Nr. 4 **1989,** losse nummers *f 12,-*

4.

Tijdschrift voor Gezondheid Politiek

Strategie van patiëntenorganisaties

Vrouwenpressiegroep en psychiaters

Eén jaar VVIO

De betekenis van de voortplantingstechnologie

THEMA
KWALITEIT

vol. 1, nr. 1 MARCH 1990

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

Published quarterly

Editor-in-Chief: Prof. W.J.A. van den Heuvel
Northern Centre for Health Care Research and Education (NCG), University of Groningen
Postbox 30001, 9700 RB Groningen, The Netherlands, Telefax: 31-50-636251

The INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCES is an interdisciplinary journal which reflects the expansion of research and theoretical understanding of developments in health, health behaviour and health care.

The aim of the journal is to contribute to the development of scientific knowledge in the field of Health Sciences. Health Sciences are defined as the research area in which the influences of environmental, behavioural and physical factors on the health of the population and the individual are studied as well as the way in which health care can be organized based on this knowledge.

The journal is of an interdisciplinary nature and includes such fields as epidemiology, health economics, medical sociology, health services research, medical psychology, public health, health education, social oncology and other medical disciplines in relation with the subject of Health Sciences.

In order to contribute to the scientific developments in these fields, articles will deal with new knowledge and/or innovative methodology. This entails the requirement that articles should proceed from hypotheses based on a theoretical framework and an overview of the relevant literature. The research design should be sound, use being made of the representative data and validated instruments. The data analysis should be 'progressive', while the discussion of the results should highlight the consequences of the knowledge for practice as well as theory, and its consequences for research.

The journal will be of interest to people engaged in fundamental and applied research, to health care authorities, managers of (para)medical institutions, officers in the field of health care planning, health educators and policy makers.

Subscription: Dutch guilders 165.00 (= US$ 85.00), postage included
Or the equivalence in other currency
Euro-cheques and (Post Office) money orders are accepted
Subscription-orders can be sent direct to the publisher or via your bookseller
For advertising-rates apply to the publisher

VAN GORCUM

Journal Dept., P.O.Box 43, 9400 AA Assen, The Netherlands, Tel. 05920-46846

In dit nummer

Guus Bannenberg en Chris Breemer ter Stege
Kerndocument gezondheidsbeleid: woorden of daden? **170**

Jeanine Diesveld
Vijf procent is pas het begin
Eén jaar VVIO **174**

Van Engelen en Schoon
Over heren met losse handjes **177**

Lenore Walker
Vrouwenpressiegroep behaalt succes op psychiaters **178**

THEMA KWALITEIT

Redactioneel **181**

Frank Schuurmans
Kwaliteit als cultuurfenomeen **182**

Gabriëlle Verbeek
Kwaliteitsbeleid: Sisyphus arbeid voor een stimulerend ideaal **185**

Gabriëlle Verbeek en Janneke van Vliet
Interviews **190**
WVC-directeur Volksgezondheid j.. Verhoeff,, Y. Koster van het Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform, en Drs. D. Blanken van de VNZ over kwaliteit

Frits Bekkers
Kwaliteit in de knel **194**
Patiëntgericht verplegen als remedie

Janneke van Vliet en Gabriëlle Verbeek
Interviews **197**
Dr. Ir. P. Ros en drs. K. Stegenga van het AZVU en fysiotherapeut R. Bax over kwaliteit

Niek S. Klazinga
Hand in eigen boezem of . .. **201**
Twee handen op een buik? Intercollegiale toetsing onder medisch specialisten

Hetty Vlug
Het overvragende jong en de verstandige mens **205**

Erik Verkaar
Strategisch gedrag van patiëntenorganisaties **208**

Marta Kirejczyk
De strijd om de betekenis van de voortplantingstechnologie **211**

Dagboek **216**

Ron Helsloot en Maria Zaal
Gezondheidscentra uitgerangeerd? **217**

Hans Achterhuis
Foucault en Zola onder het mes **220**

Boeken **222**
Kort & Goed **224**

ZEVENDE JAARGANG, NR 4, december '89

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

Redactie: Mirre Bots, Thea Dukkers van Emden, Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg, Beatrijs Jansen, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Lidy Schoon, Hetty Vlug, Marjon van Weersch.
Eindredactie: Mirre Bots.

Redactieraad: Guus Bannenberg, Peter Groenewegen, Maria Hermsen, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Hans Spijker, Richard Starmans, Jaap Talsma, Janneke van Vliet, Goof van de Wijngaart.

Ontwerp: Henk Hokse
Zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum
Foto omslag: Wim Salls

Bijdragen: zenden aan het redactieadres: Postbus 19079, 1000 GB Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Telefoon 020-240075. Bezoekadres: Damrak 28, 1012 LJ Amsterdam.
Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs op aanvraag. Bijdragen voor *Kort en Goed* naar Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

Giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 1461678, 3500 AG Utrecht.

Abonnementen: Instellingen – ƒ 55,00
particulieren – ƒ 45,00
studenten – ƒ 40,00

Losse nummers: ƒ 12,00

Uitgever: Van Gorcum & Comp. b.v.
Postbus 43, 9400 AA Assen
Tel. 05920-46468
Giro 802255
Opzegging van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Van Gorcum.

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

Kerndocument Gezondheidsbeleid: woorden of daden?

●●●●●●●●

Guus Bannenberg en Chris Breemer ter Stege

'Preventie' is een sleutelbegrip in het toekomstig gezondheidsbeleid van WVC. Het klinkt veelbelovend. Maar de vraag is of het Kerndocument Gezondheidsbeleid, waarin de lijnen voor een gezonde toekomst worden uitgezet, de preventieve plannen in dit tijdperk van deregulering zal kunnen verwezenlijken.

Guus Bannenberg en Chris Breemer ter Stege laten hieronder zien wat hen beweegt tot scepsis omtrent de sturing en de financiering van preventie. De tijden veranderen: het Kerndocument als testament van de planningsideologie.

De afgelopen jaren is bij de overheid een duidelijke accentverschuiving te bespeuren van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. De eerste aanzetten voor deze accentverschuiving zijn reeds te vinden in de in 1981 verschenen *Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen*[1], waarin werd geconstateerd dat het tot dan toe gevoerde gezondheidsszorgbeleid verschijnselen van afnemende meeropbrengst begon te vertonen: de kosten van de gezondheidszorg bleven stijgen, bij nauwelijks waarneembare verbeteringen in gezondheid. De aandacht diende primair uit te gaan naar gezondheid in plaats van gezondheidszorg.
Een inhoudelijke uitwerking van een gezondheidsbeleid, waarin de bevordering van de gezondheid centraal staat, vond vervolgens plaats in de *Nota 2000*[2], die het licht zag in 1986. De Nota 2000 had echter vooral een inventariserend karakter, hetgeen de roep om een echte beleidsnota versterkte.
Het *Kerndocument Gezondbeidsbeleid*[3] is volgens de inleiding te beschouwen als het vervolg op de Nota 2000 en dus de beleidsnota die de lijnen van het gezondheidsbeleid voor de toekomst uitzet. *'In elk geval zal preventie een sleutelbegrip moeten zijn in het beleid voor de jaren negentig'*, zei staatssecretaris Dees bij de officiële presentatie van het Kerndocument Gezondheidsbeleid. Intensivering van preventie bij gelijktijdige verschuivingen in de zorg, waarbij onder andere wordt gedoeld op een versterkte aandacht voor chronische ziekten en thuiszorg, is het belangrijkste recept dat het Kerndocument te bieden heeft. Het document draagt daarmee alle kenmerken van de planningsideologie die ook in de Nota 2000 terug te vinden zijn.

Sterftereductie

Het Kerndocument beschrijft de beoogde ontwikkelingen van determinanten van gezondheid, de door gezondheidsbeleid te bereiken gezondheidsdoelen en tenslotte de instrumenten om het beleid ten uitvoer te brengen. Met betrekking tot de uitvoering van gezondheidsbeleid, preventie en zorg, worden aan maatschappelijke organisaties belangrijke taken toegedacht. Deze taken zijn nader uitgewerkt in een negental bij het Kerndocument behorende discussienota's, met thema's als veroudering, reuma, kanker, ongevallen en geestelijke gezondheidszorg.
Met name de door preventie te bereiken gezondheidsdoelen zijn in het Kerndocument tot in de details gespecificeerd. Zo zijn voor de drie belangrijkste sterfte oorzaken in Nederland - hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen - de exacte percentages van sterftereductie genoemd die omstreeks het jaar 2000 dienen te zijn bereikt. Deze mate van detaillering suggereert dat de overheid over de instrumenten beschikt om de gestelde gezondheidsdoelen daadwerkelijk te bereiken. Maar is dat ook werkelijk zo? Kortom, hoe is sturing en in het bijzonder financiering van preventie geregeld in het gezondheidsbeleid van de overheid?

Vérstrekkende gevolgen

Terwijl de gedetailleerdheid van de gezondheidsdoelen een grote mate van sturing van preventie suggereert, lijken de instrumenten hiertoe nog te ontbreken of juist door de overheid uit handen te worden gegeven. In de eerste plaats moet bedacht worden dat het grootste deel van het gezondheidsbeleid buiten de verantwoordelijkheid van het ministerie van WVC valt. Dit betreft bijvoorbeeld voor gezondheid belangrijke beleidsterreinen als milieuhygiëne (lucht, bodem- en waterverontreiniging), verkeer (ongevalsrisico), economische zaken (accijnsbeleid voor alcohol en tabak), volkshuisvesting (woonomstandigheden) en sociale zaken (arbeidsomstandigheden). Een duidelijke strategie ten aanzien van deze beleidsterreinen is in het Kerndocument Gezondheidsbeleid niet of nauwelijks terug te vinden.
Verbazingwekkender is echter nog dat het gezondheidsbeleid dat binnen de

Noordwijk, zomer 1989. Foto: ANP.

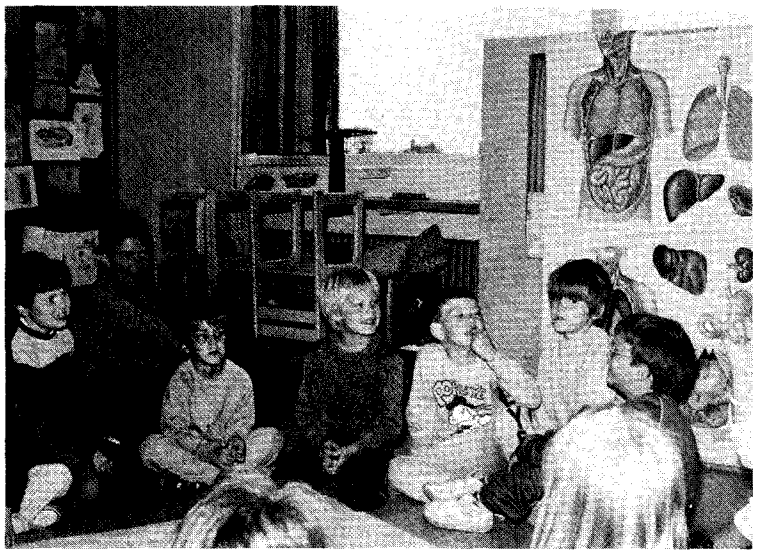
verantwoordelijkheid van het ministerie van WVC ressorteert, op dit moment juist op grote schaal gedereguleerd wordt. Gelijktijdig met de presentatie van het Kerndocument is in alle stilte de Wet Collectieve Preventie (wcr) naar de Tweede Kamer gestuurd. De wCP was noodzakelijk geworden omdat door de intrekking van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de wettelijke basis voor GGD's ontviel. In tegenstelling tot het Kerndocument draagt de wCP alle kenmerken van een deregulerings ideologie, die de planningsideologie op het Ministerie van WVC lijkt te gaan verdringen."
De Wet Collectieve Preventie zal naar het zich laat aanzien vérstrekkende gevolgen voor preventie hebben. Zo wordt in de wet de verantwoordelijkheid voor preventie overgelaten aan de gemeenten, die verplicht worden hiertoe een GGD in stand te houden. De taken van gemeenten worden, behoudens een enkele uitzondering zoals de jeugdgezondheidszorg, slechts in algemene termen aangeduid: een goed beeld krijgen van de algemene gezondheidstoestand, bewaken van de gezondheidsaspecten van beslissingen met betrekking tot het milieu, hygiëne bevorderen en tenslotte preventieprogramma's ontwikkelen. De gemeenten hebben de vrijheid deze taken naar eigen inzicht in te vullen. Er zijn door de overheid geen regels gesteld met betrekking tot de vereiste omvang van de verschillende te formeren disciplines in de GGD'S.

Politieke afweging
De Vereniging van Nederlandse Gemeenten zegt gelukkig te zijn met deze wet, die per slot van rekening behalve een deregulering ook een decentralisatie van bevoegdheden naar gemeentelijk niveau tot gevolg heeft. Ook de grote gemeenten, die veelal te maken hebben met in het oog springende gezondheidsproblemen, hebben laten weten tevreden te zijn, aangezien zij nu zelf hun prioriteiten kunnen stellen en meer invloed kunnen uitoefenen op hun GGD's. Met name bij de GGD's in de grote gemeenten is in de afgelopen jaren hard gewerkt aan de ontwikkeling van betrekkelijk nieuwe preventieve mogelijkheden, zoals die geboden door de epidemiologie, welke het gemeentelijk gezondheidsbeleid in deze kunnen ondersteunen.
Maar hoe zal het gaan met de kleine GGD's? Ook zij krijgen nu meer dan ooit te maken met hun gemeentebesturen, waarbij preventie afgewogen zal worden tegen andere beleidspunten, zoals welzijn en cultuur. Met name voor preventie geldt dat de effecten niet altijd gemakkelijk aantoonbaar zijn. Dat zal bij de politieke afweging zeker een rol gaan spelen. Daarnaast kan men zich afvragen in hoeverre kleine GGD's voldoende ingesteld zijn op hun preventieve taken. In veel kleine gemeenten zijn GGD's pas zeer recent van de grond gekomen, en een preventieve mogelijkheid zoals de epidemiologie die biedt is in veel gevallen nog in opbouw.

Eigen richtlijnen
Behalve met een toegenomen invloed van gemeentebesturen worden GGD'S in de toekomst ook nog geconfronteerd met de deregulering zoals vastgelegd in de *Nota Verandering Verzekerd.* Evenals voor de curatieve gezondheidszorg zal voor de preventieve gezondheidszorg een functionele benadering worden gevolgd, hetgeen inhoudt dat functies uitgevoerd kunnen worden door alle instellingen die aan de gestelde voorwaarden voldoen. GGD's krijgen geen monopolie met betrekking tot preventie; voor de organisatie van bevolkingsonderzoeken zullen zij afhankelijk zijn van de bereidheid van andere instellingen of beroepsbeoefenaren - zoals ziekenhuizen en huisartsen - tot samenwerking.
Ook in de preventieve gezondheidszorg dienen zich overigens nieuwe initiatieven aan. Zo biedt, vooruitlopend op een bevolkingsonderzoek op borstkanker, de stichting Gyneprevenr in Amsterdam vrouwen tegen betaling de

mogelijkheid zich te laten onderzoeken op borstkanker. . Ook de Integrale Kankercentra in Nederland leggen zich toe op bevolkingsonderzoeken.
Door de deregulering zoals voorgesteld in zowel de Wet Collectieve Preventie als de Nota Verandering Verzekerd, dreigt de preventie gevaar te lopen. In de eerste plaats zullen gemeenten en GGD's bij het ontbreken van landelijke richtlijnen eigen prioriteiten voor preventie gaan stellen. Dit zal ongetwijfeld leiden tot grote verschillen in uitvoering. Zo zijn gemeenten in principe vrij om al dan niet over te gaan tot bevolkingsonderzoeken op borstkanker en baarmoederhalskanker. .
In de tweede plaats wordt de toetsing van de kwaliteit van preventie door deregulering ernstig bemoeilijkt. Bewaking van deze kwaliteit is zeker noodzakelijk. Zo is de eerder genoemde stichting Gyneprevent zeer onlangs door de Inspectie van de Volksgezondheid bekritiseerd omdat zij niet samenwerkt met huisartsen en ziekenhuizen, noch met de GGD. Daarnaast, inspelend op de angst voor borstkanker, werkt Gyneprevent in strijd met de huidige wetenschappelijke inzichten door vrouwen onder de vijftig jaar voor borstkankeronderzoek toe te laten. Maar ook in de onlangs gereedgekomen Wet op het Bevolkingsonderzoek" wordt over de bewaking van de kwaliteit niet meer gezegd dan dat door GGD's maatregelen genomen moeten worden. Er wordt bijvoorbeeld niet aangegeven welke landelijke richtlijnen voor toetsing hiervoor dienen te worden gehanteerd.
Tenslotte is het zeer de vraag of deregulering van de sturing van preventie de doelmatigheid zal bevorderen. Dit is een van de uitgangspunten van de Nota Verandering Verzekerd. Echter, wanneer GGD's ieder hun eigen richtlijnen moeten gaan ontwikkelen, zal op meerdere plaatsen steeds weer het wiel uitgevonden gaan worden. Hierbij wreekt zich het ontbreken van een voldoende toegerust landelijk steunpunt voor GGD's voor de sturing van preventie en de toetsing van de kwaliteit ervan.

Grote onbekende
Een nota zonder financiële paragraaf, zoals het Kerndocument Gezondheidsbeleid, dient met de nodige scepsis beschouwd te worden." Dit geldt des te meer wanneer een intensivering van beleid voorgesteld wordt. In het Kerndocument wordt gesteld dat de financiële middelen die nodig zijn om de gezondheidsdoelen te realiseren binnen de financiële taakstelling voor de zorg - verwoord in het *Financieel Overzicht Zorg*' - gevonden moeten worden. Naar de mening van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid vereist het in het Kerndocument uiteengezette beleid een volumegroei van tenminste drie procent, terwijl in het Financieel Overzicht Zorg slechts wordt uitgegaan van één procent. Het geld voor nieuw beleid blijft dus de grote onbekende in het Kerndocument Gezondheidsbeleid.
Het lijkt er op dat we moeten uitgaan van hooguit een geringe groei in de voor volksgezondheid beschikbare financiële middelen. Het geld moet de komende jaren derhalve op andere wijze op tafel komen. De vraag is hoe het Ministerie van WVC zich dat voorstelt. Niet aangegeven wordt welke beleidsterreinen de komende jaren pas op de plaats moeten maken of zelfs een stapje achteruit moeten doen ten gunste van de in het Kerndocument voorgestelde uitbreiding van activiteiten. Ook wordt geen duidelijkheid geboden omtrent de mate waarin de uiteenlopende substitutietrajecten, naast de voorziene zorginhoudelijke voordelen, wezenlijke successen zullen opleveren in de vorm van vrijkomende financiële middelen. De onzekerheden rond de effecten van de Nota Verandering Verzekerd rechtvaardigen voorlopig allerminst de verwachting van grootscheepse kostenbesparingen.


Jeugdgezondheidszorg, effectieve vorm van preventie Foto: Knud Thobyl/WHO

Korting
Een belangrijke reden voor het ontbreken van een financiële paragraaf in het Kerndocument is ongetwijfeld dat de financiering van preventie geregeld wordt in de wCP en in de Nota Verandering Verzekerd. Behalve een deregulering van de sturing van preventie is in de wCP, behoudens een enkele uitzondering zoals de epidemiologie, namelijk ook de overheveling naar het Gemeentefonds vastgelegd van die financiële middelen die nu in de vorm van specifieke uitkeringen rechtstreeks aan GGD's worden toegekend. Ook ten aanzien van de financiering van preventie heeft de deregulering-ideologie zich klaarblijkelijk doorgezet. Behalve dat de gemeenten in principe vrij kunnen beslissen hoe zij deze financiële middelen willen aanwenden, zal bovendien bij de overheveling naar het Gemeentefonds door de overheid een korting worden toegepast van maar liefst 12 procent. Op andere terreinen van het gemeente beleid zijn de doorgevoerde kortingen echter vaak nog groter, waarmee de gemeentebesturen een extra aanleiding wordt geboden om de financiële middelen voor preventie voor andere beleidsterreinen aan te wenden.
De Nota Verandering Verzekerd maakt de financiering van de preventie er niet overzichtelijker op. Een gedeelte van de preventieve functies zal volgens deze nota namelijk worden opgenomen in het basispakket. Voorzover nu bekend betreft dat onder andere bevolkingsonderzoeken en jeugdgezondheidszorg. Tenslotte kan de overheid gebruik maken van de mogelijkheid om preventieve functies uit de Centrale Kas te financieren. Definitieve beslissingen over opneming van preventieve functies in het basispakket en de Centrale Kas zijn echter nog niet genomen.

Optimistisch
Over de sturing van preventie stelt het Kerndocument Gezondheidsbeleid optimistisch: *'Nieuwe inzichten ten aanzien van het gezondheidsbeleid zullen gemakkelijker tot aanpassing van de zorg kunnen leiden, indien deze minder in een keurslijf van regels is gevat.'* Dit optimisme lijkt nogal voorbarig. Men kan zich afvragen hoe

serieus de overheid de doelstelling van het Kerndocument neemt, wanneer gelijktijdig met de presentatie van deze nota de WCP en de Nota Verandering Verzekerd verschijnen, waarin de instrumenten voor sturing van preventie uit handen gegeven worden. Met betrekking tot de financiering staan dan in de toekomst een drietal onzekere bronnen ter beschikking: het Gemeentefonds biedt nauwelijks garanties, het basispakket is nog niet vastgesteld en onduidelijk is in hoeverre preventie uit de Centrale Kas gefinancierd wordt.
De realiteitswaarde van de gezondheidsdoelen van de overheid lijkt hierdoor uitermate onzeker, een vrees die reeds eerder werd uitgesproken in dit tijdschrift.[7] Ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid,[9] de KNMG[10] en de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschapll spreken hun twijfels uit over de haalbaarheid van gezondheidsbeleid wanneer adequate financiering ontbreekt. Continuïteit en vooral solidariteit met betrekking tot preventie, in de zin van toegankelijkheid, kunnen daardoor gevaar lopen, waardoor ongelijkheid in gezondheid in de hand wordt gewerkt.

Dere gu Ie rin gsideo 10gie

Op het Ministerie van wvc lijkt zich een ontwikkeling te hebben voltrokken waarbij de planningsideologie, die jarenlang heeft geheerst en onder andere heeft voortgebracht de Structuurnota Gezondheidszorg, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Nota 2000, nu definitief het loodje heeft gelegd. Dominant is thans de dereguleringsideologie, onder andere te vinden in de Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen en culminerend in de Nota Verandering Verzekerd. Het Kerndocument Gezondheidsbeleid moet in deze visie gezien worden als het testament van de planningsideologie, door de dereguleringsideologie beroofd van haar essentie: sturing en in het bijzonder financiering.
Men kan zich afvragen in hoeverre niet te veel concessies zijn gedaan aan de dereguleringsideologie. Tenslotte is de overheid grondwettelijk verantwoordelijk voor de bevordering van de volksgezondheid. Het lijkt erop dat deze vragen inmiddels ook in politieke kringen gesteld worden. De invoering van de plannen verwerkt in de Nota Verandering Verzekerd is op losse schroeven komen te staan en vooralsnog met minimaal een jaar uitgesteld. De Wet Collectieve Preventie, die aanvankelijk zonder bezwaar door het demissionaire kabinet behandeld kon worden en dus als politiek niet omstreden werd beschouwd, is onlangs alsnog van de agenda van de Tweede Kamer gehaald. Dit moet betekenen dat de uitgangspunten van de WCP, evenals die van de Nota Verandering Verzekerd, ter discussie hebben gestaan in de formatieonderhandelingen.
Dat is mogelijkerwijs een voordeel: door uitstel van zowel de invoering van de Nota Verandering Verzekerd als de behandeling van de WCP, is ruimte gecreëerd voor bijstelling van de plannen met betrekking tot preventie, waarbij rekening kan worden gehouden met de hier gepresenteerde risico's. Ons inziens moet bijstelling plaatsvinden in het licht van de eerder genoemde uitgangspunten van continuïteit en solidariteit.
Voor wat betreft de Nota Verandering Verzekerd betekent dit dat het basispakket al die preventieve functies moet omvatten die effectief zijn gebleken en derhalve toegankelijk moeten zijn voor iedereen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de bevolkingsonderzoeken en de jeugdgezondheidszorg. De continuïteit van deze preventieve functies is daarmee gegarandeerd, evenals de solidariteit in de zin van toegankelijkheid. Het Gemeentefonds dient gemeenten dan nog wel de ruimte te bieden om specifieke, lokale gezondheidsproblemen aan te pakken, bijvoorbeeld alcohol- en drugsproblematiek. Gemeenten kunnen hier eigen prioriteiten stellen.

De afgelopen jaren is de demissionaire staatssecretaris Dees uit hoofde van zijn functie vaak aanwezig geweest bij voetbalwedstrijden. Daar geldt het motto 'geen woorden maar daden!' Tenzij de Nota Verandering Verzekerd en de Wet Collectieve Preventie tijdig bijgesteld worden, rest ten aanzien van het Kerndocument Gezondheidsbeleid vooralsnog het oordeel 'geen daden maar woorden!'

Guus Bannenberg is sociaal-geneeskundige.
Chris Breemer ter Stege is docent aan de Medische Faculteit van de RUL.

Noten

1. Ministerie van WVC, *Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen,* Den Haag (Staatsuitgeverij) 1981.
2. Ministerie van WVC, *Nota 2000,* Den Haag (Staatsuitgeverij) 1986.
3. Ministerie van WVC, *Kerndocument Gezondheidsbeleid,* Den Haag (Staatsuitgeverij) 1989.
4. Chris Breemer ter Stege en Toon Kerkhof!, 'Basisgezondheidsdiensten tussen regulering en deregulering', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek,* april 1989.
5. *Wet op het bevolkingsonderzoek,* Den Haag (Staatsuitgeverij) 1989.
6. Chris Breemer ter Stege, 'De grote onbekende in het kerndocument Gezondheidsbeleid: geld', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg,* oktober 1989.
7. Ministerie van WVç, *Financieel Overzicht Zorg 1990,* Den Haag (Staatsuitgeverij) 1989.
8. Guus Bannenberg, 'Hoe realistisch is het preventiebeleid van de overheid?', in: *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek,* april 1988.
9. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid,* NRV, Publikatienummer18,1989.
10. 'Visie van de KNMG inzake het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid', in: *Medisch Contact* 44 (29-30), 1989.
11. 'Standpunt inzake het ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg,* oktober1989.

Vijf procent is pas het begin

Een jaar VVIO

●●●●●●●●

Jeanine Diesveld

1989 zal de geschiedenis ingaan als het jaar waarin verplegenden en verzorgenden massaal in actie kwamen voor meer loon en betere arbeidsvoorwaarden. De actiegroep Verplegenden en Verzorgenden in Opstand (WIO) speelde hierbij een belangrijke rol. Jeanine Diesveld was vanaf het begin sterk bij de inmiddels geconsolideerde actiegroep betrokken. In dit artikel geeft zij een beeld van belangrijke gebeurtenissen, die volgens haar de opstelling van de WIO hebben bepaald.

WIO-kerngroep na de vergadering met de bonden van 8 april 1989. Bij de tafel Jeanine Diesveld. Foto: Wim Salis.

'Agenten verdienen weinig, verpleegkundigen nog minder! De tijd is rijp voor actie! Bel!'

Deze advertentie werd op vrijdag 18 november 1988 door Gaby Breuer in de Amsterdamse perscombinatie geplaatst. Er reageerden zeker honderd mensen op, in een zeer kort tijdsbestek. Ondanks dit aantal reacties kon niemand voorzien wat de advertentie los zou maken.

Twaalf mensen, waaronder ziekenverzorgenden, A- en B-verpleegkundigen, kwamen zondag 20 november bijeen om een plan op te stellen. Op deze gedenkwaardige avond werd 'Verpleegkundigen in Opstand', de VlO, opgericht. Om de verbondenheid tussen verzorgenden en verpleegkundigen uit te drukken kreeg de VlO er een V bij.

Als WIO wilden wij de verpleegkundigen en verzorgenden mobiliseren om iets te doen aan de alsmaar toenemende werkdruk en het lage salaris. Die avond werd besloten om eerst uit te gaan zoeken wat de bestaande organisaties voor de beroepsgroep deden. Vandaar dat in de weken na de advertentie bezoeken werden afgelegd aan de Abva-Kabo, de Christelijke Federatie Overheidspersoneel (CFO) en de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV). In de gesprekken zagen we bevestigd dat deze bonden weinig tot geen stimulans uitstraalden voor onze beroepsgroep en dat daar op korte termijn geen verandering in zou komen. De arrogantie van de bondsbestuurders leidde ertoe dat de VVIO zich los van de vakorganisaties ging profileren.

Herkenbaar

Toen bekend werd dat de looneis in het CAo-pakket van de beroepsorganisaties niet hoger zou zijn dan 1,5 procent, besloot de WIO zich in eerste instantie op een hogere looneis te richten. Regelmatig hebben wij binnen de VVIO de discussie gevoerd of we alleen het salaris moesten aanpakken, terwijl er nog veel meer misstanden zijn in de gezondheidszorg. Het leek ons verstandiger om op korte termijn één doel voor ogen te houden waar we ons op konden richten, en van daaruit verder te werken. Iedereen in de verzorgende sector heeft een loonachterstand in combinatie met verhoogde werkdruk en verhoogde opleidingseisen. Deze factoren maken een loonachterstand van ruim 12 procent ten opzichte van het bedrijfsleven onaanvaardbaar. Vijf procent was dan ook onze minimale eis bij de komende onderhandelingen, en de rest van de achterstand moest worden ingelopen in de komende twee jaar.. De periode van 20 november tot 11 februari was een zeer bedrijvige. Dankzij *Verpleegkunde Nieuws* bleef de VVIO onder de aandacht van de beroepsgroep. De groep bleek herkenbaar te zijn. Als een eigen beweging van verpleegkundigen en verzorgenden spraken wij een herkenbare en duidelijke taal.. Ons zelfbewustzijn groeide met

de dag. Reacties bleven binnenstromen en vergaderingen breidden zich uit. Er werd een plan voor een landelijke vergadering cq. protestdemonstratie ontwikkeld.
De landelijke demonstratie op 11 februari 1988 werd een succes! Zesduizend mensen op de been en een prima stemming. Erkenning in de media en de ommezwaai van de bonden. Hierna veranderde veel.. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben zich definitief ontdaan van het stempel dat ze niet in beweging willen komen en alles maar klakkeloos accepteren. Het kritisch bewustzijn over onze positie raken wij niet meer kwijt: wij komen voor onszelf op.

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben zich definitief ontdaan van het stempel dat ze niet in beweging willen komen en alles maar klakkeloos accepteren.

26 april 1989: WIG bezet Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland. Foto: Wim Salis.

Mach tsspelletj es
Na 11 februari raakte de VVIO echter verzeild in de machtsspelletjes van de beroepsorganisaties. De ommezwaai van de bonden, waarmee tot 11 februari weinig contact was geweest, was natuurlijk een succes. Op de vergadering van 13 februari was er echter ook veel wantrouwen: 's morgens hadden wij van de Abva-Kabo nog te horen gekregen dat 5 procent een irreële eis was. Ook bleef er een verschil in eisenpakket en benadering bestaan. De VVIO staat voor verplegenden en verzorgenden vanwege de eerder genoemde combinatie van factoren. De beroeysorganisaties staan voor ál het personee in de gezondheidszorg, in hoofdzaak wegens een loonachterstand. Dit blijkt een onoverbrugbaar verschil te zijn. Verder gaat het voor de VVIO duidelijk om de erkenning en de herwaardering van het beroep; bij de bonden om het aanvechten van het regeringsbeleid en om het herstellen van het gezichtsverlies dat ze op 11 februari hebben opgelopen. Onze achterban is de jarenlange strijd tussen de belangenbehartigers zat en wil dat de VVIO met de bonden één front vormt naar werkgevers en overheid toe. Hier maakt de Abva-Kabo dankbaar gebruik van: zij probeert de VVIO in te kapseien. De strubbelingen beginnen meteen.

Nadat de VVIO 15 maart als volgende actiedag had uitgeroepen, riepen de drie eerder genoemde beroepsorganisaties 18 maart daartoe uit. Zij veronderstelden dat de VVIO háár datum dan wel zou laten vallen, hetgeen niet gebeurde. Alleen werd ons wantrouwen naar de bonden toe bevestigd. E~ 15 maart werd, ondanks hun ándere plannen, onze tweede succesvolle actiedag: meer dan 20.000 verplegenden en verzorgenden op de been!

Teruggefloten
De start van de cAo-onderhandelingen kwam in zicht. Als voorbereiding hierop vond op 20 maart een oriënterend gesprek tussen VVIO en de CAO-partners van werknemerszijde - Abva-Kabo, CFO en NMV - plaats. Er werd besloten dat de VVIO en de bonden hun achterban zouden oproepen om zoveel mogelijk gezamenlijk acties te ontwikkelen en deze, indien de onderhandelingen stuk zouden lopen, vanaf 3 april gezamenlijk uit te voeren. De VVIO had op 15 maart al actie-instructies verspreid, waarin de bonden zich nader zouden verdiepen.
Op 21 maart liepen de cxo-onderhandelingen vast.. Verwarrend was dat in de week van 3 april de officiële bonden niet klaarstonden om actie te voeren. Ze floten zelfs de actiecomité's die wel klaarstonden met acties, terug. De afspraken die gemaakt waren op 20 maart waren blijkbaar vergeten.
Via de pers werd druk uitgeoefend op de bonden, hetgeen resulteerde in een overleg op 8 april, dat drie uur duurde. Vanuit de VVIO werd met name gevraagd of de werknemersorganisaties naar de actiecomité's toe duidelijker wilden zijn over de procedures en richtlijnen, zodat de actievoorstellen niet zouden blijven steken in de bureaucratie van deze organisaties. Verder werd er een wekelijks overleg afgesproken en werd besloten tot een gezamenlijke actiedag op 20 april..
De VVIO vond het nodig om hardere acties te voeren, desnoods ook buiten de instellingen. De bonden wilden ook wel hardere acties, maar zij wilden acties buiten de instellingen niet openlijk steunen. Hier doemde een gevaar voor de VVIO op: het risico afgeschilderd te zullen worden als radicaal actiegroepje. Ook werd in deze periode de afhankelijkheid van de Abva-Kabo en de CFO duidelijk: zij hebben een stakingskas en moeten, wil men daarop aanspraak kunnen maken, de acties ondersteunen. Acties los van de bonden riepen angst op, zeker toen de directies met looninhouding gingen dreigen.

Scheuren
Op 20 april vond de grote landelijke demonstratie plaats in Den Haag. Voor de VVIO werd dit een grote kater. De heer Vrins van de Abva-Kabo eiste sprekend op het podium weliswaar 5 procent, maar in het halfzes-journaal zwakte hij die eis af. Deze gang van zaken was voor de VVIO onaanvaardbaar, te meer daar de Abva-Kabo het niet nodig vond de VVIO uit te nodigen om het voorval recht te zetten. De VVIO heeft zich toen vier dagen later maar zelf bij de Abva uitgenodigd en daar haar vertrouwen opgezegd in de Abva en haar partners.
Rond die tijd nam ook de NMV afstand van de andere bonden en stelde zich

De landelijke demonstratie in Den Haag, 20 april 1989. Foto: Wim Salis.

meer op de lijn van de VVIO op.
Door alle ontwikkelingen ontstond een verwijdering tussen de kerngroep van de VVIO en haar achterban, die immers één front verlangde. Acties binnen de instellingen werden bemoeilijkt door de scheuren in het front. De VVIO wilde aanvankelijk een landelijke blokkadeslag. Velen waren echter bang hiermee de sympathie van het publiek te verspelen en de landelijke blokkade werd afgeblazen. Acties bleven gericht op de instellingen en de politiek.
Het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform (LPCP) spande een kort geding aan om de acties te verbieden. Het verloor dit geding, maar er werden wel een aantal voorwaarden verbonden aan de acties. Zo mochten ze niet langer dan 24 uur achtereen duren, en mochten er niet binnen één maand meerdere acties in dezelfde instelling plaatsvinden.

Dubieuze rol

Een zekere actiemoeheid zette zich in, vanwege de val van het kabinet, de vakantieperiode met het mooie weer en berichten in de pers dat de acties zouden stoppen. De op 16 juni door de overheid geboden extra loonruimte van 0,8 procent kwam dan ook als een totale verrassing. De VVIO had het hervatten van de cAo-onderhandelingen als een goed teken gezien. Het daarop bereikte principe-akkoord was voor haar echter onaanvaardbaar, vanwege de financiering met geld van het pensioenfonds PGGM. De extra loonruimte van 0,8 procent zou moeten vrijkomen door het niet laten doorgaan van de premieverlaging. Nog eens 1,2 procent zou vrijkomen uit een verlaging van de PGGM-premie.
De bonden wilden dit aanbod wel aanvaarden. Ze hadden zelfs zo'n haast met het doordrukken van het akkoord dat ze niet vies waren van intimidatie: door het PGGM-bestuur werd als voorwaarde voor de premieverlaging gesteld dat het akkoord geaccepteerd moest worden. Dit is des te opmerkelijker daar het PGGM-bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van werknemersorganisaties, die tijdens het hele conflict een belangrijke rol speelden, en waarvan enkelen, te weten de heren Wirtz en Bensch en mevrouw Storm, zelfs aan de onderhandelingstafel zaten tijdens de cxo-besprekingen.
Tegenwerking van de overheid en de NZR viel te verwachten, maar de dubieuze rol van de vakbeweging maakt het emancipatieproces binnen de verpleging in zijn algemeenheid en specifiek op arbeidsvoorwaardelijk gebied bijna onmogelijk. De afgelopen periode heeft duidelijk laten zien dat de Abva en de CFO teveel belangen hebben die tegenstrijdig zijn aan die van de verpleging en verzorging.

Platform

Wat is er nu in al die maanden van actievoeren bereikt?
Veel, maar niet genoeg. De actieperiode heeft veel mensen wakker geschud. De cAo-ziekenhuiswezen is veel hoger afgesloten dan de bedoeling was. Volledige voldoening heerst er niet. Het al eerder genoemde bezwaar tegen het akkoord blijft staan. Verder is er niets vastgelegd over de inhaalprocedure. Herwaardering van het verplegend en verzorgend beroep komt niet tot uiting in het akkoord. Er zijn veel beloftes gedaan, maar we moeten ervoor waken dat dit geen loze beloftes worden. Voor structurele veranderingen in en om het beroep zullen wij zelf moeten blijven knokken.
De actiegroep VVIO heeft inmiddels een blijvende bestaansvorm gekregen: de Vereniging VVIO is opgericht, met als belangrijkste doel de door de verpleegkundigen en verzorgenden zelf aangedragen vraag om een betere belangbehartiging te realiseren. Door wvc is aan de vereniging inmiddels subsidie toegekend. Met dit geld wil de VVIO een campagne starten om onder andere de beeldvorming over het beroep te verbeteren.
Het blijkt dat de beweging die in Nederland op gang is gekomen, niet op zichzelf staat. In een aantal andere Europese landen - België, Frankrijk, Groot- Brittannië, Spanje, Portugal, Duitsland en Noorwegen - speelt hetzelfde. Momenteel wordt een platform opgezet om op Europees niveau de positie van de werkers in de gezondheidszorg, met name die in de verplegende en verzorgende beroepen, te versterken. Tot nu toe zijn er twee acties geweest: aan het Europees parlement werd in juli van dit jaar een petitie aangeboden, en in Parijs vond eind oktober een internationale demonstratie plaats.
De vijf-procentseis is nog maar het begin; er is beweging gekomen in de verplegende en verzorgende beroepen. Wij zullen ons blijven uitspreken over de inhoud van ons werk, de opleiding en de betaling.

