. Het zou de uitgaven voor burgers zelf kunnen verminderen omdat de benzinekosten per gereden kilometer bij een lagere maximale snelheid afnemen. De genoemde preventieve maatregel vermindert eveneens de kosten van ziektekostenverzekeraars en uitkeringsinstanties, omdat zich minder on-

gelukken zullen voordoen en daardoor de kosten van bijvoorbeeld ambulancevervoer en revalidatie omlaag gaan. De tijdsprijs* voor burgers van deze preventieve maatregel zal toenemen omdat het totaal aantal uren dat in een auto wordt doorgebracht groeit.

De som van deze vier kostencategorieën op langere termijn plus de kosten en/of baten van andere maatschappelijke gevolgen (bijvoorbeeld de baten ten gevolge van een toenemend bezoek van toeristen aan binnensteden, omdat er minder verkeer is) vormen de kosten van de samenleving in zijn geheel.

De kosten van preventie zijn niet eenduidig te meten. Het uiteenrafelen van het kostenbegrip geeft antwoord op de vraag, waarom bepaalde vormen van preventie in de samenleving niet aanslaan, ook al leiden ze tot verlaging van de maatschappelijke kosten. Indien bijvoorbeeld gezond voedsel voor de burger zelf duurder is dan gebruikelijke levensmiddelen, dan is het moeilijk de consumptie hiervan te stimuleren door gezondheidseducatie. Wanneer preventie een verschuiving inhoudt van particuliere bestedingen naar openbare, is deze binnen het vigerende overheidsbeleid minder attractief dan in het omgekeerde geval. Indien de tijdsprijs van een gezondere leefstijl hoger is dan de bestaande, dan zal deze voor vele mensen een drempel vormen.

De introductie van preventieve programma's zal naar mijn inschatting veelal leiden tot verschuivingen tussen de hierboven onderscheiden vijf kostensoorten. Hierdoor is het moeilijk om preventie te stimuleren. Er is sprake van een 'nulsomspel': de introductie van preventieve maatregelen leidt tot verlagingen en verhogingen van diverse kostensoorten, terwijl de totale maatschappelijke kosten gelijk blijven of enigszins omhoog (bij preventie van sterfte) of omlaag gaan (bij preventie van zorgbehoeften ten gevolge van niet-levensbedreigende ziekten en handicaps).

Preventieve financiële prikkels

Indien bovenstaande gedachten juist en statistisch te onderbouwen zijn, dan kan dat leiden tot een economisch pleidooi voor het stimuleren van preventie. Hierbij is een belang dat preventie van sterftegevallen plaatsvindt, ongeacht de kosteneffecten ervan. Immers elk jaar dat we in staat worden geacht langer te leven moeten we bevorderen om humanitaire redenen, ook al zou dit de kosten van de gezondheidszorg en de maatschappelijke kosten aanmerkelijk verhogen. De preventie van zorgbehoeften ten gevolge van niet-levensbedreigende ziekten en handicaps is zeer wel te be-



Foto: Jan Bogaerts/Hollandse Hoogte

vorderen omwille van economische redenen. Onderzoek zou moeten uitmaken, welke vormen van financieel beleid dergelijke preventie het meest stimuleren. Met enkele ideeën hierover beëindig ik deze beschouwing.

Gezondheidszorgbestedingen zijn te sturen met prikkels en budgetten, ofwel via het markt- c.q. het budgetmechanisme. Zonder hier uit te wijden over de merites van beide systemen, stel ik eenvoudigheidshalve dat bij het werken met prikkels het erom gaat het gedrag van individuele personen (cliënten! hulpvragers of hulpverleners) rechtstreeks te beïnvloeden. Een preventieve financiële prikkel zou kunnen zijn het aanbieden van goedkopere verzekeringspolissen aan mensen met een gezonde leefstijl, bijvoorbeeld aan niet-rokers. Ook is denkbaar het voor de belastingen aftrekbaar maken van de kosten voor patiënteneducatie en -training en de introductie van een aparte tariefklasse voor centrale mantelzorgers. Tevens is te overwegen om aan gehandicapten en chronische ziekten een eigen budget, ofwel in jargon een cliëntgebonden budget, toe te wijzen. Daarmee kunnen ze zelf in hun eigen zorgbehoeften voorzien. Te verwachten is dat door de creativiteit van de gehandicapte/chronische zieke er een lager uitgavenpatroon ontstaat. Ook is een preventieve prikkel denkbaar in de voorwaarden van verzekeringspolissen. Als standaardartikel moet worden op-

genomen dat een verzekerde die van een preventieve maatregel gebruik wil maken, dit kan doen indien aannemelijk te maken is dat op langere termijn oekosten van de zorgverlening erdoor zullen dalen.

Behalve met financiële prikkels is preventie ook door budgettoewijzingen te bevorderen. Denkbaar is dat een groter deel van de gezondheidszorg wordt betaald door speciale belastingen op gezondheidsontmijnende producten en activiteiten, zoals tabak, alcohol, drugs en autorijden. Dit zal het ongezonde gedrag duurder maken, waardoor het preventieve gedrag als het ware op een negatieve wijze wordt gestimuleerd. Tenslotte is het uitbreiden van overheidsbudgetten voor preventieve dienstverlening door GG en GD's en voor het aanpassen van woningen en dergelijke nodig om op termijn de maatschappelijke kosten ten gevolge van niet-levensbedreigende ziekten en handicaps te verminderen.

• zie mijn artikelserie in de maandelijkse bijlage van Medisch Contact over de periode eind '86/september 1987;

• zie kader bij dit artikel

Noten

1. Ripken, T.E. van der Heijden en A.I.P. Schrijvers, *Diabetesvoorlichting in Eindhoven* Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, januari 1987;

2. Blair, c.a. *Health Intervention Model* IAMA, 21-2-1986 and BLY c.a., *Health Promotion* IAMA, dec. 19;
3. McKeown, T., *The Role of Medicine* 2nd edition, Blackwells, Oxford, 1979;
4. Hoogendoorn, D., *De landelijke sterfte en de kosten van de gezondheidszorg* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1987 (131), p. 108-112;
5. Borst-Eilers, E., *Nota 2000 gewogen*. In: Schrameijer e.a. *De Nota 2000 ter discussie* Samson Stafleu, Alphen aan den Rijn, 1987, p.257;
6. Habbema, I.D.F., en P.I. van der Maas, *Modelontwikkeling en informatie: Twee voorwaarden voor volksgezondheidsbeleid*. In: Deller, E. en B. Wijnberg;
7. *Nota-2000, Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens* Tweede Kamer, Vergaderzaal 1985, 1986, 19500, ms. 1-2;

Begrippen

tijdreeksanalyse: hierbij worden gegevens betreffende een of meer verschijnselen over een aantal gelijke perioden verzameld en geanalyseerd;
wet van de verminderde meer opbrengsten duidt in dit verband op het verschijnsel dat het bestrijden van eenzelfde hoeveelheid ziektelast steeds meer middelen gaat kosten;
tijdprijs: dit is het aantal uren dat een persoon met een activiteit bezig is.

Wie leven er van de 36 miljoen van het Praeventiefonds?

Aan het Praeventiefonds is de prachtige taak toebedeeld jaarlijks zo'n slordige 36 miljoen gulden te mogen verdelen aan onderzoek op het gebied van de preventie. Marcel Post interviewde de Secretaris van dit fonds, de heer van Deth. Welke onderzoeksvoorstellen komen in aanmerking voor financiering? Welke criteria hanteert men ter beoordeling en hoe komen die criteria tot stand? Wie beoordeelt er eigenlijk?

Marcel Post

Voor mensen die onderzoek op het terrein van de preventieve gezondheidszorg willen verrichten, of willen laten verrichten laten verrichten, is het Praeventiefonds een belangrijk instituut. Zeker nu universitaire budgetten krappere worden en het nog beschikbare geld voor het merendeel naar het 'high tech'-onderzoek gaat. Een fonds dat in 1986 ruim 36 miljoen mocht besteden aan 'het nemen of bevorderen van maatregelen welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen' oefent daarmee een haast magnetische invloed uit op onderzoekers van diverse pluimage. Een dergelijk fonds kan met dat geld ook grote invloed uitoefenen op het soort onderzoek dat naar preventie wordt verricht.

Jaarverslag

Het Praeventiefonds brengt een kloek (176 pagina's jaarverslag uit). Dit verslag geeft een uitstekend beeld van de activiteiten van het fonds. Naast informatie over het fonds zelf, subsidievoorwaarden en beoordelingscriteria (zie kader) geeft het jaarverslag van elk goedgekeurd project een korte samenvatting. Van elk in dat jaar afgesloten onderzoek worden de resultaten beschreven. In 1986 ging het daarbij om respectievelijk 57 en 50 onderzoeksprojecten. Uit deze opsomming zouden de prioriteiten die het preventiefonds stelt duidelijk moeten kunnen worden.

Onder 'preventie' kan van alles en nog wat vallen blijkt uit de reekst in 1986 gesubsidieerde projecten. Een onderzoek, naar 'het schoolgeneeskundig onderzoek als instrument voor preventieve interventie' (f 315.000,-) valt evenzeer onder preventie als 'muskusratten als dragers van pathogene leptospiren' (f 131.000,-) of 'sinusitis in de huisartsenpraktijk'

(f 151.000,-) of 'leesstrategieën en taalverwerving bij prelinguaal totaal dove lezers' (f 100.000,-).

Ook valt bij de toegekende subsidies op dat het AIDS-virus zich al stevig in het Praeventiefonds heeft genesteld. Het bestuur reserveerde 10 miljoen voor een 'brede publiekscampagne' en enkele aanverwante projecten in 1987 en daarnaast nog 6 miljoen voor diverse onderzoeksprojecten op dit gebied. Onderzoekers zijn overigens in aanzienlijk sterkere mate 'geïnfecteerd'. Zij dienden voor maar liefst 20 miljoen gulden aan onderzoeksprojecten in.

Veel van de beschreven goedgekeurde en uitgevoerde onderzoeken lijken niet aan de beoordelingscriteria van het Praeventiefonds te voldoen. Bijvoorbeeld omdat ze niet op een interventie zijn gericht, omdat het om vergelijkend therapie-onderzoek gaat, of omdat er gewoon nauwelijks een preventief aspect aan te ontdekken valt. Een en ander gaf voldoende aanleiding voor een gesprek met A. van Deth, secretaris van zowel het bestuur van het Praeventiefonds als van de 'Adviescommissie voor de subsidiëring van wetenschappelijk onderzoek'.

Het gesprek vond plaats op het bureau van het Praeventiefonds gesitueerd in een voormalig herenhuis in een rustige wijk op de grens van Den Haag en Scheveningen.

Wat mag nog onder preventie vallen?

Hoe verloopt de beoordelingsprocedure voor wetenschappelijk onderzoek?

