

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 11

NR. 5/NOVEMBER 1993



***Thema:
De rekening
van het
wantrouwen***

De specialisten gaan aan onenigheid ten onder

Behoeft iedere gekte haar eigen zorg?

Therapie na een aardbeving of overstroming

Gehandicapte vrouwen betalen hoge prijs om te kunnen werken

10 misverstanden over de thuiszorg

WE GELOVEN IN IDEALISME, WANT DAT IS HET ENIGE
WAT WERKT •• VAN GEITEWOL GAAN WE NIEZEN.
VAN NOG MEER BRUINE KINDERTJES MET VLIEGEN IN
DE OOGJES WORDEN WE HELEMAAL SIMPEL. ~ WE
HEBBEN PARTNERS IN AFRIKA, LATIJNS-AMERIKA
EN AZIË, GEEN CLIËNTEN. • WE STEUNEN 400
KLEINSCHALIGE SOCIAAL-ECONOMISCHE PROJECTEN.
• AAN AMATEURISME HEBBEN WE EEN BROERTJE
DOOD, BUREAUCRATIE MAAKT ONS WOEST•• MET
EEN HOUSEPARTY VOOR SENEGAL HEBBEN WE GEEN
PROBLEMEN. • VOLGENS ONS HEBBEN ARMOEDE
DAAR EN RIJKDOM HIER ALLES MET ELKAAR TE •
MAKEN. VAN BODEMLOZE PUTTEN KRIJGEN WE EEN
HEEL NAAR GEVOEL. • OP RIGOBERTA MENCHU,
NOBELPRIJSWINNAAR VOORDE VREDE, ZIJN WE OOK
• EEN BEETJE TROTS OMDAT WE HAAR AL JAREN
STEUNEN. **VASTEN EN AKTIE GAAN PRIMA SAMEN.**
ZIJ HEBBEN DE IDEEËN, WIJ HET GELD•• ÉÉN-
RICHTINGSVERKEER VINDEN WE EEN VERGISSING.
VRAAG EENS • ONZE FOLDER AAN. WE GEVEN DE
WERELD NIET ZOMAAR OP. WE KUNNEN ABSOLUUT
NIET ZONDER EEN GIRONUMMER •• **BEGINNEN BIJ**
• **DE WERELD VERANDERT JEZELF.** VASTENAKTIE-
NEDERLAND. POSTBUS 587. 3800AN AMERSFOORT ••
INFO 033-612957. EN DIT IS ONS GIRONUMMER: 5850.

TIJDSCHRIFT
VOOR

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 11
NR. 37, NOVEMBER 1993

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek
is het officiële orgaan van de Stichting
Gezondheid en Politiek.

Versijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:

Louwers Uitgeversorganisatie . B.V.
Wilhelminasingel 63
Postbus 249, 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Redactie:

Annemieke Bosma, Luc Klapake, An-
nick Meinen, Frans van der Pas, Sonja
Schmidt, Hans Tenwolde, Ingrid van de
Vegte, Joost Visser, Hetty Vlug
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:

Guus Bannenberg, Hans Blaauwbroek,
Adri van de Bom, Martien Bouwmans,
Thea Dukkens van Emden, Maarten
Evenblij, Maria Hermen, Joost van der
Meer, Bart Lammers, Evelyne de Leeuw,
Arko Oderwald, Menno Reyneveld, Eric
van Rijswijk, Lidy Schoon, Hans Spijker,
Marco Strik, Janneke van Vliet, Marjon van
Weersch, Goff van de Wijngaart.

Redactieadres:

Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam

Artikelen of ideeën kunt u zenden aan
het redactieadres. Aanwijzingen voor
auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:

Opgave van abonnementen, opzegging en
adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk
doorgeven aan de uitgever. Indien twee
maanden voor het verstrijken van de abon-
nementsperiode, geen schriftelijk bericht van
opzegging is ontvangen wordt het abonne-
ment automatisch met een jaar verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 17,50

Foto omslag:

OLVG, Amsterdam
Foto: Ron Jenner/AbvoKabo

Vormgeving:

(Of/O) Reklame- Ontwerpburo . B.Y.
Postbus 631, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of ver-
menigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de
uitgever en zonder bronvermelding
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van
het gepubliceerde.

INHOUD

Thema: De rekening van het wantrouwen

2 Redactioneel

4 Paul van Dijk

Doelmatig medisch handelen geeft huisarts meer aanzien

7 Jos van der Lans

De specialisten zijn de strijd aan het verliezen

12 Angelina van den Berg

'Patiënten willen medisch handelen dat gebaseerd is op
gedegen onderzoek'

Ellen 't Hoen en Fons Dekkers in dialoog.

17 Ernst Simons, Betty Groen, Maarten Boon

Alle gekheid in steeds meer hokjes

21 Petra Jorissen

Verstand op nul en 's ochtends gewoon naar mijn werk

Vrouwen met een handicap op de arbeidsmarkt

23 Uit de kast

Frans van der Pas herlas

'Gestichten' van Erving Goffman

24 Caroline Hanrath

Hoe kom je een aardbeving te boven?

Psychische opvang na natuurrampen op de Filipijnen

26 BOEKEN

Ethiek in praktijk

Duurzame zorg voor gezondheid

28 Anke Muusse-Schrevel & Monica van Berkum

Tien misverstanden over thuiszorg

31 Signalementen

DE REKENING VAN HET WANTROUWEN

REDACTIONREEL

De rapportenregen over de gezondheidszorg houdt maar niet op. De ene na de andere commissie laat haar licht schijnen over wat langzamerhand ons nationale probleemkind lijkt te zijn geworden. En de boodschap van alle commissies, of ze nu de commissie-Dunning (*Kiezen en delen*), of de commissie-Van der Zwan (*Gezondheidszorg in tel*) heten, is ongeveer hetzelfde: er moet wat gebeuren."

Hoe verschillend er verder over de noodzakelijke remedie ook gedacht wordt, één begrip komt in alle rapporten terug: doelmatigheid. Weliswaar is de kwaliteit van onze gezondheidszorg hoog, zo constateren de commissies eensgezind, maar dat neemt niet weg dat er met de groei van de gezondheidszorg tal van irrationele, oncontroleerbare en onbedoelde processen hun werk zijn gaan doen. De kosten daarvan zijn aanzienlijk. In april 1988 schatte de Rotterdamse hoogleraar Van de Ven de kosten van ondoelmatig handelen in de gezondheidszorg heel voorzichtig op 3 à 4 miljard per jaar. Naar zijn schatting zou er met vijftien procent minder middelen dezelfde kwaliteit aan zorg geboden kunnen worden.

In politiek opzicht is dit irrationele karakter van de gezondheidszorg lange tijd onderbelicht gebleven. Wat in Den Haag telde waren de grote lijnen, de structuur van de gezondheidszorg, de wijze waarop de grote gezondheidspartijen zich tot elkaar verhouden, de grote budgetten van de specialisten, de samenstelling van het basispakket, kortom: de Grote Dingen. De micro-sfeer van het medisch handelen, waar zich het geldverslindende virus van ondoelmatigheid juist heeft genesteld, bleef veelal buiten politieke beschouwing.

Dus ging er veel mis. Nog deze zomer verzuchtte een Leidse huisarts op de opiniepagina van de *Volkskrant* dat hij zo moe werd van alle beleidsmaatregelen, omdat ze vrijwel altijd getuigen van een gebrek aan inzicht in de logica van de spreekkamers. Men wil van alles en vooral goedkoper, maar men weigert zich te verdiepen in wat deze huisarts de psyche van de arts noemde. Wat dat is? Ook daar zou je mooie rapporten over kunnen schrijven, maar het komt erop neer dat de

gemiddelde medische professional in dit land over een grote dosis gezond verstand beschikt..

Want zeg nu zelf: een huisarts die onzeker is in zijn oordeel en een ziekenfondspatiënt uitvoerig zou moeten onderzoeken, zal door het zogeheten abonnementensysteem geneigd zijn de patiënt snel door te verwijzen naar een veel duurdere specialist. Zo'n huisarts zal noodgedwongen dus veel 'laten', terwijl hij vanuit het oogpunt van doelmatigheid juist veel zou moeten 'doen'.

De financiering van de specialist sluit daar perfect op aan. Daarin staat niet het effect van het handelen voorop, maar het handelen als zodanig. Hoe meer deze medische professional doet, hoe meer hij/zij verdient, dat is van oudsher het basisidee. Hier geldt precies het omgekeerde als bij de huisarts: er is een prijs gezet op het 'doen' en een boete op het 'laten'.

Er zit in het systeem, kortom, een kapitale weeffout: de medische professional die uit het oogpunt van zorg doelmatig handelt, snijdt zichzelf financieel vaak in de vingers. In die situatie kunnen nogal wat artsen weinig anders dan hun gezonde financiële verstand volgen. Dat is de paradox van de gezondheidszorg.

Het moet dus anders. Alles wijst erop dat dit besef inmiddels ook bij staatssecretaris Simons is doorgedrongen. In het Zuidhollandse dorpje Giessenburg liet hij eind vorig jaar weten dat 'de vicieuze cirkel' doorbroken moest worden: 'Uitgangspunt is dat in het tarief het inkomen los gekoppeld moet worden van de verrichtingen. Kortom: inkomen en zorg - de inhoud - meer scheiden.'

Maar met de constatering dat het meer om de inhoud en minder om het inkomen moet gaan is Simons er niet. De vraag is

natuurlijk hoe dat moet. En zoals het altijd gaat in dit land heeft Simons over die vraag in januari 1993 een heuse commissie geïnstalleerd: de commissie Modernisering Curatieve Zorg, onder aanvoering van oud-minister-president Biesheuvel. Deze commissie zal binnenkort rapporteren over de samenwerking tussen huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars, waarbij volgens de verwachting een stevige noot gekraakt zal worden over de contraproductieve financiering van het medisch handelen. Zoals gezegd, de regen van rapporten over de gezondheidszorg is voorlopig nog niet voorbij.

Helpen al die rapporten? Wie kijkt naar de mate waarin ze omgezet worden in concrete politieke besluiten, is geneigd om deze vraag met nee te beantwoorden. Maar je kunt er ook anders tegenaan kijken. De rapportenregen, en meer nog de eensluidende teneur die erin te bespeuren valt, geeft aan dat de verhoudingen zich aan het wijzigen zijn. Oude structuren, waarin de autonomie van de individuele professional onaanstootbaar was en de financiering daarop nagenoeg naadloos aansloot, gaan langzaam maar zeker wijken en de rapporten vervullen daarin een katalyserende rol.

In de plaats van de oude structuren treden nieuwe en grotere organisatorische eenheden, die zich veel meer met de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg gaan bezighouden. In die nieuwe verhoudingen gaat het niet langer om de individuele huisarts, maar om *huisartsengroepen* die een organisatorisch draagvlak gaan vormen voor onderlinge kwaliteitstoetsing, voor lokaal gezondheidszorgbeleid en een aanspreekpunt worden voor andere gezondheidszorgpartijen. In de toekomst gaat het niet meer om de individuele vrij ondernemende specialist of de maatschap van een paar specialisten, maar om het

De rekening van het wantrouwen

ziekenhuis als organisatorische eenheid, waaraan de specialist steeds meer ondergeschikt raakt. En ook de zorgverzekeraar gaat in een nieuwe gedaante op het veld van de gezondheidszorg opereren, minder als declaratiekantoor en meer sturend op het terrein van doelmatigheid.

Dat proces is op meerdere plaatsen in het land al op gang gekomen. Het gaat langzaam, ongeveer in het tempo waarin een mammoettanker in staat is zijn koers te verleggen, maar het gebeurt. Dit themanummer van het *Tijdschrift Gezondheid en Politiek* probeert de achtergronden van deze verschuivingen in kaart te brengen. Zoals in alle grote rapporten over de gezondheidszorg is daarbij het vraagstuk van doelmatigheid het uitgangspunt. Dat daar het nodige te verbeteren is, wordt in de kantlijn van dit nummer in een aantal kaders uitvoerig geïllustreerd.

In de artikelen komen respectievelijk de huisartsengeneeskunde, de medisch-specialisten, de inbreng van patiëntenorganisaties en het terrein van de geestelijke gezondheidszorg aan de orde. Rode draad daarbij is steeds de vraag welke historische en structurele factoren doelmatig handelen in de weg staan en wat er moet veranderen om dat te verbeteren. Opmerkelijk in al deze bijdragen is dat er in het enorme bedrijf dat de gezondheidszorg is over het algemeen zeer slecht wordt gecommuniceerd. Artsen hebben een sterke neiging om zich in hun spreekkamers te verschansen en zijn zeer wantrouwend tegenover de buitenwereld. Dat past zeer wel in de traditionele rol van de medische professional, aan wiens beroep de status van onschendbaarheid en absolute autonomie kleefte. Bemoeienis van niet-deskundigen - of dat nu patiënten, zorgverzekeraars, of ziekenhuisdirecties zijn - stuit dan al snel op een muur van wantrouwen. Dat geldt zelfs voor bemoeienis van collega-professionals; binnen de medische stand is het nog steeds niet bon ton om zich met elkaar te bemoeien. Het feit dat het gros van de medische professionals in de markt van cliënten als vrije ondernemers opereren en daardoor in een concurrentieverhouding staan ten opzichte van collega's, draagt daar zeker toe bij.

De rekening van dit diep verankerde wantrouwen blijkt in de loop der jaren uitgegroeid te zijn tot een hele dure. Wie dat wil veranderen zal niet alleen met een betere financiering van het medisch handelen moeten komen, maar vooral ook een poging moeten doen om dit wantrouwen te breken en op alle fronten samenwerking moeten afdwingen en openheid vergroten. Dat is een cultuuromslag die de

nodige tijd zal vergen, maar waarvan de eerste contouren zich beginnen af te tekenen.

Waarschijnlijk kan er in termen van echte doelmatigheidswinst pas geoogst worden als er sprake is van een hele nieuwe generatie medische professionals die zich qua opleiding en institutionele inbedding van hun medische praktijk losgemaakt hebben van de oude structuren van de gezondheidszorg. De mammoettanker verlegt zijn koers maar heel langzaam. En gedurende deze trage wending zal

menig staatssecretaris nog wel worden opgeschrikt door opnieuw zo'n stevige rekening van het wantrouwen in de gezondheidszorg.

De themaredactie

*Jas van der Lans
Frans van der Pas
Paul van Dijk
Margriet Andela
Hetty Vlug
Sonja Schmidt*

NIEUWE REDACTIELEDEN GEZOCHT

In verband met het vertrek van enkele van haar leden zoekt de redactie van TGP nieuwe redacteuren.

De taken van de redactie zijn: het verzorgen van kopij voor zes nummers per jaar, het redactioneel begeleiden van auteurs en het mede uitvoering geven aan het inhoudelijk beleid, waaronder het werken met themaredacties. Er is een aparte eindredactie.

De redactie komt eens per twee weken 's avonds bijeen in Amsterdam of Utrecht, en de leden werken tussentijds gemiddeld een halve dag per week aan redactietaken. Het werk gebeurt op vrijwillige basis en wordt onderling verdeeld, waarbij rekening wordt gehouden met tijdsdruk door eventuele andere werkzaamheden.

Van kandidaten wordt gevraagd: kennis en ervaring op het gebied van de gezondheidszorg; een kritische instelling ten opzichte van de gezondheidszorg en het gezondheidszorgbeleid; enthousiasme en enige redactionele of journalistieke ervaring.

Belangstellenden kunnen een brief sturen naar het redactie adres:

TGP, Prinsenhofsteeg 10, 1012 EE Amsterdam, of bellen 020-6111111 (D)

Joost Visser, 030 - 718016.

DOELMATIG MEDISCH HANDELEN GEEFT HUISARTS MEER AANZIEN

Paul van Dijk

Elke Nederlander die een reis door de gezondheidszorg begint, vertrekt vanuit de spreekkamer van de huisarts. Dat geldt dus ook voor onnodige dure of overbodige reizen. Wie wat wil doen aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg doet er daarom goed aan om bij de huisartsengeneeskunde te beginnen. In het publieke debat is deze beroepsgroep echter nauwelijks in beeld geweest. Misschien komt dat omdat de huisartsen al het nodige op gang hebben gebracht. Paul van Dijk schetst hoe zij de puntjes op de i kunnen zetten.

De huisartsengeneeskunde is in het debat over doelmatigheid en kostenbeheersing in de gezondheidszorg tot nu toe nog niet echt prominent in beeld geweest. Zou dat zijn omdat de huisartsengeneeskunde een doelmatige en hoog gekwalificeerde voorziening is die aan de 'goede kant' van de streep staat? Of komt het doordat de financiering een relatief laag deel van de totale kosten van de gezondheidszorg beslaat? Hoe het ook zij de ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan zo snel dat ook voor huisartsen een bezinning op de doelmatigheid van hun handelen uiterst nuttig kan zijn. Al was het alleen maar om de ontwikkelingen die op huisartsen afkomen niet als bedreigingen, maar als nieuwe kansen voor een verdere opwaardering van de beroepsgroep te zien.

Mijn kijk in dit artikel wordt bepaald door mijn tienjarige ervaring als huisarts en mijn functie, sedert 1992, als adviserend geneeskundige bij ZAO Zorgverzekeringen. Mijn decor is de stad Amsterdam met haar specifieke problemen. Deze achtergrond is natuurlijk niet representatief voor de Nederlandse huisarts, maar de ontwikkelingen in deze grote stad zetten vaak de trend voor landelijke ontwikkelingen.

In mei 1993 heeft ZAO samen met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging het *Regioplan Huisartsenzorg Amsterdam* uitgebracht. Hierin hebben beide partijen hun visie neergelegd op de ontwikkelingen van de komende jaren en de wijze waarop zij deze tegemoet willen treden. Dit Regioplan vormt het achtergrondmateriaal van dit artikel.

UNIEKE POSITIE

Het is bekend dat de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg een centrale posi-

tie inneemt. Nagenoeg iedere Nederlander staat ingeschreven bij een huisarts en bij elkaar vormen de 6300 huisartsen voor vrijwel iedereen de eerste entree tot de gezondheidszorg. Jaarlijks bezoekt 75 procent van de bevolking de huisarts, waarbij 80 procent van de vragen door de huisarts zelf wordt afgehandeld. De kosten van de huisartsengeneeskunde bedroegen in 1990 bijna 2 miljard gulden, ongeveer vier procent van de totale kosten van de gezondheidszorg.

Door de grote toegankelijkheid en de inschrijving op naam (die voor ziekenfondsverzekerden bij contract is vastgelegd) is de huisarts in staat om een persoonlijke, continue en integrale zorg te bieden. Hierdoor heeft de Nederlandse huisarts een unieke positie in het gezondheidszorgsysteem. De huisarts is in staat om over zijn cliënten over een langere periode van hun levensloop kennis op te bouwen en in zijn handelen kennis van de persoonlijke omstandigheden (het gezin, de arbeidssituatie) mee te laten wegen. Dat maakt het mogelijk klachten in het juiste perspectief te plaatsen. In de keuze voor een behandeling krijgen daardoor ook maatschappelijke en psychologische afwegingen een plaats. Meer dan welke andere medische professie ook is de huisarts in staat om met zijn cliënt een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Dat alles maakt van de huisarts een sleutelfiguur in de gezondheidszorg. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor het beleid. Een beleid gericht op demedicalisering zal niet slagen zonder medewerking van de huisartsen. Maar ook in het gebruik van andere voorzieningen speelt de huisarts een cruciale rol. Voor behandeling in een ziekenhuis of door een specialist hebben ziekenfondsverzekerden

immers een verwijskaart nodig van de huisarts anders wordt er niets vergoed. Dit wordt wel de poortwachtersfunctie van de huisarts genoemd omdat de huisarts de toegang tot andere voorzieningen 'bewaakt'.

HET KAN BETER

In een doelmatige gezondheidszorg hangt dus veel af van de huisarts. Die kan door zijn integrale werkstijl gericht gebruik maken van andere, dure, voorzieningen; de huisarts beschikt over een vertrouwensrelatie met de patiënt waardoor patiënt en arts samen een goede afweging kunnen maken in moeilijke keuzen. Maar gebeurt dit nu ook?

Recent onderzoek naar de werkwijze van huisartsen leert dat die vraag zeker niet zonder meer met ja kan worden beantwoord. Een paar voorbeelden maken dit duidelijk.

- Het voorschrijfgedrag voor medicijnen loopt zeer uiteen. De meest voorschrijvende huisarts schrijft drie keer zoveel medicijnen voor als de minst voorschrijvende huisarts. Het verschil is niet te verklaren uit de aard van de patiëntenpopulatie.
- De spreiding in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn is groot. De meest verwijzende huisartsen verwijzen anderhalf tot twee maal zoveel als hun minst verwijzende collega's. Ook hier is de aard van de patiëntenpopulatie geen verklarende factor.
- Het aantal door huisartsen aangevraagde laboratoriumbepalingen bleek na een gerichte interventie met achttien procent te kunnen dalen, zonder dat daarbij de kwaliteit van de diagnostiek in het geding is. Op jaarbasis kan dit een besparing van tien miljoen gulden opleveren.
- Het is bekend dat samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere eerstelijnsvoorzieningen de doelmatigheid van het handelen ten goede komt. Desondanks blijkt dat bijna zeventig procent van de Nederlandse huisartsen niet op enigerlei wijze structureel samenwerkt met collega's en aanpalende eerstelijnsvoorzieningen.