Jeanine Diesveld is gediplomeerd A-verpleegkundige.

OVER HEREN MET LOSSE HANDJES DIE GOED TERECHTKOMEN

Als verpleegkundigen die de verpleegstersjurk hebben ingewisseld voor het mantelpak der academica's, hebben we de gezondheidszorg nooit echt los kunnen laten. Het traditionele wereldje van de gezondheidszorg, dat zich afsluit voor het feministisch gedachtengoed, baart ons grote zorgen. Een niet onaanzienlijk aantal artsen houdt namelijk angstvallig vast aan prehistorische opvattingen over het vrouwelijk geslacht.

Om op de hoogte te blijven van het wel en wee binnen de Amsterdamse gezondheidscircuit,, en waar nodig onze visie ten beste te geven, gaan we regelmatig allerlei recepties af. Met een Spaatje begeven wij ons tussen de paffende en drinkende menigte en geven onze ogen en oren goed de kost. Op deze manier verkrijgen we heel wat *inside information.* Onze speciale interesse gaat uit naar verzorgings- en verpleeghuizen, waar behalve de ouderen en zieken in onze samenleving ook heren die elders hun taak niet naar behoren hebben vervuld gedropt worden, in staffuncties. U zult zich afvragen waar wij deze nogal boute uitspraak op baseren. Het begon allemaal met een toevallige ontmoeting.

Begin dit jaar bezochten wij een receptie van een katholiek verzorgingshuis en schuifelden rond op zoek naar een gezondheidsbons om mee van gedachten te wisselen. Opeens zien we een oude bekende, de onlangs benoemde directeur. In hem herkennen we de jongstleden februari veroordeelde directeur van een Amsterdamse katholieke basisschool- waar een onzer kinderen onderwijs 'genoot' -, veroordeeld wegens ontucht met leerlingen. Nog voor zijn veroordeling tot één jaar voorwaardelijk en 5.000 gulden boete een feit was, sleepte hij een andere baan in de wacht. Saillant detail is overigens, dat hij die 5.000 gulden moest storten op de rekening van een stichting ten behoeve van seksueel mishandelde kinderen.

Het bestuur van de school wilde enkel kwijt dat directeur niet meer werkzaam was in het onderwijs, dit om informatie over zijn persoonlijke omstandigheden buiten de publiciteit te houden. En ziedaar, het geheim van de nieuwe werkkring van onze voormalige onderwijzer ontfutseld. Ongetwijfeld is hij via katholieke bestuurders die elkaar kennen van diverse andere bittertafels, doorgeschoven van de ene directeurspost naar de andere. Die katholieken dekken elkaar immers toch altijd! Sinds deze ontdekking slaan wij geen receptie meer over en elke personeelsmutatie wordt door ons met argusogen bekeken.

Tijdens de viering van de laatste Internatonale Vrouwendag in Paradiso ging de vermaarde drieëntachtigjarige Keetje Ruizeveld een discussie aan met minister De Koning. Zij sprak schande van de slechte kwaliteit van de directies en besturen van verzorgings- en verpleeghuizen. Koren op onze molen dus. Vanzelfsprekend zijn we in de pauze op haar toegesneld en hebben de kwestie van de vunzige directeur aan haar doorgespeeld. Kordaat als zij is, heeft zij deze onverkwikkelijke gang van zaken doorgesluisd naar hogerhand. Tevens heeft zij een seksuoloog geraadpleegd, die haar echter geruststelde: de man in kwestie zou in een omgeving met louder ouderen geen kwaad kunnen aanrichten.

Een merkwaardige opvatting, dachten we toen nog, van een klaarblijkelijk even merkwaardige seksuoloog. Tot we een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege onder ogen kregen. Wat was het geval? Een psychiater, aangeklaagd door drie vrouwelijke patiënten wegens ongewenste seksuele contacten, wordt door het College veroordeeld. Het college acht de psychiater ongeschikt tot het uitoefenen van een psychiatrische solopraktijk, in verband met zijn seksuele ontsporingen. Om de psychiater niet het brood uit de mond te stoten wordt gedacht aan een beroepsuitoefening in teamverband, zodat andere collega's hem in de gaten kunnen houden. De voorkeur gaat uit naar werkzaamheden in een zwakzinnigen- of psychogeriatrische inrichting. Want, zo luidt de toelichting van de getuige-deskundige, het risico van het aangaan van seksuele relaties met patiënten kan daar geringer worden geacht.

Zijn ze nou helemaal van de ratten besnuffeld?

Heren die hun handen niet thuis kunnen houden te werk te stellen bij zieke mensen, bejaarden, of zwakzinnigen! Om zoiets te bedenken moet je ongetwijfeld tot het mannelijk geslacht behoren.

Heren gezondheidsbestuurders en -werkers, want vooral op u hebben we het gemunt, voorlopig zullen wij u ongevraagd blijven bestoken met onze opvattingen en u hinderlijk blijven volgen op recepties en dergelijkheden.

U hoort nog van ons!

Van Engelen en Schoon

Diagnose: Onzuiver

'~rouwenpressiegroep **behaalt succes op psychiaters**

●●●●●●●●

Lenore Walker

In december 1988 werd het internationale congres 'On Mental Health Care for Women' gehouden, georganiseerd door Stichting de Maan. Op de publieksdag van dit vierdaagse congres hield de Amerikaanse therapeute Lenore Walker een lezing over het in de geestelijke gezondheidszorg in de VS meest gebruikte diagnostische systeem, de DSM-III.

Hiermee haakte Walker in op de belangstelling die het item van de psychiatrische diagnostiek ook binnen de Nederlandse vrouwenhulpverlening de laatste tijd krijgt. Kritiek betreft met name het medische en stigmatiserende karakter van de traditionele diagnostiek. De diagnose 'masochistische persoonlijkheid' bijvoorbeeld is een stigmatisering van een bepaald soort 'vrouwelijk' gedrag, terwijl het in feite gaat om een overlevingsgedrag van vrouwen die een sterke vrouwelijke socialisatie hebben ondergaan.

Andere benamingen zijn nodig om tot uitdrukking te brengen dat iemand zware trauma's heeft opgelopen, en dat er van buitenaf ingrijpende dingen zijn gebeurd die moeten worden verwerkt. Zo introduceerde Walker het 'mishandelde-vrouwsyndroom', om de aandacht te vestigen op de specifieke psychologische symptomen die optreden als een vrouw in een situatie van herhaalde mishandeling leeft.

Van Walkers interessante lezing publiceren we enkele gedeelten: de belevenissen van de *'Coalition Against M(i)s. Diagnosis'.* Deze feministische pressiegroep ondernam met succes actie tegen voor vrouwen schadelijke toevoegingen aan de DSM-III.

Tekening Bert Cornelius.

Dankzij het feit dat in de afgelopen decennia een feministisch stelsel van psychotherapie is ontwikkeld, mogen vrouwen in de hele wereld momenteel psychologische hulp verwachten die op hun speciale behoeften en belangen is afgestemd. Sinds de vrouwenbeweging eind jaren zestig de invloed van een seksespecifiek socialisatieproces op de ontwikkeling van vrouwelijke en mannelijke gedragingen - tot dan toe beschouwd als aangeboren of biologisch bepaald - aan een kritisch onderzoek begon te onderwerpen, heeft zij de psychologische literatuur verrijkt met empirische onderzoeksresultaten die een uitdaging vormden voor het traditionele beeld van de vrouw. Door nieuwe analysemethoden te gebruiken, waarbij de context van het leven van een vrouw niet in simpel gemeten afzonderlijke gedragseenheden werd weggevlakt, is er een heel gebied tot ontwikkeling gekomen. De onderzoeksresultaten, gebaseerd op een methodiek die nu feministische *gender*-analyse wordt genoemd, wijzen uit dat er onderscheid wordt gemaakt op grond van geslacht en dat dit leidt tot een onherroepelijke onderdrukking van de vrouw. Het blijkt dat vrouwen als gevolg hiervan relatief kwetsbaar zijn voor bepaalde situationeel opgeroepen geestelijke gezondheidsproblemen.

De feministische politieke gender-analyse heeft het probleem van het geweld tegen vrouwen anders gedefinieerd, namelijk als een probleem van

machtsmisbruik door mannen die gesocialiseerd zijn op zodanige wijze dat zij zijn gaan geloven dat ze het recht hebben vrouwen in hun leven te overheersen, zelfs al gaat dit gepaard met gewelddadige middelen.
Door mannelijk geweld kunnen vrouwen te kampen krijgen met stoornissen in hun geestelijk welzijn. Onder zulk geweld wordt verstaan: fysieke mishandeling, seksueel geweld en verkrachting, seksuele uitbuiting in vertrouwens situaties waarin mannen meer macht hebben dan vrouwen, en ernstige geestelijke mishandeling door een vrouw te laten doen wat een man wil, zonder dat er rekening wordt gehouden met haar rechten.

Twee jaar strijd
Seksueel en geestelijk geweld tegen vrouwen is ook wijd verbreid binnen de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg zelf.. Het maakt deel uit van de houding van psychiaters, psychologen, sociaal werkers, psychiatrisch verpleegkundigen, huwelijks- en gezinstherapeuten, consulenten en andere hulpverleners. Het wordt in stand gehouden binnen de therapeutische relatie tussen therapeut en cliënt, alsmede binnen de universiteiten, hogescholen en andere opleidingsinstituten. Vooral dat laatste is zorgwekkend, aangezien onze opleiding bepalend is voor de wijze waarop we onze praktijk uitoefenen. Het voortbestaan van ongewenste intimiteiten in opleidingsprogramma's leert de volgende generatie therapeuten dat bepaalde vormen van geweld tegen bepaalde vrouwen geduld worden.
Toen bekend werd dat de hoofdzakelijk uit mannen samengestelde Werkgroep Nomenclatuur van de *American Psychiatrie Association* een aantal nieuwe diagnostische categorieën trachtte in te voeren die potentieel gevaarlijk waren voor de belangen van de vrouw, kon dit op zichzelf dan ook nauwelijks verrassend worden genoemd. Als ik u deelgenoot maak van het verhaal van de twee jaar durende strijd om deze diagnostische categorieën buiten de DSM *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)* te houden, dan is dat vanwege de belangrijke lessen die Amerikaanse feministen hierdoor hebben geleerd.
Wij zijn erachter gekomen dat het stelsel van geestelijke gezondheidszorg dat we hielpen opzetten, in gevaar kan worden gebracht door een kleine groep psychiaters. Een kleine groep invloedrijke vrouwelijke therapeuten slaagde er in een coalitie te vormen - *'Coalition Against Ms. Diagnosis'* geheten - teneinde te voorkomen dat deze zeer machtige mannen ons te pakken namen. Wij zijn hierheen gekomen om u daarover te vertellen. Als ik klaar ben, hoop ik dat wij onze gezamenlijke energie zullen kunnen bundelen om ervoor te zorgen dat de feministische therapeutische gemeenschap onverdeeld blijft, ook nu men in Europa steeds meer de richting uitgaat van het invoeren van vestigingsregels en beroepsregisters en het harmoniseren van opleidingsnormen voor psychologen.

Zelfkwellende persoonlijkheid
Het classificatiesysteem DSM is een officiële publikatie van de American Psychiatrie Association. Het is opgezet als aanhangsel van het deel van de ICD *(International Classification of Disease)* dat zich met de psychiatrische diagnose bezighoudt. De ICD is het mondiaal gebruikte nosologische systeem, gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. DSM-III verscheen in 1980, nadat er verscheidene jaren praktijkstudies waren verricht door psychiaters, psychologen, sociaal werkers en psychiatrische verpleegkundigen, de belangrijkste beroepsbeoefenaren dus binnen de geestelijke gezondheidszorg in de v.s. die psychotherapeutische hulp verlenen.
Velen waren verguld met het nieuwe classificatiesysteem, waarin voor het eerst werd getracht de diagnosestelling a-theoretisch te maken en waarin specifieke criteria aan elke categorie werden toegevoegd. Ofschoon er honderden bladzijden met nieuwe diagnostische categorieën in stonden, werd door feministes aan DSM-III niet veel aandacht besteed. Misschien was dit vanwege de intrinsieke genderinslag, de bevooroordeeldheid en de stigmatiserende potentie die in weerwil van alle verbeteringen aanwezig waren. Diegenen onder ons die hoofdzakelijk werkten met vrouwen die het slachtoffer waren van mannelijk geweld, waren verheugd over de toevoeging van een nieuwe categorie, 'Posttraumatische stress-stoornissen' (PTSD).
De potentiële schadelijkheid van DSM-III voor vrouwen werd pas duidelijk toen in 1985 een herziening werd ondernomen. Het *Committee for Women in Psychiatry* en het *Committee for Women in Psychology*, twee groepen feministische vrouwen die vanuit hun respectieve beroepsverenigingen vrouwenkwesties in de gaten houden, kregen lucht van een poging om aan DSM-III drie nieuwe diagnoses toe te voegen die schadelijk zouden kunnen zijn voor vrouwen. Het betrof de diagnoses 'Premenstruele dysphorie' (PMDD), 'Masochistische persoonlijkheid' (MPD) en 'Parafiele verkrachtingsfantasieën' e .
Van elk van deze categorieën is de naam een aantal malen gewijzigd alvorens, twee jaar later, de strijd om ze niet in DSM-III op te nemen gestreden was. PMDD kreeg als andere naam eerst

'Periluteale dysphorie' en later 'Dysphorie tijdens het einde van de luteale fase' (LLDD), verkrachtingsfantasie werd 'Parafiele dwangstoornis' en MPD werd 'Zelfkwellende persoonlijkheid' (SDPD).

De discussie over de vraag of deze categorieën werkelijk bestaande stoornissen in de geestelijke gezondheid vertegenwoordigen, of enkel beschrijvingen zijn van het stereotype gedragspatroon waartoe vrouwen worden aangemoedigd, vond plaats van 1985 tot 1987, tegen zeer uiteenlopende decors. Tenslotte verscheen DSM-III-R met gewijzigde versies van LLDD en SDPD, opgenomen in een speciale bijlage als categorieën die nader onderzoek behoefden.
De feministische therapeutes beaamden weliswaar dat tal van vrouwen de als criteria voor deze diagnoses opgesomde symptomen vertoonden. Zij brachten echter naar voren dat het nog steeds de vraag was of deze criteria geldig waren, en of hiermee een differentiatie kon worden aangebracht tussen personen met dit soort geestelijke gezondheidsproblemen en vrouwen die slachtoffer waren van mannelijk geweld, of zelfs de gemiddelde geestelijk gezonde vrouw.

Selecte groep
Gedurende de twee strijdjaren bleek dat diagnoses tot stand komen via politieke actie, gevoerd door wat oudere, blanke mannelijke psychiaters die weinig interesse tonen in het bijhouden van de wetenschappelijke literatuur rond de vrouwelijke gezondheidszorg.
Het zogenaamde wetenschappelijke gegevensbestand van de werkgroep van DSM-III-R, op basis waarvan SDPD werd ingevoerd, bestond uit een steekproef, onder supervisie van psychiaters uit eigen kring. Deze hadden hun cliënten gemiddeld 17 maanden lang behandeld zonder er zelfs maar aan te denken een anamnese af te nemen teneinde erachter te komen of ze ooit het slachtoffer waren geweest van geweld. Toen een commissie van toezicht, opgericht nadat protesten waren begonnen, hen vertelde dat ze meer gegevens moesten zien te krijgen, voerden ze de navolgende praktijkstudie uit. Er werd een vragenlijst gestuurd aan een selecte groep Amerikaanse psychiaters die al eerder blijk hadden gegeven van belangstelling voor persoonlijkheidsstoornissen. Alleen diegenen die in het masochismeconcept geloofden, werd verzocht op het onderzoek te reageren. Als er ooit partijdige antwoorden in een onderzoek zijn ingebouwd, dan is het in deze studie. Op geen enkel moment werden de criteria onderworpen aan enigerlei validiteitsmaatstaven. Ook al werd de betrouwbaarheid van tal van diagnoses in het DSM-III-systeem verbeterd, ten aanzien van vele categorieën is deze niet aanvaardbaar.

Posten voor Congres
Via de vrouwenbeweging kwam onze bezorgdheid in de algemene pers terecht. In de meeste gevallen kreeg ons standpunt steun in de media en werd het gebruikt om het grote publiek voor te lichten over het politieke karakter van diagnoses. Psychiaters waren bezorgd dat hun gezag door deze verhalen zou worden ondermijnd, maar feministische therapeuten, wier therapie niet op een autoritair model stoelt, kwamen tot de ontdekking dat dit soort publieksvoorlichting hun werk ondersteunde.
Toen duidelijk werd dat de leden van de American Psychiatrie Association niet officieel op de hoogte zouden worden gesteld van de controverse, ging een groep van zo'n dertig feministische therapeutes van de 'Coalition Against Ms. Diagnosis' naar Washington om voor de deuren van het Congres te posten. De American Psychiatric Association huurde toen zij hoorde van onze voorgenomen protestactie een lijfwacht, maar wij beperkten ons tot het uitdelen van vlugschriften. De voorzitter van de Werkgroep DSM-III trachtte de aandacht van onze actie af te leiden door een persconferentie te houden in het congresgebouw, op hetzelfde tijdstip als waarop wij er een buiten het gebouw hadden belegd. Andere, meer sympathieke psychiaters nodigden ons uit mee naar binnen te gaan. Opnieuw werd ons standpunt op een voor ons gunstige wijze weergegeven door de aanwezige persvertegenwoordigers. Wij begonnen financiële giften in te zamelen bij diegenen die onze acties ondersteunden. Daarbij merkten we dat overal in de vs therapeuten bereid waren bij te dragen en onze protestactie aanmoedigden.
De American Psychological Association stemde uiteindelijk voor een verbod voor psychologen om met de voorgestelde diagnoses te werken, gezien het gebrek aan empirische gegevens. Tevens zal zij een eigen diagnostisch handboek uitgeven, ter vervanging van de DSM.

Verbazing
Toen DSM-III-R was verschenen, met de controversiële categorieën opgenomen in een bijlage en niet als reguliere diagnoses, vestigde de 'Coalition Against Ms. Diagnosis' onze aandacht op het internationale comité ICD-IQ. Wij moesten zien te voorkomen dat dit internationale classificatiesysteem de diagnoses zou overnemen. Tot grote verbazing van de voorzitter van de Werkgroep DSM-III bleek het feministisch netwerk in staat contact te leggen met tal van vertegenwoordigers van de Wereldgezondheidsorganisatie om hen op de hoogte te stellen van de controverse. Als gevolg hiervan zal geen van de gewraakte diagnoses worden opgenomen in de wijzigingen van het ICD-systeem, die in 1992 zullen worden gepubliceerd.

Ter afronding zou ik erop willen wijzen dat we allemaal lering kunnen trekken uit de ervaring die Amerikaanse feministische therapeutes hebben opgedaan met DSM-III-R.
Wij zijn erachter gekomen dat van alle wetenschappelijke literatuur die we gepubliceerd hebben in de belangrijkste bladen en boeken, geen woord wordt gelezen. Vooral niet door die mannen die er belang bij hebben de geestelijke gezondheidszorg hiërarchisch te laten. Een handjevol mannelijke psychiaters laat zo de rest van de therapeuten naar hun pijpen dansen.
Er zijn gegevens beschikbaar die het succes van op feministische leest geschoeide programma's voor vrouwen documenteren. Het is voor mishandelde vrouwen en andere slachtoffers van mannelijk geweld bijzonder belangrijk zelf weer greep te krijgen op hun eigen leven. Wanneer bij een slachtoffer moet worden ingegrepen om haar te helpen overleven, is de feministische therapie de behandeling *par excellence.*

• De volledige tekst van Lenore Walkers lezing is te vinden in *Feministische diagnostiek en therapie,* dat in december 1989 door Stichbng De Maan zal worden uitgebracht.
Afgelopen jaar verschenen tevens: *Hulpverlening bij seksueel geweld* en *Tussen zelfhulp en professionalisme.*

Literatuur

Frances, A. & T. Widiger, 'Methodological issues in personality disorder diagnosis', in: T. Milion & G. Klerman (eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward The DSM-IV,* New Vork (Guilford) 1986.
Kaplan, M., 'A woman's view of DSM-III', in: *American Psychologist38* (1983), , p. 786-792.
Kutchins, H. & S. Kirk, 'The reliability of the DSM-III: a critical review', in: *Social Work Research and Abstracts* (1986), p. 3-12.

... THEMA ...

Redactioneel

Kwaliteit

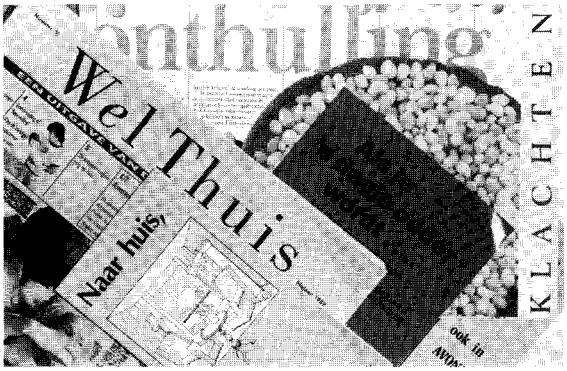


Foto: Wim Salis.

Het wereldje van de gezondheidszorg heeft sinds kort een nieuw 'hot item'. Nu de aandacht voor de Nota 2000 en 'Dekker' weer wat verflauwd is, is het begrip kwaliteit opeens in het centrum van de belangstelling komen te staan. Elke beroepsvereniging met minstens één stafmedewerker in dienst formuleert op dit moment kwaliteitscriteria voor zijn eigen beroepsgroep. Instellingen lanceren hun kwaliteitsplannen, vaak met allerlei toeters en bellen. Patiëntenvertegenwoordigers ruiken hun kans om eindelijk serieus genomen te worden en willen daadwerkelijk een stem in de kwaliteitsontwikkeling hebben. De verzekeraars kunnen - 'als Dekker doorgaat' - meer greep krijgen op de kwaliteit van de gezondheidszorg via het al of niet afsluiten van overeenkomsten met de aanbieders van zorg. En de vakbladen komen met allerlei verslagen van projecten en blauwdrukken rond het thema.

Misschien wel tekenend voor de kwaliteit van TGP is dat dit tijdschrift reeds in december 1984 een themanummer over kwaliteit van zorg uitbracht. De inleidende woorden van toen klinken akelig eigentijds en zijn het waard om te herhalen: *'De kwaliteit van de zorg is een hoera-woord geworden, zorg met kwaliteit een ideaal dat iedereen die iets met gezondheidszorg te maken heeft lijkt te willen delen. Kwaliteit is oké, wie zou daaraan durven te twijfelen? Maar is de eensgezindheid wel zo groot?'*

In het toenmalige nummer werd het thema kwaliteit onder meer in verband gebracht met professionaliseringstendenzen en met wetenschappelijke lacunes in de geneeskunde. In die tijd leek via de planningswetgeving (WVG/WGM) door de overheid uitgebreid gewerkt te worden aan kwaliteitseisen voor de zorgaanbieders.

Inmiddels is er veel veranderd. De overheid probeert de verantwoordelijkheid voor de zorgkwaliteit nu primair bij het veld te leggen. Het nieuwe ideaal van een meer marktgerichte gezondheidszorg zou de kwaliteit van de zorg voor de patiënt ten goede gaan komen: meer inspelen op individuele behoeften en vragen, en eigen keuze bij de samenstelling van het verzekeringspakket. Te midden van deze ontwikkelingen valt een welige groei te bespeuren van initiatieven op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Kwaliteit is nu, anno 1989, echt een hoera-begrip geworden. Of misschien nog beter, de witte motor van de gezondheidszorg: kwaliteit moet. Maar is het allemaal wel zo vanzelfsprekend wat er gebeurt? Is er wel enig zicht op wat er met het begrip kwaliteit wordt bedoeld? Wordt het niet een even afgekloven en onhanteerbare gemeenplaats als 'in het belang van de patiënt'? Belangrijke vragen, die in dit themanummer een centrale plaats hebben gekregen.

Waarom er om te beginnen zo'n gretig gebruik wordt gemaakt van de term, laat *Frank Schuurmans* zien in zijn artikel 'Kwaliteit als cultuurfenomeen'. Daarbij poneert hij een aantal prikkelende stellingen. Volgens Schuurmans bestaat kwaliteit eigenlijk altijd al: het is gewoon je werk doen. De aandacht voor kwaliteit suggereert dan alleen maar dat er tot voor kort met de pet naar is gegooid. In 'Kwaliteitsbeleid: Sisyphusarbeid voor een stimulerend totaal' poogt *Gabriëlle Verbeek* een uitweg te wijzen voor de onduidelijkheden die er rond het begrip kwaliteit bestaan. Zij pleit ervoor tot visies en definities te komen die het onderwerp meer bespreekbaar maken.

Waar hebben we het over als we spreken over kwaliteit? Heeft dat met je geweten te maken, met de integriteit van de hulpverlener of met goedkoop werken? Uit interviews met de verschillende partijen in de gezondheidszorg (verzekeraars, overheid, hulpverleners, management, patiënten), die in dit thema zijn opgenomen, blijkt de verschillende invalshoek van waaruit men praat: ieder vogeltje zingt zoals het gebekt is. Of minder neutraal: afhankelijk van het belang dat je vertegenwoordigt verkondig je een bepaalde visie op kwaliteit.

Het begrip patiëntenperspectief geeft dit duidelijk aan. In een ronde-tafelgesprek dat *Hetty Vlug* namens TGP met drie vertegenwoordigers van de patiëntenbeweging had, blijken ook binnen dit perspectief verschillende meningen te leven.

Waarom in specialistenkringen intercollegiale toetsing verkozen wordt boven externe toetsing verwoordt *Niek Klazinga*, stafmedewerker van het eBO, in het artikel 'Hand in eigen boezem ... ?' Tot slot vindt u in dit themadeel ook een bijdrage over de verpleging. *Frits Bekkers* doet verslag van een praktijkonderzoek: invoering van een patiëntgericht verpleegsysteem blijkt de kwaliteit van de zorg te verhogen.

• De themaredactie bestond uit Hetty Vlug. Gabriëlle Verbeek. Janneke van Vliet en Gerard Goudriaan.

Kwaliteit als cuituurfenomeen

De nieuwe kleren van de keizer?

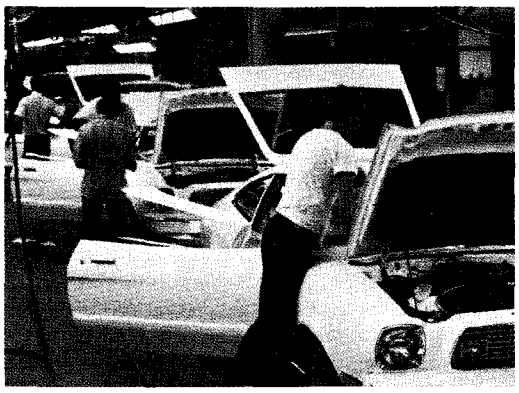
●●●●●●●●

Frank Schuurmans

Van de werkvloer is het begrip kwaliteit verhuisd naar het managersbureau, waar het anno 1989 een in het oog springende plaats inneemt. Maar wat wil deze veelgehoorde term nu eigenlijk zeggen? En wat verandert er feitelijk?

Organisatie-adviseur Frank Schuurmans laat hieronder met voorbeelden uit het bedrijfsleven zien welke definities van kwaliteit momenteel in de mode zijn. In een aantal prikkelende stellingen ontmantelt hij het begrip als inhoudsloos en stipt hij achterliggende motieven van de huidige rage aan.

Kwaliteit in de uitverkoop: overleeft de patiënt het?



De aandacht voor kwaliteit begint voor de Tweede Wereldoorlog bij de Amerikaan Dr. W.E. Edwards Deming. Deming streeft naar een kwaliteitscultuur, waarbij de hele organisatie doorspekt is met aandacht voor dit concept. Geloven in de kwaliteit van het eigen produkt, de kwaliteit van collega's en van jezelf, maakt dat je als medewerker jouw club de beste vindt, beter dan de concurrent, beter dan de andere afdelingen. Er is een gemeenschappelijke cultuur, de neuzen zijn gericht op het gemeenschappelijke doel, waarbij overwerken niet langer een offer is, maar een bijdrage aan het groepsprodukt.
Demings ideeën werden destijds door managers weinig gewaardeerd. Anders werd dat toen de Japanse economie onder invloed van zijn opvattingen na de Tweede Wereldoorlog een grote sprong voorwaarts maakte. Westerse managers maakten vele studiereizen om in Japan het effect van Demings ideeën te aanschouwen. Nog steeds groeit de aandacht voor kwaliteit.

De hemel in

Een definitie van kwaliteit is makkelijk gemaakt. Er zijn er dan ook vele. Elke zorgsoort, elke branche, zelfs elke organisatie heeft eigen opvattingen en omschrijvingen van kwaliteit. De definities zijn onder te brengen in drie typen, die elk afzonderlijk of in combinaties gehanteerd worden.
De meest voor de hand liggende definitie van kwaliteit is gekoppeld aan de doelen van de organisatie, zoals die formeel vastliggen in de statuten of in een jaarplan. Kwalireit is dan het bereiken van de formele doelen van de organisatie. Deze kunnen simpelweg bestaan uit het maken van winst, het produceren van goederen of het leveren van diensten.
Generaliserend gesproken is deze vorm van kwaliteit te vinden bij organisaties waar de bomen de hemel in groeien of waar met subsidies gewerkt wordt en waar het produkt n!~t snel verandert: bijvoorbeeld gezondheidszorg en welzIJnszorg.
In tijden van schaarste vermelden organisatiedoelen ook iets over de kosten. Dit brengt ons bij het tweede type definities. Wanneer men de doelen van de organisatie tegen zo gering mogelijke kosten wil bereiken, betekent dat gerichtheid op het vermijden van fouten, dat wil zeggen van kosten die niet beoogd worden onder het doel van de organisatie. Kwaliteit is dan: het bereiken van de formele doelen van de organisatie met daarbij zo min mogelijk fouten. Fouten kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het uitvallen van een machine, het verliezen van klanten, het uitvallen van personeel, het moeten aanschaffen van halffabrikaten of het moeten kopen van diensten.
Organisaties die met deze kwaliteitsdefinitie werken zullen ook de bekende acties ondernemen van vaker het licht uitdoen, papier sparen of produktiefouten vermijden.

Nog steeds praten we niet over het begrip kwaliteit zoals dat in het dagelijks taalgebruik wordt gehanteerd. Wanneer spreekt men hiervan?
De klant onderkent kwaliteit wanneer het produkt, een apparaat of een geleverde dienst, *boven* al zijn of haar verwachtingen is. Dit ligt niet aan het produkt alleen, maar evenzogoed aan de verkoper, de winkel, de service, de folder enzovoorts. Het boven de verwachting uitstijgen wordt wel de meerwaarde van het produkt genoemd: dit produkt bestaat uit meer dan de som van de afzonderlijke verwachtingen, het heeft een onverwachte extra waarde. Het verschil tussen foutreductie en meerwaarde illustreer ik aan de hand van een tweetal feitelijke voorbeelden.

Klantvriendelijk
Een bepaald chemisch concern vult het streven naar kwaliteit in als een extreem zoeken naar foutreductie. 'Meten is weten' is het devies. Elke afwijking van het standaardproduktieproces wordt geregistreerd en gecorrigeerd. Afdelingen concurreren met elkaar in het maken van zo min mogelijk fouten. Elk kwartaal krijgt de afdeling met de minste fouten een prijs in de vorm van een trofee of een financiële bonus. Behalve fouten gaat men ook de *near accidents* registreren. Deze worden in de competitie tussen de afdelingen betrokken. Vervolgens ook het ziekteverzuim. Op het moment dat medewerkers ook nog post thuis krijgen over mogelijke ongelukjes met het keukentrapje en de kerstboomverlichting, slaat hun ergernis om in protest. De industriebond FNV grijpt in, en na onderzoek en actie wordt het kwaliteitsprogramma afgeschaft. Het zeer ambitieus opgezette programma had op korte termijn wel tot gevolg dat er in het produktieproces minder fouten werden gemaakt.

Een ander voorbeeld. Bij dienstverlenende commerciële instellingen zoals vliegmaatschappijen ontstaat in de vroege jaren tachtig een sterke concurrentie. Jonge mensen moeten leren om hun vakantiebestemming vliegend te bereiken in plaats van liftend. In eerste instantie wordt ook hier gewerkt met het idee van foutreductie. Zo min mogelijk fouten maken, een perfecte dienstverlening, dat zal de klanten binden. Al spoedig blijkt dat dit weliswaar voldoende is om bestaande klanten te houden, maar niet om nieuwe klanten te lokken. Daarvoor is een meerwaarde nodig: de klant moet meer krijgen dan logischerwijs te verwachten is.
Eén van de luchtvaartmaatschappijen brengt meerwaarde aan door alle stewardessen een cursus klantvriendelijkheid te laten volgen. Een goede stewardess of steward is niet gewoon iemand die een vliegreis afrondt zonder fouten te maken. Nee, het is iemand die geen fouten maakt maar bovendien attent is. Iemand die aan het gezicht van de passagier ziet dat het diens eerste vliegreis is. De passagier verwacht dat het toestel foutloos op de plaats van bestemming aankomt en dat het eten van goede kwaliteit is. Maar hij is blij verrast met een moment van persoonlijke aandacht, met een uitzondering op de regels en de routine. Dit maakt dat hij thuis enthousiast over de vliegmaatschappij vertelt. En dat levert weer nieuwe klanten op: de meerwaarde werpt vruchten af.

Natuurlijke glimlach
In Nederlandse bedrijven zien we in de jaren tachtig een opleving van begrippen als kwaliteit, klantgerichtheid, creativiteit, intuïtie, cultuur en excelleren. Kwaliteit verschuift van een begrip van de werkvloer (kwaliteit van het produkt) naar een thema voor het hogere management (kwaliteit van de arbeid, van het managementproces). Economische Zaken start begin '86 een voorlichtingscampagne over kwaliteitszorg, de Stichting Kwaliteitsdienst organiseert een kwaliteitsdag in de Amsterdamse RAI. Kwaliteit is In. Wil je als organisatie meetellen, wil je excelleren, dan moet het woord kwaliteit voorkomen in elke vijf zinnen uit de mond van de manager.
Deze tendens begon in het bedrijfsleven, sloeg over naar de dienstverlening en is nu ook in de gezondheidszorg op gang gekomen. Als reden hiervoor wordt genoemd dat organisaties zich tegenwoordig meer als open systeem gedragen, dat de concurrentie is toegenomen en dat de kwaliteit van produkten al zó aan haar maximum zit dat het nu op de verpakking aankomt. Ofwel: is de glimlach van onze verkopers natuurlijker dan die van onze concurrenten? Er is een verzadigingspunt bereikt voor wat betreft de verhouding tussen kwaliteit en prijs. Winst wordt nu gemaakt op de merknaam (Lacoste) of op de trend (yuppie-restaurant).

Keurmerken
Ter stimulering van de discussie over kwaliteit volgt hier een aantal stellingen.

1. *Kwaliteit bestaat niet*
Kwaliteit is niets nieuws onder de zon. Zolang er ruilhandel tussen mensen bestaat, verwachten wij van elkaar dat de goederen die uitgewisseld worden aan de verwachtingen, aan de norm voldoen. Ofwel: we verwachten dat de vis niet rot is, de batterij niet leeg, dat het produkt van goede kwaliteit is. Dat is niks van de jaren tachtig, dat is van altijd. Kwaliteit betekent in mijn voorbeeld dat het vliegtuig waarin ik reis, zonder neer te storten aankomt op de plaats van bestemming, en die glimlach van de steward hoeft er echt niet per se bij. Zeker niet als die ook nog eens de prijs bepaalt.

2. *Kwaliteit is je werk doen*
Eigenlijk bestaat kwaliteit dus altijd al. Kwaliteit is gewoon je werk goed doen, en is dat niet iets wat altijd moet? Ofwel: de aandacht voor kwaliteit suggereert alleen maar dat we er met ons allen de laatste tijd met de pet naar gegooid hebben. Dat op tijd komen niet meer belangrijk was, dat we prullen mochten fabriceren en dat je de baas in het gezicht mocht uitschelden.

3. *Kwaliteit is een construct*
Dus moet de conclusie zijn dat kwaliteit niks is. Of in ieder geval niets nieuws. Waarom dan toch die aandacht, waarom dan toch die projecten? Ook al is kwaliteit niets nieuws, kennelijk is er toch behoefte om te doen alsof. Bestaat de behoefte om het denkbeeld, het construct 'kwaliteit' in het leven te roepen omdat wijzelf of anderen daar wijzer van worden?