Het bestuur is de enige die besluiten kan nemen over subsidiëring van projecten. De voorbereiding van besluiten

10 ONDERZOEKEN DIE, GESUBSIDIEERD DOOR HET PRAEVENTIEFONDS, WEINIG MET PREVENTIEVE INTERVENTIES TE MAKEN HEBBEN

- De rol van auto-immuniteit tegen bloedcellen bij de pathogenese van het verworven immunodeficientie syndroom (AIDS) (fl. 540.000,-);
- Muskusratten als dragers van pathogene leptospiren (fl. 131.000,-), of muskusratten pathogene leptospiren in hun nieren herbergen en zo ja welke, hoeveel en in welk seizoen;
- Prospectief morfometrisch mammacarcinoom onderzoek (fl. 1.191.000), over de voorspellende waarde van de multivariate Morfometrisch Prognostische Index (die voor ongeveer 20% van alle patienten een meer met de werkelijkheid overeenkomende prognose voorspelling oplevert);
- DNA-onderzoek bij cystische fibrose (fl. 171.000,-), proberen een CF-gen te identificeren;
- Evaluatie van nieuwe en bestaande thuiszorgondersteunende voorzieningen (fl. 471.000,-), vergelijkende studie naar de effecten van: weekendopvang, praktische thuishulp en pedagogische thuishulp;
- Statistische analyse en Mathematische modelbouw van AIDS (fl. 262.000,-), voorspellen van het epidemiologisch verloop van AIDS;
- Ontwikkeling en toetsing van een screeningsinstrument gebaseerd op vetverdelingsmaten bij vrouwen (fl. 318.000,-), konstruktie van tabellen ter bepaling van de mate van overgewicht;
- Motorisch onderzoek dove, slechthorende en spraakgestoorde kinderen (fl. 100.000,-), validiteitsonderzoek van de Test voor de Algemene Beweging- Coördinatie;
- Evaluatie van het werk van de area clinical pharmacologist (fl. 390.000,-), deze helpt huisartsen hun farmacotherapeutische keuzen te evalueren;
- Psychiatrische dagbehandeling en 24-uursbehandeling: een vergelijkende studie (fl. 100.000,-).

vindt plaats in de adviescommissie voor wetenschappelijk onderzoek. Deze commissie heeft twee 'gedelegeerde leden' die aanvragen uitspitten en zo nodig literatuuronderzoek daarvoor doen. Deze leden geven een pre-advies dat in de commissie als leidraad wordt gebruikt. Soms zijn er behoorlijke verschillen van mening in de commissie. Regelmatig leidt de discussie tot een gesprek met de aanvragers om tot bijstelling van het voorstel te komen.

De beoordelingscriteria (zie kader) spelen daarbij een zeer belangrijke rol. Die zijn opgesteld om objectiviteit te werk te kunnen gaan. Vooral de indeling in drie soorten preventie is daarbij van belang. Aan de hand daarvan kunnen we zeggen of het binnen of buiten onze doelstelling valt. Daarbij is dan wel sprake van een groot grijs gebied.

Voor mij is deze indeling problematisch. Ik vind het onderscheid tussen tertiaire preventie en curatie heel vaag. Neem een door het Praeventiefonds gesubsidieerd onderzoek naar het nut van een eenmalige intensieve onderdrukking van ontstekingsreacties bij Multiple Sclerosepatiënten. Het doel daarvan is het ziekteverloop gunstig te beïnvloeden. Is dat nog preventie?

Als we het gebied van het Praeventiefonds het witte gebied noemen is dit donkergrijs. Het is een geweldig belang-

rijk gebied waarop echter nog geen preventie mogelijk is. U kunt zich voorstellen dat ook de politiek wel eens druk uitoefent op het Praeventiefonds, om bepaalde onderzoeken wel te subsidiëren. Dit onderzoek is daar een duidelijk voorbeeld van. Enige jaren geleden zijn drukkende kamervragen over dit onderwerp gesteld.

Zegt het bestuur van het Praeventiefonds van dit onderzoek: 'Eigenlijk is dit niet onze zaak?'

Ja, en in het jaarverslag staan nog veel meer van dat soort onderzoeken die niet thuis horen binnen het Praeventiefonds. De laatste jaren hebben we aardig wat onderzoeken gesubsidieerd op het gebied van AIDS. Op een paar onderzoeken na, met name de psycho-sociale, kunnen we wel zeggen dat dat geen echte preventieprojecten zijn volgens onze indeling. De preventieve mogelijkheden zijn nog niet zo groot. Het maatschappelijk belang is echter enorm.

Gepasseerd Station

Als ik de beoordelingscriteria strikt hanteer dan concludeer ik dat 20 van de 57 gesubsidieerde onderzoeken niet interventiegericht zijn. Van de rest gaat meer dan de helft over tertiaire preventie.

Weinig projecten zijn echt gericht op **primaire** preventie, slechts 4 van de 57.

Met alle onderzoeken die de afgelopen 50 jaar verricht zijn kunnen we niet erg veel projecten meer verwachten op het gebied van primaire preventie. Vaccinatie, waar het Praeventiefonds erg veel geld in heeft gestoken, is voor een groot deel een gepasseerd station. U moet ook niet vergeten dat wij afhankelijk zijn van onderzoeksaanvragen. We krijgen heel weinig onderzoeksaanvragen op het gebied van primaire preventie.

Er zijn wel degelijk veel gezondheidszorgactiviteiten mogelijk op het gebied van primaire preventie, bijvoorbeeld voeding, leefwijzen, niet-roken campagnes en AIDS preventie welke gericht is op het niet in aanraking komen met het virus. Als iemand zich aanmeldt met een goed onderzoek gericht op primaire preventie dan komt hij zeker voor subsidie in aanmerking.

Veel maatregelen ter bevordering van gezondheid liggen buiten de gezondheidszorg: Zorgen voor een gezonde leefomgeving, goede huizen e.d. Ik vind dat moeilijk te rijmen met de bepaling van het Praeventiefonds dat zij onderzoek op het terrein van milieuhygiëne niet wil subsidiëren.

Helemaal principieel gezien zou dat ook onder preventie moeten vallen, maar dat is praktisch gezien onmogelijk. Het zou misschien wel een vertienvoudiging van ons terrein betekenen. Ik ben me er van bewust dat milieuproblematiek, verkeersveiligheid en dergelijke grote gezondheidsproblemen veroorzaken, maar we moeten ons beperken. Door het Praeventiefonds is vastgelegd dat het Fonds zich richt op gezondheidsmaatregelen. Daar komt bij dat ons budget afkomstig is uit AWBZ-gelden. Beperk je je niet, dan moet je je ook bezig houden met bijvoorbeeld de waterleiding; daar is preventie van ziekte tenslotte ongeveer mee begonnen.

We praten nog even door over dit voorbeeld. Van Deth verduidelijkt zijn standpunt met het voorbeeld van de legionairsziekte. Deze wordt veroorzaakt door een bacterie in (warm)waterleidingen. Onderzoeken hoe je mensen tegen die bacterie kunt beschermen vallen dan onder preventie, onderzoeken hoe je de aanwezigheid van die bacterie in de waterleiding kunt voorkomen weer niet. Dat onderzoek is een taak van andere instanties.

Prioriteiten

Welke soort preventie is het belangrijkste?

We hoeven op dit moment nog geen prioriteiten te stellen. Het lukt nog om met het beschikbare geld en de aanvragen die we krijgen uit te komen. Dat zal in de toekomst wel veranderen, dan ontkom je er niet aan vast te stellen wat je het belangrijkste vindt. Daar is de discussie over gaande. Wat mij betreft, is de volgende van belangrikheid: primaire, sekundaire en tertiaire preventie. Dan zou primaire preventie prioriteit moeten krijgen.

Wat maakt daarnaast het ene onderzoek belangrijker dan het andere?

Hoge wetenschappelijke kwaliteit en grote maatschappelijke relevantie. Daardoor subsidiëren we ook wel eens onderzoek dat bijvoorbeeld niet direct interventiegericht is. Het project kan dan een zodanige maatschappelijke relevantie hebben dat subsidiëring verantwoord is. We mogen niet voorbij onze doelstelling gaan, maar daarbinnen moet wat rek mogelijk zijn.

Wat dat betreft, is de gehanteerde drie-delingsadequaat, juist omdat die deze ruimte biedt. Van een heleboel projecten kun je zeggen: Ook dat is belangrijk voor preventie.

Wat zijn uw verwachtingen voor de komende jaren ten aanzien van het onderzoeksbeleid van het Praeventiefonds?

We verwachten dat de toename van de stroom aanvragen

blijft doorzetten en we prioriteiten zullen moeten gaan stellen. Verder verwacht ik dat we kunnen blijven functioneren als een van de belangrijkste fondsen op het gebied van de preventieve gezondheidszorg. —

Doelen

Het Praeventiefonds heeft tot taak het nemen of bevorderen van maatregelen, welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen (Wet op het Praeventiefonds art 1, lid 1). Het fonds krijgt daarvoor een vast (geïndexeerd) bedrag uit de AWBZ-gelden.

Van dit geld subsidieert het Praeventiefonds wetenschappelijk onderzoek, voorlichtingsprojecten, enkele andere projecten en levert ze een bijdrage aan het NIPG-TNO. Tenslotte kent het fonds jaarlijks een stipendium toe voor het volgen van een opleiding in het buitenland.

Het bestuur van het Praeventiefonds is breed van samenstelling. Naast de directeur Generaal van Volksgezondheid zijn onder andere vertegenwoordigd de beide geneeskundige Hoofdingspecties, de Nationale raad voor de Volksgezondheid, Ziektenfondsen, de bedrijfsverenigingen en de centrale organisaties van werkgevers en werknemers. Voorts zijn drie kroonleden toegevoegd aan het Bestuur WVC.

De Adviescommissie voor wetenschappelijk onderzoek beoordeelt onderzoeksaanvragen. Deze commissie bestaat vrijwel geheel uit zeer- en hooggeleerde heren.

Criteria

Beoordelingscriteria voor toekenning van subsidie voor wetenschappelijk onderzoek zijn onder andere:

- de vraagstelling moet voldoen aan de doelstelling van het Praeventiefonds;
- het project moet in het algemeen rond een interventie zijn opgebouwd, het onderzoek moet eenduidig antwoord kunnen geven op de vraag of met die interventie het verwachte preventieve effect wordt bereikt;
- fundamenteel onderzoek, onderzoek naar de aetiologie van een ziekte, evaluatie van diagnostiek of therapie en onderzoek op het terrein van de milieuhygiëne komen niet voor subsidiëring in aanmerking.

Toetsing

Toetsing of een project binnen de doelstelling van het Praeventiefonds valt geschiedt met behulp van de volgende indeling:

Primaire Preventie: Hieronder wordt verstaan het met gezondheidszorgactiviteiten voorkomen dat gezonde mensen ziek worden;

Secundaire Preventie: Hieronder wordt verstaan het met gezondheidszorgactiviteiten zich gezond voelende mensen onderzoeken op een bepaalde aandoening (en soms meer aandoeningen) met als doel door behandeling (inclusief advisering) de eventueel gediagnostiseerde aandoening te genezen dan wel verergering ervan af te remmen en (of) complicaties ervan te voorkomen. Hiertoel wordt ook het voorkomen van exacerbaties van een ziekte gerekend;

Tertiaire Preventie: Hieronder wordt verstaan het met gezondheidszorgactiviteiten voorkomen dat een gediagnostiseerde aandoening leidt tot invaliditeit of tot een grotere mate van invaliditeit.