Het zijn stuk voor stuk aanwijzingen die duidelijk maken dat er nog het nodige werk verricht moet worden om de doelmatigheid in de huisartsengeneeskunde systematisch te verbeteren. Er gebeurt al veel, maar er blijven ook nog veel mogelijkheden onbenut. Dat besef leeft ook wel degelijk in de beroepsgroep. Vooral op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn er verschillende initiatieven genomen, die passen in een beleid om de huisartsengeneeskunde verder te professionaliseren.

STANDAARDEN

Dat beleid heeft overigens al een lange adem. Tot het begin van de jaren zeventig kon een pas afgestudeerd arts zich zonder verdere specialisatie als huisarts vestigen. Een verplichte specifieke aanvullende beroepsopleiding van - inmiddels - twee jaar heeft hier een einde aan gemaakt.

En met deze vorm van professionalisering kwam tegelijkertijd - en vooral op initiatief van het NHG - het systematisch onderzoek naar het handelen van de huisarts op gang. Dit resulteerde onder meer in de ontwikkeling van zogenaamde standaarden waarin het huisarts geneeskundig handelen op een aantal belangrijke terreinen en voor veel voorkomende problemen in protocolen is vastgelegd. Inmiddels zijn er zo'n dertig standaarden uitgebracht, onder andere voor de behandeling van hoge bloeddruk en suikerziekte, orale anticonceptie, astma bij kinderen.

De LHV maakt zich verdienstelijk met de ontwikkeling van een toetsbaar en inzichtelijk kwaliteitssysteem. In 1983 werd het zogenaamde basistakenpakket van de huisarts geformuleerd waarin de verplichte en de facultatieve taken van de huisarts zijn omschreven. Tevens is een landelijk netwerk van nascholingsmogelijkheden opgezet en een professionele ondersteuning van de lokale afdelingen van de LHV. Dat maakt het mogelijk om op termijn nascholing en deskundigheidsbevordering voor huisartsen verplicht te stellen om hun registratie te behouden. Ook de onderlinge toetsing zal daarin een rol gaan spelen. Huisartsengroepen vormen daarvoor het platform, evenals voor de deskundigheidsbevordering en de nascholing, overigens. Uiteindelijk is het de bedoeling van al deze ontwikkelingen om tot een toetsbaar kwaliteitssysteem te komen waarop de huisartsen als beroeps-

groep zowel op lokaal als op landelijk niveau aanspreekbaar zijn.

Het gaat, kortom, de goede kant op met de huisartsen - zeker in vergelijking met andere medische professies. Maar dat neemt niet weg dat er nog een aantal belangrijke knelpunten zijn die het doelmatig functioneren van de huisarts belemmeren. Voor een deel hebben deze te maken met structurele zaken als regels en tarieven, voor een ander deel schort er nog een en ander aan de werkwijze en organisatie van de beroepsgroep.

Ik probeer wat grote lijnen te schetsen.

GEMENGDE HONORERING

In de eerste plaats staat de financiering van de huisarts door het zogenaamde



Tekening: Anna Trap

abbonementssysteem (een vast bedrag per patiënt per jaar) doelmatig werken in de weg. Deze wijze van financiering kent géén financiële prikkels om als huisarts zelf diagnostische of therapeutische verrichtingen te doen. Verwijzen is gemakkelijker dan zelf behandelen. En als de patiënt eenmaal is verwezen, is de invloed van de huisarts op het specialistische circuit in feite beperkt en het abonnement vormt ook geen prikkel daar wel invloed op uit te willen oefenen.

Het kan ook anders. Een alternatief voor het abonnement is een vorm van gemengde honorering: een basisabbonement met daarop een vergoeding voor bepaalde verrichtingen. De gemengde honorering kan een prikkel voor de huisarts zijn om meer in eigen beheer te doen, respectievelijk

nog gericht te verwijzen en daar ook dichter 'op te zitten'. Uitgangspunt bij dit systeem is: een redelijke werkbelasting bij een redelijke honorering.

Er is daarbij ook een maar. Zoals de discussie over de specialisten heeft laten zien kent een financiering per verrichting ook haar ondoelmatigheid: het stimuleert vooral het doen en niet het laten. Dat kan voorkomen worden door een adequate controle mogelijk te maken en zorg te dragen voor een redelijke verhouding tussen verrichtingen en werkbelasting. De LHV heeft inmiddels een voorstel ingediend voor een gedifferentieerd abonnementsstelsel om een aantal verrichtingen te honoreren, waarbij een adequate controle mogelijk is.

BUDGETTERING

Een andere mogelijkheid is om via budgettering van huisartsen de starheid van het abonnementsstelsel te doorbreken. De huisarts krijgt een budget voor een aantal verstrekkingen. Binnen dat budget moet hij of zij alles (laten) doen: poliklinische behandeling, klinische ligdagen, ingrepen in dagbehandeling. De huisarts kan zelf keuzes maken waar hij de diagnostiek en behandeling laat uitvoeren, op welke wijze en onder welke voorwaarden, maar hij moet binnen het budget blijven.

De verantwoordelijkheid voor het budget dwingt de huisarts te kiezen voor een doelmatige en effectieve besteding. De huisarts kan de inhoud van de zorg veel meer sturen door daarover nauwkeurige afspraken te maken met behandelaars in ziekenhuizen. En dat zou een versterking van de positie van de huisarts

ten opzichte van andere voorzieningen betekenen. De nu bestaande schotten tussen de voorzieningen zouden door een dergelijk budgetsysteem doorbroken kunnen worden. In Amsterdam is ZAO met huisartsen en andere betrokkenen in gesprek om met een dergelijke vorm van budgetteren te experimenteren.

ONDERNEMERSCHAP

Er zijn nog meer structurele knelpunten die doelmatig handelen in de weg staan. Een daarvan vloeit voort uit het vrije ondernemerschap van de meeste huisartsen die of in solopraktijken of in maatschappijverband werken. Dat betekent hoe dan ook een concurrentieverhouding met andere huisartsen in het werkgebied. Deze concurrentie werkt ondoelmatigheid in de

hand. Verzoeken van patiënten voor bepaalde diensten kunnen niet los van deze onderlinge concurrentie worden beoordeeld en kunnen dus op gespannen voet raken met vakinhoudelijke overwegingen. Zo hoor ik vaak dat huisarts-standaarden prachtig zijn maar soms moeilijk te verkopen. 'Als de patiënt om een verwijzing vraagt en het kan niet volgens de standaard dan bedenk ik me wel om me alleen aan de standaard te houden, anders lopen ze naar mijn collega om de hoek.' Een dergelijke concurrentie bestaat natuurlijk al veel langer, maar met de groeiende assertiviteit van de patiënt/cliënt kan deze wel een steeds grotere en dus oneigenlijke rol gaan spelen. Het is zaak dat de huisartsen hierover onderling in gesprek komen en afspraken maken. •

GROEPSVORMING

Daarvoor moet wel - en daar kan ook nog de nodige doelmatigheidswinst geboekt worden - de organisatorische positie van de huisarts verstevigd worden. Dat proces is - mede dankzij het LHV-beleid ook al op gang gekomen door het vormen van huisartsengroepen. Centraal staan daarin de inhoud van het werk: toetsing, nascholing, deskundigheidsbevordering en de invoering van de standaarden. Het is duidelijk dat als dit soort zaken gezamenlijk worden aangepakt - en dat geldt met name voor de invoering van standaarden - het effect op de doelmatigheid van het handelen veel groter zal zijn dan wanneer huisartsen daar individueel mee aan de slag gaan. Ook vervalt dan een deel van de boven genoemde negatieve effecten van het vrije ondernemerschap.

Feitelijk bestaat deze situatie al jaren in gezondheidscentra. Daar wordt in veel gevallen gezamenlijk inhoudelijk beleid gemaakt (waarbij overigens niet alleen de huisartsen betrokken zijn) en de resultaten zijn daar ook naar. De verwijscijfers van gezondheidscentra zijn zo'n tien procent lager dan het landelijk gemiddelde. Dat zegt lang niet alles over doelmatigheid maar zegt wel iets over de kracht van een gezamenlijk inhoudelijk beleid.

Huisartsengroepen vormen ook de ideale organisatorische eenheid om het farmacotherapeutisch overleg (FTO) tot stand te brengen. Dit FTO is een overleg tussen huisartsen en apothekers met als doel tot een goed en doelmatig farmacotherapeutisch beleid te komen. Met behulp van subsidie van het ministerie van VWC zijn deze overleggen de laatste jaren op gang gekomen. De bedoeling daarvan is afspraken te maken over een rationeel en kostenbewust voorschrijfbeleid. En het is heel goed denkbaar dat deze vorm van overleg voorzien wordt van een extra financiële prikkel door de winst van goed-

koper en kwalitatief goed voorschrijven voor een deel ook weer aan de huisartsen ten goede te laten komen. Dit soort overleggen kunnen willekeur en persoonlijke voorkeur van huisartsen tegengaan en het handelen rationeler maken, waarbij echter niet vergeten moet worden dat als het gaat om het voorschrijven van medicijnen de tegenkrachten vanuit de farmaceutische industrie enorm zijn.

BEHEERSMATIG

Maar in de huisartsengroepen zal het niet alleen om de inhoud van het handelen gaan, ook de beheersmatige aspecten van de zorg moeten in die groepen aan de orde komen. Een groep huisartsen is veel beter in staat om tot afspraken over verwijspatronen te komen met ziekenhuizen en met specialisten. Zo kan een groep huisartsen de zorg voor een bepaald gebied garanderen waarbij de lusten en lasten redelijk worden verdeeld en rekening gehouden kan worden met de sterke punten van iedere huisarts afzonderlijk. Zulke afspraken zijn op individueel niveau niet te maken. De aanwezige capaciteit kan in een dergelijk 'organisatorisch' verband veel beter worden aangewend.

ZAO Zorgverzekeringen wil hier de komende jaren beleid op gaan voeren. Zij wil de huisartsen gaan aanspreken op tekorten en problemen in het aanbod. Zo komt het in Amsterdam voor dat er nauwelijks huisartsen te vinden zijn voor de zorg aan verzorgingshuizen. In de toekomst zal de huisartsengroep in het gebied van zo'n verzorgingshuis daarop moeten kunnen worden aangesproken en de verantwoordelijkheid ervoor moeten nemen. Hetzelfde geldt voor de zorg aan andere bijzondere groepen die in een werkgebied kunnen voorkomen: dak- en thuislozen, psychiatrische patiënten, et cetera.

STEUN FINANCIERS

Duidelijk moet ook zijn dat de huisarts of de huisartsengroep in het streven naar een grotere doelmatigheid er niet alleen voor staat. De financiers van de zorg moeten daarin een ondersteunende rol spelen. Zorgverzekeraars moeten afspraken over een doelmatig zorgbeleid, gebaseerd op de NHG-standaarden en een gezamenlijk uitgewerkte interpretatie van wet- en regelgeving, ook daadwerkelijk ondersteunen. Alleen op die manier kan de huisarts de discussie met patiënten over een rationeel en doelmatig gebruik van de voorzieningen ook zinvol voeren.

Het ligt voor de hand dat afspraken daarover regionaal gemaakt moeten worden. Regionaal werkende zorgverzekeraars hebben daarin een grote voorsprong op de landelijk opererende zorgverzekeraars.

ZAO Zorgverzekeringen heeft bijvoorbeeld ervaring met het beperken van de verstrekking van incontinentiemateriaal (luiers) waarvan zowel de huisartsen als ZAO vonden dat het gebruik zeer ondoelmatig was. In overleg met de beroepsgroep heeft ZAO beperkende voorwaarden aan het voorschrijven gesteld. In de discussie met de patiënt krijgt daardoor niet de huisarts, maar ZAO de zwarte piet toegespeeld. Deze rolwisseling wordt, zo is de ervaring, door de huisartsen zeer positief gewaardeerd.

Een laatste knelpunt kan niet onbesproken blijven. Dat is het dreigende tekort aan huisartsen. Dat betekent een zwaardere belasting voor de thans praktiserende huisartsen. Doelmatigheid, vooral in de praktijkorganisatie, gaat dan een nog grotere rol spelen. Men zal bijvoorbeeld moeten gaan nadenken over andere vormen van ondersteuning, zoals uitbreiding van de taken van de doktersassistentie en het aanstellen van de praktijkverpleegkundige.

DURE REKENING

Wie het geheel overziet, kan niet anders concluderen dan dat in de huisartsengeneeskunde, zeker in vergelijking met andere specialismen in de gezondheidszorg, een goede basis is gelegd voor een zeer doelmatig functionerende voorziening. Maar er moeten nog wel wat puntjes op de i worden gezet, die met name de tarieven en de organisatie van de huisartsen betreffen. De effecten daarvan zijn niet snel te meten en ook de stappen zelf zullen niet met zevenmijlslaarzen gezet worden. Hoe je het ook wendt of keert, het gaat uiteindelijk om gedragsverandering van individuen en dat kost nu eenmaal tijd.

Het is daarbij van het grootste belang dat de politiek geen roet in het eten gooit. De alternatieven die links en rechts worden voorgesteld voor de plannen van staatssecretaris Simons, waarbij wel de onbetaalbare risico's worden verzekerd maar de huisarts als 'goedkope voorziening' buiten het verplichte basispakket dreigt te vallen, moeten daarom als een uiterst onverstandige desinvestering worden aangemerkt. De rekening daarvan zal later betaald worden en zonder twijfel duur.

Paul van Dijk is als adviserend geneeskundige werkzaam bij de medische adviesdienst van ZAO Zorgverzekeringen te Amsterdam.

DE SPECIALISTEN ZIJN DE STRIJD AAN HET VERLIEZEN

[os van der Lans

Als er een groep binnen de gezondheidszorg wantrouwend tegenover de buitenwereld staat, dan zijn het de medisch specialisten wel. Zonder veel succes voert de overheid nu al zo'n twintig jaar oorlog over de inkomens van deze vrije ondernemers in de gezondheidszorg. Maar het tij is aan het keren. Achter de kruiddampen worden langzaam maar zeker de contouren van de specialist van de toekomst zichtbaar. Jos van der Lans schetst waarom de specialisten vrijwel alle veldslagen wonnen, maar de oorlog uiteindelijk zullen verliezen. Pas dan kan begonnen worden aan het beslissende gevecht: de strijd over doelmatig medisch handelen.

De oorlog met de medisch specialisten duurt nu al zeven kabinetten. Toch begint het eraan uit te zien dat de strijd voor de specialisten zijn beste tijd heeft gehad. Tot nu toe hebben de specialisten de meeste aanvallen weten af te slaan, maar hun linies sluiten steeds minder goed op elkaar aan. De Landelijke Specialisten Vereniging, het bolwerk dat menig staatssecretaris en minister nachtmerries heeft bezorgd, is sinds 1992 in een ernstige bestuurscrisis verzeild geraakt, die de slagkracht van de specialisten niet ten goede komt.

De overheid daarentegen heeft in haar streven om de verhoudingen in de gezondheidszorg te moderniseren steeds meer bondgenoten gekregen. Ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars nemen steeds vaker initiatieven om de onaantastbare positie van de specialisten te doorbreken. Wetenschappers wijzen op de ongerijmdheden in het medisch handelen van menig specialist. Het rapport *Kiezen of delen* van de commissie-Dunning over Keuzen in de zorg en misschien meer nog het rapport *Medisch handelen op een tweesprong* van de Gezondheidsraad wijzen erop dat het tij voor de medisch specialisten aan het keren is.

BALKANISERING

De permanente vijandelijkheden over zijn inkomen hebben de specialist de laatste decennia er bepaald niet toe gestimuleerd om de openbaarheid over zijn beroep te vergroten. Integendeel, de aanvallen van de overheid waren eerder reden om zich te verschansen. Tekenend is dat het LSV-bureau altijd in hoofdzaak bemand is geweest door economen en juristen, die nauwgezet de materiële belangenbehartiging ter hand namen. De inhoud en kwaliteit van het medisch handelen was immers geen politiek item, dat onderwerp was geheel voorbehouden aan de profes-

sionals zelf. Daar stond de politiek buiten en daar had de LSV dus geen omkijken naar. De hele organisatie van de specialistische zorg was erop gericht om dit in stand te houden. Ziekenhuizen zijn in de moderne organisatie-literatuur het prototype van een professionele organisatie, waarin hoog gespecialiseerde professionals de dienst uitmaken. De aard van hun specialisme is zo complex dat zij in hoge mate autonoom zijn en geen bemoeienis van buitenaf dulden.

De ziekenhuisorganisatie draagt daardoor alle kenmerken van wat wel aangeduid wordt als *balkanisering*: een versnipperd conglomeraat van afdelingen en maatschappen van specialisten die in een gespannen houding met elkaar om de voorwaarden vechten waarin zij hun praktijkvoering kunnen realiseren. De ziekenhuisdirectie fungeert daarbij eerder als een coördinerende kracht in een facilitair bedrijf, waarbij vooral geen eigen visie hoort.

Die situatie heeft alles te maken met het feit dat het gros van de specialisten vrije ondernemer is. Zij beheren niet alleen een medische praktijk, waarin de geest van Hippocrates heerst, maar ook nog een eigen winkel, waarin de wetten van het geld hun werk doen. En die twee belangen hebben zich de afgelopen decennia op een bijna onnavolgbare wijze met elkaar vervlochten. Hoe intensiever de specialist zijn patiënt ten dienste is, hoe meer hij verdient. In onze gezondheidszorg staat er een prijs op *doen* en niet op *laten*.

TARIEVEN

Deze wetmatigheid is vastgelegd in een buitengewoon ingewikkeld bouwwerk van tarieven voor het medisch handelen op basis waarvan de specialisten en de ziekenhuizen hun verrichten bij de zorgverzekeraars declareren. In totaal bestaan

er voor particulier verzekerden ongeveer 8000 tarieven voor de verschillende verrichtingen, voor ziekenfondsverzekerden zijn dat er nog eens 5000. Die tarieven zijn stuk voor stuk een resultaat van onderhandelingen tussen de specialisten en de zorgverzekeraars. Of zoals P. Wagenaar, die voor de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars met de specialisten onderhandelt, het ooit stelde: 'Elk tarief heeft zijn eigen geschiedenis en die is aan de onderhandelingsstafel geschreven, niet in de kliniek.'

Daarmee zijn de tarieven een werkelijkheid op zich geworden, die met doelmatigheid, efficiëntie en noodzakelijkheid weinig van doen heeft. Zo is het tarief van een hartoperatie ooit vastgesteld op 25.000 gulden, een bedrag dat onder meer gebaseerd is op de lange tijdsduur van de operatie. Door technologische vernieuwing is die tijdsduur inmiddels aanmerkelijk bekort, zonder dat dit in de tarieven is verdisconteerd. Dat probleem geldt voor veel meer tarieven, ze zijn een momentopname en door het grote aantal en de snelle technologische ontwikkelingen is het nagenoeg ondoenlijk ze te actualiseren.

OPKNIPBAAR

Bovendien is het medisch handelen makkelijk 'opknipbaar' waardoor tarieven meerdere malen gedeclareerd kunnen worden of zijn er op één soort behandeling meerdere afzonderlijke tarieven van toepassing. Gezien het enorme aantal verrichtingen en de vanzelfsprekende professionele autonomie van de specialist is het ondoenlijk om na te gaan of de gedeclareerde verrichtingen ook daadwerkelijk zijn uitgevoerd. S. Rozerna, die voor de gezamenlijk particuliere verzekeraars, het KLOZ, onderhandelt met de specialisten, liet begin dit jaar enigszins wanhopig weten dat 'het onmogelijk is om te controleren of de gedeclareerde verrichting ook daadwerkelijk is uitgevoerd. Soms zien de patiënten op de rekening behandelingen staan waarvan ze - vriendelijk gezegd - twijfels hebben of die op hen betrekking hebben. Controle is er zelfs bij de ziekenfondsen niet. Je kunt toch niet bij elke patiënt nagaan of hij daadwerkelijk is geopereerd en hoeveel röntgenfoto's er zijn gemaakt.'