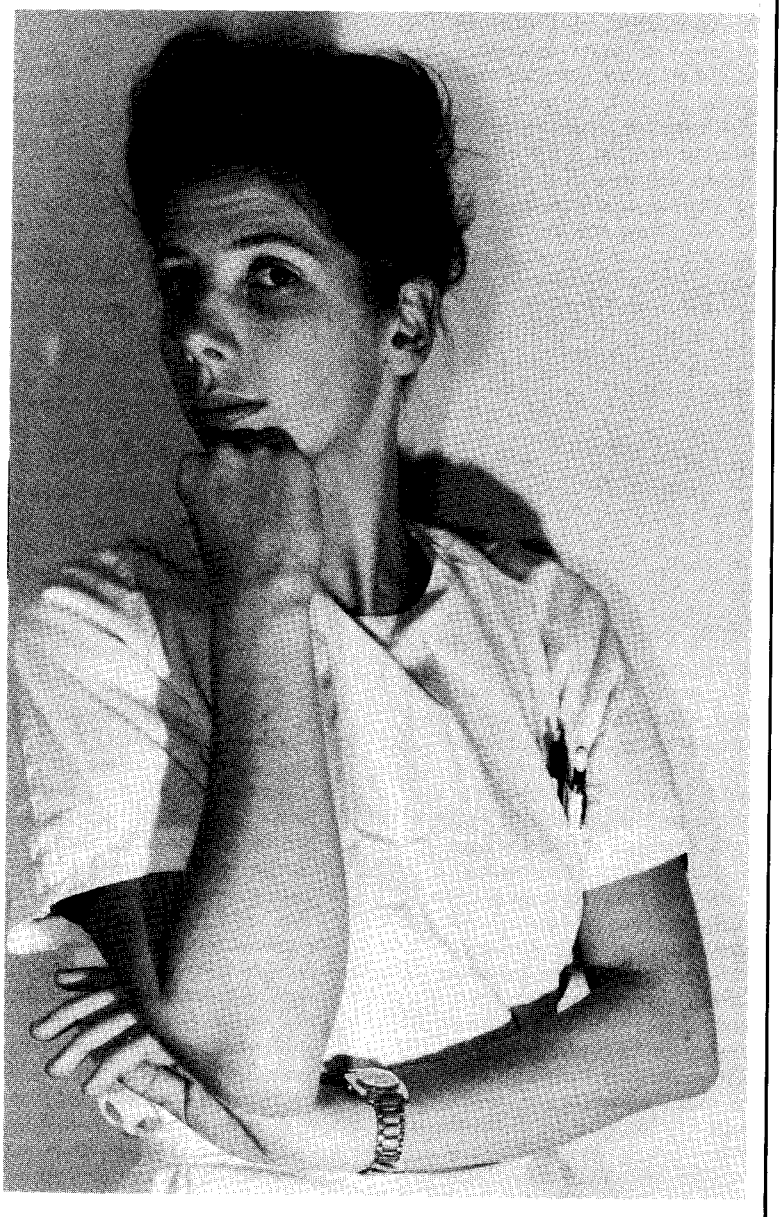
4. *Kwaliteit is nieuwe concurrentie*
De behoefte aan iets nieuws is misschien wel die aan wedijver. De behoefte te concurreren met andere bedrijven, met andere afdelingen of met collega's. Dan hebben we heel plezierig iets met elkaar dat moeilijk te meten is voor de klant, maar waaraan we wel allerlei ingewikkelde en overtuigende keurmerken en testresultaten kunnen verbinden. We kunnen altijd zeggen dat onze afdeling of ons bedrijf er beter in is, en niemand kan met feiten hardmaken dat het niet zo is. Dan kunnen we tevreden zijn, dan binden we de werknemer aan ons bedrijf zonder er iets feitelijks voor te hoeven doen.

5. *Kwaliteit is concurrentie op niks*
Concurrentie op niks, dat is misschien heel vruchtbaar voor het elan, de motivatie, de gemeenschappelijke doelstelling, de vreugde op het werk. Maar het gaat nergens

over en leidt de aandacht af van waar het eigenlijk om zou moeten gaan: beantwoordt het produkt aan de norm? Ofwel: overlijdt de patiënt niet omdat de chirurg naar een kwaliteitsbijeenkomst is?

In bovenstaande stellingen klinkt de conclusie reeds door. Bij de eerste twee besproken types definities betekent kwaliteit zonder meer niets. Het is gewoon het werk doen waaraan je begonnen bent, zonder brokken te maken.
Bij het derde type is kwaliteit een verhaal waarmee de motivatie opgepept kan worden, een rage om weer eens wat nieuws te hebben. Het geeft de werknemer status om in een kwaliteitsbedrijf te werken: liever in de Bijenkorf dan in de Hema. Verder is kwaliteit dan iets waarmee de organisatie-adviseur en de medewerkers van de afdeling kwaliteit hun brood verdienen.
Maar bovenal is kwaliteit een relatief ongevaarlijke manier om elkaar te beconcurreren. En concurrentie, hebben we geleerd, is goed. Concurrentie moet, en gelukkig hebben we nu iets gevonden waardoor het primaire proces buiten schot blijft.

Frank Schuurmans is sociaal-psycholoog en organisatie-adviseur.



Op een dag ...

Foto: Wim Salis.

Kwaliteitsbeleid: Sisyphusarbeid voor een stimulerend ideaal

Gabriëlle Verbeek

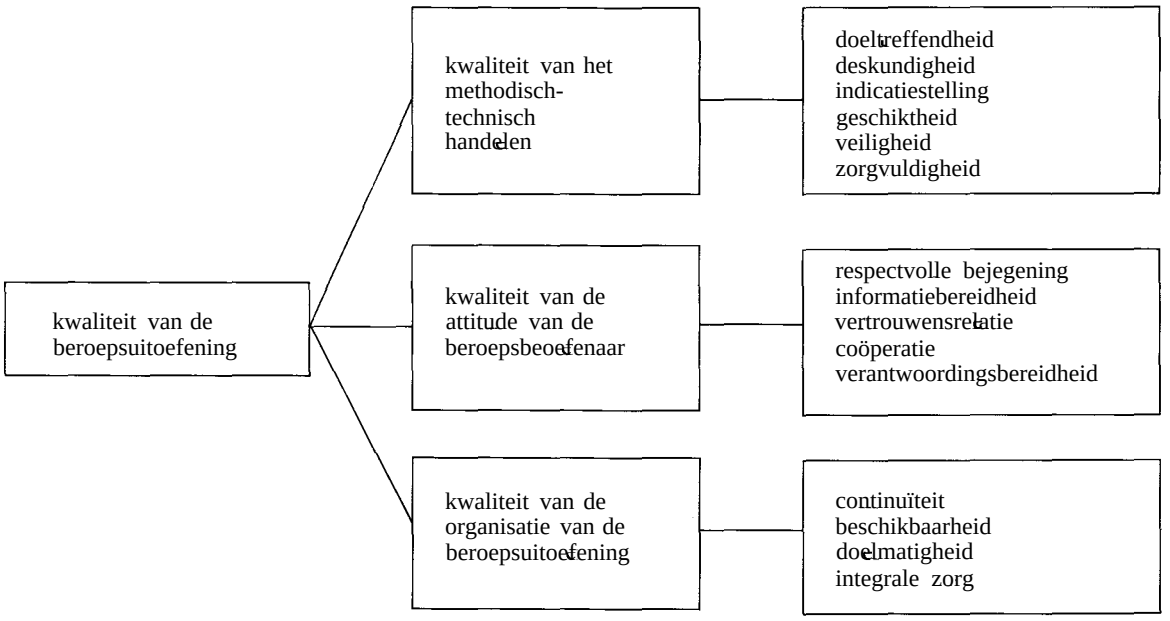
Binnen de gezondheidszorg bestaat veel beroepsmatig handelen nog altijd uit het toepassen van vuistregels waarvan de waarde niet bewezen is en misschien wel nooit zal worden. Toch is juist op dit terrein kwaliteit van het grootste belang. Er gebeurt dan ook veel: het nieuwe kwaliteitsdenken vormt voor de diverse groepen en partijen een prikkel tot nieuwe initiatieven en projecten. Gabriëlle Verbeek, stafmedewerkster kwaliteitsbevordering, schetst hieronder het kwaliteitsbeleid in de huidige Nederlandse gezondheidszorg.
Visies, ontwikkelingen, positieve effecten en addertjes onder het gras.

Over smaak valt niet te twisten, leert een oud spreekwoord. Het is ook nog maar de vraag of het ons zal lukken om over kwaliteit in de gezondheidszorg te twisten.
'Kwaliteit' is een eigenaardige term. Niemand zal ooit het belang van goede kwaliteit van zorg in twijfel trekken. We zijn het kennelijk stilzwijgend met elkaar eens dat de gezondheidszorg kwaliteit moet hebben, dat het de moeite waard is om daaraan te werken en dat dat ook wat mag kosten. Een mindere kwaliteit nagelen we graag aan de schandpaal. Die is natuurlijk in veel gevallen zeer concreet en aanwijsbaar. Het kan gaan om een vaak voorkomend klein ongemak, bijvoorbeeld een lange wachttijd in een polikliniek, maar het kan ook ernstiger vormen aannemen, bijvoorbeeld een hepatitis- epidemie onder zwangere vrouwen die besmet serum kregen. Of een onzorgvuldig uitgevoerd onderzoek, waardoor bij de patiënt twee toch al slecht functionerende nieren het begeven en de persoon in kwestie de rest van zijn leven nierdialyse nodig heeft.
In de gezondheidszorg zijn het juist de ernstige gevolgen van slechte kwaliteit die maken dat kwaliteit van zorg 'natuurlijk' heel belangrijk is. Wie het woord kwaliteit in de mond neemt vraagt om begrip en krijgt het over het algemeen ook, want hij of zij verwijst naar een collectieve waarde: het feit *dat* we het belangrijk vinden staat als een paal boven water. Aan de andere kant: datgene *wat* we nu precies zo van belang achten is vaak veel minder helder! Als het gaat om de invulling van het begrip, houdt iedereen er een privé-definitie op na. Dan is kwaliteit weer uiterst subjectief en afhankelijk van de positie die men in de gezondheidszorg inneemt: die van patiënt, hulpverlener, manager, financier of overheidsvertegenwoordiger. En zelfs dan zijn we er nog niet helemaal, ook binnen deze groepen wordt weer heel verschillend gedacht over kwaliteit. Je kunt denken aan 'richtingenstrijd' binnen bepaalde groepen, zoals de medisch-biologische opvattingen in de psychiatrie versus de sociaal-psychologische invalshoek. Wordt het 'gekke' gedrag van psychiatrische patiënten bepaald door genetische factoren of door relationele invloeden binnen het gezin en/of de maatschappij? Tegenwoordig gaat men in de psychiatrie meer en meer uit van een enigszins gemengde opvatting over dit soort oorzaken, maar het zal duidelijk zijn dat verschillende visies op hetgeen een adequate behandeling is, doorspelen in de wijze waarop de kwaliteit van die behandeling ervaren wordt.
Hoewel je gerust kunt stellen dat iedereen in de praktijk een eigen kwaliteitsbegrip hanteert, bestaan er daarnaast ook een aantal min of meer gemeenschappelijke concepten. Er zijn diverse pogingen gedaan om het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te definiëren of te omschrijven. Hieronder een paar veelgebruikte voorbeelden.

Kwaliteitsgoeroe
Voor Donabedian, een 'kwaliteitsgoeroe' uit de USA, verwijst kwaliteit naar de mate waarin feitelijk wordt voldaan aan de eisen die men zichzelf stelt. Het formuleren van meetbare en bereikbare doelen is daarbij heel belangrijk. Donabedian maakt wat betreft de kwaliteit van de zorgverlening onderscheid op de volgende punten:

- structuur: randvoorwaarden in de gezondheidszorg als opleidingen, personeel en materiële middelen;
- proces: wijze waarop hulp wordt verleend, onder andere de bejegeningsaspecten en de *efficiëncy* van de werkwijze;
- resultaat: wat levert de zorg uiteindelijk op?

Een totaal andere benadering wordt gehanteerd in het Begrippenkader Kwaliteit van beroepsuitoefening van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Dit is opgesteld om voor het handelen van hulpverleners in de gezondheidszorg een handzaam en operationaliseerbaar



Schema 1, Begrippenkader voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening (Nationale Raad voor de Volksgezondheid)

kwaliteitsbegrip te leveren. Kwaliteit wordt hier omschreven met behulp van deelaspecten (zie schema 1); zowel methodisch-technische als attitude- en organisatorische aspecten spelen een rol.
Achterliggende filosofie is de opvatting dat 'kwaliteit' uiteindelijk bepaald wordt door een samenspel van verschillende factoren. Het is niet alleen belangrijk om deskundigheid in huis te hebben, maar óók om naar de patiënt toe zorgvuldig en respectvol op te treden en óók om een efficiënte zorg te realiseren. Het gaat dus om een 'en-en'-benadering. Het geheel is meer dan de som van de verschillende onderdelen.
Weer een andere kwaliteitsdefinitie komt uit het rapport *Bereidheid tot verandering* van de Commissie Dekker: *'Kwaliteit is het door aanbieders op zinvolle, doelmatige en inhoudelijk verantwoorde wijze omgaan met de ter beschikking gestelde middelen.'* In de begrippenomschrijving van de Commissie Dekker staat het bedrijfsmatige *efficiëncy-aspect* zeer centraal. Niet zo verwonderlijk, omdat de samenstellers van dit rapport (deels afkomstig uit het bedrijfsleven) grote verwachtingen hadden van marktwerking in de gezondheidszorg.

Elke zichzelf respecterende beroepsgroep, instelling en patiëntenorganisatie is momenteel bezig om een kwaliteitsbeleid te formuleren. De inspectie besteedt er in het jaarverslag uitgebreid aandacht aan. Staatssecretaris Dees hield in zijn nadagen op WVC speeches over kwaliteit en kwaliteitsbeleid. Hoe heeft het zo ver kunnen komen?

Kwakzalvers
Bij nader inzien blijkt dat er al vrij lang aan het niveau van de gezondheidszorg wordt gewerkt, zij het op een veel minder opvallende wijze dan nu. In de negentiende eeuw slaagt de dan bestaande artsenorganisatie er al in om een duidelijke professie te worden, met spelregels voor wie er wel en wie er niet bijhoort en bijpassende opleidingseisen, registraties en beroepscodes. Deze zorg voor de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening heeft ook een zeker eigenbelang op het oog. Men weert niet alleen kwakzalvers, maar ook 'zwakke broeders', die de beroepsgroep een slechte naam bezorgen door hun gebrekkige professionele kwaliteit.
In de twintigste eeuw komt er een explosieve groei van technologie en voorzieningen in de gezondheidszorg. Deze groei wordt gevolgd door een reactie, die heel duidelijk wordt in de jaren '70: ondanks alle inzet aan middelen blijkt de gezondheidszorg voor verschillende patiënten te weinig te bieden te hebben. Er zijn zelfs bij tijd en wijle zeer schadelijke effecten, zoals hospitalisering en het verdwijnen van zelfredzaamheid en eigen ondersteuningsnetwerken. Bovendien blijkt dat artsen en andere hulpverleners in de praktijk op een niet zo (wetenschappelijk) verantwoorde wijze werken. De ene arts vertoont een totaal ander patroon van verwijzen of behandelen dan de andere. Gezondheidszorg is dus opeens een tamelijk subjectieve bezigheid geworden. Veel beroepsmatig handelen bestaat overigens tot op de dag van vandaag uit het toepassen van vuistregels waarvan de waarde nog nooit bewezen is en misschien ook niet zo goed bewijsbaar zal blijken te zijn. Geneeskunde als 'kunst', een continu experiment op menselijk materiaal?
Een en ander stimuleert in ieder geval tot nadenken en ook tot acties vanuit verschillende (beroeps)groepen. Men probeert de kwaliteit van de zorg te verbeteren door effectiever en efficiënter handelen. De geneeskunde moet rationeler worden. Bij andere beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, apothekers, tandartsen en verpleegkundigen, speelt zich een soortgelijk denkproces af. Het beroepsmatig handelen in de gezondheidszorg moet meer gebaseerd worden op wetenschappelijk verantwoord onderzoek en onderlinge consensus over de beste aanpak van een bepaald probleem. Dit betekent dat beroepsbeoefenaren hun werkzaamheden minder ad hoc en minder op

eigen houtje uitvoeren. De plicht tot verantwoording en onderlinge controle wordt sterker. Uitdrukking hiervan vormen de intercollegiale toetsing en de protocollering.

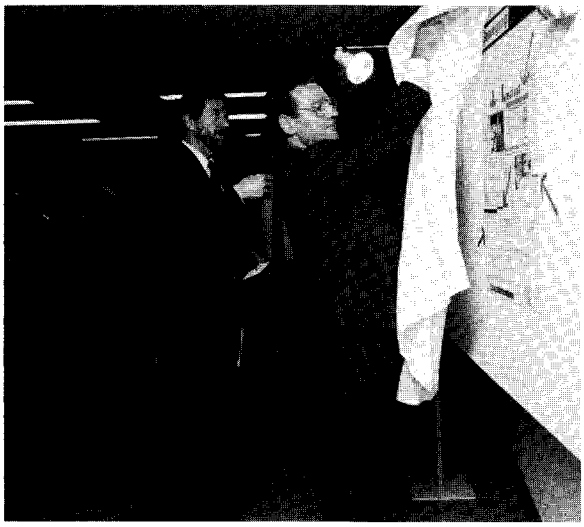
Omkering

De overheid heeft tot circa 1970 een tamelijk passieve rol vervuld als het ging om zorg voor de kwaliteit. Wel is het Staatstoezicht op de volksgezondheid geïnstalleerd, dat toezicht moet houden op instellingen en beroepsbeoefenaren. Maar de inspectie heeft weinig reële bevoegdheden gekregen om in te grijpen in geval de zorgverlening te kort schiet.

In de jaren '70 probeert de overheid enige greep te krijgen op kwaliteit en structuur van de zorg, middels allerlei erkenningseisen in het kader van de AWBZ en de structuurwetgeving (met name de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg). Zij hanteert daarbij het standpunt dat de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de aanbieders van zorg rust, maar ontwikkelt ook een gedetailleerd netwerk van regeltjes en voorschriften waar instellingen en beroepsbeoefenaren aan moeten voldoen. Deze eisen hebben vooral betrekking op de 'buitenkant' van de kwaliteit: opleidingseisen, zeer gedetailleerde bouwvoorschriften, eisen ten aanzien van de organisatie van voorzieningen, bezettingsnormen, enzovoorts. Kortom: zaken die concreet en hard gemaakt kunnen worden.

Uiteraard wordt deze poging tot overheidsingrijpen gevolgd door een tegenbeweging. We bevinden ons in de jaren '80 in het tijdperk van deregulering en (lichte) marktwerking (regeringscoalities CDA/VVD). De centimetersdikke boekwerken met kwaliteitseisen uit de ooit opgestelde structuurwetgeving zijn allang en breed in de prullebak verdwenen. De overheid gaat niet meer gedetailleerd voorschrijven hoe gezondheidszorgvoorzieningen eruit moeten zien. Kwaliteit is niet meer het voldoen aan bureaucratische regeltjes die worden opgeschreven door ijverige ambtenaren. Het tijdperk Dekker is een periode waarin het begrip markt zijn intrede doet.

De plannen van de Commissie Dekker hebben gezorgd voor een waarschijnlijk tijdelijke, maar in ieder geval interessante omkering van de verhoudingen. Het 'veld' - bestaande uit aanbieders van zorg, verzekeraars en patiëntenorganisaties - mag in de Dekkeriaanse visie voortaan weer meer zelf uitmaken. Zelf kwaliteitseisen formuleren, zichzelf bewaken en zelf aan verbetering werken. Dat past ook in het idee van marktwerking in de gezondheidszorg: slecht functionerende voorzieningen zullen voortaan door de verzekeraars niet meer gecontracteerd hoeven te worden. Verzekeraars kunnen een keus uit de aanbieders maken. Dit betekent dat de laatste erop gespitst zullen zijn om hun kwaliteit aan te tonen. Kwaliteit is in een tijdperk van concurrentie een belangrijke(r) factor voor de overleving of ondergang van aanbieders van zorg. Sinds het uitkomen van het rapport van de Commissie Dekker is er dan ook een hausse aan studiedagen gewijd aan kwaliteit, stuurgroepen kwaliteit, kwaliteitsprojecten en artikelen over kwaliteit.



Patiëntenorganisaties worden steeds meer partij in de gezondheidszorg. Hier de opening van het nieuwe pand van de Werkgroep 2000 en het LCPC. Bron: Werkgroep 2000.

Gedragscodes

Wie houden ZIch nu met de discussie over 'kwaliteit' bezig? Er zijn verschillende groeperingen, die allemaal zo hun eigen ideeën en activiteiten hebben (zie ook schema 2).

De *beroepsgroepen* hebben van oudsher een stevige bemoeienis met het onderwerp. Het gaat hun over het algemeen om de kwaliteit van het professioneel handelen. Aspecten als deskundigheid en methodiekontwikkeling staan hoog in het vaandel. Binnen de beroepsgroepen tracht men tot overeenstemming te komen over de eigen methodieken. Intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten, bijscholingsactiviteiten en het opstellen van gedragscodes zijn de typerende activiteiten. Vrijwel altijd beperkt men zich tot de kwaliteit van de eigen groep. Cardiologen zijn bezig met de kwaliteit van het cardiologisch handelen, verpleegkundigen hebben hun eigen toets~ngvo~r h~t verpl~egkundige d~el, fysi?therapeuten begmnen melgen knng een toetsmgsproject, enzovoorts. Het grote voordeel van deze benadering is de mogelijkheid om elkaar snel te begrijpen en het dus sneller eens te worden over het vakmatig handelen. Artsen en verpleegkundigen kennen elkaars werk maar tot op zekere hoogte. Aan de andere kant hebben ze wel op een gegeven moment met een en dezelfde patiënt te maken en werken ze in dezelfde organisatie. Op een gegeven ogenblik wordt het zinnig om de kwaliteit niet alleen binnen het eigen kringetje te verbeteren.

Integrale zorg

Het is dan ook niet toevallig dat het *management* in instellingen steeds actiever wordt op het gebied van kwaliteitsbevordering. Vroeger hadden de beroepsbeoefenaren een monopolie op het denken over kwaliteit. Tegenwoordig wordt steeds meer onderkend dat er zoiets bestaat als integrale zorg voor patiënten. Aspecten als gebruikersvriendelijkheid, samenwerking in en continuïteit van zorg overstijgen het niveau van de individuele hulpverlener. Klachtenbehandeling binnen instellingen bijvoorbeeld is een activiteit die vanuit het management wordt opgezet. Een instelling moet voor de patiënt aanspreekbaar zijn als deze met klachten en onvrede zit. De directie heeft daarbij een rol.

De invalshoek van een directie ten aanzien van kwaliteitsbevordering is echter fundamenteel anders dan die van de professie. Een manager hanteert over het algemeen bedrijfskundige principes en gaat uit van de kwaliteit van de organisatie als geheel. Hij of zij heeft meestal geen verstand van de inhoudelijke kant van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de wijze waarop een patiënt verpleegd of behandeld dient te worden. Aan de andere kant gaan de hulpverleners natuurlijk uit van professionele, zorginhoudelijke normen en de kwaliteit van de zorg voor de patiënten, waarmee zij direct te maken hebben. Dat kan verwarring en competentieproblemen opleveren tussen management en beroepsbeoefenaren.

Verzekeraars (ziekenfonds en particulier) zijn ook geïnteresseerd in de kwaliteit van de zorg. De groei van voorzieningen en technologie in de gezondheidszorg heeft geleid

tot stijgende kosten, die moeten worden doorberekend aan de verzekerden. Voor verzekeraars is de afweging van de opbrengst van dergelijke ontwikkelingen en de kosten daarvan belangrijk... Indien zij in de toekomst een vrijere hand krijgen in het afsluiten van contracten met aanbieders van zorg, zullen zij invloed kunnen gaan uitoefenen op de kwaliteit ervan. De ziekenfondsen zijn op dit moment bezig een systeem te ontwerpen waarbij in de modelovereenkomst kwaliteitseisen opgenomen worden onder de noemer 'goed medewerkerschap'. Eisen waaraan een goed medewerker (beroepsbeoefenaar/instelling) moet voldoen, zijn bijvoorbeeld deelname aan intercollegiale toetsing of het volgen van bijscholing.

Technologische groei: Nuclear Magnetic Resonance-apparatuur.. Foto: Wim Salis.

De *patiëntenorganisaties* zijn de afgelopen jaren steeds meer partij in de gezondheidszorg geworden. Nu zij op verschillende plekken een stem hebben gekregen, is ook voor hen de tijd aangebroken om de kwaliteit van de zorg onder de loep te nemen en vanuit hun ervaringsdeskundigheid eisen te stellen aan de aanbieders. Mondige patiënten nemen niet meer op voorhand genoegen met wat hen aangeboden wordt, maar vragen om kwaliteitswaarborgen en zorg die past bij hun eigen behoeften. Sommige patiëntenorganisaties proberen de kwaliteit actief te gaan toetsen en bewaken: zo zijn er plannen voor visitatieteams bestaande uit patiënten, die de ziekenhuizen op een aantal punten moeten toetsen.

Hoewel de *overheid* een stapje terug lijkt te zetten. als h~t gaat om orgamsatonsche en inhoudelijke beheersing van het zorgsysteem, zal de kwaliteit ervan voor de komende regeringen toch altijd wel een punt van aandacht blijven. Al is het alleen maar om vanuit de verte een oog in het zeil te kunnen houden en op te kunnen treden zodra de onderlinge solidariteit en de toegankelijkheid van voorzieningen bedreigd worden. Het Staatstoezicht is, als het gaat om de kwaliteitsbewaking, trouwens tamelijk actief.

Het begint zo langzamerhand nodig te worden om de activiteiten en plannen wat meer op elkaar af te stemmen. Op verzoek van het departement van WVC werd op 6 en 7 april 1989 een conferentie 'Kwaliteit van zorg' georganiseerd waarop alle groepen waren uitgenodigd. Op de conferentie werd de intentie uitgesproken wat meer samenhang aan te brengen in het kwaliteitsbeleid. Ook werden een paar voorzichtige uitspraken gedaan over de taakafbakening tussen overheid en veld in de toekomst. Aanbieders krijgen, zo blijkt uit de intentieverklaring, het voortouw: *'De primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg ligt bij de aanbieders van zorg c.q. de beroepsbeoefenaren en instellingen.'* De overheid zal randvoorwaarden scheppen en basiseisen formuleren waarmee het grondwettelijk recht op zorg wordt gewaarborgd.

Schema 2. Overzicht activiteiten kwaliteit van zorg

Beroepsgroepen	–	methodiekonrwikkeling, deskundigheidsbevordering, beroepsprofiel. beroepscode intern tuchtrecht/klachtenbehandeling, intercollegiale toetsing, intervisie, supervisie, registratieregelingen, plannen voor certificatie, consensusbijeenkomsten, protocollen
Instellingen	-	scholingsbeleid, personeelsbeleid, privacy- en klachtenregelingen, FOBO-commissies, interne toetsing, interinstitutionele toetsing, effiëncymeting, programma-evaluatie, gebruikers onderzoek, marktonderzoek, projecten ten behoeve van klantgerichte hulpverlening, ontwikkeling kwaliteitsstandaarden, plannen voor certificaties
Verzekeraars	-	formulering kwaliteitseisen in modelovereenkomst, onderzoek behandel- en verwijsbeleid hulpverleners, controle produktie, bedrijfsvergelijking
Overheid	-	kwaliteitswetgeving, inspectie volksgezondheid, wettelijk tuchtrecht, patiëntenbeleid, prioriteiten gezondheidsdoelen
Patiëntenorganisaties	-	behoefte-onderzoek achterban, betrokkenheid klachtencommissies en toetsingsprojecten, alternatieven voor reguliere professionele zorg

Feedback

Wat is nu de waarde van al deze ontwikkelingen voor de gezondheidszorg?

Ik zie een aantal zeer positieve kanten. Nadenken over de kwaliteit van de zorg dwingt tot reflectie op het eigen handelen en dat is geen overbodige luxe. Voor beroepsbeoefenaren en instellingen in de gezondheidszorg betekent dit dat men zich vragen stelt als: waarvoor sta ik in mijn werk? Wat zijn de doelen in mijn werk? Haal ik eigenlijk wel wat ik wil bereiken? Routines en verstarde patronen in de zorg kunnen (weer) onder de loep worden genomen. Verschillende kwaliteitssystemen als intercollegiale toetsing en visitatieteams zijn te zien als vormen van feedback en opbouwende kritiek van beroepsgenoten die ook een beetje buitenstaander zijn. Men laat in de eigen keuken kijken. Voor bepaalde beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten, betekent de kwaliteitsbevordering tegelijkertijd een flinke stimulans voor het onderbouwen van het beroep als geheel. Er zal methodischer en kritischer worden gewerkt. 'Kwaliteit' kan zo een stimulerend ideaal zijn, dat prikkelt tot het continu evalueren en verbeteren van voorzieningen en handelwijzen in de gezondheidszorg.

Wie dit niet gelooft, zou ik graag willen uitnodigen om eens voor zichzelf na te gaan wat hij of zij in werk of studie belangrijke kwaliteitsaspecten vindt, en aan de hand daarvan een privé-kwaliteitsprogramma op te stellen om zaken te verbeteren. Dat levert verrassende uitkomsten op!

Wollig

Maar er zijn ook risico's. Op dit moment worden er over kwaliteit en kwaliteitsbeleid nogal wat 'wollige' discussies gevoerd, waarvan de opbrengst twijfelachtig is. Het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid kost veel tijd en energie, waarvan rekenschap afgelegd moet worden. Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering moeten kritisch bekeken worden op hun nut voor de praktijk. Ook zijn er schadelijke bijwerkingen mogelijk: soms kan invoering van kwaliteitssystemen bijvoorbeeld binnen het eigen kringetje sterk normbevestigend werken. Dat brengt ons op een interessant punt. Kwaliteit van zorg is misschien een nastrevenswaardig ideaal, een doel om aan te werken, maar het kan ook een vlag zijn waar een hele andere lading onder schuilgaat. Dan is het bijvoorbeeld een middel om te bezuinigen, voor een overheid die de verantwoordelijkheid afschuift naar de andere partijen. Of 'kwaliteit' wordt een slogan om aan efficiëncy en premieverlaging te werken. In Amerika zijn het vooral de verzekeraars geweest die via allerlei controles zogenaamd de kwaliteit, maar in de praktijk vooral de kosten in de hand probeerden te houden. Geen operatie voordat de verzekeraar daar op grond van een kosten-batenanalyse toestemming voor had gegeven. Dit systeem werd door patiënten en hulpverleners uiteraard op grote schaal geboycot.

Een ander gebruik van 'kwaliteit' is ook zeer voor de hand liggend. Beroepsgroepen kunnen zich vooral richten op de kansen die kwaliteitsbevordering biedt in de vorm van verbetering van status, inkomen en arbeidsvoorwaarden. Er wordt dan aan kwaliteit gewerkt om te 'professionaliseren'. Kwaliteit als middel en niet als doel. De beroepsbeoefenaars hebben hierbij waarschijnlijk meer baat dan hun patiënten.

Geheime agenda's

Voor kwaliteitsbeleid is in de toekomst nog van alles nodig wat we nu niet of slechts in beperkte mate tot onze beschikking hebben, zoals goede meetinstrumenten en normen voor kwaliteit en *last but not least* bruikbare omschrijvingen van het begrip kwaliteit.

Het formuleren van een definitie van 'kwaliteit' kan in de gezondheidszorg makkelijk leiden tot haarkloverij en abstracties die ver afstaan van wat er in de praktijk goed of fout gaat. Daarvoor biedt dit idealistische, maar vage begrip alle ruimte. Toch zou ik ervoor willen pleiten aandacht te besteden aan het omschrijven van kwaliteit van zorg. Dit mag zeker niet leiden tot betweterige voorschriften die ons zeggen wat kwaliteit van zorg nu 'echt' is, maar wel tot visies en definities van kwaliteit die het onderwerp meer *bespreekbaar* maken. Op dit terrein is in Nederland nog opvallend weinig denkwerk verricht. Dat leidt ertoe dat men in de praktijk soms graag aan betere kwaliteit wil werken, maar niet in staat is om een gemeenschappelijke basis te vinden van waaruit dat kan gebeuren. Men blijft dan in het stadium steken van 'we denken er toch allemaal anders over'. Een ander risico is dat er bij het werken aan kwaliteit zonder een goede omschrijving daarvan, wordt gewerkt met geheime doelen en agenda's. Pas als er een beeld is van de kwaliteit die nagestreefd wordt, is ook te controleren of daar aan gewerkt wordt.

Kritisch oog

Wat verder nog ontbreekt is een goed evenwicht tussen interne systemen voor kwaliteitsbevordering, zoals gehanteerd door beroepsgroepen en instellingen, en externe systemen, zoals ontworpen door de inspectie. Hulpverleners en managers moeten in staat worden gesteld om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit van hun diensten. Ik verwacht persoonlijk weinig heil van een systeem waarin een ambtenaar of een inspecteur of een verzekeringsgeneeskundige naast het bed van de patiënt staat mee te kijken hoe de arts zijn werk nu precies doet. Dat leidt tot een bureaucratie, waarin hulpverleners maar braaf doen wat er gezegd wordt en verder nauwelijks meer nadenken over hun eigen aandeel. Desondanks is een externe toets wel noodzakelijk. Kwaliteitsbevordering moet niet teveel in het eigen kringetje blijven: men kan elkaar en de eigen normen ook teveel afschermen. Een kritisch oog van buiten, met de mogelijkheid van externe sancties, is nodig. Maar hoe? En door wie? En hoe ver moet dat allemaal gaan?

We zitten nog even in het stadium van koffiedik-kijken. De komende periode is spannend. Tot dusverre hebben de verschillende groeperingen in de gezondheidszorg (patiënten, aanbieders, verzekeraars, overheid) hun eigen visies ontwikkeld, zonder al te veel met elkaar in botsing te komen. Men begint nu enige ervaring op te doen met kwaliteitsbevordering, via toetsing, normering en dergelijke. Op de wvc-conferentie van afgelopen voorjaar spraken alle partijen de wens uit om met elkaar een samenhangend kwaliteitsbeleid te creëren. Het is nog zeer de vraag wat er van die samenhang terecht zal komen, wanneer de verschillen in visies en uitgangspunten en posities op tafel komen.

Ik voorspel voor 1990 en daarna een interessante toekomst voor wat betreft het onderwerp 'kwaliteit'. Of dat nu wel of geen Dekkeriaanse toekomst wordt, is daarbij niet doorslaggevend. Er zal toch wel verder worden gewerkt aan kwaliteitsbeleid. Men heeft de smaak eindelijk te pakken ...

Gabriëlle Verbeek is stafmedewerkster kwaliteitsbevordering bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

'Het vehiculum van het goede'

Interview met J. Verhoeff, hoofddirecteur '~olksgezondheid bij het ministerie van WVC

●●●●●●●●

Gabriëlle Verbeek en Janneke van Vliet

'Ik zou alle illusies over een eenduidig begrip van kwaliteit over boord willen zetten. Als zodanig is het een leeg begrip. *De* kwaliteit van zorg bestaat niet. Ik bestrijd dat er ergens op *een* grote steen geschreven zou staan wat dat is. Het is een heel samenraapsel van eisen die je aan die zorg stelt, en die eisen zijn sterk afhankelijk van wie ze stelt.
Kwaliteit van zorg is iets anders voor consumenten dan voor beroepsbeoefenaren, verzekeraars of de inspectie.
Voor de patiënten is de bejegening uiterst belangrijk, de meeste klachten komen dan ook daarover. . Voor de beroepsbeoefenaar wordt de kwaliteit sterk bepaald door de normen die binnen de professie bestaan, daar is ook het tuchtrecht op gericht. De verzekeraar zal behalve op professionele normen ook letten op de betaaibaarheid en de beheersbaarheid.
Vanuit de overheid moet je aan al die verschillende invalshoeken recht doen, dat begrip kwaliteit van zorg zien door de brillen van alle participanten. Je moet een aantal basale eisen die breed geaccepteerd zijn, in de wet vastleggen. Puur planningstechnische en verzekeringstechnische zaken hebben ook met kwaliteit te maken. Daarnaast moet je een goede procedure vinden, waardoor alle betrokkenen over kwaliteit kunnen meepraten.
Het concept "kwaliteit" spreekt me toch buitengewoon aan omdat ook in het Dekker-denken bepaalde rechten verankerd moeten worden in ons systeem van zorg. Bijvoorbeeld, die zorg hoort algemeen toegankelijk te zijn. Via het begrip "kwaliteit" wordt zo'n sociaal grondrecht overgeheveld naar de nieuwe Dekker-situatie. Vandaar dat ik er buitengewoon aan hecht. En dan weet ik best dat het begrip "kwaliteit" de nodige verwarring op kan roepen, maar het is ook het vehiculum van het goede.'.

E viden te pru tser

'De overheid zal met de Dekker-operatie de verzekeringstechnische e~ financieringsaspecten decentraliseren, maar bij de kwaliteitsaspecten juist een sterkere positie innemen. De overheid treedt *niet* terug waar het gaat om de kwaliteit van de zorg, maar de vorm waarin ze deze gaat garanderen is nog niet helemaal zeker. . Eerst moet uitgekristalliseerd zijn hoe het toekomstig stelsel er uitziet, en dat hangt af van de volgende regeringscoalitie.
Waarschijnlijk zal de overheid zich in de toekomst minder richten op de kwaliteit van de "input" en meer op de "output". Nu is haar bemoeienis helemaal gericht op de input, bijvoorbeeld de erkenning. Ook de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg zijn inputzaken. Die worden tot een minimum gereduceerd. Het verregaand vereenvoudigen of zelfs afschaffen van het erkenningenstelsel wordt overwogen. Men wil af van de overheidsbemoeienis bij allerlei minutieuze aspecten van de vormgeving van instellingen, de intensieve controle op zelfs de kleinste verbouwing. Ik blijf in de toekomst wel inputcontrole zien via de Wet op de Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg. Tenslotte wordt de kwaliteit van de zorg voor een belangrijk deel bepaald door de kwaliteit van de hulpverlener. Het stellen van eisen aan opleiding en aspecten van de beroepsuitoefening, zoals bijvoorbeeld in de wet BIG, moet overeind blijven.
Dan kom je op de vraag: kunnen we de kwaliteit van de output meten? Ik denk dat we in de nabije toekomst over betere epidemiologische gegevens kunnen beschikken. Instellingen zullen verplicht worden gegevens ter beschikking te stellen. Willen wij op het ministerie van WVC een verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de stand van de volksgezondheid, dan hebben we gegevens nodig om prioriteiten te stellen en voor bepaalde gezondheidsdoelen middelen te reserveren.
Maar alleen sturing op output is niet genoeg. Dan loop je altijd achter de feiten aan. Ik ben van mening dat het instituut van het Staatstoezicht dat wij in Nederland hebben buitengewoon zinvol is. Het heeft een zekere status en positie gekregen, waardoor we toch iets kunnen doen aan procescontrole in de gezondheidszorg. Op een aantal punten is het instrumentarium nu echter onvoldoende.
Als het Staatstoezicht vijf jaar nodig heeft om een evidente prutser via allerlei tuchtprocedures te doen stoppen met zijn werk, dan zeg ik: dat is fout. Het Staatstoezicht moet in staat zijn om te zeggen: u stopt vandaag. Of om een afdeling te sluiten. Dat moet dan natuurlijk vervolgens getoetst worden. Maar er moeten bevoegdheden zijn die een zekere slagvaardigheid geven.'.

Palet

'Men is nu bezig met de ontwikkeling van allerlei kwaliteitsinstrumenten. Ik vind het heel positief dat men dit in het veld zo breed en fundamenteel heeft opgepakt. Dat levert een heel palet op. En natuurlijk zijn er ook een heleboel mensen die tot de conclusie komen dat het zo fantastisch is als zij hun eigen kwaliteit zouden bepalen. Daar krijg je tranen van in je ogen, maar zo zal het uiteindelijk niet moeten zijn. Bijvoorbeeld, particuliere clubs die ons brieven schrijven dat ze gaarne bereid zijn de taken van het Staatstoezicht over te nemen. Dat lijkt me nou net *niet* de bedoeling.
Ook een begrip als certificatie wordt erg overschat. Ik ben daar zeer kritisch over omdat dat op alle mogelijke manieren ingevuld kan worden. Ik vind certificatie in de gezondheidszorg ondenkbaar zonder een reguliere relatie met het Staatstoezicht.'