Enige dagen na het interview deelde Van Deth mede dat het Bestuur de definiëring van tertiaire preventie heeft gewijzigd in:

Met gezondheidszorgactiviteiten voorkomen dat, hij een adequaat behandelde aandoening, waaronder begrepen eventueel noodzakelijke revalidatie, invaliditeit of een grotere mate van invaliditeit optreedt.

RISICOFACITOR 120

De zelfdoder hoeft niet persé voor de trein te springen. Voortaan kan 'ie gewoon met de auto, want de nieuwe maximum snelheid op autosnelwegen - 120 km/uur - verlaagt de kans op overleven bij een ongelijk aanzienlijk. Handhaven van het 'oude' maximum - 100 km/uur - leidt tot ongeloofwaardigheid van de handhavers van de openbare orde: bekeuringen worden bij overtredingen toch niet gegeven. Te weinig agenten, zo meldt de overheid. Desondanks heeft de politie wel de tijd om te constateren dat maar liefst vijftig procent van de automobilisten harder dan 100 km/uur rijdt. Nog bonter maakt het vijftien procent van de 'blijve rijders', zij maakt nu al met een gemiddelde snelheid van 127 km/uur s'lands wegen onveilig. We kunnen dan ook rustig aannemen dat volgende jaar de gemiddelde snelheid van deze coureurs systematisch opgevoerd is tot 152,4 km/uur.

Het beste argument voor de verhoging van de maximum snelheid komt van de Minister van Milieuhygiëne. Volgens hem zal de vervuiling door stikstofdioxide afnemen, alhoewel auto's met een snelheid van 120 km/uur veertig procent meer van het schadelijke gas uitstoten. Zijn partijgenoot en baas van Justitie gaf echter de doorslag: Hij beloofde die vijftig procent 'snelheidsovertreders' te grazen te nemen. Beide Ministers zijn nog druk in de weer de appels van de peren af te trekken om zo het effect op zure regen te voorspellen. De anders toch weinig impulsieve Minister van Financiën heeft zich ditmaal direct positief uitgelaten over de maatregel. Hij voorziet grootse meevallers aan de staatskas, waarmee hij zijn lang gekoesterde wens tot belastingverlaging kan realiseren. Een vernuftige rekensom speelt door zijn achterhoofd: minder belastingen = meer auto's = meer overtredingen = meer boetes = meer financieringstekort. Het financiële perpetuum automobile.

De Minister dan Volksgezondheid ontbreekt in dit koor. Dat valt tegen, want de argumenten liggen voor het oprapen. Hij kan bijvoorbeeld aanvoeren dat verhoging van de maximum snelheid een structurele meevaller op zijn begroting veroorzaakt. Door meer dodelijke ongevallen zullen immers de kosten van eerste hulp en van zorg voor invaliden evenredig afnemen. En begrafenissen ... die drukken nu eenmaal niet op de begroting van Volksgezondheid.

Maar argumenten in de preventieve sfeer zouden net zo goed aanslaan. De laatste tijd heeft het departement hier al enige ervaring in opgedaan. Zo moet bijvoorbeeld de tandarts uit het ziekenfonds verdwijnen, opdat de mensen preventief hun tanden nog beter zullen poetsen. En het specialistengeeltje is ingevoerd om de patiënten voor een bezoek aan de specialist af te schrikken. Patiënten zullen voor hun klachten geen verwijskaart meer van de huisarts afdwingen. Eerder eisen zij nu een preventieve therapie van hun huisarts, om de kans op schrikbeelden zoals suikerziekte en reuma te verkleinen. Voor zover bekend zijn daarentegen nog geen middelen ontdekt, maar er wordt heel wat uitgedokterd. Mogelijk loopt het departement vooruit op de genetische manipulatie, die de volgende generatie van deze ziekten vrijwaart. De biogenetische preventie zal de specialisten nog tot de bedelstaf brengen.

Intussen worden wij door de ziektekostenverzekeraars gesust dat voorlopig de meeste ziekten nog zijn toegestaan. Hun woordvoerder Scheerens heeft laten weten dat risicogroepen voor bepaalde ziekten zoals AIDS niet de dupe worden van uitsluitingen. De verzekeringen blijven net zo ethisch als de samenleving wil dat we zijn, verzekert hij.

In ons land spreekt namens de samenleving altijd het kabinet. Volgen we de gezondheidszorg-ethiek van de huidige ploeg, dan zal de premie voor het ziekenfonds minstens zo hoog zijn als het norminkomen van medisch specialisten minus de eigen bijdrage. Daar komen dan nog enkele bedragen bovenop, zoals voor medisch onderzoek dat de zelfzorg niet kan verrichten. Maar dat kan de markt zonder veel afspraken van Philips kan het stille hartinfarct zichtbaar gemaakt worden. Veel andere bedragen zijn niet te verwachten daar op medische behandelingen besparingen mogelijk is. De premie kan op den duur zelfs dalen door de invoering van preventieve maatregelen, zoals risicofactor 120. Immers tussen specialisten zal een gezonde concurrentie ontstaan om de schaarse patiënten op de afdelingen traumatologie en intensive care ...

BugoSmets

Is prevention better than cure?

Louise B. Russell: Is prevention better than cure?
The Brookings Institution, Washington, 1986. 134 blz.

In het volksgezondheidsbeleid van de Nederlandse overheid staat preventie op dit moment in het middelpunt van de belangstelling. Het gezondheidszorgbeleid van de jaren '70, geïnspireerd door de Structuurnota 'Gezondheidszorg' van 1974, heeft plaats moeten maken voor het gezondheidsbeleid van de jaren '80, waarvoor de in 1986 verschenen Nota 2000³ als leidraad dient. In de Nota 2000 noemt de sterke toename van uitgaven voor de gezondheidszorg als motief voor deze heroriëntatie. Deze toename leidde niet tot een overeenkomstige verbetering in gezondheid of vermindering van verschillen in gezondheid tussen sociale klassen. Het is te waarderen dat met de komst van de Nota 2000 behalve beheersmatige motieven ook inhoudelijke motieven het volksgezondheidsbeleid lijken te inspireren. Daarnaast valt op dat de Nota 2000 van preventieve gezondheidszorg met name besparingen op de curatieve gezondheidszorg verwacht. De impliciete vooronderstelling bij de heroriëntatie op gezondheidsbeleid is dat preventie beter en goedkoper is dan curatie. Voorkomen is beter dan genezen, maar hoe juist is deze vooronderstelling?

Effecten

Studies naar de kosten en effecten van preventie zijn schaars en in dit licht is het boek 'Is prevention better than cure' van Louise Russell. Behalve een analyse van een drietal gebruikelijk strategieën in de preventieve gezondheidszorg, te weten vaccinatie, screening en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bevat het boek ook een bespreking van de nieuwste begrippen en methoden van gezondheids-economie en epidemiologie noodzakelijk voor een evaluatie van kosten en effecten.

Een evaluatie van de in de Verenigde Staten toegepaste vaccinatie voor mazelen leert dat preventieve gezondheidszorg effectief kan zijn. Mazelen is een infectieziekte die in een samenleving met matige tot slechte sociaal-economische omstandigheden ernstig kan verlopen. Terwijl het in Nederland een relatief onschuldig verlopende kinderziekte is, eiste mazelen in de Verenigde Staten begin jaren '60 gemiddeld 400 levens per jaar en liepen nog eens 1300 kinderen onherstelbare hersenbeschadiging op door complicaties. Eind jaren '60 besloot men daarom tot een vaccinatiecampagne om te proberen mazelen geheel te elimineren in de

Verenigde Staten. Anno 1984 werden nog maar 2534 gevallen van mazelen geconstateerd.

Veel minder duidelijk zijn daarentegen de effecten van screening, een vorm van preventieve gezondheidszorg die veel opgang maakt in de Verenigde Staten. Russell gaat uitgebreid in op de screening voor hoge bloeddruk. De belangstelling hiervoor kan verklaard worden door het gegeven dat hart- en vaatziekten in de Verenigde Staten (en ook in Nederland) verreweg de belangrijkste doodsoorzaak vormen. Uit studies blijkt dat mensen met een hoge bloeddruk een veel grotere kans hebben op een voortijdige door hart- en vaatziekten. Behandeling van hoge bloeddruk kan die kans aanmerkelijk reduceren. Dat bewijst echter nog niet dat screening inderdaad effectief is. Het effect van de screening wordt namelijk in belangrijke mate bepaald door de vraag of mensen de aanbevolen behandeling, levenslange medicatie, ook zullen opvolgen, aldus Russell.

Kosten

Een belangrijke stap vooruit in evaluatieonderzoek is het analyseren van de kosten naast de effecten van de gezondheidszorg. Om kosten in verband te kunnen brengen met effecten, is in de gezondheidseconomie het concept 'kosten-effectiviteits-analyse' ontwikkeld. In dit concept wordt een gezondheidseconomische maat (kosten in termen van guldens) gerelateerd aan een epidemiologische maat (effecten in termen van gewonnen levensjaren). Dit noemt men dan kosten per gewonnen levensjaar. De gewonnen levensjaren worden daarbij meestal gecorrigeerd voor de kwaliteit van het leven. Die kwaliteit kan immers aangetast zijn door de behandeling (bijvoorbeeld de bijwerkingen van levenslange medicatie voor hoge bloeddruk; zie voor verdere uitwerking kosten-effectiviteitsanalyse het artikel 'Wat moet je adviseren?', Thea Dukkers-van Emden TGP 88/1). Gezondheidseconomen discussieren nog over in hoeverre naast de directe kosten voor de gezondheidszorg ook indirecte maatschappelijke kosten, zoals ziekteverzuim, meegenomen moeten worden. Sommige gezondheidseconomen gaan zelfs zover om ook de gewonnen levensjaren in kosten uit te drukken, waarbij sprake is van een kosten-baten-analyse.

In het licht van een kosten-effectiviteits-analyse blijkt een vaccinatieprogramma voor mazelen in de Verenigde Staten volgens Russell een verantwoorde beleidskeuze. Afgezien van de forse reductie van de ziekte en sterfte compenseren de besparingen op de kosten van de verzorging van kinderen met onherstelbare hersenbeschadiging ten gevolgen van mazelen ruimschoots de kosten van de vaccinaties. In dit geval levert preventie dus zelfs reële besparingen op in de gezondheidszorg. Dat is niet het geval bij screening voor hoge bloeddruk. Russell laat zien dat de kosten per gewonnen levensjaar variëren door de leeftijd waarop begonnen wordt met medicatie voor hoge bloeddruk en de mate waarin de hoge bloeddruk teruggebracht wordt. De kosten voor screening en behandeling van hoge bloeddruk, bijvoorbeeld, bedroegen in 1975 voor een 50-jarige man bijna 7000 dollar per gewonnen levensjaar.