Natuurlijk gaat het te ver om de specialis-

ten van kwade trouw te beschuldigen. Ze zijn alleen behept met een instinct dat de meeste Nederlanders bezitten: de natuurlijke neiging om niet zonder slag of stoot akkoord te gaan met een inkomensverlaging. En het ondoorzichtige oerwoud van tarieven biedt hun daartoe een zee van mogelijkheden. Precies daarin schuilt de tragiek van het overheidsbeleid van de afgelopen twintig jaar ten aanzien van de specialisten: uit naam van kostenbeheersing nam de overheid maatregelen die de kosten alleen maar hebben verhoogd. De tarieven werden verlaagd, maar de ondoorzichtige structuur en de ontelbare ontsnapingsroutes bleven onaangetaast, waardoor het netto-resultaat was dat elke specialistenmaatregel tot een investering in ondoelmatigheid is verworpen.

Rondom de specialisten is daardoor een aureool ontstaan van ongrijpbaarheid en onredelijkheid, waar zij zich - niet ten onrechte - zeer kwaad om maken. In feite heeft de overheid gedurende de jaren zeventig en tachtig gezondheidszorgpolitiek verengd tot inkomenspolitiek en toen dat op een faliekante mislukking uitliep, bleef zij zelf met de rekening zitten. Dat besef is inmiddels ook bij staatssecretaris Simons doorgebroken. Voor een gehoor van partijgenoten hield hij eind november 1992 in Giessenburg een toespraak waarin hij meldde dat 'de vicieuze cirkel' doorbroken moest worden en dat er iets aan de tarieven gedaan moest worden: 'Uitgangspunt is dat in het tarief het inkomen losgekoppeld moet worden van de verrichtingen. Kortom: inkomen en zorg - de inhoud - meer scheiden.'

De vraag is natuurlijk: hoe doe je dat. Dat verzin je als staatssecretaris tegenwoordig niet meer zelf, maar daarvoor zet je een commissie aan het werk. In dit geval de commissie 'Modernisering Curatieve Zorg' die onder aanvoering van oud-minister-president Biesheuvel in januari 1993 aan de slag is gegaan. Zij moet voorstellen doen voor het verbeteren van doelmatigheid in de zorg, vooral op het terrein van de samenwerking tussen betrokkenen. De staatssecretaris vraagt bij de commissie speciale aandacht voor de tarieven van de medisch specialisten en de vraag of deze niet drastisch veranderd zouden moeten worden.

Zo'n commissie heeft minstens een jaar nodig (het eindrapport wordt op zijn vroegst in november verwacht). Ondertussen zat Simons wel met de miljoenenoverschrijdingen van de specialistische zorg in zijn maag. Van de afspraken in het Vijf Partijen Akkoord uit 1989 van was niets terechtgekomen. Simons moest dus wat doen. Dus grijpt hij nog een keer naar dat oude middel van tariefsverlaging. In zijn *Specialistenbrief* van begin 1993

meldt hij dat de tarieven met ingang van 1 april met ongeveer twaalf procent worden verlaagd. In feite een gebaar van machteloosheid - en Simons zal de laatste zijn om dat te ontkennen. Maar tegelijkertijd kan hij weinig anders, omdat de overheid wel geconfronteerd wordt met de kostenstijging, maar zichzelf nog niet de instrumenten heeft toegeëigend om een inhoudelijk en gedifferentieerd beleid te voeren ten aanzien van de medisch specialisten.

ONGERIJMDHEDEN

Zo'n beleid is hard nodig. Er is alle reden om de specialisten meer met de inhoud van hun eigen werk te confronteren. Immers, juist op dat terrein doen zich ongerijmdheden voor. De Groningse hoogleraar sociale geneeskunde Doeke Post (lid van de commissie-Biesheuvel) heeft er de laatste jaren heel regelmatig op gewezen dat er grote regionale verschillen zijn in de aard van de medische verrichtingen. Waar in de ene regio wel wordt overgegaan tot een borstoperatie wordt in de andere regio daarvan afgezien. Vrouwen wier baarmoeder in de regio Zwolle verwijderd is, zouden daar in de regio Almelo nog gewoon mee rondlopen. Die verschillen zijn niet terug te voeren op verschillen in de samenstelling van de bevolking. Blijft als verklarende factor over: de werkwijze en de praktijkvoering van de specialist.

Alle reden dus om die werkwijzen en praktijkvoering naast elkaar te leggen en met elkaar te vergelijken. Dat is binnen de specialistenwereld nog lang niet de normaalste zaak van de wereld. Sinds 1979 bestaat er in Utrecht het zogenaamde Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), maar de door dit orgaan georganiseerde 'consensus-ontwikkeling om tot richtlijnen te komen voor controversiële vormen van diagnostiek en therapie in de gezondheidszorg' is een weinig verplichtende vorm van kwaliteitstoetsing van het medisch handelen. Want een protocollair document is slechts één kant van de medaille, de andere kant is de daadwerkelijke naleving ervan en het toezicht daarop. En op dat punt is de vrijblijvendheid troef. Een nog ernstiger manco is dat het CBO-consensusmodel weliswaar richtlijnen geeft voor technische handelingen, maar dat de attitude en werkstijl van de medisch specialist buiten schot blijft, terwijl daar als het gaat om de doelmatigheid van het handelen juist vaak de schoen wringt. Kortom, het CBO-kwaliteitstoetsingssysteem is vooral op de maat van de bestaande verhoudingen in de gezondheidszorg gesneden, niet om deze te veranderen. Het grootste struikelblok voor een ef-

fectief systeem van kwaliteitsbewaking en onderlinge toetsing vormen de specialisten zelf. Die staan niet bepaald te springen om hun werkwijze aan de hand van protocollen te uniformeren en toetsbaar te maken. Dat zou ook alleen maar zin hebben als ze in staat (en bereid) zouden zijn om hun handelen goed te evalueren. Daarvoor zijn ze echter niet uitgerust, ze hebben er in hun werkweken van zestig tot tachtig uur geen tijd voor, het levert niets op, integendeel het kost geld en het is een inbreuk op hun autonome status van professional. Waarmee de cirkel opnieuw rond is.

ORGANISATIEGENOOI

Het is zeer de vraag hoe lang de specialisten deze houding nog vol kunnen houden. De druk om de poorten van hun vestingen open te gooien neemt met de dag toe. Niet alleen van de zijde van de overheid en zorgverzekeraars, maar ook van de kant van de ziekenhuisdirecties. In december 1992 bracht de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de landelijke koepel voor ziekenhuisdirecties, het rapport *Perspectieven voor de specialist van overmorgen* uit. Dat rapport liegt er niet om.

Zonder veel omhaal van woorden stelt de NVZ vast dat niet de afzonderlijke specialist of de maatschappen van specialisten het aanspreekpunt van publiek en overheid in de gezondheidszorg zijn, maar dat de ziekenhuisorganisatie dat is. In het nieuwe stelsel gaan ziekenhuizen een cruciale rol spelen in de onderhandelingen met de 'contracteervrije' zorgverzekeraars; er is een kwaliteitswet aanstaande, waarin ziekenhuizen het eerste aanspreekpunt zijn, en in de publieke opinie wordt het ziekenhuis steeds meer als een eenheid ervaren en beginnen mensen het steeds belachelijker te vinden dat ze na behandeling in een ziekenhuis vaak meer dan drie rekeningen ontvangen. In die situatie, constateert de NVZ niet ten onrechte, is het op zijn minst merkwaardig dat in de praktijk van de gezondheidszorg ziekenhuizen voor een belangrijk deel functioneren als facilitair bedrijf voor een bataljon specialisten-ondernemingen.

Daar moet dan ook een einde aan komen, meent de NVZ. De medisch specialist moet een *organisatiegenoot* worden. 'De tijd ligt definitief achter ons dat de medisch specialist in professioneel opzicht tot zijn recht kan komen als hij zijn specialisme in een geïsoleerde werkomgeving moet beoefenen.' Alleen een sterke ziekenhuisorganisatie maakt het mogelijk dat 'het persoonlijk inkomen van specialisten wordt ontkoppeld van de "medische omzet". Het beleid van een ziekenhuis met betrekking tot de inzet van medische

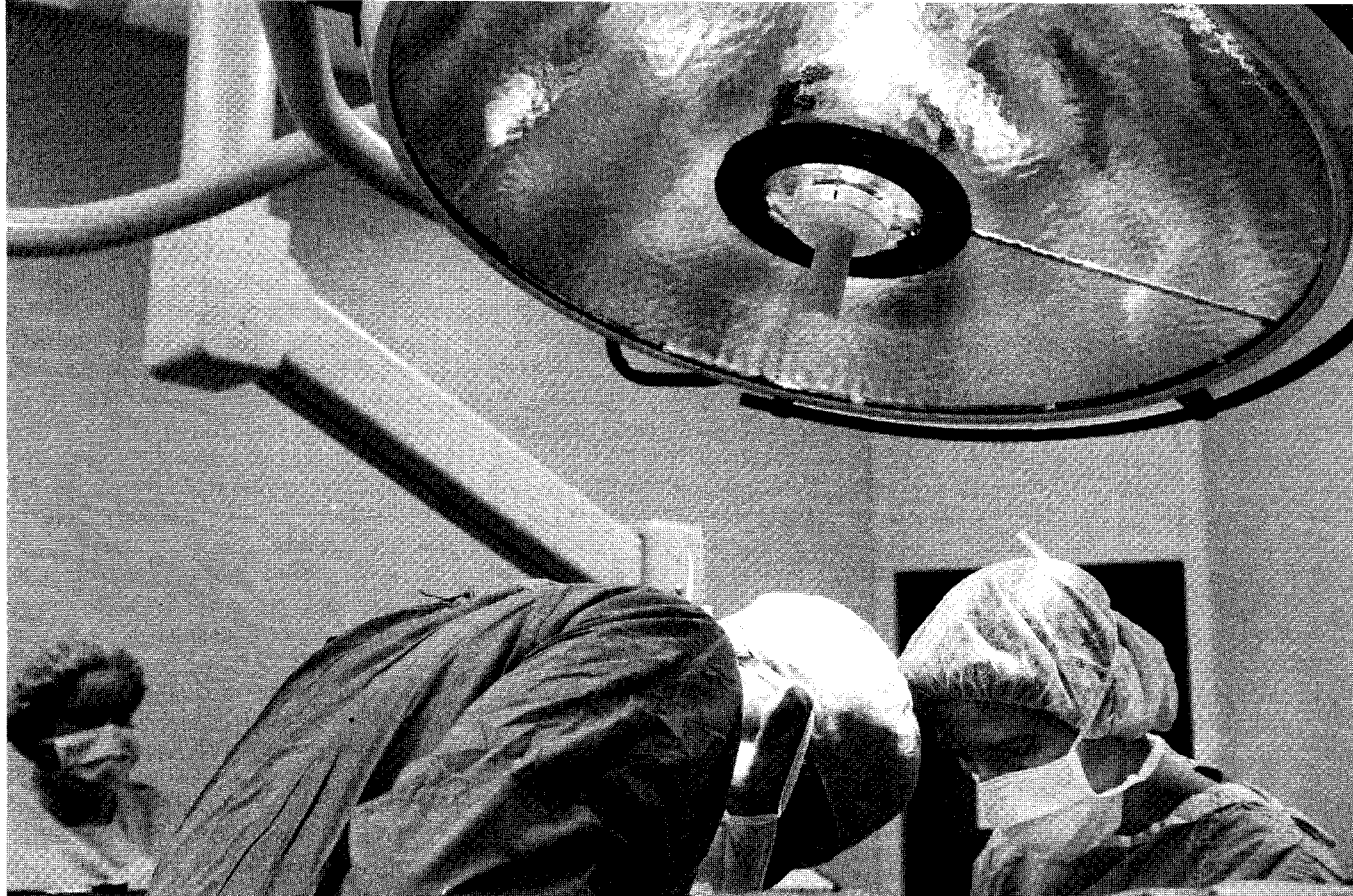


foto: Rail Jenner/AbvaKabo

menskracht dient onafhankelijk te zijn van de persoonlijke omstandigheden van medisch specialisten.'

En dan volgt een hele reeks voorstellen waarin de specialist-ondernemer zich uit naam van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg geheel aan zijn professie kan wijden. Een greep:

- afschaffen van de huidige goodwill-regeling van een bruto-jaarsalaris, waarmee de ondoelmatigheid zich van generatie op generatie specialisten in stand weet te houden;
- medisch specialisten moeten hun vrije ondernemerschap opgeven en met ziekenhuizen een dienstverband aangaan met daarop een toeslagen-regeling;
- er moet sprake zijn van specialisten-participatie in het ziekenhuismanagement en daar moet ook financiële compensatie voor worden geboden;
- binnen de ziekenhuizen moet een einde komen aan de onduidelijke en afhankelijke status van artsen-Cal dan niet)-in-opleiding door het creëren van de functie ziekenhuisarts;
- er moet meer controle op de werktijden van medisch-specialisten komen;
- er moet een einde komen aan de restrictieve (door de specialistenverenigingen zelf gecontroleerde) beroepskrachtenplanning, die bewust een schaarste aan specialisten in stand houdt.

Dit type voorstellen is niet nieuw; sinds jaar en dag worden geluiden als deze in de periferie van de gezondheidszorg door relatieve buitenstaanders verkondigd. Maar op de een of andere manier leek het

erop alsof dit nooit tot het hart van de gezondheidszorg leek door te dringen. Elke hardop uitgesproken gedachte aan een dienstverband van specialisten werd door de LSV als onzinnig en onhaalbaar van de hand gewezen.

EEN FRONT

Dat de Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen de kritiek op de medisch specialisten - zij het uiteraard in zorgvuldig gekozen bewoordingen - tot de haren heeft gemaakt en in een coherente visie heeft gegoten, geeft aan dat deze vesting op het punt van bezwijken staat. De specialist van de toekomst is niet langer met zijn onderneming, maar met zijn ziekenhuis getrouwd. In de nota *Perspectieven voor de specialist voor overmorgen* wijst de NVZ voortdurend op het gemeenschappelijke belang dat de ziekenhuizen en specialisten hebben om elkaar niet langer voor de voeten te lopen en een front te vormen tegen de zorgverzekeraar en de overheid. Om nog eens duidelijk te maken aan wiens kant de ziekenhuisdirecties staan heeft de NVZ bijzonder fel geprotesteerd tegen het contraproductieve karakter van Simons' laatste tariefsverlagingen. Wat de ziekenhuisdirecties vooral stoort is dat Simons' ingreep het overleg in de verschillende regio's tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en specialisten over onder meer een gewijzigd honoreringssysteem voor de specialisten sterk frustreert. Net waar betrokkenen in tal van plaatsen eindelijk *on speaking terms* komen over samenwerking en productie-afspraken, lokt

WVC de specialisten via de tariefsverlagingen weer in een loopgravenoorlog. Maar achter de kruiddampen van de zogenaamde estafette-weken, waarbij de afgelopen zomer van plaats tot plaats specialisten om beurten een week zondagsdiensten draaiden uit protest tegen Simons' tariefverlagingen, tekenen zich onweersaanbaar de contouren af van nieuwe verhoudingen binnen de gezondheidszorg.

REGIONALISERING

Een centraal kenmerk daarvan is de *regionalisering*. Terwijl de specialisten in Leiden de actietrom roerden, sloten hun vakbroeders in de regio's Zeeland een akkoord met de zorgverzekeraars en betrokken ziekenhuizen waarin zij hun eigen weg uitstippelden om tot kostenbeheersing te komen. Opvallend is daarbij dat het akkoord dat de Oostersehelde Ziekenhuizen in Zeeland sloten duidelijk de geest ademt van de NVZ-nota over de toekomstige rol van de specialist. Er komen productie-afspraken voor specialistische hulp per ziekenhuis, de ziekenhuizen garanderen de specialisten een vast inkomen, en het ziekenhuis neemt de zorg van administratie en rekeningschrijven op zich (zie kader). De Zeeuwse specialisten staan niet alleen, in dezelfde tijd sloten de specialisten in Groningen een akkoord om tot kostenbeheersing per regio te komen en ook in Enschede (het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente) en Alkmaar (Medisch Centrum Alkmaar) hebben specialisten, zorgverzekeraar en ziekenhuis

elkaar gevonden. Simons zal daar overigens zeer tevreden mee zijn; hij streeft er al jaren naar dat zorgaanbieders (ziekenhuizen en specialisten) en zorgverzekeraars per regio afspraken gaan maken over kosten, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. De LSV heeft bij deze ontwikkeling steeds meer het nakijken. Terwijl het belang van regionale specialistenbureaus toeneemt. Daarvan zijn er op dit moment vijf (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Groningen en Friesland), maar ook in andere regio's zijn ze in de maak. Waar het aantal leden van de LSV dagelijks slinkt, neemt het aantal specialisten dat zich regionaal heeft georganiseerd dagelijks toe. Iedereen lijkt er aldus voor te gaan klaarzitten dat gezondheidszorgzaken in de toekomst niet meer in Den Haag gedaan worden, maar in de regio's.

CATEGORISERING

Een tweede kenmerk van de nieuwe verhoudingen in de gezondheidszorg wat betreft de specialistische hulp is dat er sprake is van een steeds scherpere vorm van *categorisering*. Achteraf gezien mag het een wonder worden genoemd dat de LSV er de afgelopen decennia in is geslaagd om het begrip specialist als een soort eenduidige en uniforme categorie intact te houden. In alle discussies van de jaren zeventig en tachtig gaat het over de medisch specialisten, alle maatregelen zijn gericht op de specialisten, alsof het hier een sociologisch helder omschreven en sociaal-coherente groep betrof. Anno 1993 wordt steeds duidelijker dat van een dergelijke uniformiteit en eenheid allerm minst sprake is. Er zijn gigantische verschillen. In inkomen bijvoorbeeld. Hoewel inkomensgegevens van medisch

specialisten behoren tot de meest zorgvuldig bewaarde geheimen van de gezondheidszorg, is de inkomensverdeling in grote lijnen wel bekend. Cardiologen, urologen, laboratoriumartsen als de patholoog-anatomen en medisch microbiologen behoren tot de top met een gemiddelde jaaromzet tussen de vijf- en zeshonderdduizend gulden. Oogartsen, keel-, neus- en oorartsen, gynaecologen, longartsen, dermatologen, internisten, (plastisch) chirurgen en anesthesisten behoren tot de tweede divisie met een gemiddelde omzet tussen de vier en vijf ton. Onderaan de ladder staan: neurologen, allergologen, gastro-enterologen, reumatologen en kinderartsen - zij halen een gemiddelde jaaromzet tussen de drie- en vierhonderdduizend gulden. De psychiater ten slotte, die het grootste deel van zijn omzet uit de AWBZ haalt, sluit de rij.

Nu is omzet slechts een beperkte indicatie voor de feitelijke verdiensten van een specialist, maar de beschikbare gegevens maken wel duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de specialisten. Dat is ook de reden waarom de LSV zich altijd heeft verzet tegen het naar buiten brengen van dergelijke inkomensgegevens en daarvoor met succes meerdere malen bij de rechter heeft aangeklopt. openbaarheid van de verschillen ondermijnt de eenheid en schept verdeeldheid.

Deze strategie heeft lange tijd goed gewerkt. Maar hoewel naar buiten de gelederen gesloten bleven, was het binnenskamers wel degelijk bekend dat er grote en niet altijd te rechtvaardigen verschillen waren en dat sommige specialisten zich meer om hun portemonnee druk maakten dan om noodzakelijke zorg. Met het dichtbij komen van overheidsingrijpen

kreeg de eenheid-naar-buiten ook steeds duidelijker een keerzijde: alle specialisten moeten boeten voor de geldzucht van een minderheid. Die kant van de medaille is tot diep in de jaren tachtig onder blijven liggen, niet in de laatste plaats omdat de LSV alle aanvallen op de tarieven en dus op de specialisteninkomens wist af te slaan.

Maar die tijd is voorbij en nu wordt duidelijk dat de uniformiteit met de dag afbrokkelt. Steeds meer specialisten pleiten in het openbaar voor een gedifferentieerde aanpak van het specialistenprobleem. Bijvoorbeeld door de kostenontwikkeling per regio te wegen, zoals in Groningen wordt bepleit, of door de veel-declareerders aan te pakken. Kortom, pak de schuldigen, maar pak ons niet allemaal en laat vooral de goeden niet lijden onder de slechten. Een dergelijke selectieve politiek veronderstelt echter wel dat er vergelijkbare gegevens ter beschikking komen op basis waarvan een gedifferentieerde aanpak mogelijk is. Die gegevens ontbreken vooralsnog, niet in de laatste plaats omdat de LSV daar zich altijd fel tegen heeft verzet, waardoor de overheid op haar beurt niet veel meer kan doen dan uniforme maatregelen treffen. Aan vicieuze cirkels, kortom, is in de gezondheidszorg geen gebrek.