Gabriëlle Verbeek is stafmedewerker kwaliteitsbevordering bij de NVAGG.
Janneke van Vliet is verpleegkundige en stafmedewerker bij het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

'Arrogantie is kwaliteitsprobleem'

Interview met Y. Koster van het Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform

●●●●●●●●

Janneke van Vliet en Gabriëlle Verbeek

'Kwaliteit van dienstverlening betekent voor mij integriteit.. Het gaat er in de gezondheidsdienstverlening om dat je als cliënt zeker bent dat de hulpverlener zich verplaatst in jouw situatie, en jouw leven als uitgangspunt neemt voor zijn handelen. Er zijn immers geen standaardpatiënten: elk mens reageert anders .. .'

'Kwaliteit van leven is voor iedereen verschillend. Wat voor de een een ramp betekent, is voor de ander een probleempje. De hulpverlener levert kwaliteit als hij rekening houdt met het referentiekader van de patiënt in plaats van te werken volgens een standaardprocedure of protocol..

Als LPCP proberen wij belangen van patiënten te behartigen door ervoor te zorgen dat instellingen en hulpverleners integer zijn en dat goede afspraken gemaakt worden om de kwaliteit van dienstverlening te controleren.

Het belangrijkste kwaliteitsprobleem in de gezondheidsdienstverlening vind ik de arrogantie van de hulpverlener. . Ik weet niet of deze arrogantie voortkomt uit zelfverzekerdheid of uit angst. Ik denk vaak het laatste. Wij proberen er wat aan te veranderen door er met hulpverleners over te praten. Het is vooral een kwestie van attitudebeïnvloeding. Een hulpverlener moet zich kwetsbaar durven opstellen tegenover de cliënt, ook eens durven zeggen: "Ik weet het ook niet." Instellingen en hulpverleners zouden eens moeten stoppen met die dwaze *voorlichting,* en beginnen met *informatie geven.* Hiermee rust je mensen namelijk toe om zelf beslissingen te nemen. Je moet als hulpverlener nooit de verantwoordelijkheid van de cliënt overnemen, ook niet als de mensen dit van je vragen. Je hebt hiertoe geen recht en geen plicht. Je moet mensen wel in staat stellen om te begrijpen wat iets betekent en wat voor consequenties iets voor hen heeft.'.

Wassen neus

'Als bij de kwaliteitstoetsing de beleidsuitgangspunten van de patiënten-consumentenbeweging meegenomen worden, heeft de kwaliteitstrend een positief effect voor de consument. De patiëntenbeweging moet gebruikt worden om permanent feedback te geven: klachten moeten aangewend worden om de dienstverlening bij te sturen. Anders is kwaliteit een wassen neus.

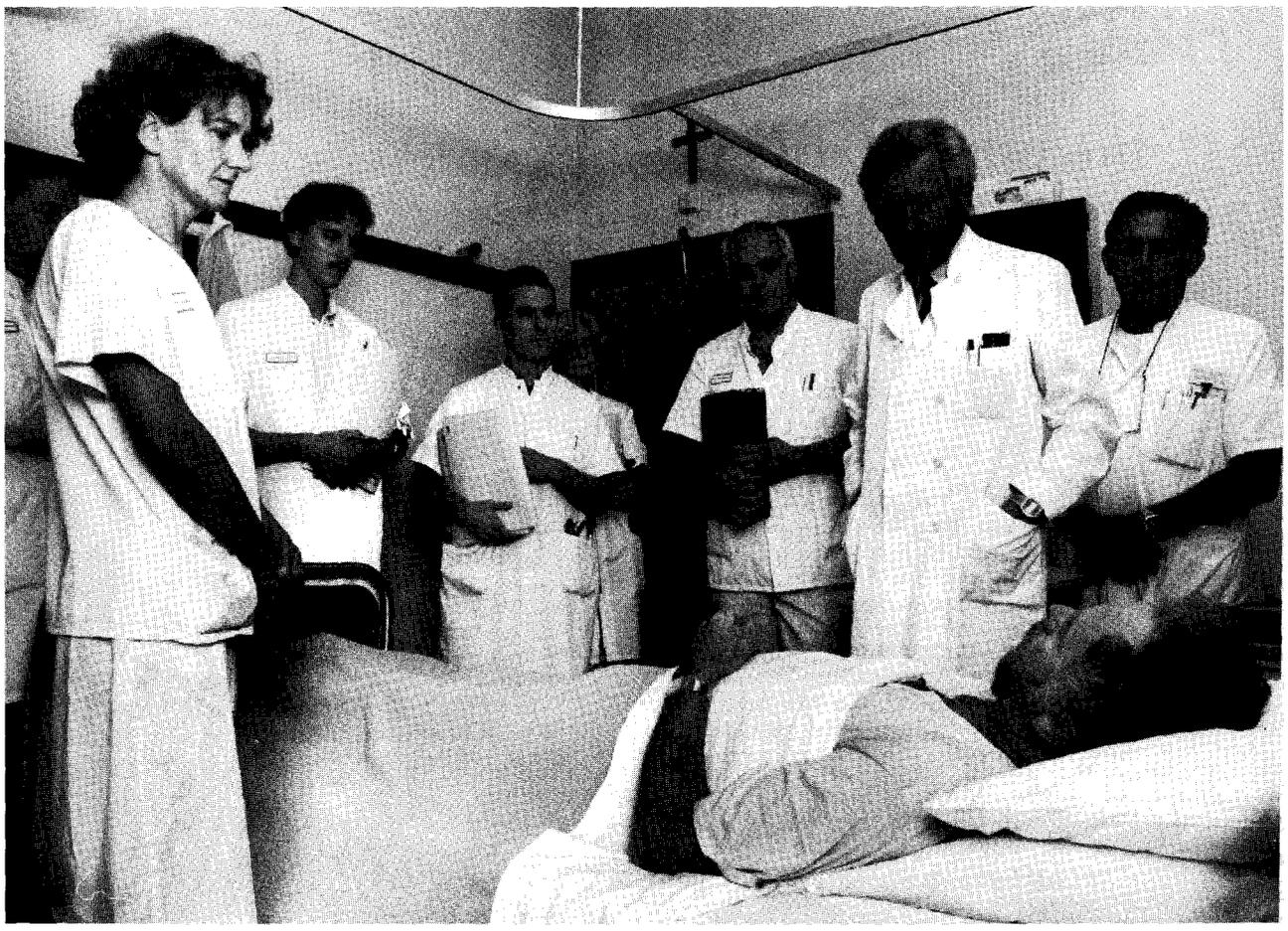
Ik ben redelijk optimistisch over de plaats die de patiëntenbeweging krijgt toebedeeld bij het nieuwe kwaliteitsdenken in de gezondheidsdienstverlening. De intentie is uitgesproken dat de patiëntenbeweging methodes gaat ontwikkelen voor klachtenopvang en -registratie, en dat ze samen met de dienstverleners gaat benoemen wat kwaliteit van dienstverlening is. Zowel WVC als andere belanghebbende partijen hebben duidelijk gezegd dat het erbij betrekken van de patiëntenbeweging een voorwaarde is voor een goed kwaliteitsbeleid.

In principe is de hulpverlener of het instituut verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geboden zorg. De overheid heeft een hoedende taak: zij moet toetsen of kwantiteit en kwaliteit van dienstverlening voldoen aan wat de wet of ons algemeen gevoel daarover zegt. De patiënt is alleen verantwoordelijk voor de feedback die hij geeft op wat er gebeurt. De patiëntenbeweging moet ervoor zorgen dat deze gegevens toegankelijk zijn voor de dienstverlener.' . 'Een dilemma binnen de patiëntenbeweging is de vraag of je je, als het gaat om kwaliteitsbewaking, moet beperken tot een advies rol, of dat je moet streven naar meebeslissen. Moet je wel of niet proberen om deel uit te maken van besturen van ziekenhuizen of ziekenfondsen? Enerzijds kun je op die manier zorgen voor een permanente input, anderzijds kun je dus ook "vuile handen" maken. Hierover wordt binnen de patiëntenbeweging verschillend gedacht. Tot nu toe is ons standpunt dat wij ons aanbieden als derde partij, dus als meebeslissers, naast financiers en aanbieders van dienstverlening, over kwantiteit en kwaliteit van het gebodene. Tot op heden houden die ons echter buiten de deur, dus willen wij juist wel!'.

Defensieve geneeskunde

'Binnen het platform proberen wij solidariteit van patiënten met elkaar als uitgangspunt te hanteren, hoe moeilijk dat ook is. Wij houden ons, bewust, niet bezig met de verdeelproblematiek in de gezondheidsdienstverlening. . . .

Wij zijn van mening dat er veel te veel geld uitgegeven wordt aan defensieve geneeskunde waar niemand beter van wordt, zoals bijvoorbeeld prediagnostisch onderzoek bij operaties, en de verambtelijking van instellingen. die



Het patiënten perspectief..

Foto: Hans van Wayenburg.

handen vol geld kost. Zolang dit soort zaken nog niet grondig is aangepakt en opgelost, vinden wij het onethisch om te doen alsof bijvoorbeeld hartpatiënten zulke geldverslinders zijn ten koste van gehandicapten. Wij weigeren mee te doen aan die verdeel- en heerspolitiek. .
We willen aan kostenbeheersing in de gezondheidsdienstverlening wel meewerken als het gaat om het tegengaan van verspilling, overbodige diagnostiek en bureaucratisering. Dit bereik je echter niet met concurrentie en budgettering, maar door een herverdeling van onder meer de salarissen in de gezondheidsdienstverlening, en het afschaffen van het verrichtingenstelsel. . Dat vereist echter nogal wat politieke moed.'.'

Monopoliepositie

'Concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars? Niemand, behalve Dekker zelf, gelooft daarin. Daarvoor is de monopoliepositie van de verzekeraars te groot. Concurrentie tussen instellingen kan wel de attitude ten opzichte van de cliënt gunstig beïnvloeden. Wanneer behoeften en wensen van patiënten serieus genomen worden, zal de arrogantie misschien verminderen. Maar ik vind niet dat instellingen door middel van concurrentie winst moeten kunnen maken, want er is geen sprake van een vrije markt: niemand kan afzien van gezondheidsdienstverlening. Een gevaar van concurrentie is bovendien dat instellingen methodes ontwikkelen om door middel van aanbod de vraag te bepalen. Een voorbeeld hiervan is de regelmatige cholesterolbepaling.
Verschillen tussen instellingen wat betreft entourage, bijvoorbeeld op gebied van privacy, bezoektijden of godsdienstige signatuur, moeten er wel blijven. Het is goed dat je je als instelling onderscheidt, zodat cliënten kunnen kiezen.
Een goede methode van kwaliteitsbewaking vind ik de instelling van patiëntenvertrouwenspersonen in de psychiatrie. Dit zou ook in andere instellingen ingevoerd moeten worden. Het is een goed gestructureerd klachtenopvang- en -registratiesysteem, dat los van de instelling functioneert en waar patiënten deel van uitmaken. Een ander goed voorbeeld vind ik de model-overeenkomst tussen patiënt en dienstverlener. Hierdoor wordt duidelijk wat je van elkaar verwacht.' .'

Doelmatig werken tegen verspilling

Interview met drs. D. Blanken, Secretaris intramurale zorg en medisch-specialistische zorg, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen

Gabriëlle Verbeek en Janneke van Vliet

'Ik zou het begrip ruim willen interpreteren: bij kwaliteit denk ik niet alleen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het opleidingsniveau van de hulpverlener, maar ook aan de doelmatigheid ... '

'Doelmatigheid is een belangrijk kwaliteitsaspect: het gaat dan bijvoorbeeld om de afweging of een bepaalde medische ingreep klinisch, poliklinisch of via dagbehandeling moet plaatsvinden.
Bij kwaliteitscontrole is de meting van input gemakkelijker dan die van output. Over dat laatste worden door de leveranciers van zorg de discussies nog afgehouden, maar bovendien is het moeilijk er criteria voor te formuleren. Een voorbeeld van een criterium zou kunnen zijn het sterftecijfer bij een bepaalde medische ingreep. In Amerika wordt deze *mortality rate* uit concurrentieoverwegingen al gebruikt in advertenties. Ik ben daar niet voor, omdat dit soort algemene cijfers niets zegt over de werkelijke kwaliteit: je weet bijvoorbeeld niets over de samenstelling van de patiënten groep waarop zo'n cijfer gebaseerd is.
Wel zou je met elkaar kunnen discussiëren over verschillen in output per gezondheidszorginstelling of beroepsbeoefenaar. Bijvoorbeeld, waarom schrijft de ene specialist veel meer of duurdere medicijnen voor dan de andere? Probeer deze verschillen in kaart te brengen en vraag aan de zorgleverancier: waar ligt het aan, wat is de meerwaarde? Op die manier kun je de verschillen in output gebruiken in de onderhandelingen over het aanbod van zorg en de prijs ervan. Het belangrijkste voor kwaliteit is dat je controle uitoefent op de input, op procedures, bijvoorbeeld via richtlijnen voor de bouw van instellingen, en op de eisen waaraan opleidingen voor beroepsbeoefenaren moeten voldoen.'.

Keuzevrijheid

'Ik geloof niet in extreme veranderingen ten gevolge van de invoering van de plannen van de commissie-Dekker. Aan de contractvrijheid die nu ontstaat, zitten verschillende kanten. Verzekeraars sluiten contracten met aanbieders van zorg. Verzekerden kunnen daar gebruik van maken, maar hebben uiteraard het recht iets anders te willen. De meerkosten moet men dan wel zelf willen betalen, bijvoorbeeld via een aanvullende verzekering. Ook een keuze tussen verschillende pakketten moet mogelijk zijn. Enerzijds vind ik deze keuzevrijheid een goede ontwikkeling: men kan nu kiezen waaraan men zijn geld uitgeeft. Anderzijds zitten er ook nadelen aan een dergelijk systeem. Als ziekenfondsman hecht ik aan de solidariteitsgedachte. Er moet voor iedereen een basispakket aan gezondheidszorg beschikbaar zijn, en de verschillen in toegankelijkheid van de gezondheidszorg mogen op essentiële onderdelen nooit te groot worden. We moeten voorkomen dat aanbieders van zorg gaan beknibbelen op de kwaliteit van de basiszorg ter wille van de toeters en de bellen. Een plan als dat van Dekker mag niet resulteren in de periode van het ziekenfondsbrilletje.
Men moet overigens geen overdreven betekenis hechten aan die contractvrijheid. Je moet als verzekeraar goede argumenten hebben om iemand uit te sluiten van een contract, vooral als individuele verzekerden menen er de dupe van te worden.
Wil het concurrentieprincipe werken, dan zijn voldoende verzekeraars nodig. Op dit moment zie je juist het tegenovergestelde gebeuren: fusie van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen. Ik geloof niet zo in de mogelijkheden van concurrentie, tenzij het om een beperkte gaat. Wanneer het een keiharde strijd wordt, verwacht ik dat de resultaten negatief zullen uitvallen voor de kwaliteit van de zorg.'.

Verlengstuk

'Ik vind het belangrijk dat de verzekeraars mede verantwoordelijk worden voor de kwaliteit. Als ziekenfondsen zijn wij niet verantwoordelijk voor het zo goedkoop mogelijk houden van de gezondheidszorg: wij moeten er wel voor zorgen dat het beschikbare geld zo goed mogelijk wordt besteed. Dat betekent meewerken om verspilling tegen te gaan. De ziekenfondsen worden, als het gaat om bezuinigingen, nogal eens gezien als verlengstuk van de overheid. Ik ben het daar niet mee eens. Zij moeten er voor zorgen dat er een goede zorg is tegen acceptabele prijzen. Er kan zeker bedrijfsmatiger gewerkt worden in de instellingen: je kunt dit als ziekenfonds ook belonen door die instellingen die op zo'n manier werken een deel van het uitgespaarde budget te laten houden. Bijvoorbeeld, als een ziekenhuis minder verpleegdagen maakt omdat men meer verrichtingen poliklinisch of via dagbehandeling doet, moet dit niet bestraft worden door het jaar daarop het budget te korten. Dat werkt natuurlijk averechts.'.

Kwaliteit in de knel

Patiëntgericht verplegen als remedie

Frits Bekkers

Dat de werkdruk in de Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen tijd aanzienlijk is toegenomen, is onder andere dankzij de WIO - inmiddels algemeen bekend. Het aantal bedden wordt als gevolg van fusies en sluitingen steeds verder ingekrompen; de kortere opnameduur en de vergrijzing van de bevolking zorgen voor een zware belasting voor de verpleegkundigen.

Betekent deze situatie niet dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg onafwendbaar in de knel komt?

Niet per se, meent onderzoeker Frits Bekkers. Er is een remedie. Patiëntgericht verplegen leidt met dezelfde middelen tot méér kwaliteit, minder stress bij patiënten en tevredener verpleegkundigen.

De twee kabinetten Lubbers hebben de afgelopen zeven jaar aanzienlijke bezuinigingen in de gezondheidszorg gerealiseerd. Deze zijn in de algemene ziekenhuizen afgewenteld op het algemeen personeel, zoals administratie en civiele dienst.' Er is echter ook geen extra verpleegkundig personeel bijgekomen; dit ondanks het feit dat de zorgintensiteit van de opgenomen patiënten in Algemene Ziekenhuizen in de periode 1981-1986 met 7,7% is toegenomen.' Met andere woorden, per patiënt is meer zorg nodig: een gevolg van de kortere opnameduur en van de vergrijzing. Men zou dus kunnen verwachten dat de kwaliteit van de geleverde zorg afneemt. Die veronderstelling is echter zeer moeilijk te bewijzen.'

Uit een onderzoek dat de Hogeschool Nijmegen gedaan heeft in een vijftal ziekenhuizen in Oost-Nederland (verderop komt dit uitgebreider ter sprake) zijn wel enige gegevens te halen die in deze richting wijzen. Op acht afdelingen in vijf verschillende ziekenhuizen blijkt in de periode van december 1986 tot april 1989 de kwaliteit van verpleegkundige zorg op het gebied van coördinatie van zorg, instrumenteel-technische en agogische aspecten licht te dalen.

Het blijkt dat er minstens vragen te stellen zijn bij de huidige ontwikkeling van de kwaliteit van verpleegkundige zorg, terwijl er in de gezondheidszorg juist geroepen wordt om meer aandacht voor kwaliteit.

Gefragmenteerd

In Nederlandse Algemene Ziekenhuizen wordt nog vaak *functioneel verpleegd.* Het verpleegkundig werk wordt opgedeeld in een aantal taken die aan de patiënt moeten worden verricht. Daarbij doet dezelfde verpleegkundige steeds dezelfde handelingen bij een groot aantal patiënten van een team (plm. 20 bedden) of van een hele afdeling (plm. 40 bedden). Bijvoorbeeld: patiënten lichamelijk verzorgen, medicijnen uitdelen, hen voorbereiden op een operatie enzovoorts.

Als groot nadeel van deze functionele verpleging wordt genoemd dat de patiënt met veel verschillende verpleegkundigen te maken heeft, die elk maar een paar handelingen bij hem verrichten. De verpleegkundige van haar kant krijgt slechts een gefragmenteerd beeld van de patiënt, waardoor de kwaliteit van de zorg niet maximaal is. Bovendien blijkt dat veel verpleegkundigen niet tevreden zijn over deze gang van zaken, omdat zij in de opleiding leren dar-zij 'holistisch' moeten verplegen: zoveel mogelijk alle psychosociale en somatische factoren bij de verzorging van een patiënt betrekken. Door de gefragmenteerde manier van werken zou dit bij functionele verpleging onmogelijk zijn.

In Amerika heeft men in de jaren '70 als oplossing voor dit probleem een patiëntgericht verpleegsysteem ontwikkeld dat men *primary nursing* noemt. In dit model is iedere gediplomeerde verpleegkundige vierentwintig uur per dag verantwoordelijk voor de verzorging van een aantal patiënten (meestal 6 tot 8). Hij of zij draagt de verantwoordelijkheid voor de planning en de uitvoering van het verpleegkundig proces, hetgeen zoveel mogelijk in samenwerking met de patiënt gebeurt. Buiten werktijd delegeert de verpleegkundige de uitvoerende taken naar een collega. Ook in Nederland zijn de afgelopen jaren een aantal patiëntgerichte verpleegsystemen ontwikkeld. De bekendste zijn het systeem van de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV)3, en het systeem van Integrerende Verpleegkunde.'

Verantwoordelijk

De voordelen van een patiëntgericht verpleegsysteem

kunnen we bekijken vanuit de verpleegkundige, vanuit de patiënt en vanuit de werkstructuur zoals die rond de patiënt georganiseerd is.
De *verpleegkundigen* zijn de personen die tijdens de opname het meeste contact met de patiënt hebben: zij zouden zeer belangrijk kunnen zijn voor de coördinatie en de continuïteit van de zorg. Invoering van een patiëntgericht verpleegsysteem betekent voor de verpleegkundigen meer participatie in en verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt. Bovendien zullen zij hun werk als zinvoller ervaren, doordat ze invloed krijgen op het totale proces van de zorgverlening.
Voor de meeste *patiënten* is ziekenhuisopname een zeer onzekere, stressvolle situatie. De stress wordt nog vergroot doordat zij te maken krijgen met een groot aantal vluchtige contacten met allerlei hulpverleners. Voor het merendeel van de patiënten is het doel van veel van die contacten en activiteiten onduidelijk. Uit studies blijkt dat wanneer verpleegkundigen de zorg samen met de patiënt plannen en hem of haar uitleggen wat de zin is van allerlei dingen die daaraan te pas komen, de stress gereduceerd wordt. Door een dergelijke werkwijze kan de kwaliteit van de zorgverlening toenemen.

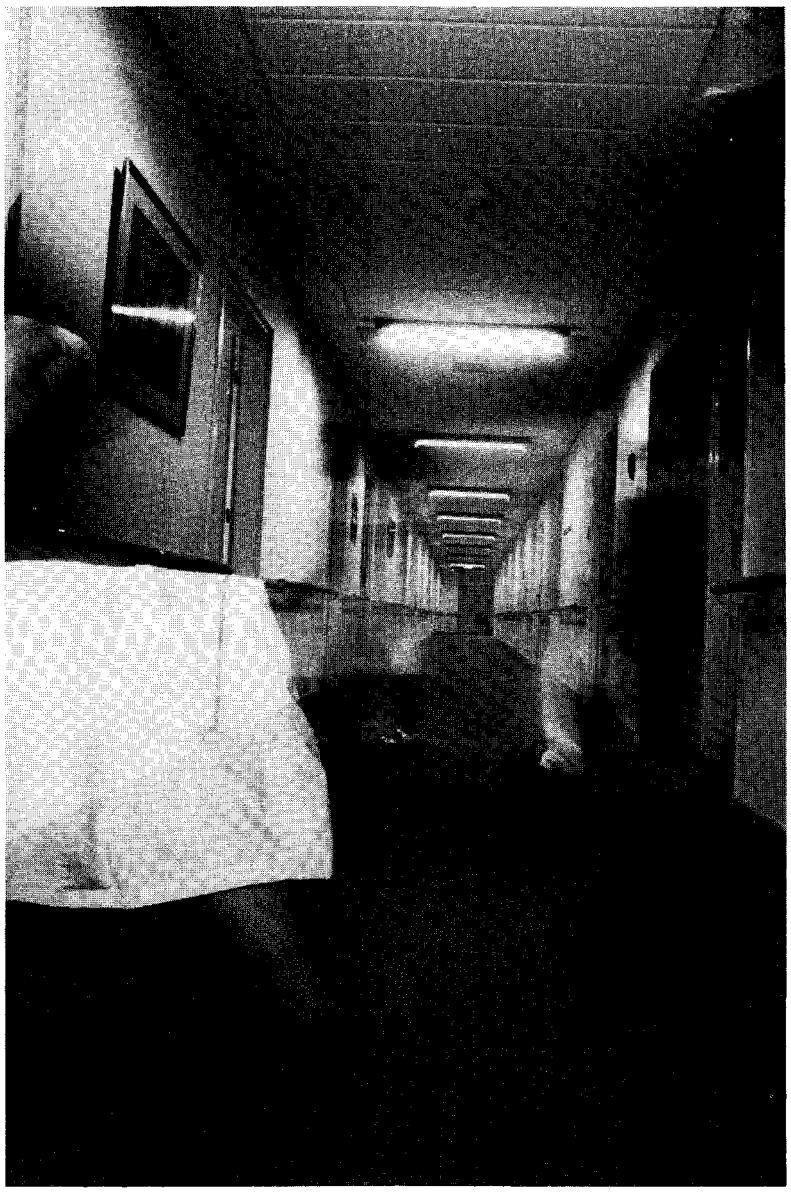


Foto: Wim Salis.

In de *werkstructuur* worden rondom de patiënt een aantal vormen van zorg georganiseerd:
- medische zorg (met technische aspecten, waarvan de uitvoering gedeeltelijk gebeurt door verpleegkundigen);
- verpleegkundige zorg (bestaande uit coördinatie van zorg, instrumenteel-technische en agogische aspecten);
- zorg door andere hulpverleners, zoals röntgen, fysiotherapie, maatschappelijk werk;
- het voorbereiden van de overgang naar de thuissituatie of het verpleeghuis (contacten met de eerste lijn: door de kortere opnameduur worden deze steeds frequenter).

Wil men al deze zorgaspecten goed coördineren, dan zal er één persoon **moeten** zijn die het geheel kan overzien. Deze kan zorgen voor een betere onderlinge afstemming tussen de verschillende activiteiten, en er op letten dat gemaakte afspraken worden nagekomen. Wederom lijkt de verpleegkundige de meest aan!?ewezen persoon om, In overleg met de patiënt, deze coördinatie op zich te nemen.

Evaluatie-onderzoek

In vijf ziekenhuizen in Oost-Nederland heeft men besloten om in 1987 en 1988 een patiëntgericht verpleegsysteem in te voeren, om de kwaliteit van de zorgverlening te vergroten. Het systeem, een soort EVV, werd in elk ziekenhuis ingevoerd door interne staffunctionarissen. Parallel hieraan is door de Hogeschool Nijmegen een evaluatieonderzoek gedaan om de kwaliteit van de nieuwe vorm van verplegen te vergelijken met die van de oude.
Het patiëntgericht verpleegsysteem dat werd ingevoerd, functioneert als volgt. Het afdelingshoofd delegeert haar of zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg, door aan iedere patiënt een 'eigen' verpleegkundige toe te wijzen. Deze structureert het verpleegkundig proces door, in overleg met de patiënt, verpleegdoelen te formuleren en op basis van de verpleegkundige diagnose een verpleegplan op te stellen.
In de vijf ziekenhuizen is dit systeem op in totaal negen afdelingen ingevoerd. Om na te gaan of het inderdaad de verwachte voordelen heeft, zijn op deze afdelingen drie uitvoerige metingen verricht. Onder meer werd gekeken naar de kwaliteit van de geleverde zorg, de tevredenheid van patiënten, stress bij patiënten en tevredenheid van verpleegkundigen. Eén meting vond plaats vóór de invoering, één na een half jaar en de laatste na zestien maanden.
Voor het meten van de kwaliteit van de zorgverlening is gebruik gemaakt van het korte instrument van Lacko. Dit meet coördinatie van zorg, instrumenteel-technische en agogische aspecten, door op een aantal concrete punten een standaard te formuleren waaraan de zorgverlening

Foto: Knud Thobyl/World Health Organization.

moet voldoen. Bijvoorbeeld, in instrumenteel-technisch opzicht: *'Bij bedpatiënten moet meerdere malen per dag aandacht besteed worden aan decubituspreventie.'*
Door vragen te stellen aan verpleegkundigen en patiënten en door de rapportage van patiënten te analyseren, kan nagegaan worden in hoeverre aan de betreffende standaard voldaan wordt. Dit wordt uitgedrukt in punten. In het voorbeeld: 1x per dag iets doen aan decubituspreventie - 0 punten, 2x -1 punt, meer dan 2x - 2 punten. De punten worden per aspect opgeteld en uitgedrukt in percentages van het totaal aantal te behalen punten.
De volgende percentages werden gevonden:

	Coördinatie van zorg	Instrumenteel technisch	Agogische aspecten
Voormeting	43,82%	61,39%	56,36%
Nameting	67,03%	81,36%	67,82%
Toename	+23,21%	+19,97%	+11,46%

De resultaten laten zien dat de kwaliteit van de zorgverlening op de negen afdelingen waar het nieuwe systeem is ingevoerd, aanmerkelijk is gestegen. Op de coördinatie van zorg, op het instrumenteel-technisch aspect en op het agogisch aspect vinden we een kwaliteitsverhoging van respectievelijk 23.21%, 19.97% en 11.46% (tegenover een lichte daling bij controlegroepen). Dit effect is bereikt met eenzelfde aantal verpleegkundigen, zodat veilig geconcludeerd kan worden dat met patiëntgericht verplegen een hogere kwaliteit in de zorgverlening bereikt wordt.
Deze bevindingen zijn in het licht van het probleem dat in het begin van dit artikel werd geschetst, zeer belangrijk. Een patiëntgericht verpleegsysteem kan de kwestie hoe met evenveel menskracht een intensievere en tegelijkertijd kwalitatief hoogstaande zorg te realiseren, ten deele oplossen. Deze conclusie wordt nog versterkt doordat bij de patiënten een afgenomen stress gemeten werd plus een grotere tevredenheid over de zorgverlening.[7] Bovendien blijkt dat de tevredenheid van de verpleegkundigen met hun werk stijgt en dat de door hen ervaren werkbelasting en stress verminderen. Ook dit is in het licht van het dreigend personeelstekort in de gezondheidszorg van de komende jaren een belangrijk resultaat.
Voor het (verpleegkundig) management van Algemene Ziekenhuizen zal invoering van het patiëntgericht verplegen dan ook een wezenlijke bijdrage kunnen vormen aan het realiseren van een kwalitatief hoogstaande verpleegkundige zorg.

Frits Bekkers is als onderzoeksmethodoloog verbonden aan het Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiekontwikkeling van de Hogeschool Nijmegen.

Nolen

1. Grunveld, J.F., en W. van der Windt, 'Hebben bezuinigingen effect op kwaliteit van verpleegkundige zorg?, in *Tijdschrift voor Ziekenverpleging,* 1988 (42) p. 644-646.
2. Hogewind, F., *Patiëntenstromen als planningsinstrument,* Utrecht, (NZI) 1988.
3. Eindhoven, A. van, *Een systeem van eerstverantwoordelijke verpleegkundige,* Lochem (De Tijdstroom) 1979.
4. Koene, G. et al., *Integrerende Verpleegkunde,* Lochem (De Tijdstroom) 1980.
5. Miller, LW. and W.H. Norman, 'Learned helplessness in humans: a review', in: *Psychological Bulletin,* 1979 (86), p. 93-118.
6. Milis, R.T. and D.S. Krantz, 'Information, choice and reactions to stress: a field experiment', in: *Journal of Personality and Social Psychology,* 1979 (37) p. 608-620.
7. Lacko, B., 'Vragenlijst verpleegkwaliteit, een instrument ter beoordeling van de verpleegkundige zorg, gebaseerd op een kwaliteitsprofiel', in: *Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor verpleegkundigen,* 1987 (1), p. 4-14.
8. Bekkers, F., 'Patiëntgericht Verplegen: Vormen en effecten na invoering', in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging,* 1989 (43), p. 275-279.

'Mensen moeten kunnen kiezen tussen een kleuren-tv en een kosmetische operatie'

Interview met Dr.Ir. P. Ros, voorzitter Raad van Bestuur AZVU, en drs. K. Stegenga, hoofd Bureau Management-ondersteuning AZVU

● ● ● ● ● ● ● ●

Janneke van Vliet

'Over kwaliteit moet je niet teveel praten, je moet het doen! In het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit mag iedereen er zijn eigen invulling aan geven. Wij, als Raad van Bestuur, geven geen exacte definitie, hoogstens een aantal handvaten.
Er zijn verschillende invalshoeken om het begrip kwaliteit te benaderen. Allereerst de professionele, vakinhoudelijke kant: deze krijgt altijd al veel aandacht. Ten tweede, de functiegerichte invalshoek. Dat wil zeggen: doe je iets waar een ander iets aan heeft? Hoe kijkt de klant tegen je diensten aan? Als laatste, de manier waarop je je diensten intern aanbiedt. Dit betreft vooral de onderlinge verhoudingen in een bedrijf, de manier waarop je met elkaar omgaat. De verschillende diensten en afdelingen moeten elkaar als klant gaan zien in plaats van als concurrent.

> Het gaat er natuurlijk gewoon om hoe we in een ziekenhuis met patiënten en met elkaar omgaan. Vroeger heette dat zorgvuldigheid, nu heet het kwaliteit.

Deze laatste invalshoek wordt in onze organisatie benadrukt. Uit ervaring van andere grote organisaties, zoals de KLM, is namelijk gebleken dat de kwaliteit van de externe dienstverlening sterk afhankelijk is van de interne dienstverlening. Kwaliteit is echter geen wondermiddel. . Het gaat er natuurlijk gewoon om hoe we in een ziekenhuis met patiënten en met elkaar omgaan. Vroeger heette dat zorgvuldigheid, nu heet het kwaliteit.'.

Nachtzusters op klompen

'Twee jaar geleden, na een lange periode van voorbereiding, zijn we gestart met een groot kwaliteitsproject voor het hele huis. Het project is geïnitieerd door de directie, die een kerngroep kwaliteit heeft benoemd waarin diverse disciplines vertegenwoordigd zijn.
Wij zijn begonnen met het organiseren van werkconferenties over kwaliteitsbevordering voor het hoger kader, en later ook voor het middenkader. We stimuleren mensen om zelf kwaliteitsprojecten op te zetten, die ondersteund kunnen worden door het stafbureau of met financiële middelen. Alle secretaresses zijn bijvoorbeeld onlangs naar een werkconferentie over kwaliteit geweest. Een gevolg daarvan is dat een aantal van hen nu eenmaal per maand bij elkaar komt om het functioneren van secretaresses in het algemeen te verbeteren. Zij geven zelf advies over cursussen en automatisering. Hiervoor is iemand een dag per week vrijgesteld.
De meeste onderwerpen die tot kwaliteitsverbetering leiden, worden door de mensen van de werkvloer aangedragen. Bijvoorbeeld het idee om de maaltijden aan de patiënten te laten verstrekken door de mensen van de keuken: dat werkt het beste.
Als directie nemen wij ook initiatieven om het goede voorbeeld te geven. In het kader van het jaarthema voor 1989, 'Huis op orde', hebben wij de technische dienst systematisch alle ruimten laten doorlopen, om te kijken of er mankementen zijn en deze vervolgens te repareren. Opvallend daarbij was dat de meeste gebreken gevonden werden in de patiëntenkamers. Blijkbaar werden deze door het personeel het minst gesignaleerd en doorgegeven.
Vorig jaar is twee maanden lang op drie afdelingen een enquête gehouden onder alle patiënten die ontslagen werden. Het meest opvallend was dat patiënten vaak klagen

Tijdens een schoonmaakoperatie in het kader van het project 'Huis op orde' kwam de naam van het VU-ziekenhuis weer te voorschijn. Bron: Äl'VU.

over voor ons onverwachte zaken, zoals bijvoorbeeld het lopen op houten klompen door verpleegkundigen tijdens de nachtdienst, of het' s morgens vroeg om zes uur gewekt worden. Aan die zaken is ook wat gedaan."

Geld

'Een van de argumenten om aan kwaliteit te doen is dat je je als ziekenhuis hiermee kunt profileren. Wij willen ons onderscheiden van andere ziekenhuizen in de omgeving en we denken dat we dat ook doen! Als je een slechte naam hebt, merk je dat in je budget niet direct, maar op de langere termijn kom je bij de financiers niet meer aan de bak als je wilt uitbreiden of iets nieuws wilt. Zo'n slechte naam heeft niet alleen te maken met professionele kwaliteit, maar ook met bejegening, zoals lange wachttijden, vaak moeten terugkomen, foto's die kwijtraken enzovoort.

De gezondheidszorg mag echter nooit zo commercieel gaan werken als banken of vliegtuigmaatschappijen. Dat zou slecht zijn voor de kwaliteit van het professionele handelen. Voor deze branche is het heel gevaarlijk om maar wat minder te doen omdat dat goedkoper is. Het toenemend kostenbewustzijn van ziekenfondsen en verzekeraars kan dan ook ten koste gaan van de kwaliteit. Geld voert te vaak de boventoon in de argumentatie. Ook is het niet altijd gunstig als alle ziekenhuizen zich aan de laagste prijzen moeten houden. Stel dat bijvoorbeeld het ene ziekenhuis voor een röntgenfoto twintig gulden zou reken, en het andere vijfentwintig. Daarin kunnen heel goed kwaliteitsargumenten een rol spelen, zoals betere apparatuur en daardoor minder kans op missers."

Oogoperatie

'Wat betreft de overheid, die moet zich niet bemoeien met de omvang van de voorzieningen. Als mensen zelf willen betalen voor gezondheidszorg, moet die mogelijkheid er zijn. Voor een bepaalde oogoperatie zijn er nu wachttijden van een jaar; zelfs als patiënten willen bijbetalen kunnen zij niet eerder geholpen worden. Een techniek als in vitro fertilisatie zit nog niet in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen, wij kunnen daardoor zelf een prijs berekenen. Het blijkt dat mensen uit alle rangen en standen bereid zijn om voor dit soort operaties geld uit te geven. Men moet kunnen kiezen tussen een kleuren-TV en een kosmetische operatie.

De overheid moet wel garanderen dat basisvoorzieningen voor iedereen toegankelijk blijven. Wat basisvoorzieningen zijn, moet de politiek uitmaken. Door middel van de inspectie kan de overheid ervoor zorgen dat de aanbieders van zorg behoorlijke waar verstrekken.

Er is nu sprake van accreditatie: ik vind dat geen taak voor de overheid maar voor de organisaties zelf. In landen waar de ziekenhuizen zelf een accreditatiesysteem hebben opgezet en dit ook zelf uitvoeren, zoals in Canada en Australië, blijkt dit goed te werken, in tegenstelling tot de vs, waar het systeem buiten de instellingen om geregeld is. Daar is het verworden tot een bureaucratie. Instellingen en professionals zijn prima in staat dit zelf te regelen."

'Een kwestie van geweten'

Interview met Ronald Bax, fysiotherapeut in een verpleeghuis

●●●●●●●●

Gabriëlle Verbeek

'Wat in mijn vak kwaliteit is? Moeilijke vraag. Kwaliteit heeft met je geweten te maken. Hoe behandel ik een patiënt, haal ik er alles uit wat er inzit, in ieder geval bij mensen die zelf ook verder willen ... '

'Hoe minimaal het resultaat ook kan zijn. Soms stel je de doelen ook wel te hoog: bijvoorbeeld, met mensen met halfzijdige verlammingen weet je nooit hoe ver je kunt komen.
Naast de kwaliteit van het technisch handelen heb je het organisatorische aspect en de kwaliteit van het contact met de patiënt. Dat is in ons vak hier misschien wel het allerbelangrijkste. Het gaat om de sociale vaardigheden, ik denk dat dat een gave is die je moet hebben. Je moet proberen mensen uit een dal te trekken: die ervaring heb ik tenminste. Als duidelijk wordt dat ze niet meer verder kunnen, ga je mensen begeleiden: dit is waarschijnlijk uw grens en van hier af moeten we verder.'