Is preventie beter en goedkoper dan curatie? Soms wel, soms niet. Vaccinatie is duidelijk een goedkope en goede vorm van preventieve gezondheidszorg. Of die ook voor screening geldt is nog maar de vraag. Een belangrijk verschil tussen screening en vaccinatie is dat voor screening een geschikte test moet bestaan die vervolgens op gezette tijden herhaald moet worden. Daarnaast is screening, maar vooral de daarop volgende behandeling meestal duur en niet altijd voldoende effectief. Overigens brengt preventie, of het nu gaat om vaccinatie of om screening, op zichzelf ook bepaalde gezondheidsrisico's met zich mee. Deze risico's moeten ook meegewogen worden. Of preventie een verantwoorde beleidskeuze is zal daarom van geval tot geval gezien moeten worden. Een degelijke kosten-effectiviteitsanalyse is daarbij onontbeerlijk, zo concludeert Russell.

Lacunes

Russell levert met haar studie een belangrijke bijdrage aan een rationele benadering van beleidskeuzes tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg. Toch toont haar boek echter ook aan dat op het terrein van kosten-effectiviteitsanalyses nog veel denkwerk verricht moet worden. Zo worden de effecten gemeten in termen van gewonnen levensjaren ofwel sterftereductie, terwijl reductie van ziekte (zonder gewonnen levensjaren) in sommige gevallen ook zeer wel relevant kan zijn.

Een belangrijker bezwaar vind ik echter dat in de gebruikelijke kosten-effectiviteitsanalyses alleen epidemiologische (effecten) en gezondheidseconomische aspecten (kosten) betrokken worden. Voor beleidskeuzes in de gezondheidszorg zijn immers ethische, sociale en politieke aspecten minstens zo belangrijk. Daarover is in dit boek weinig of niets terug te vinden. Ethische en sociale aspecten zijn steeds in het geding wanneer het gaat om vraagstukken als screening en gezondheidsvoorlichting. In hoeverre mag de samenleving verlangen dat mensen deelnemen aan screenings- en voorlichtingsprogramma's? Alhoewel deelname aan screeningsprogramma's nu op vrijwillige basis geschiedt, is er toch de sociale druk en wie weet in de toekomst de verplichting om in aanmerking te kunnen komen voor een ziektekosten- of levensverzekering. Vanuit epidemiologisch en gezondheidseconomisch oogpunt is er misschien geen verschil in benadering tussen de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Vanuit ethisch oogpunt is dat er zeker wel: in geval van preventie ontbreekt immers de (ervaren) noodzaak tot interventie. ~~~

Guus Banneberg

Noten

1. Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.
2. Gezondheidsbeleid: 'beleid dat is gericht op de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van gezondheid' (Nota 2000).
3. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1986.

Wat--moet je adviseren?

Bevolkingsonderzoek op borstkanker

De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker. Interimrapport 1987. Prijs exclusief verzendkosten f 20,-. Bijlagen te bestellen bij Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam tel 010-4087714.

Afgelopen zomer bracht de Gezondheidsraad haar eindadvies uit over de wenselijkheid van het invoeren van een landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De Gezondheidsraad vindt een periodiek bevolkingsonderzoek voor vrouwen van 50 tot 70 jaar zinvol *mits* voldaan wordt aan een aantal voorwaarden om de kwaliteit van de screening te waarborgen. Ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid sprak zich onlangs in deze zin uit en zij legt daarbij de nadruk op een goede technische voorbereiding en uitgebreide voorlichting van de bevolking.

Op grond van deze adviezen heeft de regering in principe besloten een landelijk bevolkingsonderzoek op borstkanker in te voeren. Na Zweden en Groot Brittannië zal Nederland dan het derde Europese land zijn waar een dergelijk omvangrijk programma wordt opgezet.

Per jaar krijgen in ons land ongeveer 7500 vrouwen borstkanker, en er sterven jaarlijks ongeveer 3000 vrouwen aan deze ziekte. De ziekte verloopt dus niet altijd dodelijk. Behandeling in een vroeg stadium kan leiden tot volledig herstel. Om de sterfte terug te dringen is opsporing in een vroeg stadium van groot belang. Zelfonderzoek van de borsten door vrouwen is daarvoor niet voldoende. Alleen met röntgenfoto's van de borsten (mammografie) kan men kleine gezwellen ontdekken.

Wat verwacht men nu van zo'n bevolkingsonderzoek? Hoeveel kost het per jaar en per vrouw? Op welke leeftijd moet je vrouwen onderzoeken en om de hoeveel jaar en hoe verhouden zich de kosten tot de baten?

In opdracht van het Ministerie van WVC werd een kosten- en effectiviteitsanalyse uitgevoerd, en de eerste resultaten hiervan verschenen in de vorm van een interimrapport in oktober vorig jaar. Vier onderzoekscentra hebben hieraan meegewerkt: het Instituut voor Maatschappelijke gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit, het Instituut v. Sociale Geneeskunde en dat voor radiodiagnostiek van de Katholieke Universiteit Nijmegen, Prevention, de vakgroep Algemene Gezondheidszorg uit Utrecht en tenslotte de Vakgroep Medische Sociologie uit Groningen.

Varianten

Afhankelijk van de tijdsspanne tussen de oproepen voor mammografie zijn er verschillende scenario's denkbaar: de vrouw wordt om de vier jaar opgeroepen (hoofdvariant I), of om de 2 jaar (hoofdvariant II), of om de 1113 jaar (hoofdvariant III) of elk jaar (hoofdvariant IV). Als men uitgaat van vrouwen tussen 50 en 70 jaar zijn dit respectievelijk 5, 10, 15 en 20 oproepen gedurende die twintig jaar.

Bij het berekenen van de effecten van de screening is men in deze analyses vooral uitgegaan van hoofdvariant II (oproepen om de twee jaar). Bij het meten van de effecten heeft men gebruik gemaakt van de vier proefprojecten in New York, Nijmegen, Utrecht en Zweden. Screening door mammografie leidt in eerste instantie tot een verhoging van het aantal nieuw ontdekte gevallen van borstkanker (de incidentie). De winst zit hem in het feit dat er een verschuiving optreedt in de stadia van de ziekte: er worden relatief meer vroege gevallen ontdekt. Hierbij is de overlevingskans groter, dit resulteert in een sterftereductie die wordt uitgedrukt in het aantal gewonnen levensjaren.

Om de effecten te becijferen is in Rotterdam een rekenmodel ontworpen waarin individuele levensgeschiedenissen worden gesimuleerd, het MISCAN-model (staat voor Microsimulation Screening Analysis model). Met dit MISCAN-model heeft men voor hoofdvariant II berekend wat het effect is van een bevolkingsonderzoek dat in 1988 geleidelijk van start gaat en dat in het jaar 2015 eindigt. De effecten lopen na de laatste oproepen nog jaren door omdat men sterftereductie op de lange termijn bereikt. Het grootste verschil tussen de situatie zonder en met bevolkingsonderzoek treedt dan op in 1992. In dat jaar zullen in plaats van 7900 (zonder screening) 8800 nieuwe gevallen van borstkanker ontdekt worden, maar dan wel in een vroeger stadium. Over de periode 1988-2088 zouden door dit bevolkingsonderzoek 12.000 sterfgevallen aan borstkanker voorkomen worden. Uitgedrukt in een percentage van het totale aantal sterfgevallen aan borstkanker zou door dit bevolkingsonderzoek 12,3 % van het aantal sterfgevallen voorkomen worden bij een gemiddelde opkomst van 70%. (Bij een opkomst van 100% zou 16,5% (van de sterfgevallen voorkomen worden).

Bij de berekening van de kosten spelen de vier hoofdvarianten natuurlijk ook een belangrijke rol (~aker oproepen is duurder). Daarnaast houdt men rekening met de

verschillende soorten screeningseenheden (dat wil zeggen plekken waar men de foto kan laten maken): vaste, mobiele en semi-mobiele. Van eenheden, die op één plek staan, zijn goedkoper dan verplaatsbare, maar betekenen langere gemiddelde reistijden voor de vrouw. Verder is voor de kosten van belang hoe de oproepen georganiseerd worden, waar de foto's worden ontwikkeld en hoe hoog de salarissen van de röntgenologen zijn. Dit alles is voor de verschillende hoofdvarianten tot in de kleinste details berekend. De totale kosten worden - voor hoofdvariant IJ - becijferd op ongeveer 40,5 miljoen gulden per jaar, en de kosten per vrouw bedragen dan ongeveer 73 gulden.

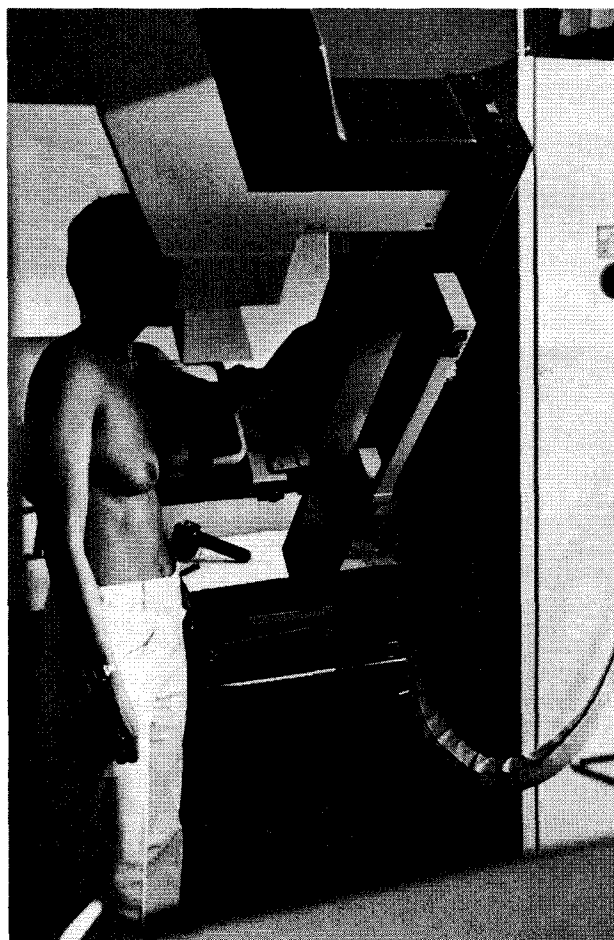
Er is ook gekeken naar de kosten voor nadere diagnostiek en behandeling (het vervolgonderzoek en de eventuele behandeling als er bij de screening een mogelijke afwijking is gevonden). De belangrijkste kostenpost vormen hier de verpleegkosten. Deze zullen door de invoering van het bevolkingsonderzoek niet verminderen. Wel is er een aanzienlijke besparing te verwachten op de uitgaven voor nadere diagnostiek en palliatieve behandeling (dat is verlichtende, maar niet genezende behandeling toegepast bij latere stadia van kanker).

De kosten per gewonnen levensjaar bedragen, voor variant IJ, ongeveer f 9700,-. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat men in deze analyse nog geen rekening heeft kunnen houden met de kwaliteit van leven. Evenmin heeft men in dit interimrapport de ontwikkelingen kunnen onderzoeken die het gevolg zouden kunnen zijn van betere primaire preventie in de toekomst (bijvoorbeeld doordat risicofactoren worden ontdekt die primaire preventie van de ziekte mogelijk maken).