AFTAKELING LSV

Al deze ontwikkelingen zijn de Landelijke Specialisten Vereniging, nog geen vijf jaar geleden een bastion in de gezondheidszorg, in een paar jaar te veel geworden. De eerste serieuze pas op de plaats die de specialisten in 1989 met de ondertekening van het Vijf Partijen Akkoord deden is de LSV meteen fataal geworden. Het fort begon in sneltreinvaart af te brokkelen. De cardiologen meldden al snel dat zij zich niet aan het VPA gebonden achtten, delen van de achterban begonnen te morren dat het hoofdbestuur de leden onvoldoende had geïnformeerd, wat in 1992 leidde tot een heuse afsplitsing in de vorm van de Nederlandse Specialisten Federatie - waarin zich de hardliners onder de specialisten verzamelden. Jongere specialisten en de specialisten uit de onderste inkomensdivisie zijn het gezeur over de inkomens beu en vinden het tijd dat artsen ook hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen - een filosofie die zich organisatorisch vertaalt in het Nederlands Specialisten Genootschap, de 'duiven' in de specialistenwereld. De LSV lijdt enorm ledenverlies, wat de representativiteit van de organisatie aantast, terwijl tegelijkertijd processen als regionalisering en categorisering het landelijk speelveld van de LSV systematisch verkleinen.

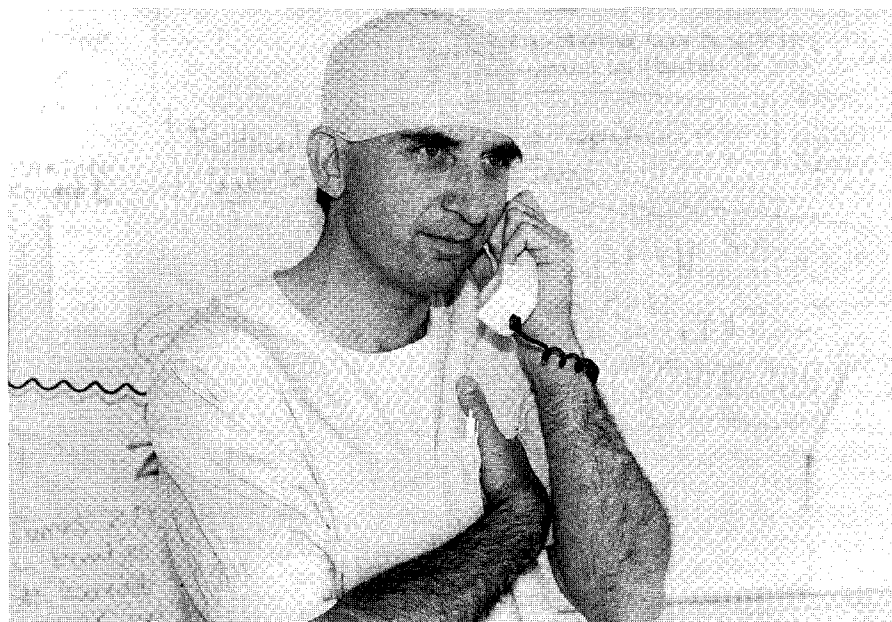


foto: Ron Jenner/AbvaKabo

Tegen deze achtergrond wekt de diepe organisatorische crisis die eind 1992 plotseling naar buiten kwam geen verwondering. De crisis was gezien de ontwikkelingen onvermijdelijk en noodzakelijk om het lot van de LSV-oude-stijl definitief te bezegelen. Het bastion is niet meer, de specialist is definitief begraven, een roemrijk tijdperk is afgesloten.

Daarvoor in de plaats komt, volgens goed Nederlands gebruik na bemiddeling van een commissie van wijze mannen, een LSV-nieuwe-stijl. Volgens de wijze mannen zouden alleen de wetenschappelijke verenigingen meer greep moeten krijgen op de LSV, maar de algemene ledenvergadering bleek beter bij de les en besloot de wetenschappelijke verenigingen en de regio's meer invloed te geven door van elk vijf vertegenwoordigers aan het nieuwe bestuur toe te voegen. Inmiddels heeft het nieuwe bestuur in een aanzet tot een beleidsplan 1993/1994 de intentie uitgesproken dat zal worden gewerkt aan een ander tariefstelsel, waarbij gedacht wordt aan een vaste vergoeding per patiënt, zoals de huisarts die kent voor ziekenfondspatiënten, of aan een uurtarief.

Feitelijk geeft de LSV daarmee haar hartstochtelijke verdediging van het vrije ondernemerschap van de medisch specialist op en capituleert zij voor de twee centrale ontwikkelingen, regionalisering en categorisering, die de gezondheidszorg gaan sturen. Dat is hoe dan ook interessant. Het gros van de specialisten werkt immers regionaal en is aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging, en meer dan een landelijke materiële specialistenvakbond - want dat was de LSV - zijn dat de twee podia waarop over een verantwoorde en dus kostenbewuste en doelmatige uitoefening van het specialistenvak in al zijn gradaties gesproken kan worden. Zo hebben de chirurgen zich al eerder geheel buiten de LSV om tot staatssecretaris Simons gewend met een voorstel om tot kostenbeheersing in hun specialisme te komen. Ook voor kwaliteitsmeting, bijvoorbeeld door visitatiecommissies, kan men natuurlijk veel beter bij vakgenoten terecht dan bij een door juristen en economen bemenste koepel in Utrecht. En ook op dit punt kunnen de specialisten de chirurgen tot voorbeeld nemen; zij hebben op het vlak van onderlinge toetsing en protocollen de afgelopen jaren de meeste vorderingen gemaakt.

KOSTEN GAAN VOOR BATEN

Doelmatig medisch handelen - die les heeft het verleden inmiddels duidelijk gemaakt - is geen natuurlijke gave van een arts. Kwaliteit komt in de gezondheidszorg niet vanzelf. Te lang is in de politiek ontkend dat doelmatigheid een prijs kent,

DIENTSTVERBAND VOOR SPECIALISTEN IN GOES

In de zomermaanden kwamen in veel regio's vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de specialisten bijeen om op hun eigen wijze tot kostenbeheersing en afspraken te komen. Een van de meest opmerkelijke initiatieven kwam van de Oosterschelde Ziekenhuizen in Zeeland, waar men de eerste stappen zet om de specialisten een soort dienstverband aan te bieden. Het Goese initiatief bestaat uit de volgende punten:

1. Het ziekenhuis maakt, op basis van een gedegen interne voorbereiding, productie-afspraken met de zorgverzekeraars.
2. Het ziekenhuisbudget wordt op basis van de overeenkomst vastgesteld.
3. De consequenties van de productie-afspraken voor de specialistische activiteiten worden vertaald in een over-all specialistenbudget.
4. Dit budget wordt door ziekenhuis en staf beheerd.
5. Op basis van onderhandelingen en historische gegevens wordt per specialist een verantwoord jaarinkomen vastgesteld en gegarandeerd door het ziekenhuis.
6. Bijstellingen van het budget (positief of negatief) hebben uiteraard consequenties voor de vervolgafspraken met de specialisten.

Op basis van deze punten willen ziekenhuis en specialisten met elkaar een experiment aangaan. Daarmee krijgen zij gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor een beheerste volume-ontwikkeling. Specialist krijgen zekerheid over hun inkomen en hoeven zich dus niet bezig te houden met allerlei ingewikkelde discussies over tarieven. En, tenslotte, zorgverzekeraars krijgen meer zekerheid over de hoeveelheid geld die zij aan het ziekenhuis kwijt zijn. Kortom, zoals de Goese directeur Bouman het noemt: voor alle betrokkenen een win/win-situatie.

of - anders gezegd - dat ook bij het bevorderen van doelmatigheid de eenvoudige economische wetmatigheid geldt dat de kosten voor de baten uitgaan.

Specialisten die altijd doeners zijn geweest worden niet ineens praters; artsen wier praktijkvoering altijd iets introverts had, zijn niet zonder meer in staat om zichzelf met anderen te vergelijken; specialisten die hun werk nooit hebben geëvalueerd, beschikken morgen niet ineens over de instrumenten om dat wel en verantwoord te doen; het vaststellen van heldere protocollen over hoe te handelen bij welk probleem vergt tijd en wetenschappelijk onderzoek; participatie van specialisten in het ziekenhuismanagement kan natuurlijk niet op basis van vrijwilligheid; de afschaffing van de kosten-opjagende goodwill-regeling vraagt om overgangsmaatregelen en om financiële genoegdoening voor de laatste goodwill-generatie specialisten. Et cetera, et cetera. De overheid heeft kostenbeheersing van de specialistische hulp in de eerste plaats als een soort bureaucratisch probleem opgevat, als een soort ruis die vanzelf weg zou gaan als er minder geld ter beschikking zou komen. Na al die jaren blijkt dat niet te werken. Ondoelmatigheid in het specialistisch handelen heeft te maken met verschillende factoren: met de werkstijl, met een onvermogen tot toetsing, met een inadequaat tariefstelsel, met een historisch residu

in de vorm van het vrije ondernemerschap, met organisatorische onduidelikheden in de ziekenhuis structuur. Dat verandert niet door het verlagen van de tarieven, dat verandert door een programma te ontwikkelen op basis waarvan de voorwaarden gecreëerd kunnen worden om de doelmatigheid te verbeteren.

Tot nu toe zijn de specialisten door de overheid voortdurend met een stok geslagen (zonder dat het veel heeft opgeleverd overigens). Gijs van Aardenne, die in 1979 als minister van Economische Zaken in zijn aanpak van de specialisten werd teruggefloten door de rechter en in 1989 voorzitter was van het overleg tussen specialisten, zorgverzekeraars en ziekenhuizen dat leidde tot het Vijf Partijen Akkoord, verklaarde onlangs dat staatssecretaris Simons de specialisten alleen maar mee zou krijgen als hij ze een worst zou voorhouden. Simons, of zijn opvolger, moet de specialisten wat te bieden hebben. De tijd is daar rijp voor. De stellingen uit de jaren tachtig zijn door de afwikkeling van de LSV langzamerhand verlaten. En terwijl de stofwolken van het slagveld optrekken kan de discussie over de doelmatigheid van de medisch-specialistische hulp dan eindelijk beginnen. \\\'il de nieuwe specialist opstaan?

Jas van der Lans is free-lance journalist/publicist.

IPATIENTEN WILLEN MEDISCH HANDELEN DAT GEBASEERD IS OP GEDEGEN ONDERZOEK¹

ELLEN IT HOEN EN FONS DEKKERS IN DIALOOG

Een overbodige injectie; een nutteloze operatie; middelen met bijwerkingen; hoe je het ook wendt of keert: patiënten zijn altijd de dupe van onnodig, ondoelmatig en ondoordacht medisch handelen. Maar kunnen zij als groep een rol spelen om dit te veranderen? Ja, zegt DES-dochter Ellen 't Hoen, de patiëntenbeweging moet samenwerking zoeken met onderzoekers die het medisch handelen kritisch evalueren en de resultaten naar buiten brengen. Ja, zegt ook NPCF-directeur Fons Dekkers, met de juiste informatie gaat de consument steeds kritischer vragen aan de arts stellen. Een tweegesprek tussen David en Goliath, tussen een ervaren actievoerder en een federatie-directeur.

DAVID

Ellen 't Hoen: 'Toen we in 1981 met de DES-actiegroep begonnen, kwamen we er achter dat zowel huisartsen als gynaecologen gewoon medisch-technisch niet wisten wat ze met DES-dochters moesten doen. Daar kwamen ze niet voor uit, ze spraken er ook onderling niet over en in feite rommelden ze maar wat aan. Daardoor werden vrouwen overbehandeld, slecht behandeld of niet behandeld. Vrouwen met kwaadaardige tumoren werden niet doorverwezen en goedaardige tumoren werden geopereerd met als gevolg nog meer problemen. Dat trokken wij ons aan. We moesten dus een strategie ontwikkelen om invloed te krijgen op het medisch-technisch handelen van gynaecologen.'

De DES-actiegroep heeft zich nooit aangesloten bij de landelijke patiëntenorganisatie. Dat was, volgens Ellen 't Hoen, een bewuste strategie: 'We hebben ons in de beginperiode heel nadrukkelijk niet als een patiëntenvereniging gepresenteerd, omdat je daarmee door de medische professionals niet als een volwaardige gesprekspartner wordt gezien. Ook hebben we geen artsen en gynaecologen in het bestuur van onze stichting zitting laten nemen. Daarmee krijg je misschien wel meer prestige maar tegelijkertijd zou dat toch ook een instemming zijn geweest met de hele lage kwaliteit van zorg die toen aan DES-dochters werd geboden. We hebben alle informatie verzameld over DES die te krijgen was, ons als leken geschoold en ons de medische termen

eigen gemaakt en mede daardoor werden we een gesprekspartner waar ze niet omheen konden. We wisten waar we het over hadden, we spraken hun taal en onze gegevens waren vaak meer up-to-date dan die van hen.

Stap voor stap hebben we zo bewerkstelligd dat de NVOG, de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie, naar ons luisterde. We hielden op hun een jaarvergadering een goed doortimmerd medisch-technisch verhaal. Toen realiseerde men zich dat zij die kennis niet hadden. Vervolgens is er een werkgroep geformeerd waarin wij ook zitting hadden. Dat gaat dan toch weer moeizaam, want telkens willen ze je toch weer graag terugschuiven in de rol van afwachter patiënt. Maar wij lieten ons niet aan de kant zetten en uiteindelijk is er een protocol voor controle en behandeling van DES-dochters uitgekomen. Dat was zo'n moment waarop de gynaecologen dachten dat alles nu wel geregeld was en dat ze het nu verder wel weer alleen af konden.'

Het succes van de DES-actiegroep zat in de volhardende manier waarop ze zich in het onderwerp vastbeten. Toen een aantal gynaecologen het protocol hadden onderschreven stelde de DES-actiegroep verwijslijsten op. En daar wilden veel gynaecologen maar al te graag op komen, DES-patiënten waren - niet op de laatste plaats financieel - interessant.

Om invloed en controle op de behandeling en werkwijze van de gynaecologen te houden, is, aldus Ellen 't Hoen, vooral de

informatie van vrouwen die door de DES-actiegroep zijn verwezen belangrijk: 'We scholen vrouwen in de medische termen en geven hun het protocol mee zodat ze zelf kunnen controleren of ze goed worden behandeld. We vragen hun ons te rapporteren en daarmee hebben we een direct controlemiddel en kunnen we met de resultaten terugkomen in de bijeenkomsten die we met artsen hebben.'

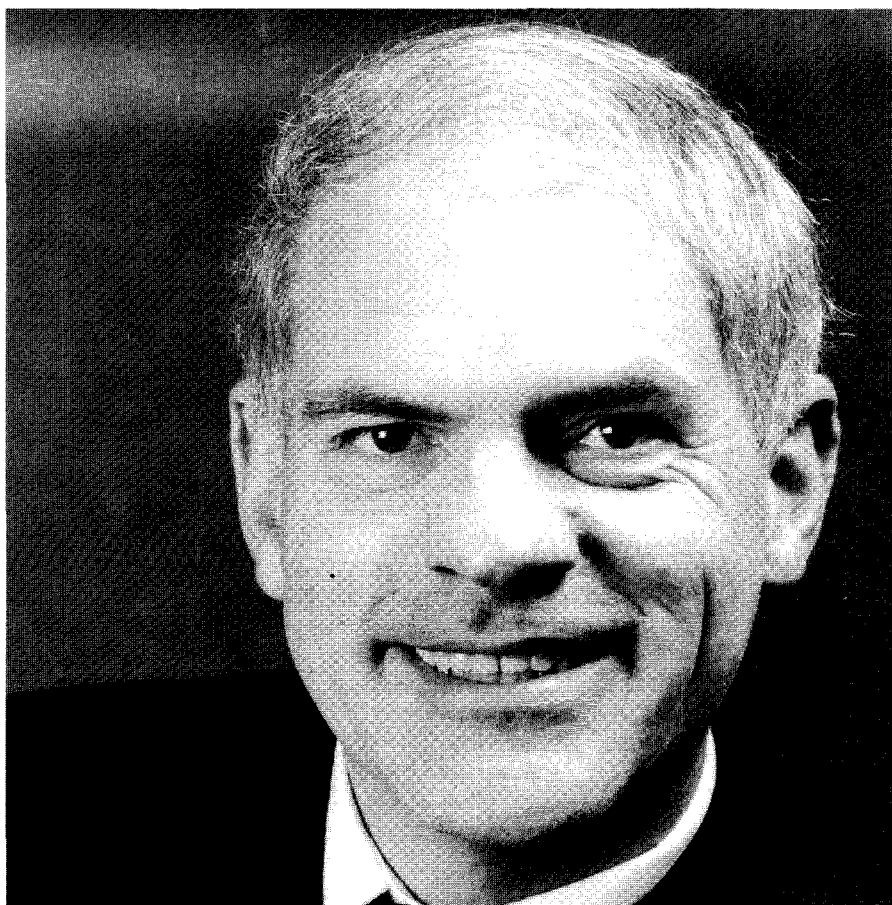
GOLIATH

De NPCF is een federatie waarin naast talloze grote en kleine patiëntenbelangenverenigingen ook de Consumentenbond vertegenwoordigd is. Kan een dergelijke gigant het succes van de DES-strategie evenaren?

Fons Dekkers: 'De NPCF probeert om vanuit de solidariteit tussen chronische patiënten en de incidentele gebruikers van de gezondheidszorg een inbreng te hebben in de gezondheidspolitiek en daar iets aan gemeenschappelijke belangenbehartiging te doen. Daarnaast vinden we het belangrijk om een objectieve informatievoorziening op te zetten over de gezondheidszorg. Dat is de structurele kant van het verhaal.'

Het DES-verhaal is een voorbeeld van hoe een patiëntenvereniging ook inhoudelijk invloed kan uitoefenen op de zorg. De NPCF probeert de aanvullende hulpverlening zoals lotgenoten die elkaar kunnen geven tot een serieus onderdeel van de gezondheidszorg te maken. Wij willen aangeven hoe wezenlijk en onvervangbaar deze hulp is. Als het goed gebeurt, is dat in veel gevallen waardevoller dan wat welke professional ook kan bieden. Er zou een vloeiende overgang moeten zijn waarmee je dit soort zorg in de gezondheidszorg integreert. Daarvoor moet het uit de sfeer gehaald worden van goedbedoeld vrijwilligerswerk en zouden patiënten- en consumentenorganisaties moeten worden opgenomen in de structuur van de gezondheidszorg en voorzien van adequate financiering.'

Fons Dekkers ziet niet dat een federatie de slagvaardigheid van kleine belangen-



Fans Dekkers. Foto: Vink Visual B.V.

Ellen 't Hoen. Foto Maartje Geels



organisaties van patiënten zal verminderen: 'Er zijn talloze groepen waarin lotgenoten op heel concrete wijze ervoor zorgen dat de gezondheidszorg wordt gericht op de behoefte van die mensen. Zeker als het gaat om weinig voorkomende ziektes, aandoeningen die nog niet voldoende onderzocht zijn, moeten patiënten vaak een belangrijke stimulans geven. De NPCF kan aan deze organisaties een maatschappelijk draagvlak geven en zorgen dat hun werk meer impact krijgt.'

Ellen 't Hoen springt hierop in door te betogen dat je niet alleen moet praten over de behoefte in de gezondheidszorg, je zou ook moeten kijken naar de kwaliteit, van de geboden zorg: 'Er gebeurt enorm veel in de medische wereld waar geen rationale basis voor is, wat nooit geëvalueerd is, waarvan allang bekend is dat het niet meer zou moeten gebeuren. De patiëntenbeweging moet samenwerking zoeken met mensen die zich bezighouden met de evaluatie van het medisch handelen.'

TENNISARMEN

Betere zorg is niet altijd meer zorg, daar zijn Ellen 't Hoen en Fons Dekkers het roerend over eens, en ook over het feit dat artsen het moeilijk kunnen toegeven dat ze op bepaalde gebieden niets te bieden hebben of dat behandeling zelfs nadelig kan zijn. Ellen 't Hoen meent zelfs dat een betere zorg er soms uit bestaat juist niet naar de dokter te gaan: 'Jarenlang is de kreet geweest: ga naar uw arts. En die artsen hebben stapels folders liggen van de farmaceutische industrie en met de nieuwste technologische ontwikkelingen. Die willen behandelen terwijl in veel gevallen niks doen beter is. En dat is een moeilijke boodschap, dat hebben we ook bij de DES-groep ervaren. Er waren gynaecologen die per se adenosis willen behandelen, goedaardige cellen in de vaginawand die bij bijna elke DES-dochter voorkomen en die na je vijftiengste jaar vanzelf verdwijnen. Als je daar iets aan doet, kan dat complicaties veroorzaken. Toch zijn er artsen die dat weg willen halen terwijl daar geen enkele wetenschappelijke basis voor is.'