Witte-jassensyndroom

'Er zijn hier ook patiënten die eigenlijk niet meer veel willen, hoewel het misschien wel zou kunnen. Soms heeft het ook geen zin meer. Ik heb bijvoorbeeld een amputatiepatiënt van 94 jaar, die we wat oefenen op bed, en die heb ik ook in alle eerlijkheid gezegd: als ik zo oud ben als u en ik lig in bed, dan heb ik een stok naast mijn bed om al die fysiotherapeuten van me af te slaan. Want op dat moment denk ik ook: is dit nog zinvol?
Wat je moet doen is van de wensen van de bewoners uitgaan, mits dat redelijk is. Een heleboel mensen hebben nog het witte-jassensyndroom. Dat wij het toch beter moeten weten voor hen. Ik denk dat de mondigheid best toe zal nemen. Die 94-jarige zei duidelijk: moet dat allemaal? En we hebben het toen tot een minimum teruggebracht. Maar er zijn ook mensen die ja en amen knikken, maar ondertussen heel anders denken, die dichtslaan als je over hun behoeften probeert te praten. Af en toe heb ik het gevoel dat ze meer voor ons komen dan voor zichzelf.
Er is nu een bewoners raad opgezet, die komt langzaam op gang. Het is moeilijk om mensen te vinden die mondig zijn en er hun tijd in willen steken. Maar je ziet dat zij bezig zijn met problemen waar wij niet op zouden komen, waar wij niet bij stilstaan. De eerste die door de bewonersraad werd uitgenodigd om te komen praten, was de chef-kok. We werken niet met keuzemenu's en de bewoners wilden ook een eigen dagindeling. Mensen wilden ook eens op een andere plek gaan eten. Er zijn nu projecten om uit eten te gaan. Het wordt wel soepeler, hoewel we altijd zitten met het probleem van gebrek aan personeel.. Mensen komen daardoor ondanks alle goede bedoelingen toch tekort.''

Tegendraads

'Ik denk niet dat je, zodra een patiënt blijk geeft dat hij het prettig vindt, kunt zeggen dat je het goed doet.. Af en toe moet je tegendraads te werk gaan in de benadering van patiënten. Ik val terug op mijn eigen geweten. Als patiënten die met ontslag zijn gegaan, daarna toevallig op bezoek komen in het verpleeghuis en het blijkt dat het heel goed met ze gaat, dat ze blij zijn dat ze hier geweest zijn en dat ze goed geholpen werden, ja, dan ervaar ik dat als een voldoening. Dan is het een goede manier geweest. Omdat het ook in hun thuissituatie langere tijd goed gegaan is: dat is het belangrijkste.
Ik heb ook eens een keer iemand te vroeg zelfstandig laten lopen met een looprekje. Hij is gevallen en heeft zijn heup gebroken, omdat hij zelf naar het toilet ging. Toen had ik een soort wroeging. Het is mijn verantwoordelijkheid geweest.''

Vernieuwingen

'Ik werk hier in een klein verrleeghuis, 120 patiënten, met daardoor vrij veel informee contact. Er zijn een aantal vernieuwingen gekomen, vooral vanuit de verpleging, dat gaat in een heel ras tempo. We hebben het Evv-systeem hier ingevoerd: de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende of Verpleegkundige. Die krijgt bepaalde patiënten toegewezen en wordt daarvoor contactpersoon. Dat maakt het overleg veel gemakkelijker, ook met ons fysiotherapeuten.
Verpleegplan en behandelplan zitten nu in een map, er is een gemeenschappelijk dossier gekomen. De samenwerking is groeiende, een prima ontwikkeling. Er zijn overlegvormen ingesteld, die ook op papier zijn gezet. Naar iedereen toe is nu duidelijk hoe de organisatie in elkaar

Foto: Wim Salis.

steekt. Daardoor is iedereen zich meer bewust van zijn eigen verantwoordelijkheden, ook wat de kwaliteit betreft.

De externe contacten zouden beter kunnen. Er zou meer overleg met de ziekenhuizen moeten komen. Sommige mensen met een matige prognose worden bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis verwezen met verkeerde verwachtingen: *"U gaat naar het verpleeghuis, daar hebben ze meer tijd voor u, daar maken ie u weer helemaal beter."* We moeten hen dan teleurstellen. Die mensen zitten met de gebakken peren en het lijkt alsof het onwil van onze kant is.'

Die amputatiepatiënt van 94 jaar heb ik in alle eerlijkheid gezegd: als ik zo oud ben als u en ik lig in bed, dan heb ik een stok naast mijn bed om al die fysiotherapeuten van me af te slaan.

In de breedte gegroeid

'De manier waarop we hier werken is heel anders dan wat er in de opleiding wordt geleerd. Dat zien we aan de stageaires: die klappen hier af en toe tegen een muur aan, omdat alles wat hen zo mooi voorgespiegeld is, niet klopt. Van: zo moet je het aanpakken en zo wordt de patiënt beter. Dan gaan ze bij ons zeer enthousiast aan de slag, maar de patiënt wordt niet beter. De mogelijkheden in een verpleeghuis zijn vaak heel beperkt. De doeleinden liggen anders. Ik ging zelf in een verpleeghuis werken omdat ik het contact met mensen leuk vond, niet voor het technisch kunnen.

Dit beroep is heel breed. Van naalden in je oor tot massage, dat wordt allemaal tot de fysiotherapie gerekend. Ons beroep is in de breedte gegroeid, maar niet in de diepte. En iedereen heeft zijn eigen specialisatie en vindt dat dat werkt. Als je met een tennisellebooog langs tien verschillende fysiotherapeuten gaat, zul je op tien verschillende manieren behandeld worden. Wat goed is, is moeilijk uit te zoeken. Je kunt alleen uitzoeken wat het slechtste is. Daarvoor heb je goed experimenteel onderzoek nodig, gekoppeld aan theorie en een toets in de praktijk. Die wetenschappelijke basis ontbreekt nog.'.

Hand in eigen boezem

Of twee handen op een buik? Intercollegiale toetsing onder medisch specialisten

●●●●●●●●

Niek S. Klazinga

Specialist is een solitair beroep. Hoe goed de specialisten werken horen ze zelden van patiënten, en ook veel collega's beschouwen elkaars professioneel handelen als een privé-aangelegenheid. Om toch garant te kunnen staan voor 'goede' dokters, zijn door de medische professie in de loop der jaren diverse procedures ontwikkeld.

De jongste, intercollegiale toetsing, is als kwaliteitssysteem niet onomstreden.

Niek Klazinga schetst de methode, de voors en tegens, en werpt vast een blik in de toekomst..

'Zeer nadrukkelijk gaan de samenstellers uit van het principe, dat het de medische professie zelf is die het medisch handelen toetst, omdat zonder de actieve inbreng en inzet van de medisch-specialistische deskundigheid enerzijds de toetsing niet boven het niveau van een marginaal gebeuren kan uitkomen, anderzijds het kwaliteitsbevorderende effect van de toetsing slechts zeer gering zal zijn.' 'Het doel der toetsing is een effectief hulpmiddel te zijn bij een collectieve en continue educatie en het streven naar het verbeteren van het niveau van het medisch handelen. '

Bovenstaande citaten zijn afkomstig uit het rapport *Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen,* dat in 1976 werd uitgebracht door de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen.' Dit rapport vormt de basis van de intercollegiale toetsing onder specialisten in Nederland en gaf de aanzet tot de oprichting van het eBO, het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing, in 1979.

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van intercollegiale toetsing onder medisch specialisten als een voorbeeld van een kwaliteitssysteem. Er wordt ingegaan op de mogelijkheden en voordelen, en ook beperkingen en bedenkingen komen ter sprake. Tenslotte komt de vraag aan bod welke ontwikkelingen wenselijk zijn, wil een kwaliteitssysteem als dit op de lange duur overleven. Het zal daarbij steeds gaan om het vinden van een juist evenwicht tussen professionele deskundigheid en autonomie enerzijds en de controleerbaarheid en het vertrouwen in het medisch specialistisch handelen anderzijds.

Steken specialisten bij interne toetsing de hand werkelijk in eigen boezem, of geldt het principe van twee handen op één buik?

Vangnet op afstand

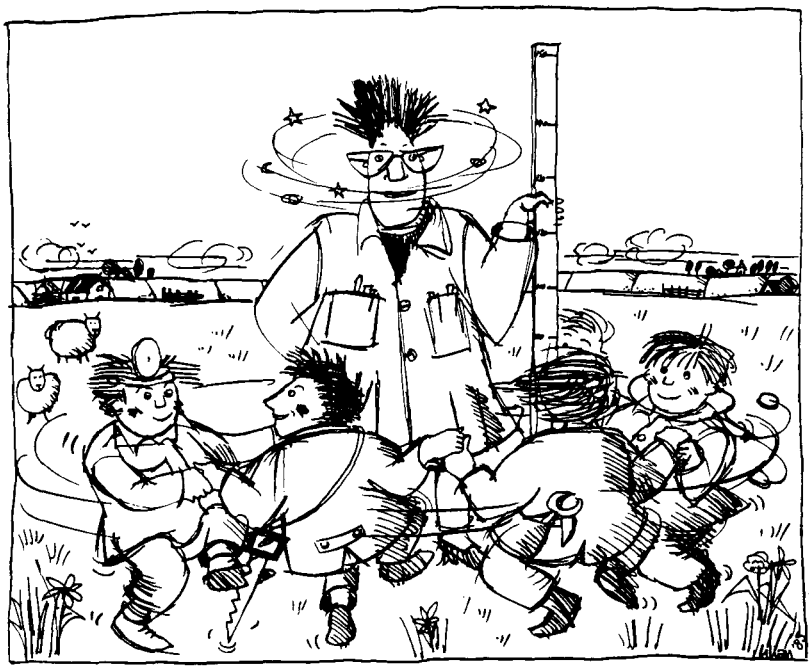
In de bijdrage van Gabriëlle Verbeek aan dit themanummer is al duidelijk geworden dat het begrip kwaliteit veel verschillende aspecten heeft. De waardering van deze aspecten verschilt al naar gelang de rol die men binnen het gezondheidszorgsysteem speelt.

Voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1988 een begrippenkader ontworpen dat een goed handvat biedt bij het nader expliciteren van het amorfe begrip kwalireit.' De raad onderscheidt een drietal categorieën van kwaliteit van de beroepsuitoefening: de kwaliteit van het *methodisch-technisch handelen,* de *attitude van de beroepsbeoefenaar,* en de kwaliteit van de *organisatie van de beroepsuitoefening.* Bij de medisch specialisten blijken vooral de doeltreffendheid van het technisch handelen en de (medische organisatorische) doelmatigheid centraal te staan.'

Vanouds werd het begrip doeltreffendheid geassocieerd met de kwaliteit van de zorg: het leveren van die zorg die gezien de huidige kennis en mogelijkheden een optimaal resultaat voor de patiënt geeft. Daarbij werd de juistheid van diagnose en therapie afgemeten aan het resultaat. De laatste jaren heeft, mede onder druk van het kostenbeheersingsstreven, het begrip doelmatigheid zijn intrede gedaan in de begripsomschrijving van kwaliteit: dit laatste wordt nu omschreven als de mate van bereikte baat in de zorg met een verantwoord gebruik van middelen en diensten: Een goede dokter moet dus niet alleen zijn patiënten beter maken maar dient ook verantwoord met de beperkte middelen om te gaan.

Om als beroepsgroep garant te kunnen staan voor 'goede dokters' zijn in de loop der jaren al diverse 'kwaliteitssystemen' ontwikkeld." Een voorbeeld is het systeem voor de vervolgopleiding tot specialist, met visitatie van opleidingsklinieken en een registratie van bevoegde specialisten. Maar ook de na- en bijscholing en de gedragsregels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K:-:.\lG) kunnen gezien wor-

den als eigen kwaliteitsbevorderingsactiviteiten.
Dat het kwaliteitsbewustzijn van artsen verder reikt dan deskundigheid alleen blijkt onder andere uit recente initiatieven om ook op andere terreinen kwaliteit te expliciteren. Zo hebben de KNMG en het Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform (LPCP) een gezamenlijke arts-patiëntovereenkomst opgesteld" waarin hun wederzijdse rechten en plichten zijn vastgelegd. Wat betreft de organisatie van de praktijkvoering heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kortgeleden een rapport over de bereikbaarheid van de huisarts uitgebracht waarin duidelijke bereikbaarheidseisen worden geformuleerd,"
Hoewel van al deze activiteiten zeker een kwalitcitsbevorderend effect uitgaat, hebben ze ook het karakter van een vangnet op afstand. Een methode die de potentie heeft het handelen van de individuele specialist rechtstreeks te beïnvloeden, is de intercollegiale toetsing.



Bron: eBa

Cons ens uswer kgroep
Intercollegiale toetsing wordt omschreven als een probleemgerichte, systematische evaluatie van het medisch handelen door de betrokken zorgverleners zelf. In de praktijk betekent dit dat binnen de medische staf van een ziekenhuis rond zelf gekozen onderwerpen evaluatie plaatsvindt.
In de ziekenhuizen worden de toetsingsactiviteiten gecoördineerd door de Intercollegiale Toetsingscommissie (rrc), een commissie van de medische staf.. Anno 1989 Jaarlijks wordt een groot aantal onderwerpen voor toetsing ter hand genomen; de tabel op deze bladzij geeft een lijst van de meest populaire toetsingsonderwerpen.
Niet alle onderwerpen doorlopen volledig de zes stappen van het toetsingsmodel.
In een aantal gevallen volstaat men met het gezamenlijk analyseren van een probleem of het formuleren van een protocol.
Naast de ontwikkeling van criteria in ziekenhuizen is er ook sprake van het ontwikkelen van richtlijnen door medisch specialisten op landelijk niveau. De Wetenschappelijke Raad van het CBO, waarin alle wetenschappelijke verenigingen van specialisten zijn vertegenwoordigd, stimuleert de totstandkoming van dergelijke richtlijnen.
In feite is de landelijke consensusontwikkeling complementair aan de intercollegiale toetsing in de ziekenhuizen. Vanuit de ziekenhuizen komen onderwerpen naar voren die op lokaal niveau niet kunnen worden opgelost. Deze worden door deskundigen in een consensuswerkgroep bestudeerd. De werkgroep formuleert conceptrichtlijnen en deze worden tijdens een openbare bijeenkomst (consensusbijeenkomst) bediscussieerd en vastgesteld. Vervolgens vindt, wederom veelal via de toetsingscommissies, implementatie van de richtlijnen in de ziekenhuizen plaats."

Overzicht van 15 populaire toetsingsonderwerpen

1. Anticoagulantiabeleid
2. Pre-operatief onderzoek
3. Antibioticabeleid
4. Intercollegiale consulten
5. Statusvoering
6. Bloedtransfusiebeleid
7. Decubitusbeleid
8. Blaascatheterisatie
9. Infuusbeleid
10. Algemeen geneesmiddelenbeleid (formularium/verslaglegging/uitvoering)
11. CITo-bepalingen
12. Coördinatie van het beleid op de ICU
13. Voorlichting aan patiënten
14. Beleid bij diabetespatiënten
15. Beleid bij mammacarcinoom

Naadloze **aansluiting**
De probleem-georiënteerde intercollegiale toetsing op het niveau van de medische staf heeft diverse voordelen.
Allereerst vloeit de methode direct voort uit wat bedrijfskundigen het primaire proces noemen en wat in de gezondheidszorg de directe patiëntenzorg heet. Geen controle van buitenaf maar zelfevaluatie op de werkvloer. Een benadering die naadloos aansluit bij de methode van de kwaliteitskringen in de industrie. Die bevordert dat relevante onderwerpen worden aangepakt en praktische oplossingen worden gevonden, waarbij de deskundigheid van de werkers benut wordt en de eigen verantwoordelijkheid van mensen vergroot. Voor professionals als medisch specialisten lijkt een dergelijke methode dan ook te verkiezen boven een bureaucratische externe controle.
Een ander voordeel van zelfevaluatie door intercollegiale toetsing is dat, door zelf criteria voor goede zorg te formuleren en directe feedback te krijgen over het eigen functioneren, de betrokkenheid van de specialisten bij het kwaliteitssysteem wordt vergroot. Hierdoor zullen noodzakelijke veranderingen eerder worden geaccepteerd en sneller leiden tot daadwerkelijke gedragsveranderingen.
Daarnaast biedt intercollegiale toetsing de mogelijkheid van het leggen van een directe link met een andere vorm van kwaliteitsbevordering: de na- en bijscholing." Lacunes die bij intercollegiale toetsing gesignaleerd worden, kun-

nen onderdeel gaan uitmaken van deze scholing, en omgekeerd kan het effect van scholing weer via toetsing zichtbaar worden.
De methode sluit met deze voordelen aan bij de wens van de beroepsgroep om vanuit de professionele verantwoordelijkheid vorm te geven aan kwaliteitsbevordering op een manier die enerzijds aansluit bij de dagelijkse praktijk en anderzijds past binnen de eigen groepscultuur.

Toedekken

De voordelen van de bovenbeschreven methode zullen door iemand die zelf niet tot de groep van medisch specialisten behoort en niet op voorhand een onbeperkt vertrouwen in de beroepsgroep heeft, ook als nadelen kunnen worden uitgelegd. Door de toetsing onder collega's te houden kan bij de buitenstaander het gevoel ontstaan dat problemen worden toegedekt. Ook kan men twijfelen aan de betrouwbaarheid van het kwaliteitsoordeel van specialisten, zeker wanneer het gaat om de niettechnische aspecten van de zorgverlening.

Visioen van een scepticus

Deze problemen zijn niet van methodologische aard, ze doen niets af aan het systeem van intercollegiale toetsing zoals zodanig. Het is echter wel zo dat de toepassing hiervan op dit moment nog beperkt is tot voornamelijk methodisch-technische - en tot op zekere hoogte medisch-organisatorische - zaken. Het kwaliteitsbegrip dat gehanteerd wordt is dat van de medisch specialist, en tot op heden heeft dit vooral betrekking op effectiviteit en doelmatigheid van zorg. In de toekomst zal het toepassingsgebied verbreed moeten worden tot attitude-aspecten, te meer omdat zonder dit geen volledige acceptatie van het systeem door externe partijen zal plaatsvinden.
Een ander mogelijk bezwaar vindt haar oorsprong in het feit dat voor de oplossing van veel instellingsproblemen, behalve de medewerking van de medisch specialisten, ook die van verpleegkundigen, andere zorgverleners en management vereist is. Wanneer men de toetsingscommissie aan de medische staf koppelt, dreigt het gevaar van 'professionele compartimentalisering' van de zorg: het ontstaan van verschillende groepen zorgverleners met allen hun methoden voor kwaliteitsbevordering, zonder dat hun onderlinge afstemming en samenwerking in de toetsing betrokken wordt. Aangezien veel van de problemen in ziekenhuizen juist liggen op het terrein van de onderlinge communicatie en de organisatie van de zorg, mag men niet verwachten dat goede artsen en verpleegkundigen een garantie zijn voor goede patiëntenzorg. [10]
Een andere beperking is dat het systeem grotendeels gebaseerd is op vrijwilligheid. Hoewel het bestaan van een toetsingscommissie is vastgelegd in de erkenningseisen voor ziekenhuizen, zal in de praktijk de *'peer pressure'* de drijvende kracht achter veranderingen moeten zijn.

En thousiastelingen

Intercollegiale toetsing onder medische specialisten bestaat nu als expliciet kwaliteitssysteem tien jaar. In die periode heeft het zich van een initiatief van enkele enthousiaste specialisten ontwikkeld tot een geaccepteerd model binnen de beroepsgroep. Hiermee neemt Nederland binnen Europa een unieke positie in: in de ons omringende landen is soms nog niet eens de organisatie van een medische staf tot ontwikkeling gekomen. Een en ander wil echter niet zeggen dat het functioneren van de kwaliteitsbewaking door toetsing voor honderd procent gegarandeerd is. Het introduceren van dit systeem gaat gepaard met de nodige weerstanden.
Eigenlijk is intercollegiale toetsing te vergelijken met ieder ander innovatieproces. Het succes van een innovatie kan zowel liggen aan de kenmerken van de innovatie zelf als aan die van de groep waarvoor ze bedoeld is. In zijn boek *Diffusion of innouations"* onderscheidt Everett Rogers een vijftal kenmerken van de innovatie zelf die van belang zijn voor haar slagen: relatief voordeel, compatibiliteit, mate van complexiteit, experimenteerbaarheid en zichtbaarheid.
Wanneer we deze 'sleutelkarakteristieken' op het systeem van intercollegiale toetsing betrekken, valt op dat het relatieve voordeel hier beperkt is: het gewin zit voor de specialist in statusverhoging (professionaliteit) maar niet in economisch voordeel. Het tegendeel is waar, tijd besteed aan toetsing gaat ten koste van financieel produktieve tijd. Wel zijn de ideeën over toetsing compatibel met de bestaande denkbeelden binnen de medische professie over professionele autonomie.
Wat de complexiteit betreft luidt de stelling dat een innovatie eerder slaagt naarmate het idee simpeler is. De grondgedachte van toetsing is in wezen heel simpel: zeggen wat je wilt doen en kijken of dat ook gebeurt. Op zich mag de complexiteit van de methode dan ook geen remmende factor zijn voor het slagen van de innovatie. Ook het punt van de experimenteerbaarheid lijkt geen probleem te leveren: een paar ziekenhuizen kunnen een start maken en daarmee een voorbeeldfunctie vervullen. Dit is eind jaren zeventig gedaan door ziekenhuis De Weezenlanden in Zwolle en door het De Wever-ziekenhuis in Heerlen.
Wat betreft de zichtbaarheid van de resultaten van de innovatie, laat toetsing slechts verbeteringen zien op een beperkt aantal deelterreinen van zorgverlening. Zichtbare resultaten zijn wel aanwezig, maar zijn niet te benoemen in brede bewoordingen als 'verbetering van *de* kwaliteit van de zorg'.
Ook de kenmerken van de doelgroep zijn van belang wanneer we de kans op succes van een innovatie willen analyseren. Belangrijk daarbij zijn veranderingsgezindheid en ondernemingszin. In de loop der jaren is gebleken dat deze eigenschappen binnen de medische staven inderdaad aanwezig zijn. Vaak gaat het in het begin om een kleine kern van enthousiastelingen die, opboksend tegen aanvankelijke weerstand en/of desinteresse, het idee van toetsing ingang trachten te doen vinden. Dit gebeurt veelal door voorlichting (bijvoorbeeld lezingen door het CSO) en discussie in de medische staf. In het overgrote deel van de ziekenhuizen waar zich dit de laatste tien jaar heeft afgespeeld kwam het tot acceptatie van de intercollegiale toetsing.
Er zijn echter ook veel problemen van inhoudelijke dan wel praktische aard, die ontstaan wanneer men met de feitelijke uitvoering begint.'! Hieronder zijn een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor het formuleren van criteria; beperkingen van de bestaande registratiesystemen; gebrek aan tijd van specialisten; en een ge-

brek aan ondersteuning vanuit het ziekenhuismanagement, bijvoorbeeld in secretarieel opzicht of bij praktische toetsingsactiviteiten als starusonderzoek.
Ondanks deze beperkingen lijkt het principe van de intercollegiale toetsing als kwaliteitssysteem op theoretische én ervaringsgronden effect te sorteren, en valt het mijns inziens zowel op basis van kwaliteits- als van innovatietheorieën te verkiezen boven uitgebreide systemen van externe toetsing. [13]

Multidisciplinaire aanpak

Wil de intercollegiale toetsing echter nog verder tot ontwikkeling komen, dan zal aan een aantal zaken aandacht moeten worden besteed. Ten eerste dient, zoals gezegd, niet alleen de kwaliteit van het methodisch-technisch handelen en van de organisatie te worden getoetst maar ook die van de attitude. Wanneer toetsing meer ingeburgerd raakt onder specialisten zal ook dit aspect van kwaliteit geëvalueerd dienen te worden.
In de tweede plaats is, naast de probleem-georiënteerde vorm van intercollegiale toetsing, ook de ontwikkeling van continue kwaliteitsbewaking op specifieke medisch-specialistische zorgaspecten noodzakelijk. Hier valt te denken aan registratie van complicaties, infecties, geneesmiddelengebruik en gebruik van bloedprodukten.
Een volgend punt is dat evaluatie van het professioneel handelen altijd gerelateerd dient te worden aan het primaire proces, de patiëntenzorg. Dit betekent onder andere dat een multidisciplinaire aanpak van toetsingsonderwerpen de voorkeur verdient. Voor een goede afstemming op de professie-gebonden vormen van kwaliteitsbewaking en het functioneren van het ziekenhuis als geheel, draagt het ziekenhuismanagement een grote verantwoordelijkheid. [14]
Tenslotte moet erkenning van de intercollegiale toetsing als kwaliteitssysteem ook in de financiering tot uiting komen. In plaats van de huidige financiële ontmoediging (toetsen kost tijd en levert geen geld op) dienen stimulansen voor het voeren van een actief kwaliteitsbevorderingsbeleid te worden ontwikkeld.

Intercollegiale toetsing onder medisch specialisten is als kwaliteitssysteem zeker niet zaligmakend. Het is echter wel een van de weinige systemen die tegen alle weerstanden in momenteel feitelijk geïmplementeerd is. Bij alle voornemens die beroepsgroepen, ziekenhuismanagement, verzekeraars, overheid en patiënten c.q. consumenten momenteel opperen in het kader van kwaliteitsbeleid, verdienen daarom evaluatie en verdere ontwikkeling van dit systeem alle aandacht.

Niek S. Klazinga is stafmedewerker bij het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.

Noten

1. Landelijke Specialisten Vereniging, *Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen,* Utrecht, , 1976.
2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Discussienota Begrippenkader Kwaliteit van de Beroepsuitoefening,* Zoetermeer, 1986.
3. Landelijke Specialisten Vereniging, *De specialist van morgen,* Utrecht, , 1988.
4. Williamson, JW., *Assessing and improving outcomes of health care,* Cam bridge, Massachusetts (Balling Publications) 1978.
5. Klazinga, N.S., Touw, P.P.J., en J.J.E. van Everdingen, 'Kwaliteitsbevordering in de specialistische geneeskunde', in: *Bijblijven* 4 (1988), p. 31-45.
6. 'Modelovereenkomst arts- patiënt, een overeenkomst tussen LPCP en KNMG', in: *Medisch Contact* 44 (1989), p. 551-555.
7. Landelijke Huisartsen Vereniging, *De bereikbaarheid van de huisarts,* Utrecht, 1989.
8. Everdingen, J.J.E. van, *Consensusontwikkeling in de geneeskunde.* Dissertatie. Utrecht (Bohn, Scheltema & Holkema) 1988. Een overzicht van de door het CBO georganiseerde Consensusbijeenkomsten is aldaar verkrijgbaar.
9. Brown, C.R. en D.S. Fleisher, The bicycle concept. Relating continuing education directly to care', in: *New England Joumal of Medicine* 284 (1971), p. 88-97 (supplement).
10. Klazinga, N.S. en E. Reerink, 'Epidemiologie van kwaliteitsproblemen bij medisch-specialistische zorgverlening', in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 66 (1988), 11: p.29.
11. Rogers, E.M., *Diffusion of innovations* (third edition), New Vork (The Free Press) 1983.
12. Reerink, E., 'Gestructureerde kwaliteitsbevordering in algemene ziekenhuizen in Nederland', in: *Boerhaave Cahiers* 1: *Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen,* Alphen aan de Rijn (Stafteu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij) 1989.
13. Sprij, B., Casparie, A.F. en R. Grol, 'Interventiemethoden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen: wat is effectief?', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 133 (1989) 22: p. 1115-1118.
14. Klazinga, N.S., 'Hospital audit: een kwaliteitsbevorderingsbeleid op instellingsniveau', in: *Patiënt, zorg en management, Stichting Sympoz-/11* (Ontwikkelingen in de gezondheidszorg: deel 5) 1987, p. 93-98.

Het overvragende Jong en de verstandige mens

Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

●●●●●●●●

Hetty Vlug

Eind augustus 1989: in het midden van het land zijn drie door de wol geverfde vrouwen uit de patiëntenbeweging bijeen voor een door TGP georganiseerd ronde-tafelgesprek: Marguerite Welle Donker vanuit de Gehandicaptenraad, Margreet van Bergen van de Vereniging Kind en Ziekenhuis en Rita Galliard van het Gouds Patiëntenplatform.

Kwaliteit is een hot item, het aantal artikelen, onderzoeken en discussies neemt kwantitatief enorm toe. Hoe kijken de drie vertegenwoordigers vanuit de patiëntenbeweging daar tegenaan, wat is kwaliteit vanuit patiëntenperspectief en hoe valt dat te realiseren?

De Vereniging Kind en Ziekenhuis is nu ruim twaalf jaar bezig aandacht te vragen voor 'het welzijn van het kind voor, tijdens en na ziekenhuizen'. 'We zijn vanaf het allereerste begin van de vereniging met kwaliteit bezig geweest. Het eerste waar we voor vochten was kinderen uit de tuigjes te krijgen; dat was, achteraf gezien, ook al een vorm daarvan.' Rita Galliard werkte vanuit een algemene patiëntenvereniging in 1976 al samen met een huisarts die zijn praktijk wilde verbeteren. 'De huisarts had zelf behoefte aan mensen die hem stimuleerden en erop attent maakten wat er niet goed ging. Er zijn in de loop van de jaren enorme verbeteringen aangebracht, maar wij spraken in die tijd niet over kwaliteit.'

Anno 1989 is het begrip kwaliteit niet meer weg te denken. Het lijkt een concept te zijn geworden waar iedereen mee kan doen wat hij of zij wil. Dé kwaliteit bestaat niet: verzekeraars, beroepsbeoefenaren en patiënten brengen tenminste elk andere accenten aan.' Rita Galliard is een van de auteurs van een boekje over de gewenste kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts." Kwaliteit verwoordt zij als 'de best mogelijke zorg, zoals ik die aan den lijve ondervind, ervaar of er tegenaan kijk'. De discrepantie die kan bestaan tussen een persoonlijke kwaliteitservaring - in hoeverre komt wat ik krijg overeen met wat ik verwacht en graag wil hebben? - en algemene kwaliteitservaring, verdwijnt door het sleutelbegrip keuze in te voeren. Een veelheid aan keuzemogelijkheden voor patiënten en consumenten betekent dat de persoonlijke behoeften centraal kunnen staan.

Margreet van Bergen legt daarnaast een ander accent. 'Kwaliteit is minder onnodig verdriet, minder onnodige pijn, minder leed, minder onnodige spanningen, minder onnodige ergernissen.' Marguerite Welle Donker reageert: 'Onnodig is net zo breed als kwaliteit. Ik kan niet aangeven wat kwaliteit is. Ik denk dat je nooit een bepaald niveau moet aangeven want dat verandert. Je moet praten over een proces, over het verbeteren van ... Het uitgangspunt is dat de gebruikers er duidelijk bij betrokken zijn en een plaats hebben, dat is de enige manier om datgene wat geboden wordt af te stemmen op wat mensen nodig hebben.' De eerste kwaliteitseis daarbij is dat uitgegaan wordt van de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van mensen.

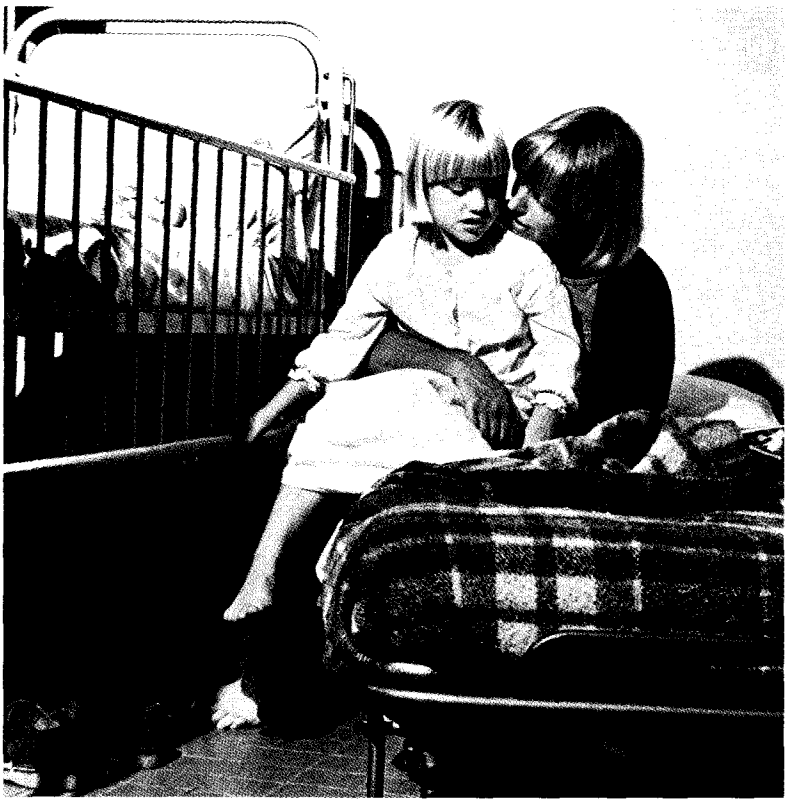
Roodgloeiend

De kwaliteitsdiscussie woedt sinds enige tijd; de patiëntenbeweging oefent al veel langer kritiek uit op de gezondheidszorg en houdt zich daardoor - in hedendaagse termen - bezig met het verhogen van de kwaliteit van de dienstverlening. De tastbare resultaten zouden inmiddels voor het oprapen moeten liggen.

Margreet van Bergen reageert als eerste; zij kan geen concreet voorbeeld geven. De Vereniging Kind en Ziekenhuis maakt weliswaar aspecten van kwaliteit openbaar: wat zijn bezoektijden in een ziekenhuis, zijn er mogelijkheden om 's nachts en overdag bij de kinderen te blijven - wel, niet of beperkt - en is dat ook mogelijk als een kind onder narcose moet of eruit ontwaakt? Maar, 'of mensen dat als een goede kwaliteit ervaren is afhankelijk van hun eigen keuzen en voorkeuren: het is de vraag of het dekseltje wel op het potje past.'

Rita Galliard geeft aan dat in vestigingscommissies patiënten invloed uitoefenen op de keuze voor een huisarts. Zij verbaast zich hogelijk over het feit dat er bij de Vereniging

Kind en Ziekenhuis geen voorbeelden te geven zijn. 'Jullie vereniging heeft de afgelopen tien jaar toch ontzettend veel grote verbeteringen voor kinderen gerealiseerd?' Margreet van Bergen: 'We zijn er nog lang niet, maar dat is een dooddoener. Ik zal vertellen waarom ik geen voorbeeld kan geven van goede kwaliteit. Neem het aspect van bij je kind te mogen zijn. In ziekenhuis x was dat bereikt, plaatselijk zorgde men dat daar publiciteit aan gegeven werd en dat het gecontroleerd werd. Ziekenhuis x kwam op de televisie en de volgende dag stond de telefoon roodgloeiend. Iedereen wilde een afspraak maken om haar kind daar de amandelen te laten knippen. De KNO-arts die in dat ziekenhuis zijn praktijk uitoefende was echter een van de slechtste in de hele regio. Op een deelgebied hadden we aangegeven welke kwaliteit er was, maar daarmee hadden we niets gezegd over de rest van de zorg. Hoewel we het effect van de publiciteit niet hadden voorzien, denk ik dat je toch zo moet beginnen, want het heeft er wel toe geleid dat dit stukje zorg nu ook in de andere twee ziekenhuizen in de regio is verbeterd.'



Bron: Vereniging Kind en Ziekenhuis.

Een ander voorbeeld is de bereikbaarheid, een veelvuldig genoemd aspect van kwaliteit. Door 7x24-uursdiensten wordt deze weliswaar vergroot, maar, zegt Marguerite Welle Donker, 'als je daarbij niet krijgt wat je nodig hebt maar alleen datgene wat ze bereid zijn aan te bieden, en als ze niet uitgaan van hoe jij wil functioneren maar hoe ze denken dat je in jouw situatie moet functioneren, dan schiet je er erg weinig mee op.'

Kwaliteit is dus niet te reduceren tot een paar aspecten. Goed scoren op bereikbaarheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid of respectvolle bejegening hoeft nog niets te zeggen over het uiteindelijke resultaat. Het benadrukken van een aspect van kwaliteit zonder dat tegelijkertijd de uitgangspunten van autonomie en zelfbeschikkingsrecht kloppen en er voldoende keuzemogelijkheden zijn, kan zelfs een negatief resultaat opleveren.

Iets geuzigs

Kwaliteit en keuzevrijheid lijken onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een definitie van kwaliteit vanuit patiëntenperspectief is (nog) niet te geven en keuzevrijheid biedt mogelijkheden het persoonlijke kwaliteitsideaal van een ieder te realiseren. Verdoezelt het begrip keuzevrijheid tegelijkertijd ook verschillen in de achterban? Of worden zulke verschillen erkend en verwijst het begrip naar het fundamentele principe van zelfbeschikkingsrecht?

Juist in relatie tot de achterban, in gesprek met de achterban krijgen ideeën over kwaliteit gestalte. Mensen die zich aansluiten bij een categorale of algemene organisatie hebben veelal kritiek op de gezondheidszorg: te weinig informatie, slechte toegankelijkheid. Zij waarderen een houding van de hulpverlening die te karakteriseren valt als 'wat kunnen wij voor u doen?' Marguerite Welle Donkers: 'Om lid te worden van een gehandicaptenorganisatie moet je iets heel geuzigs over je hebben. Je moet toegeven dat je iets hebt wat in de samenleving een negatieve kwalificatie is. De mensen die zich aansluiten zijn meer het type: ik moet er zelf bij zijn. En daar is niet alleen mondigheid maar ook weerbaarheid voor nodig, want je krijgt wel meteen een weerwoord.'. Keuzevrijheid betekent dan dat patiënten en consumenten op basis van hun eigen behoeften en de geboden mogelijkheden hun keuze maken.

De gespreksdeelneemsters zijn van mening dat binnen patiënten- en consumentenorganisaties de meningen over kwaliteit minder uiteen lopen dan tussen georganiseerde en ongeorganiseerde patiënten en consumenten. Er zijn aanwijzingen dat de ongeorganiseerden een betere kwaliteit verwachten wanneer de houding van de hulpverlening neerkomt op: 'u moet dit doen, want dat is goed voor *u*'. De redenen waarom mensen een dergelijke houding waarderen, lijken niet eenduidig. Het witte-jassensyndroom en een gebrek aan mondigheid en weerbaarheid worden genoemd naast de stelling, vaak door artsen naar voren gebracht, dat patiënten toch niet kunnen beslissen welke behandeling het beste voor hen is. Ze kunnen dus niet goed kiezen? Marguerite Welle Donker: 'Soms wel, soms niet. Ik vind dat ik als patiënt zelf moet kunnen beslissen. Je mag als patiënt best verantwoordelijkheden overdragen. Het is even fundamenteel dat patiënten iets niet willen weten, niet willen beslissen als dat ze dat wel willen. Beide keuzen moet gerespecteerd worden, je moet uitgaan van het zelfbeschikkingsrecht. Het is niet juist er vanuit te gaan dat iemand dat recht niet heeft en hem of haar daarom die keuzemogelijkheden te onthouden, dan speel je als arts God.'