Zinnige zaak

Het is een indrukwekkend rapport dat verrassend leesbaar en toegankelijk geschreven is. Alle nadere details worden uitgewerkt in de bijlagen. Vragen die bij me opkwamen tijdens het lezen bleken bijna altijd wel ergens terug te vinden, of er was aangegeven dat men hier nog geen antwoord op had. Het is bovendien een voorbeeld van goede samenwerking tussen verschillende onderzoeksinstituten en -disciplines. Voor beleidsmakers is het uiterst nuttig.

Maar ik mis ook iets. Ten eerste wordt alleen summier en indirect ingegaan op het probleem van fout-positieve diagnostiek en van overdiagnostiek. De grens tussen goedaardige en potentieel kwaadaardige gezwellen is vaak erg klein. Dat betekent dat een aantal mensen ten onrechte ongerust wordt gemaakt. Het hangt van de kwaliteit van de diagnostiek af hoe groot de groep 'fout-positieven' en 'fout-negatieven' wordt. Voortdurende terugkoppeling van onderzoeksgegevens en continue evaluatie zijn van essentieel belang. Maar dat kost óók geld. Wie garandeert dat deze terugkoppeling goed blijft gebeuren? Verder heb ik problemen met de leeftijdsgrenzen. Ik denk dat vrouwen jonger dan 50 jaar veel eerder gemotiveerd zijn om aan een dergelijk bevolkingsonderzoek mee te doen dan oudere vrouwen: zij zien de grootste winst in gewonnen levensjaren voor zich. Bij vrouwen beneden de 50 jaar is een mammogram echter moeilijker te beoordelen door het vaak veel dichtere klierweefsel. Volgens dit rapport bestaat over de effectiviteit van bevolkingsonderzoek op borstkanker voor deze vrouwen grote onzekerheid. (In individuele gevallen is bij hen mammografie natuurlijk wel nuttig). Uitbreiding van de screening naar jongere leeftijden lijkt de samenstellers van het rapport voorlopig nog niet aan te raden eerst moet het effect



Röntgenonderzoek

Foto: ANP

in een aantal proefregio's worden bepaald. Maar een vrouw van 69 jaar doet wel mee aan het bevolkingsonderzoek. Als hij haar een beginnende afwijking wordt vastgesteld staat ze voor de keuze wel of niet laten behandelen, terwijl de kans groot is dat ze aan een hele andere aandoening zal overlijden. Wat moet je adviseren? Wat zou ik in zo'n geval zelf doen? Vragen waar ik geen antwoord op heb.

Na lezing van dit rapport kun je bijna niet anders dan vaststellen dat invoering van een bevolkingsonderzoek op borstkanker voor vrouwen van 50-70 jaar (mits omkleed met waarborgen voor kwaliteit) een zinnige zaak is, omdat je tegen een aanvaardbare prijs - een aanzienlijk aantal levens spaart. Maar in individuele gevallen kan meedoen aan zo'n onderzoek wel eens onzinnig zijn.

T. hea Dakkers van Emden

Noot

1. *Fout-positieven*: mensen worden na onderzoek onterecht ervan verdacht aan een kwaal te lijden. Nader onderzoek wijst dan uit dat hen niets mankeert.

Fout-negatieven: mensen worden na onderzoek onterecht 'gezond' verklaard. Uit nader onderzoek blijkt dan dat zij aan de onderzochte kwaal wellijden.

Thema preventie

Apotheker geen koopman, maar hulpverlener!

De apothekers en staatssecretaris Dees hebben ruzie. Sinds jaar en dag was bekend dat er in de geneesmiddelenvoorziening fors gesneden ging worden. Dees wachtte de voorstellen van het 'veld' af en toen er niks kwam besloot 'ie zelf maar een plan te maken: nieuwe tarieven en de invoering van het ijkprijzenstelsel per 1 januari '88. Dat viel natuurlijk niet goed bij de betrokken apothekers en de geneesmiddelenproducenten. Furieuze kritiek en nieuwe voorstellen (eindelijk) vielen vervolgens de ex-apotheker Dees ten deel. Die hield echter voet bij stuk: ...

Behoudens kritiek op de overhaaste invoering vindt Wim Scholten, apotheker, de veranderingen van tarieven een hele verbetering van de geneesmiddelenvoorziening. In onderstaand artikel legt hij uit wat er precies veranderd is en wat daarvan de consequenties zijn voor de hulpverlening. En de geneesmiddelenindustrie? Ach die doet er beter aan een middel tegen hun eigen krokodilletranen uit te vinden ...

Wim Scholten, apotheker

Het nieuwe tariefstelsel voor geneesmiddelen

Per 1 januari 1988 moeten de Nederlands apotheken hun tarieven op een andere manier berekenen. Hoewel er een aantal negatieve dingen te zeggen zijn over zowel de overhaaste invoering als het tarief zelf (zie één van de kaders), moet men het nieuwe tarief toch beoordelen als een hele verbetering voor de geneesmiddelenvoorziening. Het nieuwe tarief geeft de Nederlandse apotheker weer de kans om te zijn wat hij zou moeten zijn: geen koopman, maar hulpverlener.

Verschillen

Het oude *patriculiere tariefstelsel* ging uit van een theoretische inkoopprijs,

waarop een procentuele winstmarge gezet werd. Het oude *ziekenfondstarief* ging uit van een basisvergoeding per patiënt voor de vaste kosten met daarnaast per recept een vergoeding van de theoretische inkoop prijs, plus een vergoeding voor het werk die afhankelijk was van de hoeveelheid medicijn. Door deze hoeveelheidsafhankelijke vergoedingen was de apotheker gebaat bij een grotere omzet c.q. een groter medicijnverbruik. Inspanningen om door overleg met artsen tot een lager kostenniveau te komen werden financieel direct afgestraft. Dit, en het feit dat kortingen niet hoefden te worden doorgegeven (er werd nl. van de theoretische inkoop-

prijs uitgegaan) dreigde de apotheker tot koopman te maken.

Het nieuwe tarief is (na een overgangssperiode) voor particulier en ziekenfonds-verzekerden gelijk. Het gaat uit van de werkelijke inkoopprijs, waarop per voorschrift, ongeacht de hoeveelheid medicijn, een vast bedrag gezet wordt. Voor goedkope medicijnen ontvangt de apotheker éénderde van het prijsvoordeel, en de rest van het voordeel is voor de consument. Het voordeel is duidelijk: de vergoeding is onafhankelijk van het 'volume' van de verstrekkingen. Alhoewel het achterliggende mechanisme de apotheker stimuleert om extra werk te verrichten om voordelig in te kopen, brengt het tegelijkertijd een belangrijk deel van het voordeel bij de patiënt.

Hindernissen

Toch doemen er in de praktijk al snel hindernissen op. De besparingen dreigen kleiner uit te vallen dan op grond van het nieuwe tariefstelsel mogelijk zou zijn.

Allereerst hebben sommige fabrikanten en groothandelaren de gelegenheid gebruikt om de kortingen die zij eerst gaven af te schaffen. De prijzen werden in overeenstemming gebracht met de standaardprijzen uit de 'taxe'. Dit is de officiële tarieflijst voor apotheken, die door het Centraal Orgaan voor de Tarieven in de Gezondheidszorg (C.O.T.G.) wordt goedgekeurd. Inkoop tegen een lagere prijs betekent voor de apotheker dat hij zelf wat rekenwerk moet verrichten, maar levert ook de stimulans van een derde van de extra korting op. Door het voor te stellen alsof dit rekenwerk erg ingewikkeld was, kregen fabrikanten en afnemers hun afnemers zover dat zij genoeg namen met de standaard-inkoopsprijzen, die - heel in-

consequent - dreigt kortingen boven een bepaald percentage uit te sluiten van de stimulansregeling. Als dit gebeurt (de datum van 1 juli a.s. wordt in dit verband genoemd) wordt de moeite van de apothekers, die door onderhandelen méér korting weten te behalen dan de modale korting (en daarmee een trend setten!), niet beloond.

Een derde hindernis - of eigenlijk meer: een tegenstroom - is de industrie. Deze zag de bui al hangen en heeft onder de vlag van een stichting met de quasi-neutrale naam 'Stichting ter bevordering van Medisch-Farmaceutische Research' (MFR) een campagne gelanceerd met de genuanceerdheid van 'Blij-dat-ik-rij'. Men bedot de 'Patiënten van Nederland' met het idee dat slechts een merkgeneesmiddel een goed geneesmiddel kan zijn. In deze campagne wordt de indruk gewekt dat apothekers naar believen de voorgeschreven medicijnen vervangen door goedkopere, ongeacht of de werking eender of verschillend is. Die goedkopere medicijnen zouden dan bovendien nog van inferieure kwaliteit zijn.

Krokodilletranen

Ik vind beide suggesties onjuist. Voor vervanging komen uitsluitend middelen in aanmerking die identiek aan elkaar zijn, dat wil zeggen: die dezelfde therapeutische en farmacologische werking hebben, doordat zij dezelfde chemische stof in gelijke hoeveelheid bevatten en doordat zij aan een aantal bijkomende eisen voldoen, zoals gelijke toedieningsvorm (tablet, drank etc.) een gelijke afgiftesnelheid. In sommige gevallen, zoals bij tabletten met vertraagde afgifte kan de apotheker de afgiftesnelheid niet beoordelen en zal hij het wel uit zijn hoofd laten om zich te wagen aan zo'n vervanging. Zou er daarentegen

een omstandigheid zijn die het wenselijk maakt een heel ander geneesmiddel (een andere chemische stof of toedieningsvorm) af te leveren, dan belt de apotheker eerst de arts op. De apotheker noemt zijn argumenten en de arts beslist of de wijziging wel of niet doorgaat. Het is tenslotte de arts die bepaalt welke therapie wordt ingesteld.

Stel nu, dat er een identiek goedkope en therapeutisch gelijkwaardig, maar merkloos geneesmiddel bestaat. De Stichting MFR suggereert dat dit middel inferieur zou zijn. In Nederland moeten alle geneesmiddelen (op een aantal homeopatische na) door de overheid worden geregistreerd. Stapels onderzoeksresultaten moeten worden overgelegd om aan te tonen dat het middel niet erger is dan de kwaal en ook niet erger dan andere gangbare middelen tegen dezelfde ziekte. De werkzaamheid moet worden aangetoond en de fabrikant moet alle bestanddelen opgeven: niet alleen farmacologisch actieve, maar ook neutrale hulpstoffen zoals zetmeel, water, kleur- en smaakstoffen. De naam, het verpakkingsontwerp en de bijsluitertekst: het moet allemaal worden goedgekeurd, en het wordt allemaal in de dossiers vastgelegd.