Fons Dekkers: 'Er is een onderzoek verschenen over de behandeling van tennisarmen, een veel voorkomend probleem. Het blijkt dat in tachtig procent van de gevallen zo'n tennisarm na acht à negen maanden vanzelf overgaat. Veel medici grijpen toch in, die gaan in zo'n arm prikken. Dat blijkt in zestig procent van de gevallen niets op te leveren, terwijl in twintig procent door dit geprik complicaties optreden waardoor een onherstelbare en onomkeerbare schade kan ontstaan. Zo'n conclusie wordt uitgesproken op een afscheidsoratie. Dat is natuurlijk een te-

ken aan de wand, dat dit soort kritische geluiden alleen wordt geventileerd door artsen die met pensioen gaan, die niets meer te verliezen hebben.'

Wat kan een patiëntenorganisatie doen om dit soort onnodig medisch handelen tegen te gaan?

DES is daar duidelijk in: 'We hebben besloten niet door te verwijzen naar artsen die bijvoorbeeld adenosis willen behandelen en vrouwen die onder behandeling van deze artsen zijn, waarschuwen we. Als die artsen tegen ons een proces zouden willen aanspannen, dan moeten ze dat maar doen. Van een bamiverkoper mag wel gepubliceerd worden dat er te veel bacteriën in zijn bami zitten maar van een IVF-kliniek niet dat ze nog niet één baby hebben geproduceerd!'

Fons Dekkers: 'De NPCF wil een infrastructuur opzetten voor objectieve informatie voor patiënten en consumenten. Het medisch kunnen moet in een reëler daglicht worden gesteld. Het zou eigenlijk de taak van artsen zijn maar er zijn maar weinig beroepsgroepen die dat tot hun verantwoordelijkheid rekenen want het is niet zo handig voor je inkomen om te zeggen dat je aan bepaalde vormen van lage rugpijn, allerlei type huidaandoeningen en vormen van gewrichtspijn niets kunt doen. Als je consumenten de juiste informatie geeft, zullen steeds meer mensen tegen hun arts zeggen, als die met een spuit komt aanlopen, dokter ik heb gelezen dat er in tachtig procent van de gevallen aan een tennisarm niks gedaan hoeft te worden, hoezo val ik buiten die tachtig procent?'

ZONDER HAPEREN

Ellen 't Hoen: 'Ik vind niet dat het helemaal terecht is dat de individuele patiënt een gebrek aan deskundig medisch handelen moet opvangen. Ik zou graag een patiëntenvereniging zien die zegt: we willen een medisch handelen dat gebaseerd is op gedegen onderzoek, we willen de resultaten kunnen zien. En als die niet te produceren zijn dan zou je moeten zeggen dat bepaalde behandelingen gewoon niet meer mogen voorkomen. Voor de individuele patiënt is het heel moeilijk om een arts te scholen, bovendien moet je hun taal spreken, anders luisteren ze niet. Dat hebben wij bij DES ook ervaren. Alleen omdat wij termen als squamuese metaplasie zonder haperen uitspraken, schrokken ze wakker en wilden ze wel luisteren naar wat we te zeggen hadden.'

Medicijnverslaving als gevolg van een overvloedig voorschrijven van slaapmiddelen en tranquillizers, fysiotherapeuten die graag even hun machines aansluiten

omdat ze dan zestig gulden extra kunnen vragen, onnodige onderzoeken, overbodige behandeling: de consument heeft geen inzicht in de samenstelling van de rekeningen en de verzekeraars betalen dergelijke 'reguliere' verrichtingen klakkeloos.

BONDGENOTEN

Zijn verzekeraars en patiëntenorganisaties daarom geen bondgenoten in het terugdringen van verspilling en onnodig en inefficiënt medisch handelen?

Ellen 't Hoen: 'Ik kan me voorstellen dat verzekeraars er baat bij hebben om bijvoorbeeld samen te werken met een groep als Vrouwen en Medicijngebruik, die zich inzet voor het terugdringen van het medicijngebruik. Die werken nu bijna zonder subsidie en zouden door verzekeraars ondersteund kunnen worden.'

Volgens Fons Dekkers zal dat niet gebeuren omdat verzekeraars, in het stelsel zoals dat nu in elkaar zit, nauwelijks belang hebben bij het terugdringen van de kosten: 'De vraag is hoe je een verzekeraar verantwoordelijk kunt maken voor een zo patiëntgericht en efficiënt mogelijk gebruik van de gelden die er zijn zonder dat dit leidt tot oneigenlijke bezuinigingen in de zorg. Patiëntenorganisaties hebben wel belang bij samenwerking met enerzijds verzekeraars en anderzijds specialisten en ziekenhuizen daar waar het gaat om kwaliteit. Verzekeraars hebben natuurlijk wel overzicht over hoe gelden worden besteed, maar die worden niet geëvalueerd op grond van kwaliteit en resultaat want daar wordt hun niet naar gevraagd. Heel langzaam wordt daar nu eindelijk serieus een begin mee wordt gemaakt. Wat je zou kunnen doen is, op deelgebieden, het spelend via de band van de verzekeraars, duidelijk maken dat er sprake is van overgebruik of ondoelmatig gebruik. Dan kun je via de beroepsorganisaties of via de overheid uiteindelijk sancties afdwingen.'

Ellen 't Hoen: 'Juist op kwaliteitsgebied zou er een samenwerking kunnen komen, verzekeraars hebben vaak inzicht in wat er gebeurt en wat het allemaal kost, patiëntenorganisaties kunnen de kennis leveren welke handelingen wel en niet moeten plaatsvinden en hoe de kwaliteit kan worden verbeterd. Dan heb je van de ene kant de financiële druk en van de andere kant de publieke druk om de gezondheidszorg efficiënter en patiëntgerichter te maken.'

Fons Dekkers: 'Als je alleen al het overbodige en belastende eruit zou halen, dat zou al heel veel schelen. Maar dan stuit je erop dat op veel gebieden er helemaal geen zicht is op het belang en het resultaat van allerlei behandelingen.'

Ellen 't Hoen: 'Ik denk dat er veel meer materiaal is over de zin en onzin van veel

behandelingen dan gebruikt wordt. Er is, met name internationaal, veel onderzoek naar dit soort zaken en onderzoekers klagen waarom hun bevindingen maar niet op klinisch vlak doordringen. Ik denk dat daar een gat zit wat de patiëntenbeweging moet opvullen. Het is een taak van de patiëntenbeweging om bruggen te bouwen tussen mensen die zich bezighouden met de evaluatie van medisch handelen en medische technologie en de behandelende artsen.'

Een protocol, zoals DES heeft afgedwongen, is een effectieve manier om het medisch handelen te controleren. Toch is Fons Dekkers niet onverdeeld enthousiast: 'Je kunt niet op alle gebieden protocollen maken en bovendien, om al die protocollen en probleemgebieden te kunnen doorlichten heb je eerst een goede infrastructuur nodig. DES is succesvol geweest maar op het gehele terrein van de gezondheidszorg is dat een druppel op de gloeiende plaat.'

Ellen 't Hoen vraagt zich af of Fons Dekkers ook geen problemen voorziet omdat in veel van de grotere patiëntenbelangenverenigingen artsen en specialisten een rol spelen, terwijl medici meestal niets moeten hebben van bemoeienis van patiënten met de medische verrichtingen. Fons Dekkers: 'Ja dat is waar, er zullen ongetwijfeld organisaties zijn die zich daartegen afzetten. Je kunt daarom misschien beginnen met de gebieden waar de mentaliteit wel rijp is en de resultaten die daar uit komen moeten duidelijk maken dat controle door patiëntenorganisaties een nuttige functie heeft in de gezondheidszorg.'

NEK UITSTEKEN

Patiëntgerichtheid vraagt binnen de gezondheidszorg vraagt om een ingrijpende cultuuromslag. De NPCF denkt dat, naast de grotere rol voor de patiënt/consument, er een omslag moet plaatsvinden van een aanbodgerichte zorg naar een op de vragen en behoefte van de consument gericht zorg.

Fons Dekkers: 'De gezondheidszorg is helemaal gefixeerd op de aanbodkant van de zorg. Dat moet worden omgekeerd naar een zorg waarin de behoefte bepalend is voor het aanbod. Om die omslag te stimuleren heeft de patiëntenorganisatie een krachtige infrastructuur nodig, zowel regionaal als landelijk. Die infrastructuur moet een integraal onderdeel van de gezondheidszorg worden.'

Ellen 't Hoen: 'Vaak gaat de medische professie hand in hand met de farmaceutische en de medisch-technologische industrie, met als gevolg dat consumenten niet of slecht worden voorgelicht. Neem bij-

OVER DE BALK

voorbeeld eisprong-stimulerende middelen die bij onvruchtbaarheidsbehandelingen worden gebruikt. Dat soort middelen wordt echt heel veel voorgeschreven, niet alleen bij IVF-behandelingen, maar ook als een zwangerschap wat langer uitblijft. Er is nu gepubliceerd over de mogelijke relatie tussen eisprong-stimulerende middelen en ovaria-kanker. Een aantal vrouwen die dit middel gebruikt hebben, blijkt ovaria-tumoren ontwikkeld te hebben. Maar in plaats van serieus op dit soort berichten in te gaan, is het geluid wat uit de NVOG komt weer precies hetzelfde als destijds bij de DES: er is niks aan de hand, dit middel wordt door miljoenen vrouwen over de hele wereld gebruikt dus als er iets mee mis was, was dat al lang bekend. Dat is een nonsens-opmerking want als je niet gericht naar zaken zoekt vind je ze natuurlijk ook niet en bovendien is dit bij uitstek een manier om, misschien zeldzame, bijwerkingen te onderzoeken. In zo'n geval nemen de artsen dus niet hun verantwoordelijkheid en moet je als consumentengroep actie ondernemen: literatuur verzamelen, erover publiceren en in overleg gaan met artsen. In Nijmegen heeft een ziekenhuis nu richtlijnen opgesteld om het gebruik van eisprong-stimulerende middelen terug te dringen. Die richtlijnen zouden heel bruikbaar zijn voor heel Nederland en bovendien moet de individuele vrouw die bezig wil gaan met een vruchtbaarheidsbehandeling deze informatie ook krijgen zodat ze zelf keuzes kan maken.'

Fons Dekkers: 'De voorlichting in de media gebeurt nu vaak door ambitieuze specialisten die in damesbladen weer met een van hun nieuwste mogelijkheden op de proppen komen. Omgekeerd gebeurt veel minder: publiciteit over wat er niet kan, welke behandelingen onzinnig zijn en dat soort zaken, dat moet ook gebeuren. Maar er zijn maar weinig artsen die daarvoor hun nek uitsteken. Dus die taak moet je als consumentenorganisatie voor een deel overnemen.'

Ellen 't Hoen: 'Dat zou ook een rol van de patiëntenbeweging moeten zijn: artsen steunen die wel hun nek uitsteken en bepaalde onderzoeken en bevindingen naar buiten brengen. Die staan vaak onder grote druk vanuit hun beroepsgroep om dit soort berichten binnenskamers te houden.' Fons Dekkers: 'Je moet uiteindelijk een gezondheidszorg krijgen waar de consument een grotere rol in speelt, waar de voortdurende feedback van gebruikers leidt tot nieuwe inzichten en nieuwe dynamiek.'

In de gezondheidszorg heeft men nog steeds de neiging om alles wat haalbaar is ook te doen en zich daarbij niets van de kosten aan te trekken. Stel dat een behandeling volgens verschillende methoden gedaan kan worden met verschillende mate van zekerheid op succes. Behandeling A kost 10 gulden en geeft 97 procent zekerheid, behandeling B kost 100 gulden en geeft 99 procent kans en behandeling C kost 1000 gulden en geeft 99,9 procent kans op succes. In de gezondheidszorg kiest men voor C.

Te veel menskracht en middelen worden besteed aan de zogenaamde lage-kansgeneeskunde, dat wil zeggen onderzoek en ingrepen waarvan de medische opbrengst gering of twijfelachtig is, zo vindt bijna tweederde van de Nederlandse artsen.

Bronnen: Prof. Van de Ven in *Het Parool* van 27 februari 1992 en *Kiezen en delen*, commissie-Dunning 1991.

ONDERZOEK

Jaarlijks wordt minstens 400 miljoen gulden verspild aan onnodige onderzoeken.

Eén op de vier laboratoriumtests op verzoek van huisarts of specialist is overbodig, omdat er met de uitslag niets wordt gedaan.

Patiënt moet bloedgroep/resusfactor laten bepalen, terwijl patiënt bloedgroep kaartje bij zich heeft. Reden: de uitslag zit nog niet in computer, dus als uitslag van eigen laboratorium binnenkomt, kan die worden ingevoerd.

Een neuroloog: 'Een herhalings-EEG om te zien of een patiënt is opgeknapt is overbodig, als je zo al kunt zien dat hij opgeknapt is.'

Een oncoloog: 'Het komt voor dat een patiënte na behandeling voor borstkanker elk halfjaar een foto van de borstholte en een scan van de lever krijgt. Na enkele jaren worden er uitzaaiingen in de lever geconstateerd, maar ingrijpen is niet mogelijk. Wat is de waarde van zo'n intensieve nacontrole? Controle moet beperkt blijven tot onderzoek waarvan de uitslag tot een zinvolle ingreep kan leiden.'

Een internist: 'Men grijpt gemakkelijk naar een serie tests in plaats van een zorgvuldig uitgevoerd lichamelijk onderzoek en een gesprek met de patiënt.'

86 procent van de artsen vindt dat artsen moeten leren dat meer diagnostiek niet automatisch tot een betere diagnose of minder fouten leidt.

Bronnen: *Consumentengids*., februari 1992; *Onderzoeksverslag Verspilling*, Consumentenbond, mei 1992; *Beter worden door minder zorg*, 1992 Sympos-deel 14, Inleiding dr YA., van Duivenboden; *Kiezen en delen*, eindadvies van de commissie-Dunning 1991.

HUISARTSEN

Patiënt komt voor controle bij huisarts. Die vindt hartonderzoek nodig. Patiënt protesteert, want hij voelt zich gezond. Uitslag na een reeks onderzoeken: 'U bent gezond', maar dat betwijfelde de patiënt nooit. Rekeningen: f 1300,- voor de specialist en vier consulten van de huisarts.

De variatie tussen huisartsen bij het voorschrijven van kalmerings- en slaappillen bedraagt een factor 10, bij antibiotica zelfs 12.

De gebrekkige communicatie tussen huisarts en specialist werkt kostenverhogend voor de gezondheidszorg, zo vindt 79 procent van de verpleegkundigen en fysiotherapeuten, 69 procent van de huisartsen en 50 procent van de specialisten.

Het aantal door huisartsen aangevraagde onderzoeken loopt uiteen van 10 tot 500 per 100 patiënten.

Slechts een op de vier huisartsen hanteert een 'ideale' werkstijl, dat wil zeggen hij handelt doel- en patiëntgericht. Door deze werkstijl werkt de 'ideale' huisarts per ziekenfondsverzekerde ongeveer 30 procent goedkoper dan andere huisartsen.

Bronnen: Weekboek dokter. *Vrij Nederland*, 3 juli 1993; *Kiezen en delen*, eindadvies van de commissie-Dunning 1991; *Consumentengids*., februari 1992; H. Mokkink, *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*, Nijmegen 1986.

ZIEKENHUIZEN

Van de patiënten die zich op een EHBO-afdeling van een ziekenhuis melden, kan 30 procent zonder meer door een huisarts worden geholpen. Een eenvoudige hechting komt op een EHBO-afdeling bijna tweehonderd gulden hoger uit dan bij een huisarts.

Onnodige ligdagen zijn verspilling. Een

verpleegdag in een ziekenhuis kost gemiddeld f 700,-. Zo kan het aantalligdagen na een meniscusoperatie uiteenlopen van vijf tot veertien dagen.

Tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zijn de verschillen in ziekenhuisverblijf opvallend: een fonds-verzekerde verblijft gemiddeld 11,2 dagen in een ziekenhuis, een particulier verzekerde 10,4 dagen.

Patiënt wordt opgenomen voor een operatie. Na de operatie is eventueel intensive care nodig. In verband met te weinig personeel op Intensive Care wordt de operatie een week uitgesteld, terwijl patiënt opgenomen blijft.

Afdelingshoofden van ziekenhuizen geven zelf aan dat voor 20 procent van ziekenhuisverpleegdagen een goedkoper alternatief mogelijk is.

Bron: *Consumentengids*, februari 1992; *Onderzoeksverslag Verspilling*, Consumentenbond, mei 1992; M. van Tits en W. Nuyens, 'Een bonus-malus experiment onder huisartsen', in: *Medisch Contact*, 42, 1987.

MEDICIJNEN

De prijzen van geneesmiddelen in Nederland zijn per aflevering de hoogste in de wereld. Niet alleen de industrie vraagt te veel, ook de groothandelsmarge is met 20 procent exorbitant hoog (in Zweden 3 procent).

Per jaar gaan voor minstens 120 miljoen gulden door patiënten ongebruikte medicijnen terug naar de apotheek.

De schade ten gevolge van geneesmiddelengebruik is hoog. Per jaar sterven er zo'n 600 mensen aan; 10.000 mensen moeten jaarlijks worden opgenomen vanwege ernstige bijwerkingen.

Uit een onderzoek onder oudere ziekenhuispatiënten bleek een kwart van de geneesmiddelen die bij opname werden geslikt, overbodig te zijn.

Patiënt gaat naar de huisarts wegens acute buikklachten. Deze schrijft twaalf zetpillen voor met advies er één te gebruiken.

Gynaecoloog laat de patiënt een medicijn één maand (= 1 strip) proberen. Apotheek levert 3 strips.

Alleen al met betrekking tot het onnodig voorschrijven van antibiotica is per jaar 200 miljoen te besparen.

Bronnen: *Consumentengids*, februari 1992; *Onderzoeksverslag Verspilling*, Consumentenbond, mei 1992; Prof. WP.M.M. van de Ven, *Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwestie*, Erasmusuniversiteit, Rotterdam 1988.

HU LPMI DDEIEN

Patiënt breekt been. Huisarts schrijft kruk voor. Leverancier levert alleen twee kruken en die kosten ruim f200,-. Als lid van een kruisvereniging kan patiënt die gratis lenen. Verzekering vergoedt wel nieuwe aanschaf van kruken, maar niet het gedwongen lidmaatschap van kruisvereniging.

Patiënte breekt pols en neemt eigen mitella mee naar ziekenhuis. Zij krijgt een nieuwe mitella en die van de patiënte wordt weggegooid.

Patiënt heeft voet verstuipt bij het sporten. Hij is particulier verzekerd. Huisarts schrijft een 'enkelbrace' voor. Deze kosten werden door de verzekering betaald, maar vallen nu onder AWBZ, maar dan moet wel een specialist de enkel zien alvorens de kosten vergoed kunnen worden.

Bron: *Onderzoeksverslag Verspilling*, Consumentenbond, mei 1992.

BEDRIJFSONGEVALIEN

Eén op de twintig ziekenhuisopnamen is een ziekte als gevolg van medisch handelen.

Jaarlijks krijgen 50.000 tot 60.000 mensen door medische behandelingen een ernstig letsel.

Het aantal dodelijke slachtoffers door medische behandeling is naar schatting groter dan de ongeveer 1300 doden die jaarlijks in het verkeer vallen.

Geschat wordt dat tenminste één op de twintig patiënten een infectie oploopt tijdens een verblijf in een ziekenhuis. In de helft van de gevallen treedt besmetting op door het inbrengen van catheter, pacemaker, infuus, luchtbuis of andere medische voorwerpen in het lichaam. Geschatte extra kosten 300 miljoen gulden. Tussen de 1000 en 3000 mensen overlijden als direct of indirect gevolg van een ziekenhuisinfectie.

Zo'n 20 procent van de zieken in Nederland wordt behandeld voor ziekten die door de dokter zelf zijn veroorzaakt.

Bronnen: *Consumentengids*, februari 1992; *NRC Handelsblad*, 24 februari 1993.

TECHNOLOGIE

Signalering, advisering en besluitvorming over medische technologie zijn in alle fasen van ontwikkeling en toepassing dikwijls ondoorzichtig, ondoelmatig en onvolledig is, waardoor met name slagvaardig overheidsoptreden vaak onmogelijk is. Er wordt weinig ondernomen op het gebied van evaluatie van bestaande zorgvoorzieningen, terwijl na toelating van een medische technologie toezicht op het gepast gebruik vrijwel ontbreekt.

Bron: *Kiezen en delen*, eindadvies van de commissie-Dunning, 1991.

SPECIALISTEN

Onderzoek wijst uit dat de ene cardioloog viermaal zoveel patiënten laat opnemen dan de ander en zesmaal zoveel verrichtingen uitvoert.

Het aantal verrichtingen kan bij de ene internist zevenmaal hoger liggen per 1000 patiënten dan bij de andere.

In Zeeland worden naar verhouding meer dan tweemaal zoveel amandelen geknipt als in Limburg.

In de ene gemeente worden vijfmaal zoveel klinische verrichtingen en zevenmaal zoveel poliklinische verrichtingen uitgevoerd per 1000 inwoners als in een andere.