Heikel punt

Dat in discussies over kwaliteit de mening van patiënten in ieder geval ogenschijnlijk een steeds prominentere plaats inneemt, stemt de gespreksdeelneemsters gunstig. Het betekent dat kwaliteit niet vanuit één optiek, vanuit één groep bekeken en beoordeeld kan worden. Negatiever is de tendens dat patiënten verantwoordelijk worden gesteld

voor wat ze krijgen. Marguerite Welle Donker: 'Dat ben ik niet. Ik mag best eisen stellen en laten stellen aan de loodgieter maar daardoor ben ik nog niet verantwoordelijk voor de twee stukken koper die hij in mijn huis soldeert. Als ik naar een dienstverlener ga en ik vertel niet waar het me om te doen is, dan kan ik ook niet verwachten dat ik een aanbod krijg dat op mijn vraag is geënt. Je moet elkaars verantwoordelijkheden honoreren en daar ook afblijven. De manier waarop de hulpverlener een behandeling uitvoert zul je aan hem over moeten laten, maar hij hoort wel de informatie te geven op grond waarvan jij kunt bepalen of je de behandeling wilt laten doen of niet. Dat vraag ik ook aan mijn garage: wat gaat u doen, wat kunt u doen, wat is het resultaat, wat kost het me en hoe lang ben ik mijn auto kwijt?'

In het gesprek is niet zozeer de medeverantwoordelijkheid een heikel punt als wel het scheiden van verantwoordelijkheden. Margreet van Bergen vertelt dat de Vereniging Kind en Ziekenhuis richtlijnen, adviezen en keuzemogelijkheden aanreikt over bejegening en het pedagogisch klimaat in het ziekenhuis, maar daarnaast ook adviezen geeft over de inhoud van de medische zorg. 'We weten bijvoorbeeld dat chirurgie, traumatologie of pijnbestrijding bij kinderen kan verbeteren door simpelweg voorzieningen te concentreren. Het verbaast werkers in de gezondheidszorg enorm als we uitspraken willen doen over de kwaliteit van de medische zorg en niet alleen over een kindvriendelijke benadering.'.

De Vereniging Kind en Ziekenhuis kan zich goed voorstellen dat zij samen met bijvoorbeeld KNo-artsen normen vaststellen en daarna door visitatie toetsen. Voor Marguerite Welle Donker ligt een deel van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit weliswaar bij de beroepsgroep zelf, maar de kwaliteit kan ook extern, door onder andere gebruikers, getoetst worden. De vaardigheid van de ene chirurg kan zij niet vergelijken met die van de andere, wel zou ze willen kunnen aangeven hoe die toetsing kan plaatsvinden. 'Je kunt wel bepaalde waarborgen stellen, maar dat betekent nog niet dat wat gebeurt ook goed is. Zeggen dat in de opleidingen bepaalde aspecten aan de orde moeten komen, betekent nog niet dat je als patiënt ook goed geholpen wordt. Je bent er wel medeverantwoordelijk voor dat er een zo goed mogelijke dienstverlening komt, door jouw kritiek of door jouw ideeën daarin te laten meetellen.'. Niet zo'n simpele opgave, klinkt het eenstemmig: 'Lees bijvoorbeeld recente uitspraken van wetenschappers. Patiënten moeten wel meepraten maar niet teveel, want dan krijg je al snel het beeld van het altijd overvragende jong en de verstandige mensen die dat een beetje moeten intomen.'.

Bedden op de tocht

De noodzaak om vanuit het perspectief van patiënten en gebruikers invloed uit te oefenen op de gezondheidszorg is groot. De bereidwilligheid van beroepsgroepen, instellingen, verzekeraars en overheid om veranderingen door te voeren, is beduidend kleiner. Biedt de toegenomen concurrentie in de gezondheidszorg enig perspectief?

Margreet van Bergen: 'Ik denk dat bij ons de kwaliteit van de hulpverlening toch vooral is toegenomen omdat er bezuinigingen aankwamen en er bedden op de tocht stonden. Het is echt niet zo dat de kinderziel ineens ontdekt werd als zeer kwetsbaar. Ik denk dat de ziekenhuizen zich moesten profileren, en dan zijn kinderen een dankbaar onderwerp.

Om de vijf jaar meten we de veranderingen. Na de eerste vijf jaar bleek vooral de periferie op onze wensen en eisen ingegaan te zijn. Dat zou je kunnen verklaren uit het feit dat deze organisaties flexibeler waren, maar het bleek dat de ziekenhuizen die geen concurrentie te duchten hadden het langzaamst veranderden. Terwijl je juist bij ~ sche ziekenhuizen een open oor verwacht.'.

De andere gespreksdeelnemsters plaatsen een kanttekening: concurrentie leidt niet zonder meer tot kwaliteitsverbetering voor patiënten. Een onderscheid tussen patiënten in prijskopers, degenen die genoegen nemen met een matige kwaliteit voor weinig geld, en kwaliteitskopers, die slechts de allerbeste kwaliteit kunnen wensen voor meer geld, is uiterst ongewenst. Het solidariteitsprincipe moet gehandhaafd blijven en evenmin mogen de kosten op het moment dat je voor een keuze staat een argument vormen. Van tevoren zou daar wel meer discussie over gevoerd moeten worden. Het moet duidelijk zijn waarin de samenleving bereid is te investeren en dit moet aansluiten bij de behoeften. Marguerite Welle Donker: 'Het is belachelijk hoe lang er bijvoorbeeld gewacht is met een onderzoek naar een goed vrouwen urinaal, terwijl er al wel honderd verschillende elektrische kunstarmen zijn. Aan een vrouwenurinaal valt geen eer te behalen, zie jij dat al op een bordje van een wetenschapper staan?'

Macht van ideeën

Klachtencommissies, patiëntenraden, verzekerdenraden, platforms, adviescommissies, overleg met hulpverleners, publicitaire acties, onderzoek en lobby's bieden allemaal mogelijkheden invloed uit te oefenen op kwaliteit. De patiëntenbeweging heeft de macht van de ideeën, maar heeft geld nodig om kennis en inzichten over te dragen. 'Waar moet je de sponsors vandaan halen?', vraagt Margreet van Bergen zich af. De artsen zullen het niet doen en WVC zegt dat het een taak van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (ovo) is. We hebben een gebrek aan geld om onze macht te ontwikkelen, terwijl uit onze gelden een specialistenvereniging gefinancierd wordt.'

De mond vol hebben van de goede inbreng van patiënten en consumenten in het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de gezondheidszorg betekent wel dat goede voorwaarden geschapen moeten worden. Goede, patiëntvriendelijke opleidingen, geld, maar ook een goede wetgeving. Rechten bieden een opening. 'Recht op informatie is belangrijk maar zegt nog niets over de kwaliteit daarvan. Recht op bezoek bij je kind zegt nog niet dat je ook welkom bent.'.

Afsluitend wordt opgemerkt dat in het gezondheidsrecht de positie van de gebruiker beter geregeld kan worden. En als daar nu het huurrecht bij gebruikt wordt, dan kan dat een aardige kwaliteitsverbetering opleveren.

Hetty Vlug is stafmedewerker bij het Nederlands Centrum vrxyf - Burgerschapskunde, aandachtsgebiedpatiëntenDele1C

Met dank aan Ingrid Horstik,

Noten

1, Zie hiervoor oe interviews In drt nummer,

2, Het boekje *Patiënten spreken zich uit,* "is een produkt van algemene patiëntenverenigingen (LBG, 19881 Het beoogt een bijdrage te leveren aan de kwalitert van de hulpverlening door de huisarts.

3. Zie noot 2, LBG-publikatie, Van gewenste kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts, is pas sprake wanneer die hulpverlening aansluit op de individuele behoeften van de patiënt

Quo vadis?

Strategisch gedrag van patiëntenorganisaties

●●●●●●●●

Erik Verkaar

Steeds vaker horen we van de patiëntenbeweging. Mensen organiseren zich op ziekten als reuma en MS, ijveren als gehandicapte voor aanpassingen in voorzieningen, of gaan de straat op om te protesteren tegen isoleercellen of elektroshocktherapie. Er worden klachtenregistratiesystemen opgezet, visitatieteams in het leven geroepen en patiënten nemen zitting in adviescommissies. De patiënten beweging is een bont gezelschap van organisaties, met elk hun eigen doel en werkwijze. In dit artikel beschrijft onderzoeker Erik Verkaar de drie belangrijkste strategieën die door de organisaties gevolgd worden. Kijk en vergelijk: waar staat u zelf?

Belangenbehartiging, zelfhulp, protest: men gaat op uiteenlopende manieren te werk om de eigen doeleinden te bereiken. Dat valt op te maken uit een verkennend onderzoek naar 'strategisch gedrag van patiëntenorganisaties';' Het begrip strategie wordt daarbij formeel omschreven als 'een patroon van beslissingen met betrekking tot de doelstellingen, activiteiten en interactie van een organisatie, teneinde te komen tot een optimale afstemming op haar omgeving. Het gaat hierbij om een patroon van zowel bewuste als onbewuste keuzes of beslissingen.

Uitgesproken visie

De meest voorkomende strategie is waarschijnlijk wel het behartigen van de directe belangen van patiënten. De doelstellingen die hierbij nagestreefd worden zijn het behoud en de verbetering van de bestaande zorg.
Een aantal patiëntenorganisaties maakt zich sterk voor het behoud van een stuk zorg dat - om wat voor reden dan ook - dreigt te verdwijnen. Een voorbeeld hiervan is de Landelijke Belangenvereniging voor Mensen met Multiple Sclerose, die in december 1986 veelvuldig in het nieuws was. Deze vereniging streed met gedeeltelijk succes voor het behoud van het onderzoek van professor Hommes aan het Radboudziekenhuis in Nijmegen.
De gezondheidszorg in Nederland behoeft natuurlijk altijd op een aantal punten verbetering. Patiëntenverenigingen kunnen vaak uitstekend aangeven waar het aan schort, wat betreft de zorg die hen aangaat. Vele van hen proberen dan ook op die punten verbeteringen aan te brengen. De beoogde verbetering van de zorg heeft zowel betrekking op de kwaliteit ervan, als op de organisatie en financiering.
Patiëntenorganisaties hebben vaak een uitgesproken visie over wat kwalitatief goede zorg is. Zij proberen deze visie op artsen over te brengen. Ook stimuleren zij wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld door het werven van middelen hiervoor) en pleiten zij voor nieuwe, patiëntvriendelijke behandelmethoden. Wat betreft organisatorische verbetering kan gedacht worden aan andere bezoektijden, betere bereikbaarheid van voorzieningen en een betere organisatie van spreekuren. Een voorbeeld van een financieringsverbetering is de opname van nieuwe hulpmiddelen in het ziekenfondspakket.

Beleids beïnvloeding

De belangrijkste 'activiteiten die in het kader van een belangenbehartigingsstrategie ontplooid worden, zijn voorlichting en informatieverschaffing; dienstverlening aan individuele leden; en de beïnvloeding van het beleid van andere relevante organisaties in het veld.
Voorlichting en informatieverstrekking vormen een erg populaire activiteit van patiëntenorganisaties. Er is geen organisatie te bedenken die zich hier niet mee bezighoudt. De organisaties richten zich op een grote diversiteit aan doelgroepen en gebruiken zoveel media als er binnen hun bereik liggen: daaronder zijn folders, tijdschriften, audio-visueel materiaal - zoals dia-presentaties, videobanden en films -, symposia, voorlichtingsbijeenkomsten en persberichten. De doelgroepen die een organisatie met deze media wenst te bereiken variëren van patiënten en/of hun relaties tot (directies van) instellingen, beroepsbeoefenaren (veelal medici), politici, ambtenaren, speciale doelgroepen (zoals bijvoorbeeld brandweer, politie en vervoersbedrijven) en opleidingen. Daarnaast wordt natuurlijk informatie verstrekt aan iedere andere belangstellende.
Dienstverlening kan een groot aantal zaken inhouden, maar het komt er in alle gevallen op neer dat een patiëntenorganisatie een bepaalde dienst of produkt verstrekt aan individuele patiënten (al dan niet lid van de betreffende organisatie) of organisaties die daar om vragen. Enkele voorbeelden zijn de verkoop van hulpmiddelen, klachtbemiddeling en advisering aan andere organisaties, zoals bewonersraden van psychiatrische ziekenhuizen.
Bovengenoemde activiteiten worden alle in hoofdzaak door patiëntenorganisaties zelf uitgevoerd. Doelstellingen als behoud en verbetering van de zorg, maar ook de gewenste afschaffing van bepaalde vormen van dienstverlening kunnen echter in veel gevallen het beste

verwezenlijkt worden door de zorgverstrekkers zelf, of door actoren die op hen veel invloed kunnen uitoefenen, zoals de overheid en verzekeraars. In die gevallen is een van de beste werkwijzen dus om als patiëntenorganisatie deze actoren te bewegen zélf - of in samenwerking met de eigen patiëntenorganisatie - bepaalde zaken aan te pakken of te veranderen. Dat betekent dat de patiëntenorganisatie in contact zal moeten treden met zorgverstrekkers of belangrijke andere actoren. Een voorbeeld van beleidsbeïnvloeding met het oog op een verbetering van zorg vormen de onderhandelingen die in het verleden hebben plaatsgevonden tussen de Diabetes Vereniging Nederland en de ziekenfondsen, over de opname van wegwerpspuitmateriaal in het ziekenfondspakket.
In het kader van een belangenbehartigingsstrategie wordt als belangrijkste interactievorm gekozen voor allerlei vormen van samenwerking met professionele hulpverleners, zoals participatie en coalitievorming. Wanneer noodzakelijk, wordt getracht tot samenwerking te komen met andere organisaties in het veld, zoals ziekenfondsen of de overheid.

Protestdemonstratie tegen shocktherapie, Bloemendaal, 9 februari 1989. Foto: Wim Salis.

Telefooncirkels
Een aantal patiëntenorganisaties schept zelf een aanbod van nieuwe zorg, omdat deze zorg nog niet bestaat of omdat de bestaande zorg niet bevredigend geacht wordt. Bij het volgen van deze strategie is zelfhulp de meest belangrijke activiteit. Daarnaast vindt informatieverstrekking plaats, die echter hoofdzakelijk bedoeld is om de zelfhulpactiviteiten te ondersteunen. Het gaat bij dit laatste om psychosociale hulpverlening, die aangeboden en verzorgd wordt door patiënten zelf. Soms worden dergelijke activiteiten ondersteund door professionele krachten, zoals psychologen of maatschappelijk werkers. Voorbeelden zijn telefooncirkels, gespreksgroepen of zelfs een klein 'comrnunity support system', dat bestaat uit een inloopwinkel, een café en een woonhuis bedoeld voor (ex-)psychiatrische patiënten.
Meestal kiest een organisatie die een zelfhulpstrategie volgt, voor het vermijden van contact met professionele hulpverleners. Aan de andere kant is er wel eens sprake van concurrentie, omdat beide partijen hulpverlening trachten te bieden aan eenzelfde groep mensen.

Een laatste strategie is de protest-strategie. Daarbij staat de afschaffing van (delen van) de professionele zorg als doelstelling voorop. Dit lijkt voor een patiëntenorganisatie niet het meest voor de hand liggende doel. Toch kan het vóórkomen dat patiënten dermate slechte ervaringen hebben met een bepaalde soort zorg dat zij deze graag opgeheven zien. Het enige mij bekende voorbeeld hiervan komt uit de geestelijke gezondheidszorg: de 'anti-psychiatrie'-beweging. Deze heeft een sterke binding met de Cliëntenbond, de vereniging van (ex-)patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. De anti-psychiatriebeweging, die vooral eind jaren zeventig furore maakte, streeft naar de sluiting van algemene psychiatrische ziekenhuizen, omdat men hierin - zo is de redenering - alleen maar zieker wordt. In Italië is het zover gekomen dat inderdaad inrichtingen gesloten werden en patiënten bij bijvoorbeeld familie werden gebracht. Binnen Cliëntenbond ~~".~~t op dit moment nog een groep aanhangers van dit afschaffingsidee.
Informatieverstrekking over de misstanden in de professionele zorg is een van de belangrijkste activiteiten van een organisatie met een proteststrategie. Daarnaast wordt wel geprobeerd om, door het aangaan van coalities met organisaties die druk kunnen uitoefenen op de professionele hulpverlening, zoals de overheid, een aantal beleidswijzigingen te bewerkstelligen. Een voorbeeld hiervan is de pressie die de Cliëntenbond in samenwerking met anderen op de overheid heeft uitgeoefend om een moratorium in de bouw van algemeen psychiatrische ziekenhuizen tot stand te brengen.'
Met de professionele hulpverlening zelf wordt vooralsnog hoofdzakelijk strijd geleverd, of men vermijdt het contact

zoveel mogelijk. De Cliëntenbond is op dit moment in een 'strijd' gewikkeld omtrent het al dan niet toepassen van de zogenoemde elektroshocktherapie. Veel leden van de bond willen absoluut voorkomen dat deze therapie weer in zwang raakt, omdat de gevaren die er aan verbonden zijn niet goed bekend zijn. Deze strijd wordt op allerlei wijzen gevoerd: men schrijft stukken in kranten, treedt op voorlichtingsbijeenkomsten over deze therapie in discussie met behandelaars en verstoort soms dergelijke bijeenkomsten.

Onderscheid

Het boven beschreven onderscheid tussen strategieën gaat voorbij aan het onderscheid dat vaak gemaakt wordt tussen categorale patiëntenorganisaties, algemene organisaties en platforms. Categorale organisaties bestaan uit leden die zich alle met een specifieke problematiek bezighouden, terwijl leden van algemene organisaties zich niet tot een enkele problematiek beperken. Platforms zijn bundelingen van zowel algemene als categorale organisaties.

Het gepresenteerde onderscheid tussen drie strategieën geeft met name de verschillen tussen categorale organisaties goed weer en heeft in mindere mate betrekking op platforms en algemene organisaties. Toch zullen ook zij in de drie strategietypen elementen herkennen uit interne strategiediscussies.

Mijns inziens kiezen zowel platforms als algemene organisaties hoofdzakelijk voor een belangenbehartigingsstrategie.

Diametraal

Bij de keuze voor een strategie spelen een aantal factoren een rol, zowel binnen een patiëntenorganisatie als daarbuiten.

Wanneer men kiest voor een belangenbehartigingsstrategie, ervaart men de professionele hulpverlening in principe als adequaat. In dat geval zijn de materiële belangen van een patiëntenorganisatie feitelijk gelijk aan die van de professionele hulpverlening: beide zijn gebaat bij een zo uitgebreid mogelijk aanbod van voorzieningen en een maximale inzet van mensen en middelen. Daarnaast is het van belang op te merken dat er nauwelijks verschil is tussen de 'ideologie' van enerzijds de professionele hulpverlening en anderzijds de betreffende patiëntenorganisatie. Beiden hebben nagenoeg gelijke ideeën over zowel de oorzaak van de betreffende ziekte of problematiek, als de manier waarop deze opgelost kan en moet worden.

Organisaties die voor een zelfhulpstrategie kiezen, zijn van mening dat er geen of onvoldoende adequate professionele hulpverlening bestaat. De belangen van professionele hulpverleners en die van zelfhulpgroepen zijn vaak tegengesteld, omdat ze op elkaars domein opereren: beiden bieden hulpverlening aan. Bovendien denken zelfhulporganisaties anders over de oorzaak en de oplossing van bepaalde problemen dan professionele hulpverleners.

Wie tenslotte voor een proteststrategie kiest, is van mening dat een oplossing niet geboden hoeft te worden, omdat er eigenlijk geen probleem is. Als er al een probleem gezien wordt, wordt dat totaal anders gedefinieerd en wordt er dus gezocht naar een ander soort oplossing. Het zal duidelijk zijn dat de belangen van een dergelijke organisatie vaak diametraal tegenover die van de professionele hulpverlener staan.

Rode draden

Het onderscheid dat in dit artikel gehanteerd wordt ten aanzien van de strategieën van patiëntenorganisaties is een ideaaltypisch of analytisch onderscheid.[1] Dat wil zeggen dat in de praktijk het verschil niet altijd even duidelijk te maken is, maar dat de hoofdlijnen vaak wel zichtbaar zijn. Het kan dus zijn dat een organisatie in de praktijk keuzes en beslissingen maakt die niet te herleiden zijn tot een éénduidig patroon, maar elementen van twee verschillende strategieën in zich dragen. Of er vindt een ontwikkeling plaats van de ene naar de andere lijn.

De vraag die tenslotte gesteld kan worden is, wat nu het nut is van een dergelijk analytisch onderscheid. Dat nut is dat patiëntenorganisaties hun eigen doelstellingen, activiteiten en interacties kunnen vergelijken met de gepresenteerde strategieën. Hierdoor kunnen zij inzicht krijgen in de mate waarin zij één bepaalde lijn volgen; vervolgens kunnen zij zichzelf de vraag stellen welke lijn zij wensen te volgen. Zo kunnen zij hun eigen functioneren doelmatiger maken.

Daarbij moet opgemerkt worden dat geen van de drie genoemde strategieën de pretentie draagt de juiste te zijn. De een is niet beter dan de ander, en bovendien is het niet zo dat bij elke gegeven strategie de beschreven activiteiten en interactievormen per definitie de juiste zijn om de gestelde doelen te bereiken. Deze analyse beoogt slechts een beschrijving te geven van rode draden die door een complexe werkelijkheid heen lopen.

Misschien is het wél mogelijk om met behulp van deze drie geschetste strategietypen de gang van zaken bij de eigen organisatie of die bij anderen te analyseren. Aan de hand van die (zelf)-analyse kunnen uiteraard stappen ondernomen worden om naar een gewenste situatie toe te groeien. Wat gewenst is, zullen de leden van elke patiëntenorganisatie zelf aan moeten geven.

Erik Verkaar is docent en onderzoeker Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Noten

1. Aan dit vooronderzoek, dat bestond uit interviews met sleutelfiguren van diverse patiëntenorganisaties, is meegewerkt door: de Cliëntenbond, Diabetes Vereniging Nederland, Federatie Algemene Patiëntenverenigingen, Gelders PatiëntenConsumentenplatform, Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, Nederlandse Vereniging voor Narcolepsie, Tilburgs Patiëntenplatform, Vereniging voor Mensen met Multiple Sclerose en de Vereniging Kind en Ziekenhuis.
2. Deze definitie is afgeleid van definities gebruikt door de volgende auteurs:
   Hofer, W. en D. Schendel, *Strategy formulation: analytical concepts,* St. Paul (West Publishing Company) 1978.
   Godfroij, A.JA, *Netwerken van organisaties,* Den Haag (Vuga) 1981 .
   Mintzberg, H., 'Opening up the definition of strategy', in: Quinn, J.B. e.a., *The strategy process,* Englewood Cliffs (Prentice-Hall) 1988.
3. Poel, E. van der e.a., *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie,* Amsterdam, 1985.
4. Zie ook van Haberden, P. en E. Verkaar, 'Overdrijven maakt duidelijk: over het gebruik van ideaaltypen in empirisch organisatieonderzoek', in: *M&O. Tijdschrift voor Organisatiekunde en sociaal beleid,* jul/augustus 1989.

~Ieder Natuur een handje helpen~

De strijd om de betekenis van de voortplantingstechnologie

●●●●●●●●

Marta Kirejczyk

In 1988 en 1989 laaide ook in Nederland de discussie rond de voortplantingstechnologie weer op. WVC en CDA kwamen met uitgebreide nota's, waarin gepoogd werd tussen alle politieke klippen in dit gevoelige gebied door te koersen, de Raad voor het Jeugdbeleid zette een stap in progressieve richting, terwijl velen binnen de vrouwenbeweging nog steeds wieberen tussen principiële afwijzing en principiële solidariteit.. Ondertussen beginnen zich duidelijke lijnen af te tekenen voor de toekomst..
Marta Kirejczyk, natuurkundige en medewerkster vrouwenstudies, bespreekt de controverses en analyseert de achterliggende denkwijzen. Over clonen, gezondheidsrisico's en natuurlijke procreatiedrang.

De stormachtige ontwikkelingen op het terrein van de voortplantingstechnologie en de genetische diagnostiek laten vrijwel niemand onberoerd. Kenmerkend voor de huidige maatschappelijke en politieke discussie over kunstmatige voortplantingstechnieken zijn de pogingen het probleem tot hanteerbare dimensies terug te brengen. In de maatschappelijke discussie worden brede verbanden gelegd tussen de medische en ethische vragen, tussen het recht op voortplanting en de financiering van de gezondheidszorg. De politiek is diep verdeeld. De overheid voelt zich genoodzaakt de ontwikkelingen beleidsmatig te beheersen maar probeert tevens de fundamentele discussie uit de weg te gaan. Een maatschappelijke consensus is ver te zoeken. Ook in feministische kringen worden verschillende posities ingenomen.
De oorsprong van de controverse ligt niet alleen in het wezen van de nieuwe voortplantingstechnologieën zelf maar ook in de kenmerken van de huidige Nederlandse samenleving. Een weliswaar trage, maar steeds verder voortschrijdende emancipatie van vrouwen heeft de hegemonie van het traditionele heteroseksuele huwelijk ondergraven. Andere leefvormen worden belangrijker en hun maatschappelijke acceptatie neemt toe.

Vertroebeling

Meer dan eens is gesteld dat in deze tijd samenlevingen worden geconfronteerd met technologische ontwikkelingen waar ze niet op zitten wachten en waar zij, in ieder geval in de eerste periode, geen raad mee weten. Voor de toekomst van zo'n technologie is dit een belangrijke periode, omdat haar dan een bepaalde maatschappelijke betekenis wordt toegekend. De discussie die nu in veel landen gevoerd wordt over de nieuwe voortplantingstechnieken kan worden gezien als een onderdeel van zo'n proces van betekenisgeving. Deze discussie wordt vertroebeld doordat controversiële technieken als in vitro fertilisatie (IVF: bevruchting in een glazen schaaltje, buiten het lichaam) en embryo transfer (ET: het plaatsen van een embryo in de baarmoeder) over één kam worden geschoven met de relatief eenvoudige, reeds lang geaccepteerde techniek van kunstmatige inseminatie. Omdat beide typen technieken openlijk en in het kader van de medische zorg worden toegepast vormen ze een bedreiging voor de ideologisch dominante basis voor voortplanting en, in samenhang hiermee, opvoeding van kinderen: de heteroseksuele relatie. Beide soorten technieken kunnen immers gebruikt worden voor voortplanting in andere situaties dan deze.

Het is echter van belang de 'oude' techniek van de kunstmatige inseminatie, die als zodanig geen medisch-ethische vragen meer oproept - hoogstens de vraag bij wie en door wie ze mag worden toegepast - te onderscheiden van geavanceerde technieken als IVF en ET. De technische mogelijkheden gaan hierbij veel verder. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van drie biologische ouders, wanneer bij een vrouw een embryo ingeplant wordt dat gevormd is met behulp van een eicel van een andere vrouw. Of, de biologische ouders kunnen van hetzelfde geslacht zijn: in principe kan een embryo ontstaan uit twee eicellen, in plaats van een eicel en een zaadcel. Dit opent weer de theoretische mogelijkheid om 'clonen' te scheppen: de eicellen kunnen afkomstig zijn van dezelfde vrouw. Vergeleken bij dit alles is kunstmatige inseminatie, dat er op neerkomt dat het zaad via een spuit in plaats van via een penis wordt ingebracht, niets bijzonders meer..
De maatschappelijke toekenning van betekenis aan de geavanceerde voortplantingstechnieken vindt plaats op verschillende terreinen, die hieronder besproken zullen worden.

Ingrijpende gevolgen

In de nu gevoerde discussies wordt aan

het karakter van de nieuwe voortplantingstechnieken nauwelijks gereflecteerd. Toch liggen er in de verschillende argumentaties duidelijk verschillende visies op deze technieken besloten. Enigszins simplificerend kunnen twee tegenover elkaar staande meningen worden onderscheiden.

In de eerste visie, die ik een *beperkte* noem, zijn IVF en aanverwante technieken slechts medische handelingen, die tot doel hebben de effecten van onvruchtbaarheid (dat wil zeggen ongewenste kinderloosheid) ongedaan te maken. Zij betekenen niet veel meer dan 'moeder natuur' een handje helpen, wat toch al gebeurt bij andere vruchtbaarheids behandelingen, zoals hormonale stimulaties, eileiderop-eraties en kunstmatige inseminatie. Men koestert de hoop dat bij de verdere ontwikkeling en toepassing van deze technieken het doel beperkt zal blijven tot het verhelpen van onvruchtbaarheid. Dit lijkt slechts een kwestie van 'verantwoordelijk' handelen van de betrokken medici en wetenschappers. Het zijn vooral de medisch-wetenschappelijke onderzoekers en practici die belang hebben bij de verspreiding van deze visie op de geavanceerde voortplantingstechnieken, Zij worden bijgestaan door een groep van onvruchtbare vrouwen c.q. onvruchtbare heteroparen, georganiseerd in de Nederlandse Vereniging voor Reageerbuis Bevruchting. Met elkaar delen zij het geloof in de positieve bijdragen van technologie aan de oplossing van menselijke problemen, in dit geval van het geestelijke leed dat door onvruchtbaarheid wordt veroorzaakt. Deze redenering is ook terug te vinden in de standpunten van de diverse politieke partijen. Toch is de stelling dat verdere ontwikkeling en toepassing van IVF slechts tot de sfeer van het verhelpen van onvruchtbaarheid beperkt kan worden, moeilijk te handhaven. Het fundamentele verschil tussen IVF en de andere vruchtbaarheidbevorderende technieken is dat bij IVF voor het eerst over de eicellen en embryo's buiten het vrouwelijke lichaam kan worden beschikt.

In de tweede, meer *brede* visie op voortplantingstechnieken wordt IVF dan ook beschouwd als een technologie die de basis vormt voor verdere wetenschappelijke ontwikkelingen, welke maatschappelijk gezien zeer ingrijpende gevolgen met zich meebrengen. Deze visie ligt vaak ten grondslag aan de kritiek op de ontwikkeling van de nieuwe voortplantingstechnieken.

Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat een deel van de medici er op uit is de controverses rond de gezondheidsrisico's van IVF buiten het bereik van het brede publiek te houden.

Embryo-experimenten

Zoals elke nieuwe techniek zet ook IVF een permanent proces van verbetering en perfectionering in gang. Daarin ligt de behoefte aan verdere wetenschappelijke onderzoeken en experimenten op vrouwen en embryo's besloten. De eerste Nederlandse pogingen tot het starten van onderzoek op menselijke embryo's en eicellen dateren van 1985 en zijn tot nu toe mislukt. Een groep onderzoekers van de Universiteit van Limburg wilde speciaal gekweekte menselijke embryo's gebruiken voor een onderzoek naar de oorzaken van spontane zwangerschapsafbreking in een vroeg stadium. Hoewel het vinden van een fonds voor de financiering van het onderzoek geen problemen opleverde, werd het onderzoeksvoorstel c afgewezen door de universitaire medisch-ethische commissie.'

De Limburgse plannen hebben prompt een politieke reactie opgeleverd. Het parlement nam een motie aan waarin om een verbod op het kweken van embryo's voor onderzoek werd gevraagd. En voorzover bekend worden in Nederland inderdaad geen embryo's voor onderzoeksdoeleinden gekweekt. De vraag die onbeantwoord blijft, is of er geen onderzoeken worden verricht op de zogenaamde 'rest-' of 'overtollige' embryo's. Want onderzoek op embryo's is op zich in Nederland niet verboden. In politieke kringen (met uitzondering van het CDA en klein rechts) leeft de overtuiging dat voor verbetering van de effectiviteit van de IVF-techniek onderzoek op embryo's nodig is. Daarnaast heerst de angst dat een te streng verbod op dergelijke experimenten bestempeld zou kunnen worden als een ongeoorloofde beperking van de wetenschappelijke vrijheid. Bovendien hoopt men dat de toepassing van nieuwe, onder andere uit embryo-onderzoek verkregen kennis, op den duur zal leiden tot kostenbesparing in de gezondheidszorg.

Deze overwegingen hebben tot nu toe geresulteerd in een zeer terughoudend beleid. De overheid, gesteund door de Gezondheidsraad, vindt weliswaar een wettelijk toezicht op de experimenten op zijn plaats, maar een verbod op experimenten over de hele linie wordt niet voorgesteld. Het is in deze situatie niet ondenkbaar dat bij IVF-behandelingen overmatige stimulatie van eierstokken wordt toegepast met het doel zoveel mogelijk 'rest'-embryo's te verkrijgen waarop geëxperimenteerd kan worden. Om dit soort problemen op te vangen hoopt de overheid in overleg met de medische stand en de wetenschappelijke gemeenschap te komen tot het opstellen van gedragscodes, die door de onderzoekers gerespecteerd worden.'

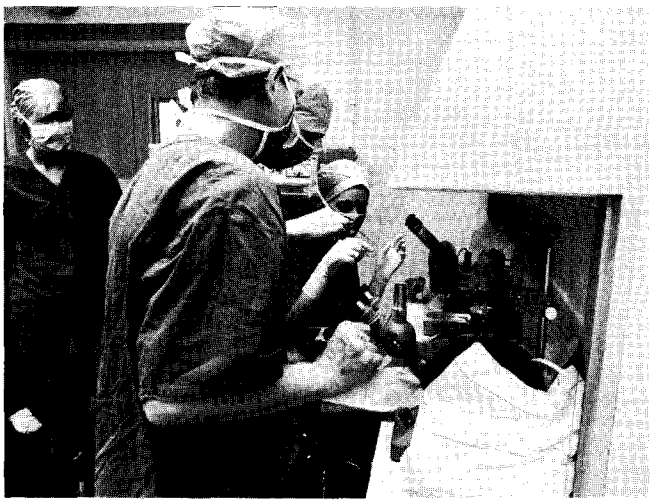


Foto: ANP.

IVF-wonder

Onderzoek en de verdere ontwikkeling, van de techniek zijn zonder relatief grote aantallen patiënten niet mogelijk. Het is wellicht niet toevallig dat in de publikaties over IVF en andere voortplantingstechnieken nauwelijks aandacht wordt besteed aan mogelijke met

de behandeling verbonden risico's voor zowel de vrouw als haar IVF-kind. De successen worden in de pers breed uitgemeten, maar risico's komen tot nu toe slechts aan de orde als er zich een ramp voordoet, zoals de geelzuchtbesmetting in het Dijkzigt-ziekenhuis.
De kwesties van medische risico's, lage succeskansen en gebrekkige voorlichting vormen een belangrijk onderdeel van de feministische kritiek op de ontwikkeling van de voortplantingstechnologieën. Met de *succes story* van DES vers in het geheugen kijkt men in de kringen rond stichting Rhea" met de nodige scepsis naar het 'IVF-wonder' en vraagt men meer aandacht voor de mogelijke negatieve gevolgen van deze techniek.
De huidige medische literatuur geeft geen eenduidig antwoord op de vraag hoe reëel en hoe groot de aan de nieuwe voortplantingstechnieken verbonden gezondheidsrisico's zijn. Er heerst grote voorzichtigheid bij het leggen van oorzakelijke verbanden. De manier waarop wetenschappers hun eigen bevindingen over de nadelige effecten van de toediening van bijvoorbeeld clomifeen" (al dan niet in combinatie met verschillende hormonale middelen) presenteren, is zeer illustratief. Men beschrijft gevallen van een zich snel ontwikkelende kanker bij een aantal vrouwen of maakt melding van een verhoogde frequentie van chromosomale afwijkingen bij geaborteerde foetussen. Deze verontrustende informatie gaat vergezeld van relativerende opmerkingen met als strekking dat de verzamelde gegevens nog ontoereikend zijn om de relatie tussen toediening van clomifeen en de geobserveerde effecten met zekerheid vast te stellen." Intussen blijft de vraag bestaan of men deze nieuwe technieken op grote schaal mag toepassen op in principe gezonde vrouwen, zonder dat de schadelijke gevolgen ervan met zekerheid vastgesteld of uitgesloten kunnen worden. Zou men niet uiterst terughoudend moeten zijn totdat meer inzicht is verkregen in deze materie? Op zijn minst zou het brede (vrouwelijke) publiek geïnformeerd moeten worden over de nu bekende aanwijzingen in de richting van nadelige effecten.

Onruststokers

Het vestigen van de aandacht op risico's en onzekerheden lijkt door sommige betrokken medici te worden ervaren als een bedreiging. Dit blijkt onder meer uit het volgende incident. In 1988 schreef een groep Nederlandse wetenschappers een brief aan de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, waarin zij hun bezorgdheid uitten over de gevolgen van het gebruik van de medicamenten die, onder andere bij IVF, gebruikt worden voor stimulatie van de eierstokken. Zij wezen op een relatief hoog aantal aangeboren afwijkingen bij IVF-kinderen en op de relatie tussen het gebruik van clomifeen of andere hormonen en deze afwijkingen. Tevens drongen zij aan op de systematische registratie van gegevens over IVF-zwangerschappen en afwijkingen bij IVF-kinderen.
In een artikel in Vrij Nederland werd aan deze brief bekendheid gegeven.[7] De reactie van de medici, georganiseerd in de Landelijke Werkgroep in Vitro Fertilisatie, liet niet lang op zich wachten. Een bestuurslid van de werkgroep liet onder andere weten dat in Nederland clomifeen slechts incidenteel bij IVF wordt toegepast (volgens de gegevens van het rapport *Evaluatie van in Vitro Fertilisatie*, toch wel bij bijna 17% van alle onderzochte stimulaties! M.K.) en dat er bij gebruik van dit middel 'geen aanwijzingen bestaan voor een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen'. Tevens laakte hij de auteur van het artikel voor het onterecht veroorzaken van onrust onder de betrokken vrouwen.
Men kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat een deel van de medici er op uit is de controverse rond de gezondheidsrisico's zo veel mogelijk buiten het bereik van het brede publiek te houden. Zo'n standpunt is niet goed te praten, maar valt wel te verklaren. Wetenschappelijk gezien openen IVF en aanverwante technieken een nieuw en spannend onderzoeksgebied. Hier valt wetenschappelijke reputatie en maatschappelijk aanzien te verwerven. Het feit dat manipulatie met voortplanting maatschappelijk gezien nog steeds zeer gevoelig ligt, veroorzaakt bij de betrokken wetenschappers en specialisten een behoefte aan minimumregels, die aan de ene kant de vrijheid van het wetenschappelijk onderzoek niet te zeer beperken en aan de andere kant een stempel van maatschappelijke acceptatie verschaffen. Het huidige beleid van de overheid om de beslissingsbevoegdheid met betrekking tot experimenten in handen van medisch-ethische commissies te leggen, lijkt aan deze verlangens tegemoet te komen. Toch neemt de regering, in tegenstelling tot vele artsen en wetenschappers, de kwestie van de medische risico's bij IVF en het gebrek aan kennis inzake de gevolgen op lange termijn serieus. Dit is volgens de minister van Volksgezondheid een van de redenen waarom de overheid ten aanzien van uitbreiding van de IVF-capaciteit een terughoudende houding aanneemt.