Deze procedure geldt voor alle middelen: merk of merkloos. De ironie wil dat juist de fabrikanten van merk-geneesmiddelen deze procedure veel te streng vinden. De striktheid ervan kost natuurlijk ook maanden, soms zelfs jaren tijd. Voor de houder van een octrooi op een geneesmiddel zijn dat kostbare maanden en jaren. Men moet wachten met het in de handel brengen van het geneesmiddel, maar het moment waarop het octrooi verloopt en waarop de 'merkloze fabrikanten' zich op de markt storten komt ondertussen wel dichterbij.



De merkfabrikanten vrezen dat het prijsdrukkend en omzetsdrukkend effect van de recente maatregelen hun marges verkleint. Zij kunnen daardoor geen geld meer vrijmaken voor onderzoek naar nieuwe middelen. Men kan zich afvragen of dit het ware motief is, of dat de klaagzang zijn inspiratie ontleent aan de angst voor verkleining van de winst (voor verlies hoeven de meeste industrieën vooralsnog niet bang te zijn). Duidelijk is echter dat de kosten die voor reclame gemaakt worden veel hoger zijn dan de kosten van de research. Als apotheker, en naar ik aannemen ook als arts, moet men de echt belangrijke post met een kaarsje zoeken tussen de vele tot vervelens toe herhaalde reclames voor merkpreparaten. Soms ontvangt men maandenlang wekelijks een duur kleurendrukwerkje dat een merk onder de aandacht moet brengen.

Onder de indruk gekomen van de klaagzang, is men geneigd te denken dat het niveau van de research in Nederland nu erg hoog ligt. Nederland ken immers het hoogste prijspeil van de EG. Toch zijn de meeste introducties zg. 'me-toe' preparaten, die niets nieuws brengen, maar waarmee men de concurrent van een gelijksoortig middel uit de markt kan verdringen. Soms brengt een nieuw middel een kleine verbetering of een geringe wijziging in toepassing, maar meestal claimt men slechts 'minder bij-

werkingen'. Bijwerkingen kunnen in het algemeen slechts worden ontdekt door massale toepassing (een bijwerking is een kans-effect), en dit betekent dat een sinds jaren beproefd middel met een aantal bijwerkingen soms beter kan zijn dan een nieuw middel 'zonder' bijwerkingen. De geneesmiddelprijzen in Nederland kunnen heel goed lager zijn vooral omdat dezelfde geneesmiddelen elders in Europa veel goedkoper zijn. Het is aan te bevelen dat de Nederlandse industrieën een gezamenlijk onderzoek opzetten om een middel te vinden tegen krododilletranen ..

Ijkprijzen

Per 1 juli a.s. wil Dees de ziekenfondsverzekerden laten bijbetalen als zij zich het voorgeschreven duurdere merkgeneesmiddel laten afleveren in plaats van een goedkoper identiek middel ('ijkprijs'). De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen klaagt hierover steen en been. Wie nuchter denkt zal echter tot de conclusie komen dat de luxe van een 'opgestikte krododil' in tijden van bezuinigingen niet iets is om door de gemeenschap te laten betalen. Juist een ijkprijs geeft de consument de mogelijkheid om mondig te zijn. Dit in tegenstelling tot de manier waarop nu de eigen bijdrage wordt geheven: f 2,50 ongeacht nut, luxe of prijs.

Vervanging door een regeling waarbij men zelf kan kiezen of men voor een merkopdruk wil betalen geeft de vele slachtoffers van de huidige eigen bijdrage regeling de kans om buiten schot te blijven. Op de premies kan een ijkprijsregeling een drukkend effect hebben, zodat alle verzekerden de vruchten ervan kunnen plukken.

Een ijkprijsstelsel geeft erg veel administratie, zowel bij de apotheek als bij het ziekenfonds. Momenteel hoeft voor twee derde deel van de recepten pas achteraf de prijs te worden uitgerekend (nl. de ziekenfondsrecepten). Een ijkprijs stelsel vereist dat de prijs bij aflevering wordt uitgerekend, want men moet gelijk kunnen afrekenen. Dat vereist extra personeel, dat uiteindelijk toch door de ziekenfondsen betaald zal moeten worden. Het is goed mogelijk dat een maatregel die bedoeld is de collectieve lasten te verlagen deze lasten alleen maar verhoogt. Daarom moet eerst goed uitgezocht worden wat de extra kosten zijn, die zijn verbonden aan een ijkprijs stelsel. Invoering per 1 juli is overhaast. Het is echter na de negatieve lijsten, de medicijnknaak en de nieuwe tariefstructuur niet de eerste overhaast ingevoerde maatregel. Van de medicijnknaak weten we inmiddels dat deze weinig of niets heeft bespaard. Ook van de ijkprijs moet ik dat eerst nog zien.

Inkoop

Wordt de inkoop nu wel of niet volledig aan de apotheker vergoed? Het tariefstelsel voor apotheken, dat per 1 januari 1988 is ingevoerd, kent ook een onredelijke kant: in theorie zou de apotheker zijn inkoopkosten uit de vergoedingsprijzen moeten kunnen dekken. In de praktijk is dat echter niet altijd het geval. De apotheker moet de laagste prijs kiezen van:

- de prijs die hij heeft betaald
- de prijs die hij nu zou betalen als hij het middel opnieuw inkoop.

Als de prijzen stijgen kan de apotheker zijn voorraad niet aanvullen tot het oorspronkelijke niveau. Als de prijzen dalen krijgt hij zijn inkoopprijs niet volledig vergoed. Beide effecten kunnen een zeer nadelig zijn en dwingen de apotheker om zijn voorraad te financieren uit de vergoedingen die bestemd zijn voor bedrijfskosten en honorarium.

Een voorbeeld:

U bent autohandelaar op ideële grondslag en verkoopt het kleinste model vane en Beiers merk tegen inkoopprijs aan de minima. U heeft steeds één auto in voorraad. Als u die heeft verkocht koopt u van de opbrengst een

nieuwe auto, zodat de voorraad weer op werkniveau is. Dit gaat enige tijd goed, maar dan stijgen de inkooprijzen van f 6000,- naar f 10.000,-. Omdat u tegen de inkoopprijs verkoopt komt u nu f 4000,- tekort om de voorraad op het werkniveau te brengen. Het is het einde van uw ideële bedrijf, en uw klanten moeten noodgedwongen hun oude auto oplappen. Nu het andere geval: de inkoopprijs zakt naar f 5000,- de auto die u in voorraad heeft (en waarvoor u f 6000,- heeft betaald) moet u nu voor f 5000,- verkopen - want zo was de afspraak. Duizend gulden verlies, en ruzie met de bankier die u belangeloos f 6000,- had verstrekt, maar f 1000,- ervan waarschijnlijk nooit meer terugziet.

Ongeveer zo zal het vanaf 1988 met de voorraadvorming gaan in de Nederlandse apotheken. Het proces is natuurlijk gecompliceerder omdat we over 200.000 tot 400.000 tabletten, dragees, tubetjes en flesjes praten in plaats van over 1 auto. Maar het principe blijft gelijk: de apotheker moet het verlies op de voorraad aanvullen uit de vergoeding die bestemd is voor overige bedrijfskosten en honorarium.

Geneesmiddelen substitutie

Vervanging van het ene geneesmiddel van de ene fabrikant door een volledig identiek geneesmiddel van een andere fabrikant kan verschillende redenen hebben:

- prijsverschillen;
- betere verpakking. Sommige verpakkingen zijn goed uitgekend en helpen de gebruiker op het juiste spoor om het geneesmiddel op de juiste manier te gebruiken (bijvoorbeeld tabletten in een zg. kalenderstrip: men hoeft nooit te aarzelen of men zijn medicijn wel of niet heeft ingenomen: op de strip staat de dag die aan de beurt is aangegeven). Sommige verpakkingen vergroten de houdbaarheid van een produkt, bijvoorbeeld door per stuk te verpakken;
- logistiek door te kiezen voor één geneesmiddel uit een groep identieke middelen kan de apotheker zorgen dat hij dat middel in alle gevallen uit voorraad levert. De cliënt hoeft niet later terug te komen om de medicijnen op te halen, maar kan ze gelijk meenemen.

BOEKEN

De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg

Tom van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een historisch beleidsonderzoek*, AMBO, Baarn, 1987, ISBN 90 263 0795 0, prijs f 49,50

Van de organisaties die ambulante geestelijke gezondheidszorg verlenen is de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) de belangrijkste. Het is een betrekkelijk jonge instelling. Zij is in 1982 ontstaan uit een fusie van vier werksorten: de Sociaal-Psychiatrische Dienst (SPD), het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (LGV), het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP). Over het ontstaan, de uitbouw en de samenwerking van deze vier werksorten gaat het proefschrift van Van der Grinten (promotor was prof. dr. C. Trimbos).

De centrale vraag luidt: 'Wat heeft zich ... op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg ... afgespeeld en welke betekenis had dit voor de totstandkoming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals we die nu kennen?' (p. 19). Het antwoord, verkregen via een uitgebreid archiefonderzoek, bestaat uit een boeiende en goed gedocumenteerde analyse van de bijdragen van organisaties, maar vooral ook van de bijdrage van personen aan de vormgeving van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het biedt een uniek inzicht in de ontstaansgeschiedenis van een onderdeel van de verzorgingsmaatschappij en toont aan hoe nuttig historisch beleidsonderzoek kan zijn.

Verzuiling

Van der Grinten start zijn geschiedschrijving in 1916, het jaar waarin een begin wordt gemaakt met ambulante geestelijke gezondheidszorg. En eindigt in 1964, en niet in 1982, zoals men misschien zou verwachten. De reden is dat al in 1964 het min of meer definitieve ontwerp van de RIAGG verschijnt. Wat er na dat jaar is gebeurd ziet de auteur als

implementatie. Een gevolg van deze keuze is dat de laatste fase van de totstandkoming van de RIAGG's waarin, bijvoorbeeld de politiek het RIAGG-concept alsnog omarmt, buiten beschouwing blijft. Deze inperking laat de reconstructie van het beleidsproces eigenlijk te vroeg eindigen. Al is de einddatum begrijpelijk wanneer men het boek beschouwt als een beschrijving van de opkomst en neergang van de verzuiling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. En dat is volgens mij de inzet van dit boek.

Van der Grinten verdeelt de beleidsvorming in drie periodes: 1916-1940, 1940-1962 en 1962-1964. De eerste periode gaat over de voorlopers van de vier werksorten. De oudste (1916), een soort Sociaal Psychiatrische Dienst SPD, kwam voort uit de zorg voor krankzinnigen en hield zich bezig met voor- en nazorg. De initiatiefnemer Meijers zag het bureau als voorbeeld en wilde via een neutrale vereniging ook elder van dergelijke bureaus oprichten. Van die voornemen kwam niet veel terecht doordat confessionele organisaties weigerden mee te doen en de verzuilde inrichtingswereld liever eigen bureaus had. De verzuiling deed dus vrij snel zijn intrede. Inrichtingen kwamen met eigen buitendiensten en waar geen inrichting was nam of een grote stad of de provincie het initiatief. Niet in de laatste plaats omdat de lagere overheid deze vorm van hulp als een goedkoop alternatief zag voor de dure krankzinnigenverpleging, waarvan zij de financiële lasten droeg.