Zonder dat de bevolking ongezonder is werden per 100.000 inwoners in Zuidwest-Drenthe drie keer minder open hartoperaties uitgevoerd dan in Zuidoost-Drenthe of in Noordwest-Overijssel.

In Gelderland, Overijssel en Drenthe zijn er huisartsen die patiënten zes keer vaker naar een specialist verwijzen dan andere zonder dat er enig aantoonbaar verschil is tussen de patiëntenbestanden.

De ene chirurg neemt 18 procent van zijn patiënten in een ziekenhuis op, terwijl een andere chirurg 55 procent laat opnemen. Bij de ene cardioloog heeft men viermaal meer kans te worden gecatheteriseerd dan bij een andere.

In het ene gebied worden vier maal zoveel borstoperaties verricht als in het andere.

Bronnen: *Kiezen en delen*, eindadvies van de commissie-Dunning, 1991; *Consumentengids*, februari 1992; onderzoek prof. dr. D. Post aangehaald in: *NRC Handelsblad*, 24 februari 1993; D. Post, 'Hoeveel gezondheidszorg is genoeg?', in: *TGP*, nr. 3, 1992.

ALLE GEKHEID IN STEEDS MEER HOKJES

Ernst Simons, Berthie Groen, Maarten Boon

Wie in het kader van de ondoelmatigheid van de gezondheidszorg naar de geestelijke gezondheidszorg wijst, stuit al snel op de Calimero-reflex: zij zijn groot en wij zijn klein. Helemaal onzinnig is dat niet; de meeste doelmatigheidswinst is inderdaad in de somatische gezondheidszorg te behalen. Maar dat is nog geen reden om de ggz te ontzien. Ernst Simons, Betty Groen en Maarten Boon menen dat de ggz gevangen is in een obsessie voor het verbijzonderen van problemen. Dat heeft alles met de instellingen te maken, maar weinig met doelmatigheid. In plaats van zich te verliezen in steeds fijnere definities van cliënten, zou de ggz een dam moeten opwerpen tegen de medicalisering van psychosociale problemen. Daar is een miljarden winst te boeken.

Het thema van deze aflevering van het *Tijdschrift Gezondheid en Politiek* heeft een wat dubbelzinnige titel meegekregen: 'De rekening van het wantrouwen'. De titel kan de indruk wekken dat het voor de beroepsgroepen in de gezondheidszorg te doen gebruikelijk is om de gezondheidszorg bewust te frustreren, dan wel zich op onrechtmatige wijze te verrijken. Zo eenvoudig is het natuurlijk niet en voor onze beschouwing over zorgvernieuwing en doelmatigheid in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is dat ook niet het uitgangspunt.

Maar dat neemt niet weg dat ook binnen de ggz wantrouwen bestaat. Vanuit de verschillende posities en invalshoeken in de ggz kijken de verschillende partijen elkaar vaak met argusogen aan. De zorgverzekeraars - en vanuit die positie schrijven wij dit artikel - hebben als voornaamste invalshoeken de organisatie en de doelmatigheid van de zorg. Dat is zeker niet gemakkelijk. Alleen al het aanroeren van het begrip ondoelmatigheid levert binnen de ggz vaak een primaire wantrouwende reactie op. Men voelt zich snel aangetast in het professionele eergevoel en miskend in de inspanningen er het beste van te maken.

UNDERDOG

Waarschijnlijk heeft deze reflex te maken met het chronische underdog- en insufficiëntie-gevoel dat - in onze waarneming - binnen de ggz leeft. Er is, zo luidt de redenering, te weinig aandacht en begrip voor de ggz; er gaat te weinig geld naar toe, terwijl toch bekend is dat de hulpvraag toeneemt en nog lang niet alle mensen de hulp krijgen waar ze recht op hebben. Vijftientig procent van de bevol-

king, zo heeft wetenschappelijk onderzoek aangetoond, kampt met psychische problemen die behandeling behoeven. Het antwoord van de ggz daarop is echter nog in ontwikkeling, het aantal succesvolle therapieën is vooralsnog beperkt. Of zoals de psychoanalyticus en emeritus hoogleraar Van Dantzig het ooit zei: 'Als we de vergelijking met infectieziekten volhouden, verkeert de psychotherapie nu ongeveer in het stadium van handen wassen.' De somatische gezondheidszorg heeft toch ook alle kansen (en geld) gekregen om zich met vallen en opstaan te ontwikkelen, waarom krijgt de ggz die kans dan niet?

Deze redenering is waar. Er gaat inderdaad veel meer geld naar de heroïsche *cure* en de technologische gezondheidszorg, dan naar de *care*, de niet-technologische gezondheidszorg. Het werken in de ggz zou een stuk veraangenamen als zaken die onder de verantwoordelijkheid vallen van de overheden en/of ziektekostenverzekeraars eindelijk eens goed zouden worden aangepakt. Bijvoorbeeld door goede randvoorwaarden te creëren om ook daadwerkelijk extramurale opvang van de chronische psychiatrische patiënten te kunnen realiseren.

Toch neemt dit alles niet weg dat erkend moet worden dat er in de gezondheidszorg, en dus ook in de ggz, op de organisatie en de doelmatigheid het een en ander is aan te merken en dat die manco's moeten worden aangepakt.

In dit artikel geven wij onze visie op de organisatie en de (on)doelmatigheid van de ggz. Zoals gezegd is onze invalshoek die van ZAO Zorgverzekeringen, waar wij ons intensief bezighouden met zorgvernieuwing. Dat is ook ons vertrekpunt

van deze bijdrage. Sommige aspecten, misschien wel de meeste, zijn van toepassing op de ggz in Nederland, andere zijn karakteristiek voor Amsterdam, het werkgebied van ZAO Zorgverzekeringen.

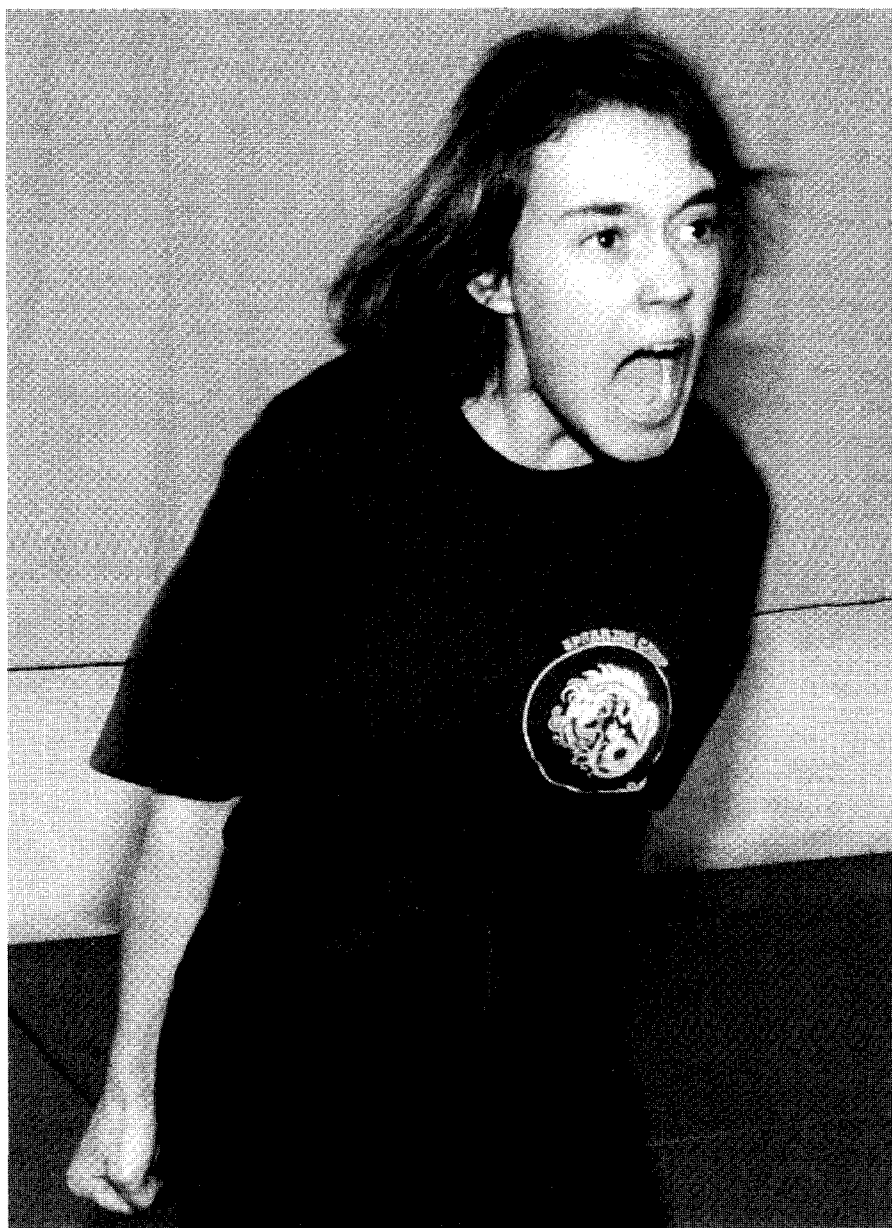
ZORGVERNIEUWING

Zorgvernieuwing laat zich - in het kort - omschrijven als het scheppen van alle mogelijke randvoorwaarden voor het geven van 'zorg op maat': de Juiste zorg, op de Juiste plaats, op het Juiste moment, voor de Juiste prijs en in de Juiste hoeveelheid.

Is zorgvernieuwing nu het wondmiddel? Zorgvernieuwing impliceert een andere wijze van denken en werken; zorgaanbieders moeten zich verplaatsen in de zorgvraag van de patiënt in plaats van, extreem gesteld, de verpakking van de eigen deskundigheid, de eigen ideeën, normen en waarden, en belangen als zorgvraag van de patiënt te definiëren. Zorgvernieuwing betekent een cultuuromslag en vraagt om creativiteit en flexibiliteit. Zo bezien lijkt zorgvernieuwing inderdaad een wondermiddel. Maar tegelijkertijd moet je je afvragen of zorgvernieuwing niet een legitimering is om de zaken zo te organiseren zoals ze eigenlijk al lang of beter gezegd, altijd al, hadden moeten zijn.

Wat is nu het aanbod en de vraag op het terrein van de ggz in Amsterdam? Amsterdam heeft een omvangrijk en gedifferentieerd extramuraal aanbod aan voorzieningen en een relatief beperkt intramuraal semimuraal aanbod. Het extramurale aanbod bestaat naast de Riagg's uit een uitgebreid netwerk van erkende categoriale instellingen in het psycho-neurose circuit en de verslaafdenzorg, plus de nodige vrijgevestigde psychiaters, psychologen en psychotherapeuten, die al dan niet werkzaam zijn in veel niet-erkende instituten die zich hebben gespecialiseerd op evenzoveel probleemgebieden.

De vraag naar ggz wordt in Amsterdam voor een groot deel gekleurd door de problemen die met het grootstedelijke karakter van de stad te maken hebben. Dat uit zich in een relatief hoge consumptie van ggz-dienstverlening. Het moge dan wel zo zijn dat in de ggz het aanbod niet de vraag bepaalt, zoals staatssecretaris Simons schrijft in zijn nota *Onder Andere*, wij vinden het geen toeval dat in Amster-



*Vrouwenhulpverlening: echt zo anders?
Foto: Gon Buurman, Hollandse Hoogte*

dam het aanbod zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht, zo 'naadloos' op de vraag aansluit.

Daar is vanuit de zorg-op-maat-gedachte niets op aan te merken. Amsterdam biedt voor elk wat wils en bovendien van een goede kwaliteit. Maar vanuit het oogpunt van doelmatigheid zijn hier toch de nodige kanttekeningen bij te plaatsen.

VERBIJZONDEREN

Een van de kenmerken van de ggz is altijd het verbijzonderen van patiëntencategorieën geweest en het komt ons voor dat dit proces nog steeds toeneemt. Dat gebeurt enerzijds door nieuwe vormen van diagnostiek, bijvoorbeeld door incest-slachtoffers, en anderzijds door met nieuwe definities bestaande categorieën verder te verbijzonderen, zoals bij de gokverslaafden. De vraag is echter hoe deze in-

houdelijke argumentatie zich verhoudt tot het belang van de instelling en het belang van de cliënt. In dat kader willen wij - vragenderwijs - een paar kritische kanttekeningen maken:

- Zijn er te veel hulpverleners, waardoor zij zich gaan profileren in specifieke problematiek en vertaalt de cliënt dat vervolgens in zijn/haar behoefte? Met andere woorden speelt de ggz 'slim' in op de individualisering en het, overigens vermeende, recht op gezondheid?
- Worden door hulpverleningsinstellingen algemene problemen van specifieke groepen niet te snel geduid als specifiek om de categoriale hulpverlening te rechtvaardigen? Moet er voor de behandeling van verslaving bijvoorbeeld wel een circuit van verslaafdenzorg in stand worden gehouden? Of heeft af-

kicken van bijvoorbeeld alcohol en gokken met al zijn somatische bijverschijnselen, niet zoveel overeenkomsten met andere zaken waar een mens moeilijk van af kan komen, zoals roken of wasdwang, dat dit evenzogoed in de algemene ggz kan worden behandeld?

- Heeft de verbijzondering van bepaalde groepen cliënten niet eerder te maken met oordelen en vooroordelen over deze groepen cliënten? Veel mensen dulden in de omgeving waarin zij worden behandeld of waarin zij cliënten behandelen geen homoseksuelen, drug- of gokverslaafden omdat deze groepen bij hen weerstanden oproepen. Nederland mag dan wel een tolerant land zijn, maar de verschillende patiëntencategorieën moeten ook weer niet te dicht op elkaars lip zitten. Om de zorg voor deze categorieën toch toegankelijk te houden krijgt elke categorie zijn eigen plek, zijn eigen circuit en zijn eigen label.
- Laat de ggz zich niet wat al te gemakkelijk gebruiken in het emancipatieproces van sommige groepen om sociaal-maatschappelijke erkenning te krijgen? Immers, door de maatschappelijke problemen van deze groepen te vertalen in ggz-problemen worden deze problemen gemedicaliseerd en daardoor, hopelijk, eerder erkend.

GENERALISTEN

Steeds horen wij dezelfde redenering opgeld doen: 'de ggz' is niet deskundig. Het lijkt wel of iedereen daarover klaagt en iedereen specifiek georganiseerde aandacht, categoriale hulpverlening, wil. Maar is er niet ook een andere redenering mogelijk? Wij hebben de ervaring dat de oorzaak van de verbijzondering in de ggz vooral is gelegen in onvoldoende acceptatie, tijd hebben voor en luisteren naar. De roep om categoriale zorg is in het merendeel der gevallen alleen maar een roep om affiniteit en de juiste attitude.

De vrouwenhulpverlening bijvoorbeeld werkt vooral probleem- en patiëntgericht, maakt gebruik van directe ondersteuning en tracht een al te sterke afhankelijkheidsrelatie met de hulpverlening te reduceren. Deze benadering levert veelal meer op dan een langdurige, inzichtgevende en afwachtende aanpak. Maar is deze benadering nu echt specifiek voor vrouwen? Geldt deze niet voor ons allen? Wordt niet te veel energie, menskracht en geld gestoken in het exploreren en benadrukken van het bijzondere, in plaats van het algemene en het gemeenschappelijke?

Wat ons betreft verlegt zorgvernieuwing in de ggz de aandacht van het verbijzonderen naar het veralgemenen, van specifieke deskundigen naar generalisten. Een generalist is iemand die alle hulpvragen

kan behandelen en zich tevens goed kan inleven in het specifieke van elke cliënt. Het zal de ggz in ieder geval doelmatiger maken. Dat neemt uiteraard niet weg dat in het kader van de pluriformiteit in de beroepsuitoefening de generalisten zich subspecialiseren en zich *ook* met meer specifieke problematiek bezighouden.

MANAGED CARE

Zorgvernieuwing gaat ervan uit dat voor iedere patiënt een op maat gesneden zorgplan wordt opgesteld. Indien hierover goede afspraken zijn gemaakt hoeft de zorgverzekeraar, die naast een zorgplicht ook het recht heeft de indicatie te beoordelen, daar niet tussen te zitten. Dat biedt voordelen. In de eerste plaats voor de cliënt, maar ook voor de verzekeraar en op den duur de behandelaars.

Onze voorkeur gaat uit naar onafhankelijke indicatiestelling en opstelling van het zorgplan door case-managers of zorgcoördinatoren. Zij worden daarmee ook verantwoordelijk voor de continuïteit, van zorg. Hiermee nemen zij de cliënt, verzekeraar en behandelaar veel werk uit handen. Vooral voor de chronische psychiatrische patiënten en hun naaste omgeving is case-management een goede oplossing, omdat nu personen verantwoordelijk zijn voor de behandeling, begeleiding en continuïteit in plaats van instellingen.

Mogelijk kan ook dat het tekort aan psychiaters in de instellingen door case-management worden opgevangen. Bij een dergelijke vorm van *managed care* kunnen patiënten immers hun extramuraal werkende therapeut, vrijgevestigd of werkzaam bij een Riagg, 'meenemen' naar een intramurale setting.

Een onafhankelijke opstelling van een zorgplan heeft natuurlijk ook nadelen. De hulpverleners moeten vertrouwen op de deskundigheid van de opsteller en niet in de verleiding komen, zoals in de geneeskunde te doen gebruikelijk is, alles van voren af aan weer over te doen. *Managed care* betekent dan ook dat er goede afspraken worden gemaakt over wie wat doet, waar, wanneer, hoe en in welke mate.

SAMENWERKING

Duidelijk is dat een dergelijke vorm een intensieve samenwerking tussen instellingen vereist. Vooral tussen de Riagg's en de intra- en semimurale instellingen komen deze vormen van samenwerking op gang, zij het langzaam en niet zonder problemen; er rollen nogal eens koppen. Samenwerken betekent in ieder geval het inleveren van een deel van het domein en de autonomie. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en *managed care* is dat een gunstige ontwikkeling, omdat het

cliëntenbelang kan gaan prevaleren boven het instellingsbelang. Daarnaast brengt schaalvergroting efficiency-winst met zich mee en, omdat de piket-paaltjes zijn verzet, wordt een flexibeler inzet van menskracht en middelen mogelijk.

Deze samenwerkingsvormen, die zich in Amsterdam vertalen in een proces van verregaande sub-regionalisatie, zijn gestart met als doel verbetering van de kwaliteit van zorg. Door de dreiging van de komende stelselherziening lijken ze in de praktijk vaak meer op een strategische bundeling van krachten. Hierbij wil iedereen het minimale afstaan, net voldoende om de bundeling succesvol te laten zijn. Efficiency-winst en een flexibele inzet van de menskracht en middelen worden zo tot het minimum beperkt.

LIJFSBEHOUD

Deze strategische keuze voor lijfsbehoud kan ten koste gaan van de activiteiten om de kwaliteit te verbeteren. Ook kent deze ontwikkeling het gevaar dat er weer monopoïde instituten ontstaan, die met hun eigen cultuur opnieuw hun eigen selectiemechanismen en behandelmethoden creëren. Dat is, gezien het grote capaciteitstekort waar de ggz zelf op wijst, een gevaarlijke ontwikkeling; cliënten en verzekeraars kunnen dan geen kant meer uit.

Maar men moet zich niet verkijken op de toekomstige rol van de verzekeraars. Als de plannen doorgaan, vervalt voor verzekeraars niet alleen de contracteerplicht voor vrijgevestigden, maar ook voor instellingen. De zorg kan dan ook worden ingekocht bij het particuliere initiatief. Dat is zeker geen irreëel alternatief. Wij hebben de ervaring dat het particuliere initiatief zeer wel in staat is om tegen concurrerende prijzen kwalitatief goede zorg te bieden. Wellicht is dat een *eye-opener* voor hen die denken dat zij de natuurlijk aangewezen zijn die een goed produkt kunnen leveren. Wie had het tot voor mogelijk gehouden dat half Nederland zou worden bewaakt door particuliere bewakingsdiensten in plaats van de politie? Of dat er in Nederland wordt gedacht aan privatisering van het gevangeniswezen?

GRUWELEN

ZAO Zorgverzekeringen is een groot voorstander van samenwerking binnen de ggz. Maar dan wel met alle consequenties die daar voor het domein en de autonomie van de betrokkenen aan vastzitten. Het gaat daarbij om het verbeteren van de kwaliteit van zorg, waarbij ZAO als uitgangspunt heeft dat de zorg extramuraal moet worden verleend, tenzij het absoluut niet anders kan. Dit betekent minder bedden, goede extramurale behandel- en op-

vangmogelijkheden en meer *out-reaching* werken.

Natuurlijk is het ons bekend dat er (directies van) intramurale ggz-instellingen zijn die van dit idee gruwelen. Zij waarschuwen dat er van extramuralisering niet alles verwacht kan worden. Wie echter naar het buitenland kijkt, zoals naar Boston in de Verenigde Staten, weet dat het echt anders kan. Ook hier geldt weer dat, in het kader van zorgvernieuwing, een afweging moet worden gemaakt tussen inhoudelijke argumenten en eigen belangen. En misschien moet het krampachtig vasthouden aan de bestaande cultuur wel tot die laatste categorie worden gerekend.