Men lijkt gevangen in een soort vicieuze cirkel, een cirkel die steeds groter wordt.

Natuurlijke procreatiedrang

Het is opvallend dat er in de medische literatuur vrijwel geen aandacht wordt besteed aan de fysieke en psychische belasting van vrouwen die een IVF-behandeling ondergaan. Men gaat er blijkbaar van uit dat zij het zelf zijn die om de behandeling vragen en dat zij er daarom alles voor over zullen hebben. Met andere woorden, het is hun eigen vrije keuze.
Hier kan en moet een kritische kanttekening worden geplaatst. Medisch-sociologisch onderzoek wijst op het sterk dwingende karakter van medische technologieën. De medici ervaren het aanbod van nieuwe behandeltechnieken als een gebod om hun patiënten op zijn minst op het bestaan hiervan te wijzen. De patiënten vinden dat zij gebruik dienen te maken van de nieuwe technieken. Daarbij speelt de wens om eventuele toekomstige spijtgevoelens te vermijden over het laten liggen van zo'n kans, een belangrijke rol.[10] Zo ontstaat zowel aan de kant der medici als aan die van de patiënten de neiging om de indicatiestelling voor toepassing van de nieuwe voortplantingstechnieken steeds verder uit te breiden. Men lijkt gevangen in een soort vicieuze cirkel, een cirkel die steeds groter wordt.
Een centraal thema in de huidige feministische discussie is de vraag hoe de ontwikkeling van voortplantingstechnieken de keuzevrijheid van vrouwen ten aanzien van de voortplanting beïnvloedt. Ook hier kunnen op basis van de mate waarin de technologie geproblematiseerd wordt, twee visies worden onderscheiden. Wanneer men technologie, zoals bijvoorbeeld IVF, beschouwt als een neutraal gegeven, leidt dit tot een in principe

positieve beoordeling ervan. In deze visie kan de voortplantingstechnologie niet alleen de vrijheid van onvruchtbare vrouwen om voor kinderen te kiezen vergroten, maar nemen als gevolg van de mogelijke technische ontkoppeling tussen het biologische en het sociale ouderschap, ook de vooruitzichten voor onafhankelijk moederschap toe. De kritiek wordt verschoven naar discriminerende praktijken in de sfeer van de toepassing."

Een van de plekken waar de technologie wel geproblematiseerd wordt, is de stichting Rhea. Men wijst hier op de maatschappelijke context, waarin onvruchtbaarheid als een medisch probleem wordt gedefinieerd en waarin de ontwikkeling en verspreiding van de nieuwe voortplantingstechnieken wordt gezien als een adequaat antwoord daarop. Deze kritiek beperkt zich niet tot IVF, maar omvat ook andere nieuwe technieken, met name op het gebied van prenatale diagnostiek.. De bezuinigingen in de gezondheidszorg en de vergrijzing van de samenleving zijn essentiële factoren: zij creëren een gunstig klimaat voor de ontwikkeling en acceptatie van zowel diagnostische als bevruchtingstechnieken. De maatschappelijke uitstraling van de vruchtbaarheidstechnieken staat in geen verhouding tot het kleine aantal geboorten dat eruit voortvloeit. De wijze waarop de media aan deze technieken aandacht besteden draagt bij tot de opleving van oude denkbeelden over 'natuurlijke' procreatiedrang, over het krijgen van kinderen als 'essentie' van de vrouwelijkheid. Ze draagt ook bij tot de toenemende maatschappelijke acceptatie van 'kwaliteitscontrole' over het toekomstige kind." Vanuit deze visie is het antwoord op de vraag in hoeverre de nieuwe voortplantingstechnieken voor vrouwen een aanwinst zijn, veel geco~pliceerder.

Ontkoppeling

De nieuwe voortplantingstechnieken maken een volledige ontkoppeling tussen het genetische, biologische en juridische ouderschap mogelijk. Met betrekking tot het vaderschap bestaat deze mogelijkheid tot ontkoppeling al lang. Voor de onzekerheid over het biologische c.q. genetische vaderschap zijn uitgebreide juridische oplossingen gevonden. De situatie met betrekking tot moederschap is anders: in Nederland is de vrouw die een kind baart zowel de biologische als de genetische en juridische moeder.

De nieuwe mogelijkheden tot eicel- en embryodonatie plaatsen de maatschappij voor een aantal vragen: kunnen oe huidige definities van ouderschap. gehandhaafd blijven? En zo niet, hoe moet men dan de rechten van de diverse partijen regelen? Mogen er clonen ontstaan? Moeten biologische ouders verschillende geslachten hebben? Dit leidt naar de vraag: wie kan in aanmerking komen voor de toepassing van deze technieken? Is een medische indicatie, en zo ja welke, op zich voldoende of moeten de toekomstige ouders aan een aantal andere normen voldoen?

Nederlandse IVF-tweeling. Foto: ANP.

De meningen zijn verdeeld. Degenen die het traditionele model van voortplanting willen behouden, vinden dat er aan de wensouders wel degelijk andere dan alleen medische eisen moeten worden gesteld.

Een van deze eisen zou de stabiele, al dan niet huwelijkse, heteroseksuele relatie moeten zijn. Verschillende argumentaties voor beperking van de toegankelijkheid van de nieuwe voortplantingstechnieken tot heteroseksuele paren zijn te vinden in onder meer de rapporten van de Werkgroep Studie Problematiek Bevruchting Afstamming van de Vereniging voor Familie- en Jeugdrecht, van het CDA en in een wat meer genuanceerde versie in het Advies inzake Kunstmatige Voortplanting van de Gezondheidsraad."

Een duidelijk tegenwicht voor deze visie wordt geboden in de adviezen van de Raad voor het Jeugdbeleid en de Emancipatieraad. Uitgaande van de stelling dat het belang van het kind het best is gediend met een opvoedingsomgeving waarin het zich evenwichtig kan ontwikkelen, stelt de Raad voor het Jeugdbeleid dat er 'geen geldige redenen [zijn] om een bepaalde vorm van ouderschap bij voorbaat uit te sluiten van de mogelijkheden tot verwekking van een kind door middel van kunstmatige technieken'. De wensouders dienen te voldoen aan andere voorwaarden, zoals het hebben van een geoorloofd motief, en aan wettelijke normen voor juridisch ouderschap, terwijl minstens één van de aanvragers de juridische en feitelijke zor~ voor het kind op zich dient te nemen.'

Ook de Emancipatieraad komt tot de slotsom dat, uitgaande van het beginsel van gelijke behandeling, er geen onderscheid gemaakt mag worden naar leefvormen of seksuele voorkeur. Dit standpunt vormt een weerspiegeling van de meningsvorming binnen de vrouwenbeweging. Hoe verdeeld men daar ook is in de beoordeling van de technieken zelf en de gevolgen voor vrouwen, aangaande de vraag wie voor een dergelijke behandeling in aanmerking mag komen, heerst grote eensgezindheid: er mag niet gediscrimineerd worden!

Tweeslachtig

De controverse over wie gebruik mag maken van de nieuwe voortplantingstechnieken is voorlopig nog niet beslecht. De standpunten van de verschillende politieke stromingen liggen ver uit elkaar en de partijen proberen het onopgeloste vraagstuk van discriminatie en gelijke behandeling van traditionele en niet-traditionele leefvormen te omzeilen door de politieke controverse te verschuiven naar de kwestie van de betekenis van de kunstmatige voortplantingstechnieken.

Terwijl de christen-democraten het heteroseksuele gezin nog steeds als de hoeksteen van de maatschappij beschouwen, zijn de liberalen benauwd dat de overheid met haar verboden en geboden te diep in de particuliere levenssfeer van de burger zal binnendringen. Voor het CDA en de kleine rechtse partijen zijn alle kunstmatige voortplantingstechnieken slechts onvruchtbaarheidsbehandelingen, die als zodanig tot al dan niet getrouwde heteroseksuele paren beperkt moeten worden. Voor de PvdA en de kleine linkse partijen zijn ze als voortplantingstechnieken ook in minder traditionele situaties acceptabel. Met andere woorden, ook vrouwen die heteroseksuele relaties niet op prijs stellen kunnen er gebruik van maken.

Het hieruit resulterende beleidsvoornemen is tweeslachtig. Enerzijds spreekt

de overheid haar voorkeur uit voor de beperking van de toepassing van kunstmatige voortplantingstechnieken tot heteroseksuele paren. Anderzijds geeft men toe dat het verbod op toepassing ervan bij andere leefvormen niet te handhaven valt.
Naast de nog onbeslechte strijd over wie voor de toepassing van de technieken in aanmerking komt, zijn er duidelijke signalen die erop wijzen dat de voortplantingstechnieken worden aangegrepen om de rechten van de vrouw te beperken ten gunste van die van de man. In Nederland kan een ongetrouwde man een kind op dit moment slechts als eigen erkennen indien de moeder van het kind daar schriftelijk mee instemt. De overheid meent dat daar verandering in moet komen: indien een man toestemming geeft voor de toepassing van kunstmatige voortplantingstechnieken bij zijn ongetrouwde partner, waarbij zijn zaad wordt gebruikt, zou de weigering van de moeder om hem toestemming te geven voor erkenning, voor dit laatste geen hinderpaal meer mogen zijn."
Daarbij blijft de omschrijving van het begrip 'partner' uitermate vaag.

Barsten in het bolwerk

Het verloop van zowel de maatschappelijke als de politieke discussie duidt erop dat overeenstemming over een geïntegreerde oplossing van de problemen die de ongecontroleerde ontwikkeling van voortplantingstechnieken met zich meebrengt nog ver te zoeken is. Wel beginnen zich op een aantal onderdelen van deze problematiek duidelijke lijnen af te tekenen.
Het lijkt zeer onwaarschijnlijk dat IVF op korte termijn als vruchtbaarheidstechniek uit het arsenaal van de medische middelen zal verdwijnen. Naast de aanhoudende feministische kritiek op de met deze techniek gepaard gaande gezondheidsrisico's, begint ook het medisch-wetenschappelijke bolwerk de eerste barsten te vertonen. In de komende periode kan meer maatschappelijke belangstelling voor de negatieve kanten van de IVF worden verwacht, alsook serieuze aandacht voor de langetermijngevolgen van deze behandeling voor vrouwen en kinderen. Daarom verdient de mogelijkheid van coalitievorming met een deel van de kritische wetenschappers een nadrukkelijke plaats op de feministische agenda.
Naar alle waarschijnlijkheid zal een ongecontroleerde groei van IVF-centra in Nederland niet worden toegestaan. De mogelijkheden voor onderzoek op geslachtscellen en embryo's zullen enigszins aan regels gebonden worden, maar de experimenteerdrift van de wetenschappers zal geen wezenlijke beperking worden opgelegd. In de politieke partijen twijfelt men weliswaar of de beoordeling van het maatschappelijk nut van de experimenten door de medisch-ethische commissies van de ziekenhuizen voldoende garanties biedt tegen ongewenste ontwikkelingen. In april jongstleden heeft een parlementaire meerderheid bij de regering op de instelling van een breed samengestelde staatscommissie aangedrongen. Zo'n commissie zou tot taak hebben het geheel van ontwikkelingen op het gebied van voortplantingstechnieken en genetische manipulatie bij mensen, dieren en planten nauwlettend te volgen en de overheid, gevraagd en ongevraagd van advies te dienen. De verantwoordelijke minister stelde zich erg terughoudend op en het is zeer de vraag of zo'n commissie er werkelijk komt!

Gevaarlijke stoffen

Een actieve deelname van feministes in de controverse over de experimenten is op dit moment zeer onwaarschijnlijk. Noch in artikelen, noch in (verslagen van) discussiebijeenkomsten ben ik feministische standpunten over embryo's tegengekomen. Indien men aanneemt dat op basis van de IVF-techniek nog ingrijpender voortplantingstechnieken ontwikkeld kunnen worden, is deze stilte zeer opvallend. Het is ook een gevaarlijke stilte, gezien het grote vertrouwen dat de overheid in het 'verantwoordelijk handelen' van de wetenschappers heeft.
Een andere reden tot bezorgdheid over de politieke slagvaardigheid van de feministische beweging is de spanning tussen de kritische houding ten opzichte van deze technologieën en de gevoelde noodzaak tot verzet tegen elke poging de nieuwe technologieën aan te grijpen om vrouwen onderling te verdelen. Enerzijds zegt men dat de nieuwe voortplantingstechnieken te veel gevaren met zich meebrengen voor gezondheid, welzijn en maatschappelijke positie van vrouwen om zonder meer verwelkomd te worden. Anderzijds worden, zodra de vraag wordt gesteld wie voor de toepassing van deze technieken in aanmerking komt, de bezwaren opzij geschoven en staat het gelijkheidsprincipe centraal.
De politieke partijen, sommige adviesraden en de overheid ondernemen pogingen om de nieuwe technologie te 'temmen', in te passen binnen de bestaande sociale, politieke en juridische kaders. Dat deze inpassing, indien succesvol, voor vrouwen nadelige effecten zal hebben lijkt zeer waarschijnlijk. Het zal van de kracht van de Nederlandse vrouwenbeweging en andere kritische bewegingen afhangen of zo'n accomodatie op langere termijn mogelijk zal blijken.

Marta Kirejczyk is natuurkundige en antropologe, en als medewerkster vrouwenstudies verbonden aan de Faculteit Wijsbegeerte en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Twente.

Noten

1. NRC-Handelsblad, 4 juli en 8 december 1987.
2. Ministerie van WVC, *Notitie kunstmatige bevruchting en draagmoederschap,* 1988 en Openbare vergadering van de Uitgebreide Commissie van Justitie, Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 17 april 1989.
3. Direcks, A & Holms, H.B., 'Miracle drug, miracle baby', in: *New Scientist* 6 november 1986; Kirejczyk, M., 'Onvruchtbaarheid als oorzaak en gevolg. Medische risico's', in: Onstenk, A. en Wilkens. L. (red.) *Voortplanting als bio-industrie,* Amsterdam (Sara van Gennep) 1986.
4. Stichting Rhea is een Nederlandse afdeling van FINRRAGE: *Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering.*
5. Clomifeen is een op DES lijkend middel dat wordt gebruikt om de eisprong te stimuleren.
6. Voor een uitgebreide besprekmg van deze problematiek zie R. Klein en R. Rowland, 'Women as test-srtes for fertility drugs', in: *Reproductive and Genetic Engineering,* 3 (1988).
7. Scherphuis, A., 'Het aantal afwijkingen bij reageerbuisbaby's is relatief hoog', in: *Vrij Nederland.* 22 april 1989: en daarop volgende ingezonden brieven. Desgevraagd bevestigde prof. Peters, een van de ondertekenaars. de juistheid van de in het artikel vermelde feiten.
8. Haan, G. e.a., *Evaluatie van in Vitro Fertilisatie.* RUL, Vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, 1989.
9. Zie noot 2 alsook de uitspraken in de Tweede Kamer, 17 april 1989.
10. Tijmstra, Ij., 'Het imperatieve karakter van de medische technologie en de betekenis van geanticipeerde beslissingspijl', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* 26 (1986).
11. J Zipper is wellicht de meest uitgesproken vertegenwoordiger van dit standpunt. Zipper, J, 'De fictie van natuurlijke voortplanting', in: *Lover* 1 (1987).
12. Van Berkel, D., 'Wantrouwen en kritiek', in *Lover,* 4 (1987) alsook de lezingen van D. van Berkel en van I. van Wingerden tijdens het congres 'Over grenzen', Groningen 1989.
13. Hanmerstein-Schoonderwoerd, W.C.E., e.a. (red.), *Bijzondere wijzen van voortplanting, draagmoederschap en de juridische problematiek,* Zwolle (Tjeenk Willink) 1986. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Zinvol leven,* Deventer (van Loghum Slaterus) 1988; Gezondheidsraad, *Advies inzake kunstmatige voortplanting, 1986.*
14. Raad voor het Jeugdbeleid, *Ouderschap zonder onderscheid,1988.*
15. Emancipatieraad, *Advies kunstmatige bevruchting en draagmoederschap,1989.*
16. Zie noot 2 alsook in de *Notitie kunstmatige bevruchting en draagmoederschap* geciteerde wetsvoorstel *Herziening van het Afstammingsrecht(Kamerstukken* nr. 20.626).

...DAGBOEK...

Persoonlijke notities uit de praktijk van de gezondheidszorg. Deze keer Margriet Körmeling, ergotherapeute in de eerste lijn, in dienst van het kruiswerk in Zuid-Holland.

Een dag uit de praktijk van een ergotherapeute

Donderdag 8.45 uur
Een kwartiertje eerder van huis vandaag, want voor de eerste afspraak moet ik rekenen op een file, zowel op de weg als qua problematiek.
Ik ben op weg naar een wijkverpleegkundige die ik vandaag voor het eerst zie. Samen gaan we naar een multiple sclerose-patiënte van haar. Ze heeft me telefonisch al het een en ander over deze vrouw verteld en ik heb begrepen dat ik me voorzichtig moet opstellen. Tien jaar geleden kreeg de patiënte het advies haar huis ingrijpend te verbouwen om het 'aan de handicap aan te passen' en die schrik zit er nog goed in. De vrouwen haar man vinden een gezellige inrichting belangrijker dan doelmatigheid. Ze zijn inmiddels een aantal jaren verder en de echtgenoot kampt met rugklachten, waardoor hij elk jaar wel een paar weken thuis moet blijven. Men verwacht van mij een analyse en voorstellen tot verandering.
Na aankomst wordt eerst een wond verzorgd. Dan moet mevrouw uit bed en in de douchestoel, tillen dus. Daarna met de douchestoel, die nauwelijks meer rijdt, naar de badkamer. Mevrouw glijdt onderuit en moet zich goed vasthouden. Van de badkamer weer naar de Slaapkamer en in bed voor verder afdrogen en aankleden. Met verbazing zie ik hoe handig de wijkverpleegkundige haar romp optilt om er vliegensvlug het corset onder te schuiven. Een erg zware werkbelasting; omrollen, de 'normale' manier, kan echter niet omdat de baleinen dan te veel prikken. Vervolgens nog een keer tillen van bed in de elektrische rolstoel en de reis naar beneden kan beginnen. Maar eerst proberen we de hond, die onder het bed gekropen is, daar weer onderuit te kletsen, want ook hij kan alleen per lift de trap af. Terloops neem ik nog wat maten op, het is krap hierboven. Beneden is er koffie en langzaam raakt het gesprek op gang. Ik complimenteer de echtgenoot, die een slimme oplossing heeft bedacht om de deuren verder open te krijgen dan gebruikelijk is. Ik uit mijn bewondering voor de grote inzet van iedereen.
Nu is er ruimte voor een eerste opmerking, dat het corset mijns inziens een handicap is voor de verzorgers. Daar was men nog niet opgekomen, maar dat kan toch niet anders? Of misschien toch? Een vraag naar de gemotiveerdheid van mevrouw tot verandering maakt duidelijk dat ze het eigenlijk wel best leuk vindt zoals de zorg nu wordt verleend, zij heeft geen probleem. Ik scherp dit meteen aan: *'ij bent dus als het ware lijdend voorwerp met betrekking tot mijn opdracht?'* Ze aarzelt even en zegt dan: *'Meewerkend voorwerp.'* Hiermee is het ijs gebroken. Voor de volgende afspraak noteer ik in mijn agenda: voorlichting over alternatieven voor corset, patiënten lift en douchestoel.

13.00 uur
Tussen de middag ben ik op mijn werkplek voor het telefonisch spreekuur. Ik krijg onder andere een telefoontje van een schoonheidsspecialiste, die ik drie maanden geleden adviseerde een andere werkhouding te proberen. Ze had veel last van haar schouders en nek en van hOOfdpijn. De andere werkhouding vereist ook een andere stoel, in haar geval een zogenaamde 'sta-stoel'. Ze vraagt of ik mijn advies aan de verzekeringsgeneeskundige wil toelichten. De stoel heeft ze inmiddels al op zicht en hij helpt. Als ze hem niet 'krijgt', koopt ze hem zelf, deelt ze me mee.

14.00 uur
's Middags buiten een rolstoeltraining. De patiënte, die vier jaar geleden een hersenbloeding kreeg, heeft een elektronische driewieler gekocht. Een leuk wagentje, je ziet ze tegenwoordig steeds vaker door de stad rijden.
Deze mevrouw bleek er echter niet mee overweg te kunnen. De familie wilde het haar wel leren, maar daar werd ze bloednerveus van. Goedbedoelde opmerkingen als: *'Ga nu maar, toe maar Marie!'* waren niet het soort aanmoedigingen dat haar zelfvertrouwen kon geven. Na vijf lessen is ze nu wat rustiger. Ik volg haar tempo, ook als dat betekent dat ze vijf minuten aarzelt voordat ze over durft te steken. Vandaag kies ik zoveel mogelijk 'oversteeksituaties'. In een uur oefenen heb ik drie keer moeten ingrijpen, volgende week gaan we verder.

15.15 uur
Drie straten verder in een bejaardenhuis controleer ik een zitkussen. We hebben er een gat uitgesneden om ruimte te maken voor een tumor. Het is bedoeld als tijdelijke voorziening, in afwachting van andere maatregelen. Ik maak het gat iets groter en maak ondertussen een praatje.

16.30 uur
Onderweg naar huis mijmer ik over de rapporten die ik vandaag nog moet schrijven. Naast kennis en vaardigheid van de ergotherapeut is het kunnen aansluiten bij de levensstijl van een cliënt vaak de bepalende factor voor het uiteindelijke resultaat. En dat is soms kunst- en vliegwerk, ook in de thuissituatie.

Gezondheidscentra uitgerangeerd?

Nieuwe impulsen in Almere

●●●●●●●●

Ron Helsloot en Maria Zaal

Begin dit jaar verscheen in het *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek* een artikel van de hand van Bop Dijkstra,[1] waarin hij stelt dat de rol van de gezondheidscentra in vernieuwingen binnen de gezondheidszorg tot het verleden behoort.

Wat aan de huidige structuur ontbreekt is volgens hem een krachtige organisatievorm op regionaal niveau.

Ron Helsloot en Maria Zaal, beleidsmedewerkers in de eerste lijn in Almere, zien dit enigszins anders. Zonder een duidelijke structuur van de eerste lijn valt inderdaad weinig te beginnen, maar als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan, zijn gezondheidscentra bij uitstek broedplaatsen voor vernieuwingen. In hun snel groeiende stad worden momenteel de eerste stappen daartoe gezet.

Bijt Almere de spits af in het streven naar een goed georganiseerde zorg?

Al in de eerste nota's over de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg in Almere, uit de tweede helft van de jaren zeventig, werd gekozen voor een kleinschalige opzet. In elke Almeerse wijk zou een goed herkenbaar gezondheidscentrum met een lage drempel moeten zijn. Daarnaast was onderlinge samenwerking in het team nodig, om tot een samenhangende uitvoering van de hulpverlening te komen. Doel was het bieden van een continue en integrale hulpverlening, hetgeen speciaal van belang is bij complexe hulpvragen, zoals de behoefte aan intensieve thuiszorg.

Gedurende een aantal jaren voldeden de wijkgezondheidscentra in Almere voor dit doel. Naarmate de stad zich ontwikkelde en het inwonersaantal toenam, ontstonden er echter steeds meer taken die het centrumniveau overstegen. Het draagvlak van de afzonderlijke wijkgezondheidscentra bleek te klein. Daarom is men alweer zo'n tien jaar geleden begonnen met een vorm van regionaal management: er werd een overkoepelende stichting opgezet, die de lokale samenwerkingsverbanden coördineerde. Deze stichting ontwikkelde zich door middel van een fusie met de Almeerse delen van de provinciale kruisvereniging en de provinciale instelling voor maatschappelijke dienstverlening, in 1987 tot de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA).

Het doel van deze vorm van regionaal management is, naast het onderling binden van de afzonderlijke gezondheidscentra, onder meer het mogelijk maken van sturing en het in dialoog treden met de tweede lijn, de gemeente en de financiers.

In eerste instantie heeft, vooral om beheerstechnische redenen, sturing voornamelijk van bovenaf plaatsgevonden. Nu de EVA drie jaar na haar ontstaan haar eigen richting gaat bepalen, komt het accent weer te liggen op meer herkenbare, kleinschalige gezondheidszorg. Hiertoe wordt momenteel een begin gemaakt met de uitvoering van de plannen voor een grondige decentralisatie van het management van stedelijk niveau naar het niveau van de zogenaamde werkmaatschappijen.

Werkmaatschappijen

De eerstelijns gezondheidszorg in Almere wordt momenteel geboden vanuit twaalf gezondheidscentra (rond het jaar 2000 zullen dat er ongeveer vijfentwintig zijn). Elke wijk van ongeveer 7000 inwoners heeft er één. En in elk centrum zijn aanwezig: huisartsen, centrumassistenten, fysiotherapie, maatschappelijk werk, wijkverpleging, verloskunde, tandheelkunde, apotheek, en binnenkort ook gezinsverzorging. Alle hulpverleners zijn in dienst van de EVA. In totaal heeft zij ongeveer 600 medewerkers in dienst; eind jaren '90 zullen dat er circa 1000 zijn.

Met ingang van 1 januari 1990 worden vier werkmaatschappijen (te vergelijken met divisies) gevormd. Bij deze decentralisatie wordt ervan uitgegaan dat eenheden van drie gezondheidscentra om tal van inhoudelijke en praktische redenen een goed uitgangspunt vormen. Zo'n werkmaatschappij is dus gunstig werken voor een gebied van 15.000 inwoners. Iedere werkmaatschappij komt onder leiding komen te staan van een bedrijfsdirecteur en de beschikking krijgen over een eigen budget en een eigen (kleine) staf voor beheersmatige en zorginhoudelijke ondersteuning.

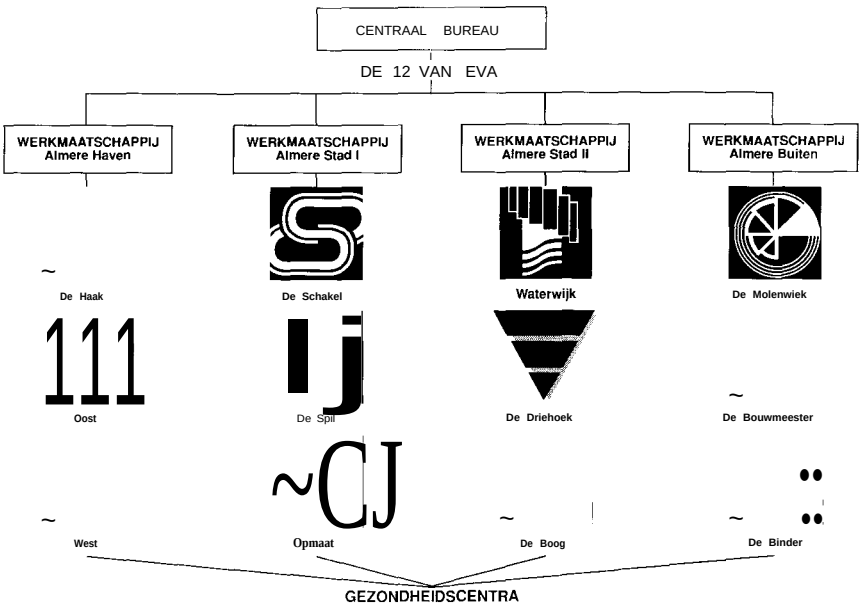
Op stedelijk niveau blijft een (beperkt) Centraal Bureau functioneren. Hier zetelen de centrale directie van de 'holding', de afdeling Zorgverlening, het facilitair bedrijf en de top van financieel-economische en personele zaken.

Afstemming

Het gezondheidscentrum is, zoals gezegd, te klein om tal van doelstellingen te realiseren. Al jaren worstelen de Almeerse centra (en niet alleen die) met de praktische verwezenlijking van doelstellingen als patiëntenparticipatie

en wijkgericht werken. Ook sommige andere beleidsrichtlijnen zijn ternauwernood levensvatbaar. In een recente notitie van de LVG (Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra) worden, in een poging om tot lastenverlichting voor de centra te komen, deze doelstellingen zelfs niet meer expliciet genoemd. Dat is jammer, want juist zij onderscheiden de gezondheidscentra van solo-praktijken.
Om ideeën als patiëntenparticipatie en wijkgericht werken in praktijk te kunnen brengen, moet men echter proberen verder te kijken dan het eigen centrum. In Almere kan dit in ieder geval door samen te werken met andere gezondheidscentra in de buurt, zodat datgene wat één centrum niet kan opbrengen, gezamenlijk gerealiseerd kan worden.
Het draagvlak van één centrum is bijvoorbeeld te klein om voor bepaalde categorieën patiënten een zorgbeleid te ontwikkelen. Te denken valt hierbij aan patiënten die 'intensieve zorg' ofwel 24-uurszorg behoeven. Het ontwikkelen van deze vorm van zorgverlening vraagt om coördinatie en sturing. De zorg dient afgestemd te zijn op de patiënt: dit vereist afstemming en taakverschuiving bij de hulpverleners. Het beheren van de middelen en het kunnen inzetten van hulpverlening, dag en nacht, is een taak die het afzonderlijk gezondheidscentrum en de individuele hulpverlener boven hun macht gaat; anderzijds is het aantal patiënten te klein voor een dergelijke zorgorganisatie.

Zorgcoördinator
Behalve inzetbaarheid 'de klok rond' zijn ook verbindingen met de tweede lijn noodzakelijk. Van die zijde bestaat bovendien een duidelijke behoefte aan een aanspreekbare persoon in de eerste lijn, in overleg met wie het beleid kan worden afgestemd en aan wie ontslag kan worden gemeld.
In de Almeerse situatie wordt die mogelijkheid nu geboden: binnen de EVA zal in de nabije toekomst in iedere werkmaatschappij een zorgcoördinator worden aangesteld.! Deze meldt na contact met de tweede lijn aan het gezondheidscentrum dat de patiënt naar huis gaat. Het centrum formeert vervolgens een behandelteam dat de thuiskomst voorbereidt en de zorg coördineert en op de patiënt afstemt. Ook hier zal blijken dat een georganiseerde eerste lijn onmisbaar is, wil men het ontwikkelde beleid op welk niveau dan ook uitvoeren.
Het draagvlak van één gezondheidscentrum is vaak ook te klein voor het aanbieden van andere hulpverleningsvormen, zoals bepaalde vormen van



Eerstelijnsstructuur in Almere.

groepswerk of fysiotherapie, en hulpverlening aan bepaalde groepen, zoals slachtoffers van seksueel geweld. Op deze gebieden zouden de centra elkaar kunnen vinden, de taken verdelen, organisatie uitbesteden, samen methodieken ontwikkelen, ondersteuning laten regelen enzovoort. Niet langer is elk centrum dan op zichzelf verantwoordelijk voor het bedenken en uitvoeren van tal van extra vormen van hulpverlening, en niet langer hoeft ieder apart steeds het wiel uit te vinden. Zo kan het aanbod van groepswerk gezamenlijk ontwikkeld worden en per toerbeurt worden uitgevoerd: idem dito voor bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten. De ervaringen kunnen worden gedeeld, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een nog meer toegespitst beleid.

Energieverslindend
Er zijn meer zaken die goed opgepakt zouden kunnen worden door een samenwerkingsverband van gezondheidscentra. Niet zelden mondt patiëntenparticipatie uit in frustratie aan beide kanten. In Almere heeft elk centrum haar eigen patiëntenwerkgroep. De leden doen voor een deel hetzelfde werk, zoals het uitgeven van een krant en het organiseren van thema-avonden. Hierbij is een voortdurende strijd gaande om voldoende menskracht te behouden. Zou een gezamenlijke patiëntenwerkgroep voor één werkmaatschappij niet veel effectiever zijn? De doelgroep voor arbeidsintensieve activiteiten als bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten wordt op die manier veel groter. En het meepraten over het beleid van de centra zou op dat niveau wellicht ook meer zin hebben. Hulpverleners en patiënten kunnen dan de organisatie en inhoud van de hulpverlening met meer afstand bezien.
Het op gang brengen van een ontwikkeling waarbij samenwerking tussen de centra mogelijk wordt, kan ook een nieuwe impuls geven aan het wijkgericht werken. Alle tijdrovende en energieverslindende arbeid van het maken en bijhouden van sociale kaarten, het verzamelen van demografische en sociaal-economische gegevens en het daarop beleid formuleren en acties ondernemen, kan veel beter op het niveau van stadsdelen gebeuren. Samenwerkingsprojecten tussen de gezondheidscentra zouden een plaats kunnen krijgen in de jaarlijkse werkplannen van de werkmaatschappijen. Hierbij zou verband gelegd kunnen worden met de projecten op EVA- (dat wil zeggen stedelijk) niveau, hetgeen ook betere mogelijkheden zou bieden voor de financiering. Gezondheidscentra zijn, door hun interne samenwerking en hun structuur, bij uitstek broedplaatsen voor ontwikkelingen op het gebied van de hulpverlening.' Vaak gebeurt dat intuïtief. Nu het mogelijk wordt binnen werkmaatschappijen gezamenlijk plannen te ontwikkelen, werkwijzen vast te leggen en afspraken te maken over evaluatie en toetsing, kan een continue kwaliteitsontwikkeling op gang komen.

Natuurlijk zijn er ook tal van praktische zaken die zich goed lenen voor een bundeling op het niveau van stadsdelen

c.q. werkmaatschappijen: waarneemregelingen (nu al op stadsdeelniveau); financiële administratie; personeelszaken; automatisering en dergelijke. Een hoger organisatieniveau is hierbij zelfs onmisbaar. Management op het niveau van het stadsdeel geeft bijvoorbeeld de mogelijkheid tot interne substitutie van middelen. Het beschikbare budget kan optimaal gebruikt worden. Dit vraagt wel wat van de stijl van leidinggeven. De bedrijfsdirecteur zal zich enerzijds moeten richten op de versterking van het centrum in kwestie, en zich moeten inzetten voor de continuering van de dagelijkse hulpverlening. Anderzijds zal zij of hij de centra moeten uitnodigen om samen te werken op die gebieden waarop een centrum het niet alléén kan bolwerken. Een dergelijk tweesporenbeleid vraagt ook om een differentiatie van de budgetten: een centrumbudget voor de uitvoering van het basispakket, en een werkmaatschappijbudget voor de uitvoering van de extra taken, de financiering van de ondersteuning en dergelijke.

Kompas

De organisatieontwikkeling binnen de EVA biedt goede perspectieven om het voorgaande te kunnen verwezenlijken. De basis, in de vorm van werkmaatschappijen, is gelegd. Het gaat er nu om in de interne structuur waarborgen in te bouwen voor genoemde ontwikkelingen. Vervolgens moet de lijn worden doorgetrokken naar stedelijk niveau. Elke werkmaatschappij kan voor een deel op zich zelf staan, maar ook hun samenwerking biedt grote voordelen. De afdeling Zorgverlening van de EVA ontwerpt voor de hele organisatie algemene kaders op inhoudelijk gebied. Met dit kompas in de hand kunnen de werkmaatschappijen en de afzonderlijke centra de eigen plannen ontwikkelen, daarbij ondersteund door medewerkers van de afdeling. Deze laatsten kunnen tijdens de samenwerking signalen en trends oppakken, die weer als basis kunnen dienen voor het algemeen beleid.

In het stedelijk overleg van alle zorginstellingen in Almere - geformaliseerd in een vereniging - en in het overleg met gemeente en financiers, wordt afstemming nagestreefd van het EVA-beleid op het overige zorgbeleid. (Deze afstemming komt ook tot uiting in een gezamenlijke zorgbegroting.) Zo zullen vernieuwingen in de gezondheidszorg juist in de contacten met de tweede lijn hun effect moeten krijgen. Dit wordt verwezenlijkt in de vorm van projecten, die in het stedelijk overleg worden gepland. Deze werkwijze staat borg voor een goed afstemming tussen eerste en de tweede lijn: niet alleen voor wat betreft de somatische zorg, maar ook ten aanzien van psychiatrie en revalidatie.

Door het onderbrengen van de werkmaatschappijen in een zogenaamde 'holding' ontstaat de mogelijkheid om de onderhandelingspositie van de eerste lijn in deze overlegvormen te verbeteren. Ook in de onderhandelingen met gemeente en financiers over de lokale zorgovereenkomsten en de financiering daarvan, kan de EVA zich sterk maken.

Het periodieke overleg tussen instellingen, gemeente en financiers is overigens een goed voorbeeld van regionale samenwerking tussen deze partijen. Te wensen valt dat financiers, wanneer de geplande fusering van ziekenfondsen met particuliere ziektekostenverzekeraars eenmaal zal zijn voltooid, ook elders in het land regionaal zullen gaan werken.

Federatie

Almere is natuurlijk de rest van Nederland niet. Een opzet van de eerstelijns gezondheidszorg zoals in Almere bestaat verder nergens. De Zuidoostlob van Amsterdam vertoont nog de meeste overeenkomsten, maar recente pogingen om hier, naast samenwerking bij projecten, ook op bestuurlijk niveau meer verband aan te brengen tussen een aantal gezondheidscentra lijken vooralsnog te zijn mislukt." Hetzelfde geldt voor enkele centra in Amsterdam zelf. Eindhoven en Zoetermeer hebben ook overkoepelende stichtingen van een aantal gezondheidscentra, maar deze centra liggen verspreid over de stad en zullen toch niet gezamenlijk voor één aaneengesloten geografisch gebied die zorg kunnen bieden waarover wij hierboven spraken.

Heeft ons verhaal dan eigenlijk wel enige betekenis voor de rest van Nederland? Wij denken van wel..

Wil de zorg dicht bij huis overleven, dan is per regio een samenwerkingsverband tussen gezondheidscentra, hometeams, kruisverenigingen etcetera nodig, dat geïnstitutionaliseerd wordt in de vorm van een federatie. De deelnemende instanties sluiten met deze federatie - ofwel het regionaal zorgmanagement - vervolgens contracten af, waarin wordt bepaald hoe ver de ondersteuning op zorginhoudelijk en beheersmatig gebied, maar bovenal hoever de sturing kan gaan. Net zoals in Almere kan dan in de eerste lijn gewerkt gaan worden met een gezamenlijke zorgbegroting, eventueel uit te breiden tot andere zorgsectoren. Dit biedt weer mogelijkheden tot substitutie.

Sinds de EVA in 1987 startte is er al veel gebeurd. Maar er moet nog veel meer gebeuren, en niet alleen op het gebied van de ontwikkeling van de organisatie. De dagelijkse zorg moet steeds weer opnieuw georganiseerd worden, want de stad groeit hard. De weg is nog lang en de ontwikkelingen gaan (vaak te) snel.. Dat kost moeite, er gaat nog wel eens wat mis en dat zal ook wel zo blijven.