Voor- en nazorg was dus niet alleen een zaak van particuliere organisaties, ook gemeenten en provincies bemoeiden zich er mee. De overige drie werksorten, die overigens wat belang betreft in de schaduw stonden van de voor- en nazorg, waren wel uitsluitend het product van particulier initiatief. Het Medisch Opvoedkundig bureau (1928) en In-

stituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (1940) vonden hun oorsprong in niet-confessionele hoek. Het begin vna de Bureau's voor Levens- en Gezinsvragen LGV's (1936) lag bij de katholieken en protestants-christelijken.

Wat deze eerste periode laat zien is dat het primaat voor de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg geleidelijk aan bij het particulier initiatief komt te liggen en dat een voorzichtig begin wordt gemaakt met de organisatie langs levensbeschouwelijke lijnen. Rond 1940 was in ieder geval het particulier initiatief in het (kleine) huis van de ambulante geestelijke gezondheidszorg meer 'baas' dan de overheid.

Van der Grinten gaat uitgebreid in op de beweeging voor geestelijke volksgezondheid. In het kader daarvan werden rond 1930 pogingen ondernomen om het nieuwe werktier af te bakenen en van een wetenschappelijke basis te voorzien. Maar juist de wetenschappelijke aanpak van de algemene vereniging die voor dit doel was opgericht stuitte op verzet van de confessionelen. Zij richtten eigen organisaties op. Edoch, onder invloed van een aan de overheid gelieerd fonds, dat de werksoorten subsidiërende mits een centrale instantie het geld zou verdelen, kwamen de organisaties in het midden van de jaren dertig toch weer in een - verzuilde - federatie samen. Met andere woorden: er werd samengewerkt aan de top, maar de uitvoering aan de basis bleef gescheiden; men bleef 'baas in eigen huis'.

Bondgenootschap

Van een bondgenootschap met de rijksoverheid (het huis ten laste van de gemeenschap) is pas sprake in de tweede periode (1940-1962). In 1946 begint het Rijk voor het eerst de ambulante geestelijke gezondheidszorg financieel te steunen. Er ontstaat een rechtstreekse relatie tussen de werksoorten en de betalende overheid en er moet voortaan onderhandeld worden over subsidievoorwaarden. De oude vooroorlogse situatie waarin de particuliere organisaties zelf beslissen over de verdeling van de overheidsmiddelen (de fondsgelden) werd langzamerhand beëindigd. Dat was trouwens niet de enige verandering die de oorlog had gebracht. Direct na 1946 heeft men ook geprobeerd om tot een wettelijke regeling van de organisatie, het bestuur en de financiering van de gehele geestelijke gezondheidszorg te komen. Met als opvallend kenmerk: de afwijzing van de verzuiling. Maar de pogingen liepen al snel stuk op de restauratie van de verzuiling, zodat overheid en particulier initiatief zich gingen toeleggen op de afzonderlijke werksoorten.

Kort gezegd komt het resultaat daarvan op het volgende neer. De voor- en nazorg wordt door de inrichtingen, onder invloed van onder andere het Ziekenfondsbesluit dat alleen curatieve zorg vergoedt, steeds meer overgelaten aan aparte organisaties. Het Medisch Opvoedkundig Bureau voor de oorlog nog beschouwd als een 'excentrieke-grotestads-monnering' bleek na de oorlog volkomen geaccepteerd. Het Rijk legde zelfs het accent op deze werksoort en besteedde er het grootste gedeelte van de subsidie aan. En dat had Quisen voor de katholieke organisaties, die zich tot dan toe vooral op de voor- en nazorg hadden gericht. Hun positie werd bedreigd. In 1949 kwamen zij met een eigen Vereniging voor Medisch Opvoedkundig Bureau's (met het gebruikelijke pleidooi voor verzuiling als leidend organisatieprincipe), die al snel door de subsidiegevers van een evenredig deel van het geld werd voorzien. Nadat de slag om de Medisch Opvoedkundig Bureau's was gewonnen, wierpen de katholieken zich vervolgens op de Bureau's voor Levens- en Gezinsvragen, waar zijn uiteindelijk een sterke stempel op zouden drukken. Vanaf begin 1960 waren het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen en het Medisch Opvoedkundig Bureau de dominante voorzieningen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg geworden.

Samenwerking

En hoe zat het nu met de samenwerking van de werksoorten? Uit Van der Grinten's studie blijkt dat er eind jaren dertig in de zuidelijke provincies al samenwerkingsverbanden tussen bureaus voor volwassenen en kinderen bestonden. Hij noemt ze de eerste generatie van regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Na 1940 nam de samenwerking nog toe, maar de instellingen met slechts één werksoort onder hun beheer groeiden sneller. Vooral omdat het overheidsbeleid zich op de afzonderlijke werksoorten richtte. Niettemin bleven de samenwerkingsverbanden, zij het enigszins in de schaduw, bestaan.

Aan de derde periode (1962-1964) besteedt Van der Grinten veel minder aandacht dan aan de eerste twee. Met het gevolg dat de ontzuiling die rond 1960 start in vergelijking met de verzuiling er wat bekaaid afkomt. Het eind van de verzuilde opbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg komt in 1964 in zicht als de katholieke koepelorganisatie een plan lanceert waarin de verzuilde ordening wordt afgewezen en gekozen wordt voor samenwerking van de vier werksoorten in algemene regionale instellingen: de RIAO's.

Als Van der Grinten aan het eind van zijn boek de ontwikkelingen die zich tussen 1916 en 1964 hebben afgespeeld nog eens overziet dan concludeert hij dat de huidige algemene geestelijke gezondheidszorg vooral het product is van de beweging voor geestelijke volksgezondheid en de verzuiling. Naar mijn mening maakt met name de beschrijving van het laatste zijn boek zo interessant. Ik beschouw het als een waardevolle praktische aanvulling van de theoretische verzuilingsliteratuur.

Jan van der Made, Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Beleidswetenschap

KORT & GOED

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

Kort & Goed wordt samengesteld door Maud Verhooffstad.

Vrouwen

De afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam organiseert op 3 juni a.s. in het AMC een *studiedag* over hulpverlening aan vrouwen in de medische praktijk onder de titel 'Vrouwen worden beter ...'. Die studiedag is bedoeld voor huisartsen, gynaecologen en andere gezondheidswerkers die in hun praktijk veel met gezondheidsproblemen van vrouwen te maken hebben, en die proberen een beter op vrouwen afgestemde hulpverlening te ontwikkelen.

Centraal op de studiedag staat het in werkgroepen uitwisselen van ervaringen van deze hulpverleners, waar mogelijk in samenspraak met vertegenwoordigers van vrouwenzelfhulpgroepen. De inschrijvingskosten bedragen f 50,-. Inlichtingen worden verstrekt door: De afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, 020 - 5665105/-4786.

Alternatieve geneeskunde

Op 19 mei wordt een dagcursus georganiseerd met als thema: Alternatieve geneeskunde en wetenschappelijk onderzoek. De organisatie van deze dag wordt gerealiseerd door de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde in samenwerking met de Werkgroep Biologische en Natuurlijke Geneesmethoden

(B.E.N.G.). De cursus is bedoeld voor huisartsen, basisartsen en geïnteresseerden en zal plaatsvinden in het Postiljon Hotel Utrecht-Bunnik. De kosten voor deelname zijn f 125,-. Voor meer informatie kan men terecht bij het Bureau PAO-Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123 (tst. 133).

Ethiek

Verpleegkundigen en ziekenverzorgenden worden vaak geconfronteerd met morele vragen. Bekende voorbeelden daarvan zijn de betrokkenheid bij euthanasie en medische experimenten. Minder bekend zijn bijvoorbeeld de problemen die zich kunnen voordoen rond het handhaven van minimale zorgkwaliteit, het onthouden van informatie of de behandeling met placebomiddelen.

De mensen die dagelijks met de patiënt of bewoner te maken hebben, kunnen bij uitstek een bijdrage leveren aan goede ethische besluitvorming over de behandeling en verzorging. Het vormingscentrum Kerk en Wereld organiseert ter ondersteuning van deze bijdrage ten behoeve van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden een cursus 'Toegepaste ethiek in verpleging en verzorging'. De volgende aspecten zullen tijdens deze cursus aan de orde komen: Hoe kunnen morele kwesties systematisch benaderd worden en hoe kan men een zinnige bijdrage leveren aan morele besluitvorming. De eerstvolgende cursussen worden georganiseerd op 19 mei en op 6-8 juni in Vormingscentrum Kerk en Wereld. Voor aanvraag van een circulaire of voor aanmelding: Vormingscentrum Kerk en Wereld, Postbus 19, 3970 AA Driebergen, tel. 03438-12241.

Indianen

Op 24 april wordt de jaarlijkse manifestatie gehouden van de Stichting NANAI (Nederlands Actiegroep Noord-Amerikaanse Indianen). Tijdens deze bijeenkomst zal de Lakota Indiaanse Lorelei Means spreken over de gezondheidsproblematiek van de (Lakota-) indianen. Onder haar leiding is een campagne gestart om geld bijeen te krijgen voor een kliniek in het hart van het reservaat. De bedoeling is dat de kliniek

geheel in handen blijft van de indianen, zonder inmenging van overheidsinstanties.

De plaats van deze manifestatie is het zalencentrum van restaurant Engels in het Groothandelsgebouw in Rotterdam (nabij het Centraal Station). Iedereen is van 12.00 uur tot 17.00 uur welkom, de toegang is gratis. Meer informatie is te verkrijgen bij de Stichting NANAI, Kamgras 23, 3068 CB Rotterdam, tel. 010-4209844.

Toekomst Jeugdgezond- heidszorg

'Het consultatiebureau is niet van gisteren' is het onderwerp van een nationaal congres over de toekomst van de jeugdgezondheidszorg, georganiseerd door de Nationale Kruisvereniging op 19 mei. De volgende twee onderwerpen zullen aan bod komen: de Nederlandse jeugdgezondheidszorg vanuit internationaal perspectief en de jeugdgezondheidszorg vanuit politiek en gezinssociologisch perspectief. Verder zal het programma bestaan uit een promotiefilm over

het consultatiebureau en een 'luchtig intermezzo' van Hans Dorrestein. Plaats: de Congreszaal van het Jaarbeurscongres centrum in Utrecht. Aanvangstijd: 10.00 uur. Kosten: f 85,- (inclusief de lunch). Informatie en inschrijving is mogelijk bij het Congresbureau Van Namen en Westerlaken, tel. 080-234471. Het verschuldigde bedrag dient u over te maken op girorekening 3767474 t.n.v. Nationale Kruisvereniging, onder vermelding van 'Congres 1988'.

Het Beterschap

De belangenorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden 'Het Beterschap' gaat zich open stellen als beroepsorganisatie, waarvan zowel individuen als bestaande groepen van verpleegkundigen en verzorgenden lid kunnen worden. Tevens gaat zij haar naam veranderen in Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde.

Doel van deze beleids- en naamswijziging is de bundeling van krachten van alle verpleegkundigen en verzorgenden, zodat een versterking van hun positie mogelijk bereikt kan worden.