VERLENGDE ARM

Een van de meest sprekende voorbeelden van ondoelmatige discussies over samenwerking, domeinen en autonomie in de ggz is de discussie over (de financiering van) psychotherapie. Deze discussies hebben niets te maken met nieuw-verworven inzichten op basis van resultaten van diepgaand wetenschappelijk onderzoek, noch op een gedurende decennia opgebouwde ervaring, maar wordt gestuurd door externe belangen. Bij het onderbrengen van de hele ggz in de AWBZ, hebben de psychiaters wel het recht gekregen om zelfstandig te declareren bij de verzekeringsmaatschappijen en de psychologen en psychotherapeuten niet. Wel mochten de psychiaters therapieën declareren die onder hun verantwoordelijkheid werden gegeven door psychologen-psychotherapeuten, de zogenaamde verlengde-armconstructie.

Per 1 juli 1993 is deze constructie formeel beëindigd. Vanaf deze datum hadden de psychotherapeuten zich een plaats op de markt verworven moeten hebben. Maar het budget kent zijn limieten. Wij weten dat in sommige gevallen de psychotherapeuten in de verlengde-armconstructie zijn misbruikt doordat de psychiaters hoge administratiekosten berekenden en een deel van het honorarium voor de psychotherapeuten afroemden. Maar veelal werkten de psychiaters en de psychotherapeuten perfect samen en heeft, wat dat betreft, de verlengde-armconstructie goed gewerkt.

Nu gaan, vooral op het niveau van de koepels, de geesten zich scheiden. Bij wie ligt het 'primaat' in de psychotherapie? Bij de psychiater of bij de psychotherapeut? Tot voor kort was psychotherapie psychotherapie als er psychotherapie op staat. Nu maken de psychiaters een onderscheid tussen 'medische psychotherapie' (uitsluitend te geven door een psychiater of onder supervisie van een psychiater) en 'niet-medische psychotherapie'. De psychotherapeuten - met hun veel langere op-

leiding in de psychotherapie dan de psychiaters - claimen een eigen autonome positie die, uitzonderingen daargelaten, als domein de psychotherapie in volle omvang bestrijkt.

Deze machtsstrijd, want dat is het, wordt gevoerd in een situatie waarin er een groot tekort is aan psychiaters in de instellingen. De psychiaters hebben zich *en masse* geworpen op de psychotherapie. Er zijn dus veel gegadigden voor de relatief kleine pot voor de psychotherapie en weinig gegadigden voor de vele vacatures, en daardoor relatief grote pot, in de instellingen. Het is ons bekend dat er patiënten zijn opgenomen die nog nooit een psychiater hebben gezien. Over kwaliteit van zorg en doelmatigheid gesproken.

MEDICALISERINGSGESEL

De 'kleine specialismen', waaronder de psychiatrie voelen zich in de beheersing van de kosten te veel 'gepakt'. Hun omzet is slechts een *peanut* in vergelijking met die van de grote wereld van de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Bovendien is, naar hun zeggen, daar het geld te halen, want daar is de ondoelmatigheid het grootst. Laat de veel getergde ggz met rust, bepleiten zij.

Naar onze mening mag - om ethische redenen - geen enkel terrein van de gezondheidszorg zich onttrekken aan het vraagstuk van doelmatigheid en kostenbeheersing (wat overigens iets heel anders is dan bezuinigen). Dat neemt niet weg dat de grootste doelmatigheidswinst inderdaad te behalen is door het verminderen van het volume van medisch-specialistische hulp en het gebruik van geneesmiddelen. Op dat punt komt juist de ggz in beeld. De medicalisering en somatisering van de psycho-sociale problematiek is in de westerse landen, ook Nederland, onrustbarend groot. Wij weten allen dat een somatische benadering van deze klachten slechts zelden doeltreffend is en vele miljarden kost. Naast de huisarts is de ggz de enige instantie die daarin verandering kan aanbrengen. In het merendeel van de gevallen intervenueert de ggz thans pas aan het einde van de rit, als de somatische aanpak is uitgeput.

Wij pleiten ervoor dat de ggz een produkt ontwikkelt, waarmee zij reeds in de aanvang van een medisch specialistische behandeling kan interveniëren als blijkt dat de oorzaak van de klachten niet op somatische oorzaken berust, ook al zijn er objectief aantoonbare afwijkingen. De uitspraak 'naast elke gynaecoloog een psycholoog' gaat wat ver, maar geeft de richting van onze gedachten gang duidelijk weer.

Juist als het gaat om zorgvernieuwing, met in dit geval de nadruk op de Juiste



*Ook voor gokverslaafden is aparte therapie ontwikkeld
Foto: Jan Lankveld, Hollandse Hoogte*

zorg, zal alleen een eendrachtige dialoog tussen wat we maar even noemen 'somatic' en 'niet-somatic' de gesel van medicalisering kunnen stoppen.

WEERSTANDEN

Tot slot: zorgvernieuwing en doelmatiger werken roepen weerstanden op en brengen risico's met zich mee. Een andere manier van werken en een andere ordening van taken en structuren betekent dat zorgdomeinen en hulpverleners autonomie een andere inhoud krijgen. De praktijk zal moeten leren of de verwachtingen van de veranderingen uitkomen. Ook bij vernieuwing moet men door schade en schande wijs worden.

Voor de gevestigde orde kan dit weerstanden oproepen. De meeste mensen veranderen nu eenmaal niet graag, zeker niet als daarbij ook de eigen positie in het geding is. Weerstanden uiteten zich over het algemeen in het wijzen op de grote risi-

co's die de veranderingen zullen hebben voor de kwaliteit van zorg. Men zal wijzen op het verlies van deskundigheid en desintegratie van het aanbod.

Natuurlijk moeten de bezwaren serieus worden genomen, maar we moeten wel durven. Reële knelpunten tijdens het proces van vernieuwing moeten onderwerp van gesprek zijn en worden opgelost. Als betrokken partijen met die instelling aan vernieuwing beginnen, kunnen veel waarschuwingen tegen de negatieve gevolgen van vernieuwing worden afgedaan met: *recouler pour mieux sauter*. Of in gewoon Nederlands: voor elke sprong heb je nu eenmaal een aanloop nodig.

De auteurs zijn allen verbonden aan ZAG Zorgverzekeringen te Amsterdam. Ernst Simons is hoofd van de Medische Advies Dienst; Berthie Groen is medewerker kwaliteitszorg ggz; Maarten Boon is account manager ggz.

·VERSTAND OP NUL EN ·S OCHTENDS GEWOON NAAR MIJN WERK·

VROUWEN MET EEN HANDICAP OP DE ARBEIDSMARKT

Petra Jorissen

Gehandicapte vrouwen hebben nog steeds een zeer zwakke positie op de reguliere arbeidsmarkt, al is hun achterstand in opleiding aan het verdwijnen. Ook binnen de sociale werkvoorziening zijn weinig vrouwen met lichamelijke handicaps werkzaam en er worden beduidend meer werkvoorzieningen toegekend aan mannen met een handicap. Dit zijn enkele conclusies uit het recent verschenen rapport "Gehandicapt en vrouw" over de positie van lichamelijke gehandicapte vrouwen op het gebied van onderwijs, arbeid, sociale zekerheid, seksualiteit, primaire relaties, gezondheid en hulpverlening. Naast de gebruikelijke conclusies bevat het rapport per gebied een opsomming van de witte plekken. Voor het terrein arbeid zijn dat aspecten die betrekking hebben op de voorbereiding op de arbeidsmarkt, werk vinden, stoppen met werken en over wat er zich zoal afspeelt op de werkvloer. Maar juist daarover vindt u dus juist niets in het rapport. Wel was een zestal vrouwen met een handicap bereid hierover te vertellen in rGp.*

'Het moeilijkste aan op de markt blijven vind ik dat je overal steeds weer zelf achteraan moet gaan', zegt Olga, 39 en rolstoelgebruikster. 'Het is een heel gedoe om uit te zoeken hoe je in praktisch opzicht je werk en je werkplek zo handig en efficiënt mogelijk kunt maken, maar ervoor zorgen dat mijn werkcontacten op voet van gelijkwaardigheid verlopen vind ik nog een veel groter gedoe.

Een handicap schrikt af. Ik moet nieuwe mensen over hun schrik heen helpen en daar heb ik lang niet altijd zin in. Wanneer ik ergens als voorlichter een verhaal moet vertellen dan merk ik vaak dat mensen me in eerste instantie zien als gehandicapte en daarna pas als voorlichter. Dat veroorzaakt twijfel, eeuwige twijfel.

Goed gebekt zijn wil nog weleens helpen, maar je moet het wel weten te doseren, want anders ben je weer zo'n gefrustreerde gehandicapte. Ook een niet-gehandicapte vrouw hoort natuurlijk geen grote bek te hebben. Soms denk ik dat je wat dat betreft als gehandicapte vrouw in het voordeel bent. Mensen weten niet goed wat ze van je kunnen verwachten, ze zien je in eerste instantie niet als vrouwen dat verschaft je ook vrijheid. Je moet dat wel even zien en op het juiste moment weten te gebruiken natuurlijk.'

Ook Trix, 30 en slechtziend, vindt het hoogst irritant dat collega's, vooral in het begin, denken dat ze heel veel hulp nodig heeft. Wanneer ze merken dat ze praktisch alles zelf kan - door wat eenvoudige aanpassingen aan de computer kan ze

hiermee razendsnel overweg en als zij eens de kopjes afgast zijn die ook schoon - volgt er zo'n overdreven bewonderende reactie als 'Oh, wat goed van je'. Gelukkig gaat dat overdrevene er na een tijdje wel af, maar steeds als ze met nieuwe mensen te maken krijgt heeft ze er weer last van.

HECTISCH

Spreken rolstoel vrouwen en slechtziende vrouwen nog over een moeilijke aanloopperiode, bij dove vrouwen lijkt er aan die aanloopperiode geen eind te komen. Hoewel Maria, 52 en doof, al meer dan vijftientig jaar dezelfde werkplek in een archief heeft, moet ze steeds weer uitleggen dat ze doof is en dat anderen duidelijk en rustig moeten articuleren wil ze kunnen liplezen. Die anderen zijn de grote stroom steeds wisselende, tijdelijke arbeidscontractanten.

Ze is ervan overtuigd dat het hectische levenstempo vooral voor dove mensen funest is. 'Mensen nemen steeds minder de tijd om ook eens met mij te praten. Ook niet in de pauze of bij de koffie-automaat. Ze houden hun gesprekjes met mij altijd zo kort mogelijk.' Een gevolg hiervan is dat ze in allerlei opzichten een grote informatieachterstand heeft. Veel van wat er in het informele circuit gebeurt ontgaat haar. Ook de informatie die haar werk betreft bereikt haar maar ten dele en vaak veel te laat.

'Dat ik niet te horen krijg dat Piet inmiddels gescheiden is laat me zo langzamerhand koud, maar dat ik tijdens een werk-

bespreking de belangrijkste informatie niet meekrijg omdat ik geen tolk tot mijn beschikking heb en iedereen door elkaar praat zodat ik niet kan liplezen, stemt me steeds weer treurig.'

COMMUNICATIEVOORZIENINGEN

'Je zou er moedeloos van worden, te meer daar de techniek voor niets staat.' Er zijn immers prachtige teksttelefoons, doven-tolken en legio andere hulpmiddelen die de communicatie van doven en horenden vergemakkelijken. Wat ontbreekt is de wil en de daadkracht bij de leidinggevende om het belang van deze communicatievoorzieningen te onderzoeken en ze aan te schaffen. En dat terwijl de werkgever sinds juli '86, toen de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW) in werking trad, ook nog eens wettelijk verplicht is de werkplek aan te passen aan de behoeften van werknemers met een handicap. Naast het aanpassen van de werkplek dient de werkgever bovendien zorg te dragen voor de benodigde hulpmiddelen en voorzieningen en zonodig flexibele werktijden te bieden. Van al deze prachtige papieren verplichtingen komt in de praktijk weinig terecht. Een werkgever komt vaak pas in actie wanneer de gehandicapte werknemster blijft aandringen op het belang van een dergelijke voorziening. Daarvoor moet ze wel over flink wat assertiviteit en zelfvertrouwen beschikken. Eigenschappen en vaardigheden die bij vrouwen met een handicap, en met name bij dove vrouwen, nogal eens lijken te ontbreken.

Het gemis van een deugdelijke teksttelefoon heeft Maria in ieder geval een slank figuur opgeleverd. Dagelijks draaft ze honderden meters om de juiste cijfers en feitjes op een veel verder gelegen afdeling op te zoeken, terwijl haar collega's hiervoor slechts de toets van de interne lijn indrukken.

Jeannette (42) heeft soortgelijke, zij het minder schrijnende ervaringen. Toen ze na enkele maanden ziek geweest te zijn weer op haar afdeling terugkeerde, bleek daar wegens fusie een drastische reorganisatie te hebben plaatsgevonden. Ook was haar functie veranderd en om aan de benodigde informatie te komen moest ze voortdurend vragen. Nu is het voor een

niet-gehandicapte vrouw die er een tijd uit geweest is al moeilijk om de draad weer op te pakken, laat staan voor iemand die heel slecht hoort.

'Wil ik voldoende informatie krijgen dan moet ik - soms op het irritante af - blijven doorvragen. Wanneer ze me aan zien komen zie ik collega's soms echt denken *daar heb je die zeur weer* en dat bezorgt me heel wat spanningen. Als ik 's avonds thuiskom ben ik geestelijk echt uitgeput. Ik kan niet meer de concentratie opbrengen om naar een vriendin te gaan of naar een film of dansvoorstelling. 't Is dat ik dolgraag werk en ook per se deze functie wil houden, anders zou ik in ieder geval minder gaan werken.'

HAND OPHOUDEN

De zes vrouwen laten zich niet tezeer door de treurnis beïnvloeden. Zij verkiezen werken onder moeilijke omstandigheden beslist boven werkloos zijn. Werken geeft voldoening, het verbreedt de horizon en het structureert de dag zonder dat je daar al te veel voor moet doen. Hiermee wijken zij niet af van anderen in waardering voor arbeid.

Voor econome Bep, 55 en sinds haar jeugd slechthorend, is niet alleen haar economische zelfstandigheid van groot belang maar ook het feit dat ze 'gewoon' meedoet. 'Het klinkt simpel, maar 's ochtends verstand op nul en gewoon naar mijn werk, dat is voor mij van groot belang.'

Ook een praatje bij de koffieautomaat, al is het nog zo vrijblijvend, blijkt belangrijk. Je blijft contact houden met mensen van je eigen en andere generaties. Iets wat moeilijk blijkt wanneer je overdag thuis bent. Natuurlijk is er ook het financiële aspect. Hoewel geld voor de meeste vrouwen niet op de eerste plaats komt, is het wel degelijk een stimulerende factor.

'Het idee om afhankelijk te zijn van uitkeringsinstanties en mijn hand te moeten ophouden bezorgt me kouwe rillingen,' zegt Thea, 42 en spierziek. Ondanks haar forse handicap heeft ze de gedachte om niet te werken en van een WAO-uitkering te leven nooit serieus genomen. Haar broers en zussen gingen allemaal werken, dus zij ook. Doordat ze altijd gewerkt heeft, voelt ze zich niet zo gehandicapt. Al voegt ze er meteen aan toe dat haar situatie iets paradoxaals heeft. Enerzijds identificeert ze zich, vooral omdat ze een baan heeft, niet zo met gehandicapt-zijn, anderzijds is ze zich er scherp van bewust dat ze, door haar handicap, altijd een uitzondering is op haar werk.

Een betaalde baan hebben staat ook nog voor iets anders. Voor de meeste gehandicapte vrouwen betekent het maatschappe-

lijke erkenning maar ook een voortdurend gevecht tegen heersende vooroordelen. Vooroordelen waar de vrouwen vrijwel continu mee te maken hebben. Ook op de werkplek.

TEREKASPLANTEN

'Mensen hebben beelden van elkaar die behoorlijk vast zitten. Van vrouwen met een handicap denken ze vaak dat het tere kasplanten zijn die niks kunnen. Hoge verwachtingen koesteren ze niet van je. Dat lijkt gemakkelijk, maar het is funest, vooral als je ambities hebt. Doordat je een slechte positie toebedeeld krijgt, ga je ook zelf denken dat je niet veel kunt. Met als resultaat: faalangst en dat is wel het laatste waar we op zitten te wachten', zegt Olga.

De negatieve beeldvorming draagt er vaak toe bij dat ook op de werkplek vrouwen zelden gestimuleerd worden om iets extra's te ondernemen om hun carrière meer uit te bouwen.

De vrouwen zeggen allen zich eerder in hun loopbaanontwikkeling afgeremd dan gestimuleerd te voelen. Dat afremmen gebeurt volgens Trix meestal 'heel subtiel'.

Zo vertelt ze dat men haar onlangs op een vervelende manier gepasseerd heeft. Bij de afdeling waar ze werkzaam is kwam een baan vrij die ze graag wilde hebben en waar ze ook voor gekwalificeerd is. Hoewel ze de afdeling personeelszaken van haar wens op de hoogte had gesteld, werd haar collega voor de functie gevraagd. Pas na veel trekken en duwen wilde de personeelsfunctionaris haar vertellen dat 'men de functie toch wel wat zwaar voor haar vond en men natuurlijk geen al te grote risico's kon nemen'. Dat Trix dit een subtiel manier noemt lijkt me tekenend.

Er zijn meer blokkades op de loopbaan. Omdat de meeste vrouwen hun vrije tijd vooral nodig hebben om bij te komen is een bij- of nascholingscursus voor hen veelal te veel gevraagd. Zijn de dove en slechthorende vrouwen vaak geestelijk moe, bij de vrouwen met motorische handicaps speelt lichamelijke vermoeidheid een belangrijke rol.

'Een korte cursus van enkele avonden breng ik af en toe nog net op,' zegt Thea, die verder het gevoel heeft dat haar leven hoofdzakelijk bestaat uit werken, huishouden draaiend houden, slapen en eten. Vrolijk stemt deze constatering haar niet. De laatste tijd heeft ze ook wel eens het idee dat ze haar administratieve werk te veel bij haar handicap (beperking in haar bewegingen) heeft gezocht. Omschakelen zou voor haar betekenen dat ze naast haar baan een cursus of opleiding moet gaan volgen. Daarvoor ontbreekt het haar aan

de nodige energie.

Voor Karin, 40 en rolstoelrijdster, geldt het tegenovergestelde. 'Werd ik vroeger al misselijk bij het idee dat men mij vanwege mijn rolstoel verplichtte tot de typemachine, de laatste tijd merk ik dat ik graag achter een tekstverwerker aan een tekst zit te schaven.'

Terugkijkend vindt ze dat ze te veel energie heeft gestopt in het van alles en nog wat uitproberen om de typemachine op afstand te houden. 'Alles was beter dan een zittend beroep met typemachine,' zegt ze gniffelend. Veel lijn zit er daardoor niet in haar loopbaan. Werkgevers denken meteen aan wispelturigheid bij het zien van haar c.v. en zelf vindt ze dat ze nergens echt goed in geworden is. 'Toch jammer. Als je al niet zoveel energie hebt, moet je er zuinig mee omspringen.'

Het rapport *Gehandicapt en vrouw* geeft twee verklaringen voor de lage arbeidsparticipatie van gehandicapte vrouwen. Ze zouden weinig kansen op de arbeidsmarkt krijgen en niet (meer) zo gericht zijn op betaald werk. Uit de verhalen van deze vrouwen spreekt wel degelijk een duidelijke oriëntatie op betaald werk. Maar wat er vooral uit spreekt is de prijs die ze moeten betalen om hun baan te houden. Het rapport besteedt ook aandacht aan het onderdeel 'psychosociale klachten'. Bij dit onderdeel scoren vrouwen met een handicap hoog. Veel hoger dan niet-gehandicapte vrouwen of mannen met een handicap. Over de achtergronden van deze klachten laat het rapport zich niet uit. Wanneer het om gehandicapte vrouwen met een baan gaat lijken de achtergronden me vrij voor de hand liggend. Immers vrouw-zijn, een handicap hebben en ook nog een betaalde baan is soms wel een erg dubbele belasting.

Petra Jorissen is beleidsmedewerkster *Arbeid en Onderwijs* bij de Stichting *Gehandicapten overleg* Amsterdam.

* *Gehandicapt en vrouw: gegevens over de positie van lichamelijk gehandicapte vrouwen op het gebied van onderwijs, arbeid, sociale zekerheid, seksualiteit, primaire relaties, gezondheid en hulpverlening*. ISBN 90-70983-51-6.