Echter, de stap die nu gezet is lijkt ook voor de hulpverleners zelf weer nieuwe mogelijkheden te bieden om de doelstellingen die gezondheidscentra zo na aan het hart liggen in praktijk te brengen. Samen met hen zal het management van de EVA de nieuwe structuur moeten uitwerken en invullen.

Op een congres in het najaar van 1990 hoopt de EVA de ingeslagen weg en de effecten daarvan nationaal en internationaal te kunnen presenteren. Gezamenlijk kan dan beoordeeld worden of de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg in Almere inderdaad een garantie biedt voor een zorgverlening van hoge kwaliteit.

Ron Helsloot en Maria Zaal zijn algemeen stafmedewerker bij de afdeling Zorgverlening van de EVA.

Noten

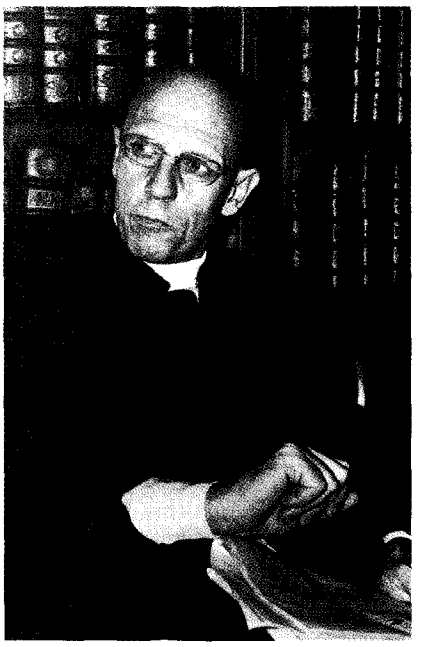
Ziek is het ,voord niet

Foucault en Zola onder het mes

●●●●●●●●

Hans Achterhuis

Onlangs promoveerden in Groningen Annemarie Mol en Peter van Lieshout op hun gezamenlijke proefschrift *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg van* 1945 *tot* 1985. Op het grensgebied tussen filosofie en sociale wetenschap poneren de auteurs een aantal uitdagende stellingen. Voor filosoof Hans Achterhuis een teken dat de tijd is aangebroken voor herbezinning op de geneeskundetheorieën uit de jaren '60 en '70.
Heeft de medische stand sinds Foucault en Zola nog wel zo veel macht?



Foucault,

In een beroemd artikel in *The Lancet* van 6 december 1986 keek Ivan Illich terug op het feit dat tien jaar daarvoor *Medical Nemesis* was verschenen. Hij meende dat zijn kritische analyse van de gezondheidszorg uit 1976 op een aantal punten achterhaald was. Met name stelde hij dat de medicalisering vanuit de medische professie, die volgens hem eind jaren zestig, begin jaren zeventig haar hoogtepunt bereikt had, sterk aan het afnemen was. De greep van de medische stand op het leven van mensen werd door Illich in 1986 veel minder belangrijk geacht dan in de tijd dat hij zijn boek schreef: *'Ik ben ervan overtuigd geraakt dat het medische establishment haar monopolie op dit terrein de afgelopen tien jaar heeft verloren. '*
Illichs artikel was een oproep tot het bedrijven van 'body-history', In de geschiedenis ondergaat het lichaam van de westerse mens een aantal veranderingen. Het is niet altijd op dezelfde wijze ervaren, beschreven en geobjectiveerd. Nauwgezette studie van de historische vertogen over ziekte en gezondheid, niet uitgaand van één model, kan deze veranderingen zichtbaar maken.
Ook al wordt door hen niet naar het genoemde artikel verwezen, toch komt *Ziek is het woord niet* van Annemarie Mol en Peter van Lieshout in veel opzichten overeen met het soort geschiedschrijving dat Illich voor ogen stond. In dit proefschrift over *'medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg van 1945 tot* 1985', zoals de ondertitel luidt, wordt de taal van deze twee disciplines uit de gezondheidszorg zorgvuldig in al haar veranderingen ontleed.
Mol en Van Lieshout doen dit door de tijdschriften waarin de beoefenaars van beide disciplines in de vorm van discussiegemeenschappen met hun vak bezig zijn uit het genoemde tijdvak te bestuderen. Voor de gemeentelijke gezondheidszorg is dat het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid,* dat vanaf 1945 verscheen. Voor de huisartsengeneeskunde was de keus minder gemakkelijk. Pas vanaf 1958 beschikten de huisartsen over een eigen orgaan, *Huisarts en Wetenschap.* Voor de voorafgaande periode werd door de auteurs gekeken naar relevante publikaties in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* en in *Medisch Contact.*
Bij het bestuderen van de jaargangen van genoemde periodieken draaide het voor Mol en Van Lieshout uitdrukkelijk niet om inhoudelijke discussies of om standpunten van met name genoemde schrijvers van artikelen. Het ging hun om de taal, de wisselende begrippen die gebruikt werden, los van de namen of bedoelingen van de schrijvers. Om het met een voorbeeld van henzelf duidelijk te maken: als er een discussie plaatsvindt over de vraag of 'psychische problematiek behoort tot het takenpakket van de huisarts', is het voor hen alleen van belang dat hier het begrip 'psychische problematiek' wordt gehanteerd om het object van medische bemoeienis in een bepaalde periode aan te geven. De taal waarin iets uitgedrukt wordt is, en daarin geef ik hun zonder meer gelijk, van minstens even groot belang als de inhoud.

Machtsgreep

Hadden Mol en Van Lieshout het hierbij gelaten, dan had dit ongetwijfeld een op zich boeiende historische studie

opgeleverd. Ze gaan echter een beduidende stap verder door de resultaten van hun geschiedschrijving te confronteren met de twee belangrijkste sociale theorieën over de geneeskunde, de medicaliseringstheorie van Zola en Freidson en de normaliseringstheorie van Foucault. Om de toch wel verrassende conclusie vast te verklappen: als ik het heel simpel zeg, blijft er weinig heel van deze populaire theorieën. Zeker, ze kunnen enig inzicht verschaffen in ontwikkelingen die met name in het begin van deze periode plaatsvinden. Daarna blijken de in deze theorieën gehanteerde concepten echter nauwelijks meer greep te geven op althans het Nederlandse materiaal.

De medicaliseringstheorie wordt misschien het beste verwoord in de openingszinnen van Zola's *Medicine as an institution of social control* uit 1972: *'Het thema van dit essay is dat de geneeskunde een belangrijke institutie van sociale controle aan het worden is en daarbij de traditionele instituties van religie en wet opzij drukt, als ze die al niet incorporeert. Ze wordt de nieuwe schatkamer van de waarheid, de plaats waar deskundigen, die worden geacht moreel neutraal en objectief te zijn, absolute en vaak laatste oordelen vellen.'* Belangrijkste punt uit de aanklacht van Zola en anderen is dat de termen 'ziek' en 'gezond' gebruikt worden om morele oordelen te vellen. De medicaliseringstheoretici kijken niet inhoudelijk naar de claims van de geneeskunde, maar analyseren de medische taal als een greep naar de macht over het leven van de 'leek'. Deze machtsgreep wordt als medicalisering omschreven. Het verzet ertegen moet worden georganiseerd door de leken zelf, door de mensen die weer greep op hun eigen (morele) werkelijkheid moeten terugveroveren. Vanuit het morele recht op zelfbeschikking dienen zij de macht van de professionele krachten te beperken. De medische ethiek, die volgens één van de stellingen van Van Lieshout 'haar blikveld tot de rechten van het individu beperkt', kan ongetwijfeld gezien worden als een uitvloeisel van de medicaliseringstheorie.

Volgens de normaliseringstheorie velt de gezondheidszorg geen verkapte morele oordelen, maar ordent zij mensen op grond van wat 'normaal' is. Via de ordening door middel van een norm worden alle mogelijke verschillen tussen mensen gereduceerd tot dat ene verschil tussen normaal en afwijkend. De historische analyses van Foucault laten zien hoe de afgelopen eeuwen de macht normaliserend heeft gewerkt via de vertogen en praktijken van artsen, volksopvoeders, psychiaters en ondernemers. Hierdoor is 'de mens' tot onderwerp van wetenschap en beheersing gemaakt, is hij als autonoom en normaal subject geproduceerd. De genoemde groepen zijn echter niet, zoals dat in de medicaliseringstheorie toch min of meer gesuggereerd wordt, de heersers over deze taal.. Ook hun positie is erdoor aangewezen, zij kunnen er niet vrij over beschikken.

Strijd tegen professionele krachten in naam van zoiets als autonomie of zelfbeschikking is volgens Foucault dan ook een illusie. Hiermee leveren mensen zichzelf nog meer uit aan de normaliseringsmacht van de geneeskunde. In het verzet daartegen moet vooral een beroep worden gedaan op verdrongen en vergeten vormen van taal en weten. Alleen deze maken het misschien mogelijk aan de schier alomtegenwoordige macht te ontsnappen.

Herkenning

Zowel de medicaliserings- als de normaliseringstheoretici zijn vrij kritiekloos door velen omhelsd. Overal in de westerse wereld verschenen studies die de medicalisering en/of normalisering vanuit de gezondheidszorg in heden en verleden aan de kaak stelden. Ook in ons land kunnen tientallen, zo niet honderden publikaties worden genoemd waarin de begrippen uit een van beide theorieën (de laatste jaren vooral die van Foucault), op historisch en actueel materiaal worden losgelaten. Het verrassende is nu, zoals gezegd, dat Mol en Van Lieshout op grond van het door hen bestudeerde materiaal de beperktheid van beide theorieën overtuigend aantonen. Het is onmogelijk om hun uitgebreide historische beschouwingen hier ook maar bij benadering weer te geven. Op zeer lezenswaardige wijze - iedereen die wat langer in de gezondheidszorg meeloopt zal waarschijnlijk zijn eigen vocabulaire uit het verleden feilloos herkennen - laten zij zien dat het spreken van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg maar zeer beperkt past binnen de twee theorieën. Alleen in de late jaren veertig en het begin van de jaren vijftig wordt duidelijk een moreel oordeel verborgen achter de termen ziek en gezond. Daarna blijkt de door artsen gehanteerde terminologie - stoornis, probleem en hulpvraag - nauwelijks meer te passen binnen het onderscheid tussen feit en waarde (de medici mogen feiten vaststellen, de waarden behoren de leek) van de medicaliseringstheorie.

De normaliseringstheorie heeft een iets breder historisch bereik. Inderdaad blijken veel begrippen uit de bestudeerde disciplines - zedeloos, ziek, gestoord - moeiteloos te passen in een polaire oppositie tussen normaal en abnormaal. Vooral in de recente geschiedenis stoken echter een aantal termen op. ZOL.: 'nood' en 'hulpvraag', die niet simpel vanuit het schema van de normaliteit kunnen worden begrepen. Mol en Van Lieshout eindigen hun studie dan ook met de oproep om in de gezondheidszorg niet meer naar één vaste wijze van ordenen te kijken, maar dat ene begrip 'orde' te vervangen door 'ordeningen'. Hiermee openen zij een wijds perspectief voor verder onderzoek, waarvoor ze meteen een paar suggesties doen.

Modieuze winden.

Het kan niet anders of bij zo'n omvattende en vernieuwende studie worden een aantal vragen gesteld. Het zou mij niet verbazen als tijdens de promotie, waarbij ik zelf helaas niet aanwezig kon zijn, de discussie vooral over methodologische kwesties is gegaan. De grote vraag is natuurlijk in hoeverre de teksten die bestudeerd zijn de realiteit dekken. In hoeverre lijken de patiënten en cliënten die in de tijdschriften figureren op de 'echte' patiënten en cliënten die de spreekkamers bevolken? Hoe accuraat geven de meningen zoals die geventileerd worden in *Huisarts en Wetenschap* en in het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* weer hoe hulpverleners in de praktijk optreden?

Zelf heb ik de nodige vermoedens dat huisartsen over het algemeen minder meewaaien met modieuze winden dan werkers in de geestelijke gezondheidszorg. Zou het misschien kunnen zijn dat veel huisartsen 'ouderwets' zijn gebleven en bijvoorbeeld nog wel degelijk medicaliserend en normaliserend bezig zijn? Of is, zoals Illich in het genoemde artikel suggereert, de afgelopen tijd de definiëringsmacht van artsen afgenomen en moeten we naar heel andere terreinen dan naar hun vakbladen kijken om actuele vormen van medicalisering of normalisering op het spoor te komen?

Dit soort vragen lijkt mij relevant voor het verder doordenken van de uitdagende stellingen die Mol en Van Lieshout geponeerd hebben. Zij doen weinig af aan de grote waarde van hun studie, die op het grensgebied tussen filosofie en sociale wetenschap nieuwe terreinen afbakent en nieuwe wegen wijst.

Ziek is het woord niet kwam uit bij *de* SUN, Nijmegen.
ISBN:9061683122

Hans Achterhuis is sociaal-filosoof.

...BOEKEN...

Aids: een gewone ziekte

Susan Sontag: *Aids en zijn beeldspraken,* Baarn (Anthos)
ISBN 90 6074 2966,12 pagina's, *f 19,50.*

Op het laatste wereldcongres over Aids, in Montreal, werd nogmaals duidelijk hoezeer deze ziekte ernstige deuken heeft geslagen in het liberaal-tolerante beeld dat Europeanen en Amerikanen van zichzelf hebben. In tal van landen worden Aidspatiënten en seropositieven aan repressieve maatregelen blootgesteld.
Wie geïnteresseerd is in de maatschappelijke verwerking van Aids kan zijn hart ophalen aan het laatste boek van Susan Sontag, *Aids en zijn beeldspraken.* De kracht van haar boek is dat zij, zonder in twijfel te trekken dat Aids een ernstige ziekte is die wetenschappelijk onderzocht moet worden en waarover 'het publiek' voorgelicht moet worden, probeert ziekte en retoriek te scheiden. Aids is voor Sontag een gewone ziekte.
Op grond van haar eigen ervaring met kanker, de directe aanleiding tot het schrijven van haar voorgaande boek *Illness as a metaphor,* verdedigt Sontag de stelling dat het lijden van de huidige Aidspatiënt beslissend beïnvloed wordt door de metaforen die deze ziekte omringen. In *Aids en zijn beeldspraken* volgt zij een uitspraak van Nietzsche, die stelt dat een patiënt niet alleen lijdt aan een ziekte, maar ook aan de verbeelding over de ziekte. Net zoals Nietzsche geeft Sontag zichzelf de opdracht deze verbeelding te kalmeren, om het lijden in te perken. Dat dit een vrijwel onmogelijke taak is, laat zij zien in haar historische voorbeelden. De treffende overeenkomsten tussen de Aids-beeldspraken en die rond syfilis, kanker en pest tonen aan dat de ontwikkeling van onze kennis nauwelijks gepaard is gegaan met een ontwikkeling van onze moraliteit.

Niemandsland

Dat Sontags betoog een moeizame evenwichtsoefening vereist, blijkt uit het fragmentarische karakter ervan, waarbij herhaling niet ontbreekt. Ten opzichte van de rest van Sontags oeuvre is *Aids en zijn beeldspraken,* de superlatieven op de achterflap ten spijt, zelfs aan de zwakke kant. Daar kan tegen ingebracht worden dat Sontags positie een fragmentarische stijl met zich meebrengt, ja zelfs vereist. Sontag zelf zal de eerste zijn om te beamen dat Aristoteles' definitie van de metafoor, 'iets een naam geven die bij iets anders hoort', slechts de halve waarheid is: de nadruk ligt hier op het verschil en niet op de overeenkomst die een dergelijke vergelijking mogelijk maakt. Het standpunt dat er met betrekking tot Aids *oneigenlijke* metaforen gebruikt worden, is daarom in absolute zin onhoudbaar. Het gaat eerder om *onwenselijke* metaforen. Wat onwenselijk is, is geen kwestie van wetenschappelijke bewijsvoering, en dit maakt een fragmentarische stijl verdedigbaar.
Ten aanzien van Aids bevindt Sentag zich door deze benadering in een soort niemandsland tussen verschillende coherente betogen die een fanatiek moralisme dan wel een cynisch rationalisme uitdragen. Dat niemandsland is in de Aidsdiscussie overigens wel bevolkt. Het is het land waar 'zij' wonen, de mensen die Aidspatiënt of seropositief zijn. Alle metaforen die Sontag de revue laat passeren - de oorlogsmetafoor, de pestmetafoor, de exotische metafoor (Aids komt niet bij ons vandaan, maar uit Afrika), de apocalypsmetafoor en de ontluikingsmetafoor (er zou een continuüm tussen infectie en ziekte bestaan) - hebben gemeenschappelijk dat zij niet uit het heden en het actuele lijden, maar uit de toekomst hun legitimatie verkrijgen. Wetenschappelijke uitspraken, overheidsbeleid en moraliserende standpunten zijn voornamelijk gebaseerd op extrapolatie en waarzeggerij, en niet op wat de ziekte thans betekent. Bovendien is het Aidsverhaal in hoge mate het verhaal van mensen die normaal zijn en dat graag willen blijven, desnoods door alles wat anders is uit te sluiten.
Met haar positie in het 'niemandsland' is Susan Sentag kwetsbaar voor kritiek. Haar beschrijving van de Aids-metaforen kan geen volledig beeld opleveren. Niet alleen is geen enkele metafoor ondubbelzinnig, ook overlappen de verschillende metaforen elkaar en spreken ze elkaar tegen. Een duidelijke conclusie is dan ook niet te trekken. Aan religieuze moralisten voor wie goed en kwaad onbetwistbaar vastliggen en aan beleidsmakers, ethici en wetenschappers die Aids herleiden tot eenduidige actiepunten, biedt dit essay volop mogelijkheden tot kritiek.
Dergelijke kritiek lijkt mij echter voorbij te schieten aan Sontags motivatie. Haar doel is de schaduwzijde te tonen die bepaalde keuzen in ons verhaal over Aids met zich meebrengen. Dat is ook wat van een criticus verwacht mag worden. Het is onterecht om Sontag te verwijten dat haar kritiek zich niet als een kant-en-klaar instrument laat gebruiken en dus geen onderdeel van de oorlogsmetafoor kan worden. Sontags essay kritiseert juist dit soort denken en vraagt aandacht voor het actuele lijden. In deze zin is het boek een van de parels in de Aidsliteratuur.

Oorlog

De Nederlandse vertaling van het boek is wat de algemene lijn betreft toereikend, maar wekt de indruk van slordig haastwerk. Zo wordt *a coronary* (pagina 38 van de Engelse editie) vertaald als 'hartinfarct' (pagina 46), terwijl een operatieve omlegging van een kransslagader bedoeld wordt, en blijft het *woordfull blown* (volledig tot bloei of ontwikkeling gekomen) onvertaald of wordt het vertaald met het volstrekt onjuiste 'acuut' (pagina 38). Soms worden zinsdelen zelfs gewoon weggelaten.
Ook de ratio van sommige vertalingen ontgaat mij. Wanneer Sontag, sprekend over de oorlogsmetafoor, haar essay besluit met de zin *'Give it back to the warmakers',* wordt dat vertaald met: *'Terug ermee naar hen die over oorlog beslissen',* hetgeen over het algemeen heel andere mensen zijn dan degenen die oorlog maken. Wie hierover doordenkt kan uit deze vertaling het onbegrip van de vertaler destilleren. Sontags betoog richt zich onder andere tegen diegenen die *over* oorlog beslissen en die bepaalde metaforen misbruiken om hun beleid te rechtvaardigen en anderen oorlog te laten maken.
Daar deze voorbeelden moeiteloos tot een waslijst uit te

breiden zijn, is de Nederlandse vertaling ongeschikt voor hen die Sentags betoog tot in de finesses willen volgen.

Arko Oderwald

'Toen ik hier kwam was ik kerngezond'

H,P, Uniken Venema, *'Toen ik hier kwam was ik kemgezond,' De gezondheid van Turken in Nederland,* Utrecht (Bohn, Scheltema & Holkema) 1989 ISBN 90 313 10174,f, 39,50,

Van de vele publikaties die de afgelopen jaren zijn verschenen over de gezondheid van migranten, zijn verreweg de meeste afkomstig van hulpverleners die in de praktijk problemen ervaren met de zO'rg voor deze grO'ep. Migranten zouden andere ziekteverschijnselen vertonen dan Nederlanders (veel meer maagklachten bijvoorbeeld) en zij zouden O'O'kandere opvattingen hebben over de oorzaak van ziekte en genezing.
Over de problemen die migranten zelf hebben met hun gezondheid of met de Nederlandse gezondheidszorg zijn echter nauwelijks gegevens bekend. Een paar jaar geleden heeft de Rotterdamse GGD het initiatief genO'men tot een onderzoek naar gezondheid en ziektegedrag van Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Deze zomer is mevrouw Uniken Venema O'p dit onderzoek gepromoveerd.
Het onderzoek richtte zich O'p de volgende drie vragen: is er verschil tussen de gezondheid en het ziekte gedrag van Turkse en autochtone inwoners van Rotterdam? Wat zijn de verklaringen voor eventuele verschillen en welke consequenties kunnen de onderzoeksresultaten hebben voor het gemeentelijk beleid O'p dit terrein?
Het onderzoek vond plaats van 1985 tot 1987. Bij een kleine SOa inwoners van Rotterdam werden met behulp van (half-)gestructureerde vragenlijsten mondelinge interviews afgenomen. Eerst werd uit de Turkse inwoners van de stad een aselecte steekproef getrokken van 248 persO'nen. Hierbij werd een controlegroep van 241 Nederlanders gezocht die wat betreft leeftijd, geslacht (helft mannen, helft vrouwen), woonbuurt en sociaal-economisch niveau vergelijkbaar waren. Dat laatste is niet helemaal gelukt: in de groep Nederlanders bleek het gemiddeld opleidingsniveau zowel als het beroeps- en inkomensniveau iets hoger te liggen dan in de grO'ep Turken. De Turken werden door Turkse interviewers ondervraagd en de Nederlanders door Nederlandse interviewers.
Min of meer gelijktijdig met het Rotterdamse onderzoek werd O'O'kin Antwerpen onderzoek gedaan naar de gezondheidstoestand van Turkse inwoners, eveneens met behulp van vragenlijsten. De resultaten hiervan zijn gebruikt ter vergelijking met de Rotterdamse gegevens.

Sociale netwerken
Turkse mannen in Rotterdam blijken iets meer klachten en chronische aandoeningen te hebben dan Nederlandse mannen, maar de aard van de klachten verschilt niet erg. Turken geven niet vaker dan Nederlanders aan dat ze maagklachten hebben. Bij de vrouwen is er geen verschil in gezondheidsklachten tussen beide nationaliteiten.
Turkse vrouwen in Antwerpen blijken meer chronische aandoeningen te hebben dan Turkse mannen daar en dan Turkse mannen en Holl[illegible]
De vraag naar de manier waaro[illegible] gezondheid ervaren, bracht grotere [illegible] licht. Turkse mannen in Rotterdam [illegible] heid vaker slecht dan Turkse vrouwen [illegible] derlandse buurtgenoten. Vervolgens is [illegible] factoren hierbij een rol hebben gespeeld. [illegible] iets slechtere sociaal-economische situatie [illegible] ken in Nederland wordt gezien als verklaring [illegible] feit dat de betreffende mannen zich minder [illegible] voelen.
In Antwerpen zijn het niet zozeer de Turkse manzer; wel de Turkse vrouwen die zich minder gezond voelen. Uniken Venema zoekt de verklaring hiervoor in cultuurverschillen tussen België en Nederland. De Belgische cultuur van leven en laten leven en hechte familiebanden en strenge opvoeding, lijkt volgens haar meer O'F de Turkse dan de regelzuchtige Nederlandse cultuur doet. Dit zou verklaren dat Turkse mannen in Antwerpen zich minder ongezond voelen, De sterkere sociale netwerken onder Turken in deze stad zouden voor de vrouwen juist ongunstig uitpakken (veel strengere sociale controle) en tot een groter aantal klachten leiden.
Gevraagd naar hun opvattingen over ziekteoorzaken blijken zowel Nederlandse als Turkse vrouwen spanningen en zO'rgen als belangrijkste oorzaak van veel gezondheidsklachten te zien.
Tenslotte is gekeken naar verschil in ziektegedrag. Turkse mannen en vrouwen zoeken vaker professionele medische hulp (vooral van de huisarts) dan hun ~ederlandse buurtgenoten. Deze blijken meer alternatieven te hebben voor doktersbezoek: zelfzorg. maatschappelijk werk, alternatieve genezers of psychologische hulp. OO'k blijkt er bij de eersten sprake te zijn van ernstige communicatieproblemen in de spreekkamer: ruim 2:'0 van de Turken heeft bij het laatste huisartsbezoek [illegible] alles begrepen, tegenover 5% van de ~ederlanee:-s.
De conclusies van het onderzoek luiden dat T[illegible] Rotterdam niet vaker ziek zijn dan ~ederlanee:-5. [illegible] wel vaker naar de huisarts gaan, en dat er forse [illegible] nicatieproblemen bestaan in de hulpver.en.nz [illegible] bepleit meer aandacht voor deze taalbarrière. [illegible] kennis bij eerstelijnshulpverleners. [illegible] het feit dat Turken wel degelijk [illegible] den van ziekten erkennen, en een verzrocriz [illegible] mogelijkheden voor 'zelfzorc'. [illegible] meer [illegible] oorlichting die zoveel mogeliik aar.s.u.: b:- ce e"~~ ~e-woonten van migranten.

Het onderzoek is degelijk O'pgeze[illegible] veel zorg besteed aan de kwaliteit [illegible] van de gegevens. Des te opvaliencer [illegible] één zin gewijd is aan de methoco-e-zie [illegible] werpse onderzoek. terwijl de resultaten [illegible] heel bepalend ziin geweest voor 6e i[illegible] Rotterdamse ge~eyens. De [illegible] voor ce verschillen in ervaren zezondhexi[illegible] zijn [illegible] mazer en speculatief, vooral daar ~-aar het de culruurwrs.::h11.1en russen de Turkse zemeenschaa in Anrweroen en Rotterdam betreft. Dat lizt voornamelijk aan de gekozen onderzoeksmethod[illegible] Diepre-interviews zo{lden ons inzicht O'p dit pum mogehik hebben kunnen vergroten, De gegevens van dit onderzoek kunnen wel een bijdrage leveren aan het doorbreken van een aantal vastgeroeste vO'O'roordelen over migranten.

Thea Dukkers van Elnden

Kort Goed

Voor alle initiatieven, projecten, verslagen en dagen op het gebied van gezondheid, stuur uw aankondiging hiervan naar Kort & Goed. Ook scripties, brochures en boeken kunnen hierin vermeld en kort besproken worden. Kort & Goed wordt samengesteld door Maud Verhoofdstad. Het adres is: Kort & Goed, Postbus 275, 3500 AG Utrecht

Ziekteverzuim gezinsverzorging

Het gemiddelde ziekteverzuim in de gezinsverzorging is hoger dan het algemene verzuimpercentage van alle Nederlanders. Niet zozeer omdat gezinsverzorgers zich vaker ziek melden, als wel omdat de duur van het ziekteverzuim gemiddeld langer is. Vaak resulteert langdurig verzuim in arbeidsongeschiktheid: vergeleken met leeftijdgenoten uit andere sectoren in de gezondheidszorg komen gezinsverzorgers onder de 35 jaar vier keer vaker in de WAO terecht. Driekwart van het langdurig ziekteverzuim kent twee hoofdoorzaken: psychische problemen (overspannenheid, stress) en rug-, spier- en gewrichtskiachten.
Deze cijfers zijn te lezen in het rapport *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging*, door TJ. Veerman. Het rapport bevat tevens aanbevelingen over de aanpak van de problematiek. Het is te bestellen bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA). De prijs is f 22,50 exclusief verzendkosten. Informatie over de bestelwijze is te verkrijgen bij het NIA, Postbus 5665,1007 AR Amsterdam, telefoon 020-5498425.

Kruiswerk en kwaliteit

Het kruiswerk in Zuid-Holland is begin 1989 gestart met een kwaliteitszorgprogramma. Het is de bedoeling dat in alle onderdelen van het kruiswerk acties georganiseerd worden die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening. Informatie verkregen van cliënten maakt essentieel onderdeel uit van de acties, en regelmatig terugkerende studiemiddagen vormen een onderdeel van het programma. Het is de eerste keer dat er in het kruiswerk op een dergelijke manier aandacht gevraagd wordt voor een systematisch werken aan kwaliteit.
Onlangs is de brochure *Kwaliteit in huis* uitgebracht, geschreven voor alle Kruiswerkers. Aangegeven wordt wat kwaliteit betekent voor het kruiswerk en hoe verhoging ervan bereikt moet worden. Informatie over de acties en de brochure kan worden verkregen bij mevr. M. van Leeuwen, Provinciale Kruisvereniging Zuid- Holland, Bredewater 18, Zoetermeer, telefoon 079-514021.

Rectificatie

In *Kort en Goed* van september 1989 is een folder van het *Vrouwengezondheidscentrum* in *Utrecht* besproken. Hierbij staat het adres verkeerd vermeld. Dit moet zijn: Vrouwengezondheidscentrum, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht.

Zwangerschap en bevalling

De Nationale Kruisvereniging en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg hebben een brochure samengesteld met als titel *Zwangerschap, bevalling en kraambed bij Marokkaanse en Turkse vrouwen.* Het doel van de brochure is bij hulpverleners de kennis en het begrip van zwangerschap, bevalling en kraamperiode van Marokkaanse en Turkse vrouwen te vermeerderen.
Voor hulpverleners is het niet altijd gemakkelijk hun manier van zorgverlenen te laten aansluiten op de ervaringen en verwachtingen van deze vrouwen. Het is van belang te weten welke maatschappelijke en culturele verschillen er zijn tussen de Marokkaanse, Turkse en Nederlandse samenleving, wat de positie van de vrouw is, en welke invloed de godsdienst heeft op de houding van de vrouw in het algemeen en op die ten aanzien van huwelijk en seksualiteit in het bijzonder. Ook kennis van de organisatie van de gezondheidszorg in Marokko en Turkije en van gebruiken en gewoonten rond zwangerschap, bevalling en kraamperiode kan inzicht verschaffen in de wijze waarop Marokkaanse en Turkse vrouwen in Nederland gebruik maken van de zorgverlening.
De brochure kost f 5,- (exclusief verzendkosten). Hij is verkrijgbaar bij de Nationale Kruisvereniging, verkoopcentrum publikaties, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, telefoon 03405-96335, onder verkoopnummer NK 50.20.27. Tevens te verkrijgen bij het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, zelfde adres, telefoon 03405-96433, onder bestelnummer B1100.

Alternatieve gezondheidsagenda

Voor het eerst verschijnt er dit jaar een *Alternatieve Gezondheidsagenda.* Hij bevat informatie over onder meer reinigingskuren, natuurgeneeswijzen en volwaardige voedingsmiddelen. Ook zijn algemene gezondheidstips en adressenlijsten van organisaties opgenomen. De prijs van de agenda is f 19,75 en hij is te koop in de boekhandel.

Seksualiteit en geweld

Geweld in het gezin, incest, seksueel misbruik van vrouwen, mishandeling van kinderen: lang zijn deze problemen binnen de muren van relaties en gezinnen gebleven. Pas de laatste jaren worden dergelijke vormen van geweld tegen vrouwen en kinderen als een maatschappelijk probleem erkend.
Met de ontwikkeling van de verschillende vormen van (vrouwen)hulpverlening op deze gebieden is ook de vraag naar gedegen wetenschappelijk onderbouwde

informatie toegenomen. De *Stichting Wetenschappelijk Onderzoek omtrent Seksualiteit en Geweld* (\Vosc;) verricht onderzoek op dit terrein. Zij wil deskundigheid op het gebied van seksualiteit en geweld bundelen, de ontwikkeling van nieuwe theoretische en methodologische inzichten bevorderen en onderzoeksresultaten actief verspreiden. Bij het onderzoek zijn maatschappelijke organisaties, waaronder Blijf van mijn Lijf-huizen en de Vereniging tegen Kindermishandeling betrokken. Er zijn in opdracht van verschillende ministeries twee linclelijke onderzoeken uitgevoerd: één na.ir gêweld in man-vrouwverhoudingen, door Renée Römkens, en één naar seksueel misbruik van meisjes door verwanten, door Nel Draijen.
De W(»«: is een zelfstandige organisatie binnen de Universiteit van Amsterdam. Zij is toegankelijk voor zowel opdrachtgevers als belangstellende onderzoek(st)ers. Meer informatie over haar of over het steunfonds 'Vriendinnen en vrienden van wosc;' is verkrijgbaar bij het secretariaat van de stichting, Binnengasthuisstraat 9, 1012 ZA Amsterdam, telefoon 020-5259111, 5255338, of 5255369.

Behoefte-onderzoek

De *Wetenschapswinkel* van de Universiteit van Amsterdam wordt regelmatig geconfronteerd met verzoeken van organisaties om uitvoering van een behoefte-onderzoek. De Wetenschapswinkel heeft de ervaring dat dergelijke onderzoeken weinig opleveren: vaak blijken de resultaten voor opdrachtgevers teleurstellend. Bovendien is dit soort onderzoek voor studenten inhoudelijk minder interessant, waardoor de vragen langer blijven liggen.
Onlangs is een voorlichtingsbrochure voor klanten van de wetenschapswinkel verschenen over het nut van behoefte-onderzoek. Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden wordt beschreven welke factoren een rol spelen bij de beslissing of een behoefte-onderzoek op zijn plaats is. De brochure is vooral bedoeld als leidraad voor een hernieuwde discussie binnen de instelling. Ze wordt onder alle wetenschapswinkels verspreid. Informatie is te verkrijgen bij de Wetenschapswinkel van de Universiteit van Amsterdam, Herengracht 256, 1:16 BV Amsterdam, telefoon :2:-5254777.

Groeistoornissen

De *Belangenvereniging Van Kleine Mensen* (BVKM) is al jarenlang bezig medische informatie op te sporen in verband met de groeistoornissen waar haar leden mee te maken hebben. Onlangs heeft de BVK\! het rapport *Klein door groeistoornissen. Medische informatie* gepresenteerd. Dit rapport is het resultaat van onderzoek door medische studenten via de Wetenschapswinkel van de Universiteit van Amsterdam, en bevat een overzicht van de belangrijkste groeistoorrussen.
Voor kleine mensen is dit - ook voor leken toegankelijke - overzicht belangrijk, omdat zij in de praktijk maar al te vaak onvolledige informatie verkrijgen over hun handicap. Behalve voor hen is dit overzicht ook een waardevolle informatiebron voor huisartsen en andere werkers in de eerste- en tweedelijnszorg.
Het rapport is te bestellen bij de Wetenschapswinkel van de Universiteit van Amsterdam, Herengracht 256, 1016 BV Amsterdam, telefoon 020-5254777.
Voor meer informatie kan men terecht bij de Belangenvereniging Van Kleine Mensen, Kerkstraat 413 hs, 1017 HX Amsterdam, telefoon 020-245058.

Voorlichten over Gezondheid

Onlangs is een geheel herziene versie verschenen van *Voorlichten over Gezondheid,* een overzicht van audiovisuele programma's over gezondheid. Deze catalogus bevat een beknopte beschrijving van de op het Landelijk Centrum GVO aanwezige films, video's en diaseries. In de beschrijving is informatie opgenomen over onder meer titel, lengte, producent en een korte indicatie van de inhoud. De catalogus is te bestellen door overmaking van *f* 32,- (inclusief verzendkosten) op giro 3963638, ten name van Landelijk Centrum GVO, Utrecht, onder vermelding van 'Overzichten GVO; 6-1989'.

Kinderen van hiernaast

Mark is spastisch sinds zijn geboorte. Ellie is geestelijk gehandicapt. Brenda en Lidewij zijn nieuwsgierig naar wat er met Mark en Ellie aan de hand is. Wat betekent het om geestelijk gehandicapt te zijn, is het erg om altijd in een rolstoel te zitten?
Kinderen van Hiernaast is een voorlichtingsprogramma over handicaps, bestemd voor kinderen van de basisschool. Onderwijzers, ouders en vrijwilligers kunnen poppen gebruiken om de kinderen op een herkenbare manier te leren wat 'anders-zijn' betekent. De poppen spelen verschillende situaties na, beantwoorden daarna vragen van kinderen en gaan in discussie. *Kinderen :',111 Hier~,-t* is in Xederland voor het eerst gepresenteerd op de manifestatie ':\1ens~en Handicap' in Groningen. Informatie is verkrijgbaar bij Gijs van Gemert telefoon :5C-636596. of :5:-636566.

Vrouwen/Mannen

Op 19 en 20 april 1990 organiseert SIS\VO (Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek) een congres over *Vrouwen/ Mannen; veranderingen in maatschappelijke verhoudingen.* Het doel is een balans op te maken van de aard en omvang van de veranderingen, in zowel de publieke als de privésfeer. Uitgangspunt is de verdeling van betaalde en onbetaalde bezigheden van mannen en vrouwen: dit wordt toegespitst op een drietal thema's, waaronder 'verzorgen en genezen'.
Ten behoeve van dit congres is ook een tekst geschreven over de vrouwenhulpverlening, het onderzoek en de consequenties voor het beleid. Deze tekst en informatie over het congres zijn verkrijgbaar bij SIS\VO, eongrescommissie Vrouwen/Mannen, Postbus 19079, 1000 GB Amsterdam, telefoon 010-240075.

Patiëntenvertrouwenspersoon

Het *Instituut Patiëntenvertrouwenspersoon* in het gemeentelijk ziekenhuis Leydenburg voldoet aan de gestelde verwachtingen. Dit blijkt uit het verslag over de periode oktober 1988 - juni 1989. Ziekenhuis Leyenburg is een van de eerste algemene ziekenhuizen in Nederland, waar een onafhankelijke klachtenopvang in het leven is geroepen. De noodzakelijke onafhankelijkheid ten opzichte van het ziekenhuis is gewaarborgd doordat de Patiëntenvertrouwenspersoon is ondergebracht bij het Instituut Sociaal Raadslieden. In het genoemde verslag wordt melding gemaakt van 234 klachten, waarvan 5.+% betrekking heeft op medisch-verpleegkundige behandeling en communicatie en de overige 46% op organisatorische. financiële en andere zaken.
Inlichtingen over de resultaten en werkwijze van de Patiëntenvertrouwenspersoon zijn verkrijgbaar bij Instituut Sociaal Raadslieden, Postbus 13527. 2501 EM Den Haag. telefoon Cnl,92.+-+11.

RE CTIFI C:\TIE

Helaas is in de *TGP* van september dit jaar in het artikel 'Artsenmonopolie en genezersvrijheid' het onderschrift van de foto op pagina 1+1 weggenllen. De foto is van het schilderij *De kapster* van de schilder Quiringh Brekelenkam. Het schilderij is te vinden in het Mauritshuis te Den Haag.