Deze wijziging in statuten betekent geenszins een verandering in de samenwerking met de andere vakbonden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Daar waar mogelijk zal net als voorheen samengewerkt worden.

Binnenkort zal 'Het Beterschap' een tweetal symposia organiseren, met de volgende thema's:

Aids an Attitude voor verpleegkundigen en verzorgenden. Dit symposium wordt op 28 april van 12.30 uur tot 17.00 uur gehouden worden in Hoog Brabant in Utrecht. Willen verpleegkundigen en verzorgenden tegemoet kunnen komen aan de hulpvragen, dan zullen zij kennis moeten hebben van de somatische, psychosociale en verpleegkundige aspecten van de aidsproblematiek. Tijdens dit symposium vooral aandacht besteed worden aan de houding die zij willen en/of moeten aannemen ten opzichte van de verpleging van aidspatiënten.

Wetsvoorstel B.I.G. op 2 juni in Hoog Brabant in Utrecht van 10.00 uur tot 16.30 uur. Aan de orde komen de positie van verpleegkundigen en verzorgenden qua bevoegdheden en de wijze waarop deze tot stand gekomen is. Wat is er in het wetsvoorstel B.I.G. opgenomen over de specialisatie en registratie voor verpleegkundigen en verzorgenden en wat is een specialistische opleiding? Welke van de huidige opleidingen gaan daartoe leren?

Opgeven voor één van twee symposia is mogelijk bij Elza Baars, tel. 030-512321. Men krijgt dan het definitieve programma toegezonden.

Afstemming Maatschappe- lijk Werk en RIAGG

In de beleidsnota 'Bouwstenen' is een duidelijke taakafbakening geformuleerd tussen het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZIRIAGG). Deze nota is inmiddels onderschreven door de leden van zowel de JOINT (de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening) en de NVAGG (de Nederlandse vereniging voor ambulante geestelijke gezondheidszorg).

In deze nota onderschrijven beide organisaties de positie van het AMW als de kerndiscipline voor psycho-sociale hulpverlening binnen de eerste lijn. Daarbij wordt de aantekening gemaakt dat ook anderen binnen de eerste lijn - met name op het gebied van de jeugdzorg - een taak in de psychosociale hulpverlening vervullen. Inschakeling van de tweede lijn (RIAGG) is in enigerlei vorm pas aangewezen, als gebleken is dat de eerste lijn - gegeven haar taakstelling - over niet of onvoldoende hulpverleningsmogelijkheden beschikt.

Cliënten met psychosociale problemen, waarbij geen sprake is van (dreigende) psycho-pathologie, die zich bij de RIAGG aanmelden (dan wel aangemeld worden) worden naar het AMW doorverwezen.

JOINT en NVAGG bepleiten de totstandkoming van overeenkomsten tussen instellingen voor AMW en RIAGG's, waarin naast werkinhoudelijke ook procedurele afspraken zijn opgenomen, zoals ten aanzien van rapportage, verwijzingsprocedures en preventie. De nota 'Bouwstenen' is bij beide organisaties te bestellen en kost f 7,50. JOINT, Postbus 268,5201 AG 's-Hertogenbosch, tel. 073-139920. NVAGG, Postbus 8400, 3503 RK Utrecht, tel. 030-885959.

KORT
&
GOED

Samenwerking in Thuiszorg

ATIS (Algemene Thuiszorg in Samenwerking) is een organisatie voor innovatie van de eerstelijnszorg. Zij vervult taken op het gebied van informatieverzorging, ondersteuning, advisering en ontwikkeling ten behoeve van de samenwerking in de eerstelijnszorg. Zij is een vereniging waarvan lid zijn de Landelijke Huisartsenvereniging, de Stichting Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, de Stichting Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening (Joint) en de Nationale Kruisvereniging.

ATIS heeft een jaarverslag van 1987 en een werkprogramma voor 1988 samengesteld. Hierin worden de verschillende in 1987 gestarte projecten beschreven en nieuwe nog op te zetten projecten besproken. Een aantal projecten uit 1987 wordt voortgezet in 1988, o.a. de projecten 'methoden en middelen om met hulpvragen in de thuiszorg om te gaan' en 'hulpmiddelen in de thuissituatie bij verminderd functioneren'. Nieuw project voor 1988 is onder meer het opzetten van een 'Datbank ontwikkelingsprojecten'.

Naast deze projecten heeft ATIS de mogelijkheid om in te gaan op ad hoc-vragen om ondersteuning bij de ontwikkeling van of bij problemen met multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg.

Het Werkprogramma van ATIS voor 1988 (à f 3,50) en het Jaarverslag 1987 (à f 2,50) kunnen besteld worden bij ATIS, tel. 03405-67444. De prijzen zijn exclusief verzendkosten.

Migranten- vrouwen

Groepsvoorlichting kan voor buitenlandse vrouwen erg belangrijk zijn. Deze vrouwen missen veel informatie over gezondheid, zowel in individuele contacten met gezondheidswerkers als ook via de massamedia, zoals televisie, radio en tijdschriften. Door samen in een groep informatie in eigen taal te krijgen en ervaringen uit te wisselen kan het gebrek aan informatie enigszins worden opgeheven.

Het VEM-project (Vrouwen en Minderhedenbeleid) wil deze groepsvoorlichting over gezondheidsonderwerpen stimuleren. Zij heeft een serie methodieboekjes samengesteld, die be-

stemd is voor werkers in de gezondheidszorg, educatief werkers en sociaal-cultureel werkers. Momenteel zijn twee boekjes bestelbaar (de overige zes zullen nog verschijnen), namelijk 'Gezondheidsvoorlichting aan groepen migrantenvrouwen, algemeen doel' (bestelnummer B 9010) en 'het thema-boek Voeding' (bestelnummer B 9011). De prijs is f 5,- per stuk (exclusief de portokosten). Ze zijn verkrijgbaar bij Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel. 03405-96433.

De apotheker nu; ... en straks?

In februari is een brancheschets over de apothekers verschenen, die samengesteld is door medisch adviesbureaus van een Nederlandse bank. Deze schets gaat onder meer in op de positie van de openbare apotheker, de vestigingsproblematiek, de omstrede-

'good-will'-betaling bij praktijkoverdracht, de toenemende zelfmedicatie en de rol van de ziekenhuis- en industrie-apotheker. Informatie waar deze brancheschets (gratis) te verkrijgen is, is mogelijk bij de Public Relations, tel. 020-294067.

Ziekte

... en dus ziektekosten anders verzekeren. De vereniging IRIS voor het bewust omgaan met gezondheid en zorg is opgericht met het oog op de toenemende behoefte aan andere vormen van gezondheidszorg en een betere toegankelijkheid daarvan. Zij heeft middels een brief aan de Tweede Kamer een poging gedaan de slepende discussie over de gezondheidszorg op te krikken van het niveau waarop alleen over structuren en financiering wordt gesproken (de plannen van de commissie Dekker) naar het niveau van bezinning op de inhoud en de doelstelling van

de gezondheidszorg.

IRIS vindt dat ieder mens zelf moet kunnen kiezen voor die vorm van zorg en hulp, die overeenkomt met zijn of haar levensopvatting. Een verplichte (basis-)verzekering voor een bepaald voorzieningenpakket waarvan de inhoud door een verre instantie wordt vastgesteld, is een vorm van betutteling die niet alleen de eigen verantwoordelijkheid belemmert, maar ook in strijd is met het recht op persoonlijke vrijheid.

De vereniging IRIS is bereikbaar via Postbus 410, 3720 AK te Bilthoven.

Catalogus

De film- en videotheek van het Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid (NcGv), die zich bezig houdt met de distributie van films en videobanden op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, heeft de afgelopen twee jaar zijn titelbestand aanzienlijk uitgebreid. Meer dan honderd nieuwe programma's zijn er in die twee jaar bijgekomen, zoals blijkt uit de nieuwe film- en videocatalogus die door het NcGv is uitgebracht.

Eén van de meest succesvolle aankopen van het jaar 1986 was de film 'Some babies die' over rouwverwerking na de dood van een baby. Deze Austra-

lische documentaire van Martyn L. Down werd verscheidene keren bekroond.

Ook dit jaar viel een nieuwe NcGv-film in de prijzen op het educatieve film- en videofestival Festikon, nl. de film 'Sommer' van de cineast Philip Gröning. Sommer is een film over een jonge vader die probeert binnen te dringen in de gesloten wereld van zijn autistische zoon, die zelf daardoor in een isolement terecht komt.

De nieuwe film- en videocatalogus van het NcGv is gratis te bestellen bij de NcGv film- en videotheek, Da Costa kade 45, 3521 VS Utrecht, tel. 030-941899.

Arbeidsom- standigheden

Het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) is op 9 maart officieel geopend. Het NIA heeft als doel het ondersteunen van beleid op het gebied van arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid. Dit laatste vooral waar het arbeidsongeschiktheid betreft. Het NIA probeert dat doel te bereiken door het doen van onderzoek en het geven van adviezen, opleidingen en voorlichting. Een voorbeeld van één van de activiteiten van het NIA is een lezingenserie over arbeidsomstandigheden van 11 april tot en met 4 mei in Nieuwegein. De in totaal 23 lezingen zijn ondergebracht in 12 dagthema's en worden gepresenteerd onder de titel 'Actuele Arbo-

thema's'. Op elke lezing kan afzonderlijk worden ingeschreven. De gekozen dagthema's bestrijken een breed terrein van het arbo-beleid. Thema's die op het programma staan zijn bijvoorbeeld ziekteverzuim, vrouwenarbeid en de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW). De lezingen zijn bedoeld voor mensen die in hun werkkring betrokken zijn bij de zorg voor arbeidsomstandigheden.

Volledige gegevens over de lezingenserie zijn te vinden in een speciale brochure die op aanvraag gratis wordt toegezonden: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Postbus 5665, 1007 AR Amsterdam, tel. 020-5498441.

KORT
&
GOED

Kraamverzorgenden tekort

Eén van de projecten om het tekort aan kraamverzorgenden te bestrijden is een project in samenwerking met de Gewestelijk Arbeidsbureaus. Er is geld beschikbaar gesteld om voor volwassenen een 16 maanden gedurende opleiding tot kraamverzorgenden te kunnen starten. De Gewestelijke Arbeidsbureaus in Utrecht, Amsterdam en Den Haag/Leiden hebben binnenkort voorbereidende gesprekken met regionale vertegenwoordigers van de kraamzorg. Daarnaast zullen besprekingen plaatsvinden met de betrokken MDGO-VZ scholen (Middelbaar

Dienstverlening en Gezondheids Onderwijs, afdeling Verzorging).

Door deze opleiding kan er op korte termijn een begin gemaakt worden met het wegwerken van de tekorten in de kraamzorg, omdat de leerlingen al vier maanden na het begin van de opleiding al in de praktijk inzetbaar zijn. De opleiding is speciaal bedoeld voor diegenen die werkloos zijn. Waarschijnlijk zal er begonnen worden met het opleiden van 60 leerlingen. Afgestudeerden krijgen een diploma, zoals dat vroeger door de in-service-opleidingen van de kruisverenigingen werd verleend.