Het rapport is in opdracht van de Gehandicaptenraad samengesteld door het NIMAWO (Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek) een bundeling van belangrijke gegevens over de positie van gehandicapte vrouwen. K.A. Gorter en B.A.C. Winants. Het is te bestellen door overmaking van f 24,- op postgiro 147.17.27 van het NIMAWO, o.v.v. 'rapportnummer 106'.

Uit de kast

HET LEVEN IN EEN INRICHTING ONTMASKERD

Blindelings weet ik in mijn boekenkast de kleine Penguin-uitgave met de blauwe rug te vinden: *Asylums* van Erving Goffman. De kaft zit vol vouwen. Ik heb het boekje letterlijk stuk gelezen. 'Frans, mei 1974' heb ik er met potlood in geschreven. Deze zomer werd ik volkomen verblijd. In de boekhandel, op de tafel met nieuwe boeken, lag de Nederlandse vertaling: *Gestichten*. Gretig sloeg ik het open. Wat een genot. De taalbarrière doorbroken. In een oogwenk las ik hele alinea's die ik tot nu toe woordje na woordje zelf moest vertalen.

DENNENDAL

Terug naar 1974 naar Nieuw-Dennendal, een afdeling van de grote Willem Arntsz-stichting. Deze inrichting voor zwakzinnigen beheerste al maanden de media en de gemoederen. De regering-Den Uyl verkeerde in grote problemen. Er dreigde een kabinetscrisis. Een nieuwe aanpak van zwakzinnigenzorg, waarin zwakzinnigen als gewone mensen met hun eigen bijzonderheden worden gezien, was geëscaleerd tot een maatschappelijk conflict over democratisering van bestuur, beleid en menselijke verhoudingen. In die tijd was je voor of tegen Nieuw-Dennendal. Ik was voor: voor een gewone omgang tussen mensen, die iets voor elkaar over hebben; voor een samenleving die mensen tot ontplooiing brengt; voor een manier van werken waarin je zelf verantwoordelijkheid draagt. Dit alles was voor mij zo vanzelfsprekend, dat ik toen niet kon vatten waarom alles wat macht had, zich met alle middelen verzette tegen de 'verdunding': de inrichting bewust openzetten voor de invloeden van de samenleving. In juli gebeurde waar iedereen bang voor was. Met veel politievertoon werd Nieuw-Dennendal van de wereld gevaagd. Later zou A.J. Heerma van Voss schrijven: 'De verbeelding van de jaren zestig was afgelopen'.

Na de ontruiming las ik *Asylums* van Erving Goffman. Het was voor mij een openbaring. Geen therapeutisch geleuter, maar een ontleding van het leven in een traditionele inrichting tot in de kleinste details. Dit was dus het soort inrichting dat Nieuw-Dennendal niet wilde zijn. Het

boek bestaat uit vier studies. De eerste beschrijft de kenmerken van een 'totale' inrichting. De tweede de invloed van een opname op de sociale relaties die het individu vooraf onderhield en de derde gaat in op het 'onderleven': je eigen leven leiden buiten de directe controle van de medewerkers om. De vierde studie behandelt de rol van medewerkers en hoe zij binnen een medisch model werken.

SCHEIDING

Goffman laat in zijn boek zien hoe een inrichting functioneert als afzonderingsplaats. Mensen worden er niet behandeld voor de problemen die ze hebben, maar de samenleving ontzegt deze mensen een zelfstandig functioneren in de gemeenschap en draagt de verantwoordelijkheid ervoor over aan inrichtingen. Daar ligt de primaire functie en opzet van een inrichting. Enthousiaste therapeutische doelstellingen doen daar niets aan af, verbloemen het hooguit. Een opname en behandeling in een inrichting betekent een scheiding van de wereld waar de mensen vandaan komen. Hun 'burger'-zelf wordt hen ontnomen. Voor de een is dat een vrijwillige keuze, zoals bij kloosterlingen, voor de ander is het afgedwongen, zoals in gevangenis, kampen en bij gedwongen opnames in de psychiatrie.

Vier muren zijn niet voldoende om deze scheiding te bewerkstelligen, want mensen leven ook binnen vier muren met elkaar en met de staf verder. Goffman beschrijft nauwgezet met veel voorbeelden hoe de rollen van het burger-zelf, zoals zelfbepaling, autonomie en zelfstandig gedrag worden bezoedeld en ontvreemd: de 'mortificatie van het zelf' en hoe een stelsel van privileges in het kader van huisregels, beloningen en straffen een kader voor persoonlijke reorganisatie biedt. Maar bewoners ontwikkelen ook een eigen cultuur en bieden weerstand aan de druk: het 'onderleven' in een inrichting. Hij zet bewoners niet neer als slachtoffers, maar als volwassenen die eenmaal verdeeld in een inrichting zich op verschillende manieren aanpassen om te overleven. Zo laat hij zien dat iedere inrichting zijn plekje heeft waar bewoners buiten de directe controle van de staf 'zichzelf

kunnen zijn en hoe het groepsgewijs sarsen van een staflid zijn functie heeft.

Goffman analyseert hoe stafleden regeren over bewoners en hoe zij omgaan met tegenstrijdigheden. De staf heeft de plicht om bepaalde menselijke maatstaven te handhaven maar die komt onder druk te staan door een tekort aan personeel en middelen. Veel van de efficiëntie in inrichtingen vindt hier haar oorsprong in. Een staflid kan het moeilijk hebben: enerzijds een bewoner in bedwang houden anderzijds humane maatstaven hanteren. Maar ook doordat hij enerzijds zijn gedrag moet kunnen verwoorden in therapeutische doeleinden en anderzijds het moet kunnen vertalen in de eenvoudige taal van het privilegestelsel.

SCHERP

Met de Nederlandse vertaling van *Asylums* is een grootse analyse van het verschijnsel inrichting voor een groot publiek toegankelijk geworden. Het is ongelooflijk hoe scherp Goffman het samenleven in een inrichting ontrafelt. Door zijn betrokkenheid, waarneming en ironische distantie laat hij de naakte feiten van een inrichting zien. Ze waren in 1974 geldig en ze blijven ook nu geldig. Vernieuwingen in inrichtingen zijn toegestaan zolang ze maar niet tomen aan de functie om mensen af te zonderen van de alledaagse wereld door het controleren van hun leven. Nieuw-Dennendal liet de samenleving binnen en dat ging te ver. Tegenwoordig lijkt de ondoordringbaarheid van de vier muren opgeheven te worden. Het is een nieuwe studie waard om na te gaan hoe de huidige psychiatrie omspringt met het 'zelf' van de mensen en welk privilegestelsel zij nu hanteert, evenals hoe de medewerkers hun therapeutische gedrevenheid weten te rijmen met het maatschappelijk verzet tegen het opheffen van de afzondering. Goffman biedt een ijzersterk analysekader.

Frans van der Pas is redactielid van TGP.

Goffman, E 1961, Asylums, Anchorbooks, New York. f27,95.

Vertaling: P. Nijhoff en G. Johannes 1993, Gestichten, Bijleveld, Utrecht.. f39,90.

HOE KOM JE EEN AARDBEVING TE BOVEN?

PSYCHISCHE OPVANG NA NATUURRAMPEN OP DE FILIPPIJNEN

Caroline Hanrath

Op de Filippijnen zijn natuurrampen geen uitzondering maar regel. Overstromingen, aardbevingen en vulkaanuitbarstingen hebben de afgelopen vijf jaar meer dan zeventien miljoen daklozen en doden geëist (bij navraag bleek dat dit cijfer niet wordt uitgesplitst door instanties die deze cijfers produceren). Materiële schade wordt zo snel mogelijk hersteld. Aan de psychische schade, als gevolg van traumatische ervaringen, werd tot voor kort maar weinig aandacht besteed. In 1992 was ik op de Filippijnen en sprak met een aantal mensen over dit probleem. Er blijkt langzamerhand enige verandering in te komen.

Drie november 1991 herinnert Prexendes zich nog als de dag van gisteren. Wat begon met een schijnbaar alledaagse regenbui, die eindigde in een ware zondvloed. Binnen een mum van tijd trad de rivier buiten haar oevers. Door de plotseling opkomende vloedgolven, veroorzaakt door de tyfoon 'Uring', vonden die dag in Ormoe (Visayas) zeker vierduizend mensen de verdrinkingsdood. Overrompeld door het snel stijgende water, greep Prexendes haar vier maanden oude baby en vluchtte naar het dak van de nabij gelegen school. Maar al gauw bezweken de muren door het gebeuk van het kolkende water en stortte het gebouw in. Door zich aan een voorbij drijvende palmboom vast te klampen wist Prexendes zich net op tijd te red-

den. Maar haar baby moest ze daarvoor loslaten.

Hulpverlening bij het verwerken van trauma's als gevolg van natuurrampen is een nieuw fenomeen op de Filippijnen. Dr. Costas, hoofd psychiatrie van het Sout-hem Hospital in Cebu, moet het enigszins gegeneerd toegeven. 'We zijn zo vertrouwd met catastrofes, maar over de psychologische effecten weten we nagenoeg niets, laat staan over de opvang van getraumatiseerden. Omdat natuurrampen als normaal worden afgedaan of als een straf van God, is nooit aan professionele hulp gedacht. Families worden door hun onderling sterke banden verondersteld elkaar te steunen. Maar hoe kom je zo'n

klap te boven als je plotseling je hele familie hebt verloren?'

Die vraag drong zich drie jaar geleden op, toen door een hevige aardbeving in Baguio (op het eiland Luzon) 1600 mensen onder het puin werden bedolven. De omvang van deze catastrofe was zelfs voor de Filippijnen tot op dat moment ongekend. Met steun van de overheid werd de Mental Health Taskforce in het leven geroepen, een organisatie die zich ging bezighouden met de verwerking van trauma's. Professionele hulpverleners en vrijwilligers, veelal medische studenten en studenten verpleegkunde, werden in allerijl getraind en vertrokken in groepjes naar de rampgebieden om de ontredderde bevolking naast medische, ook psychische hulp te bieden.

Costas: 'Die aardbeving heeft ons als het ware wakker geschud. Toen pas beseften wij als hulpverleners hoe ingrijpend de gevolgen van natuurgeweld kunnen zijn. Door de chaotische omstandigheden is van rouwverwerking nauwelijks sprake. Families kunnen hun omgekomen leden niet begraven. Ze kunnen geen afscheid nemen van hun doden. Gevonden lijken verdwijnen zo snel mogelijk in een mas-sagraf om epidemieën te voorkomen. Dakloze mensen worden geëvacueerd naar opvangcentra waar ze niemand kennen. Te veel mensen delen daar met elkaar te weinig voorzieningen. Zij krijgen last van stress en raken compleet van slag.'

RECONSTRUCTIE

'Critical incident stress debriefing' is een term die inmiddels bij elke hulpverlener in de mond ligt bestorven. Costas: 'Het komt neer op niets anders dan mensen de gelegenheid geven om te praten, om alle angst en verdriet eruit te kunnen gooien. In groepjes laten we ze een reconstructie maken van de gebeurtenissen. Dat is vaak heel pijnlijk. Sommigen raken zelfs zo overstuur dat ze geloven dat ze krankzinnig worden. We moeten ze er steeds van overtuigen dat niet zijzelf, maar de situatie waarin ze verkeren abnormaal is en dat hun reactie daarop een hele natuurlijke is.' Maar praten over de gebeurtenissen doen



Foto's: Manfred van Eyk



mensen niet snel uit zichzelf, leert de ervaring. Costas: 'We zijn er juist voor om ze daarin aan te moedigen.' Enige omzichtigheid is daarbij geboden.

*We moeten ze er steeds
van overtuigen dat
niet zichzelf, maar de situatie
abnormaal is*

Zoals de hulpverleners vaak niet weten hoe ze trauma's moeten hanteren, weet de getroffen bevolking niet wat ze aan moeten met de door hun aangeboden diensten. Vooral op het platteland zijn velen onbekend met het fenomeen van psychosociale hulpverlening. De term zelf wordt dan ook angstvallig vermeden. 'Veel mensen denken dat we ze voor gek verslijten. Soms reageren ze uiterst achterdochtig op onze toenadering. Daarom willen we zoveel mogelijk vrijwilligers uit de getroffen gebieden trainen om de gesprekken met ze te voeren. Dan houd je de drempel laag.'

SCHREEUWEN

Hoewel de meeste mensen uiteindelijk hun draai wel weer weten te vinden, is er een zogenaamde hoge risicogroep waar dr. Costas zich ernstige zorgen over maakt. 'Ik ken een man in Ormoc die zijn vrouwen zijn drie kinderen heeft verloren. Tot nu toe heeft hij geen enkele

moeite gedaan om werk te zoeken. Hij gaat niet meer uit, zoekt geen contact met anderen en eet nauwelijks. Een vrouw die eveneens haar kinderen was kwijtgeraakt vertelde me dat ze hen na acht maanden nog steeds hoorde schreeuwen. Haar man is het verlies niet te boven gekomen en spreekt sinds die dag geen woord meer.' Veel kan voor deze mensen niet worden gedaan. Dr. Costa: 'We kampen met een groot gebrek aan geschoolde krachten en financiële middelen. Je kunt weinig meer doen dan deze mensen goed in de gaten blijven houden en proberen om ze weer voor het leven te interesseren. Je schakelt de directe omgeving in om een oogje in het zeil te houden.'

'Angst en depressiviteit vertaalt zich ook in allerlei kwalen. Veel mensen hier hebben last van slapeloosheid, hoofdpijn, buikpijn, noem maar op,' vertelt Christine Antoy. Als maatschappelijk werker begeleidt ze getraumatiseerde kinderen in het evacuatieoord Tambohilid, op tien kilometer afstand van Ormoc. 'Vooral nu we weer in het regenseizoen zitten komen veel moeders en kinderen met dit soort klachten.' Ze haalt een map te voorschijn met kindertekeningen. Huizen, bomen, mensen zweven in blauwe, gele en rode krijtstrepen over het slappe bruine papier. Eén daarvan is getekend door de zevenjarige Julios Makilon in juli 1992. Acht maanden na de tragedie. Aan de hand van zijn tekeningen vertelde hij aan Christine Antoy hoe zijn beide ouders tijdens de overstroming waren omgekomen. Christine: 'Die tekeningen zijn voor mij een belangrijke graadmeter. Problemen

bij kinderen zie ik alleen door de tekeningen die ze maken. Vaak voelen ze zich schuldig of in de steek gelaten, omdat zij de ramp overleefden terwijl vader, moeder, broertje of zusje is omgekomen. Ik probeer ze de situatie te laten accepteren, door ze uit te leggen wat er die dag gebeurde en hoe het kwam dat zij wel de ramp overleefden en andere familieleden niet. De tekeningen vormen steeds het uitgangspunt van onze gesprekken.' Het laten naspelen van de ramp helpt ook om de kinderen over hun angsten te laten praten. Bovendien leren ze spelenderwijs hoe ze zich op een eventuele volgende ramp kunnen voorbereiden. Christine Antoy: 'Het gaat er mij vooral om, dat de kinderen dat gevoel van onveiligheid en machteloosheid van zich af kunnen schudden. Of de adviezen in de gegeven situatie ook werkelijk zullen helpen, is minder relevant.'

Bij menig hulpverlener rijst de vraag hoe lang de trauma-teams actief moeten blijven in de getroffen gebieden. Eén ding is zeker, mensen en middelen schieten te kort bij de opvang van de slachtoffers, terwijl natuurrampen op de Filippijnen elkaar in een hoog tempo opvolgen. Dr. Costa schetst voor de toekomst een somber beeld: 'Als gevolg van de toenemende boskap, zullen overstromingen op steeds grotere schaal voorkomen. Catastrofes zoals in Ormoc gaan steeds meer slachtoffers eisen. En de psychosociale problematiek als gevolg van trauma's zal navenant toenemen.'

Caroline Hanrath is free-lance journaliste.

BOEKEN

ETHIEK IN PRAKTIJK

T. van Willigenburg, A. van den Beld, F.R. Heeger, M.F. Verweij, Ethiek in praktijk. Assen: Van Gorcum 1993. 205 pag., f47,50.

Er speelt zich een wat abstracte maar wel fundamentele discussie af over de manier waarop in onze tijd ethiek moet worden bedreven. Moet ethiek zo-normatief zijn dat zij regels en procedures levert als richtlijn in morele discussies? Moet de ethicus zo a-normatief zijn dat hij alleen tragische conflicten bloot legt die zich in moreel dilemma's situaties voordoen? Moeten we ons bezinnen op ons handelen of moeten we eerder bezig zijn met wat het betekent een goed mens te zijn? Moet ethiek zich niet veeleer toeleggen op het fundamentele onderzoek naar zingeving van ons leven en de vraag met welke grondinstelling wij in de wereld staan, dan dat zij zich richt op het oplossen van morele problemen? Wat zijn de grenzen van rationaliteit in het morele argumenteren? Als je in de ethiek uit bent op consensus doe je dan wel recht aan de vaak diep in de levens- en mensbeschouwing gewortelde dissensus in onze pluralistische maatschappij? Boeiende vragen, die duidelijk maken dat we blijkbaar ergens mee zitten.

Ethiek in praktijk van Van Willigenburg c.s. neemt hierin zijn eigen plek in, niet door op genoemde discussies zelf in te gaan, maar door een bepaald soort ethiek in praktijk te tonen. Dat lijkt mij overigens de beste weg: laat maar zien waar je voor staat.

MORELE ARGUMENTATIE

De auteurs, die allen deel uitmaken van het Centrum voor Bio-ethiek te Utrecht, leveren een vrij 'klassiek' boek. Ze sluiten bij de traditionele, rationalistische ethiek zoals die in het verlengde van het utilisme (kijk vooral naar de gevolgen van je handelen) en deontologie (kijk vooral naar rechten en plichten) gestalte heeft gekregen. Dat gebeurt op een degelijke manier, extra aandacht wordt besteed aan de vraag waarin ethische problemen zich van andersoortige (economische, juridische) problemen onderscheiden. Maar ze gaan boven de klassieke aanpak uit door te to-

nen hoe deze theorieën in de praktijk uitpakken. Daartoe wordt een stappenmodel ontwikkeld, dat laat zien hoe je *binnen bepaalde contexten* kunt redeneren om een moreel probleem aan te pakken. Met andere woorden, rationaliteit is een belangrijke karakterisering van hun aanpak: de morele *argumentatie* staat centraal. Argumenteren betekent het willen verantwoordwoorden van een keuze en je zo openstellen voor kritiek en andere visies. Het opent ook de weg tot consensus, maar het stappenmodel wordt niet gepresenteerd als de weg die tot consensus zal leiden. Het kan immers zo zijn dat het niet lukt om een evenwicht van diverse, soms tegenstrijdige morele overwegingen te bereiken, omdat er een onverzoenbaar conflict van plichten blijft bestaan. Een eerste uitweg is dan te kijken naar de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren die bij de zaak betrokken zijn (professionele verplichtingen). Soms kan de zaak echter zo principieel liggen, dat dit geen uitweg biedt (denk aan de euthanasiediscussie). De laatste mogelijkheden van het ethische beraad liggen dan in een compromis, een procedurele oplossing, of, tenslotte, in respectvolle impasse.

PRAKTIJKVOORBEELDEN

Aan talrijke casus wordt getoond hoe het stappenmodel uitwerkt, met name in het derde deel van het boek, waarin per hoofdstuk een casus uit een specifiek domein volgens het model wordt aangepakt: ondernemings- en individuele verantwoordelijkheid in bedrijven; de apotheekpraktijk; de transgene stier; keizersneden bij koeien; en morele problemen bij vroeggeboren kinderen. Het boek biedt dus een veelheid van concrete voorbeelden van moreel redeneren in specifieke situaties. Daarin ligt de kracht, en daarmee wordt de pretentie van de titel - *Ethiek in praktijk* - waargemaakt.

Dat is minder het geval in het tweede deel, dat 'verdieping' biedt bij de traditionele ethische theorievorming. Daarin worden het ethisch relativisme behandeld, de klassieke ethische plichtstheorieën, deugdeethiek (recent sterk in de belangstelling), morele verantwoordelijkheid, en de verhouding van levensbeschouwing en moraal. Enkele van deze delen zijn gortdroog geschreven en staan ver weg van de praktijk, bijvoorbeeld het hoofdstuk over verantwoordelijkheid. Conclusies die ge-

trokken worden zijn van het soort dat het moreel juist of geoorloofd is om persoon P voor een handeling h verantwoordelijk te stellen dan en slechts dan als P in ieder geval h gedaan heeft, en P min of meer vrij geweest moet zijn in het doen van h. Een arts die dit toevallig als eerste opslaat, op zoek naar ethiek in (zijn) praktijk, zal het boek ogenblikkelijk ter zijde leggen. En ook voor de vakethicus lijken mij dit soort dingen in het huidige tijdsgewricht niet meer echt interessant, hoe belangrijk een correct omgaan met begrippen ook is.

MORELE MOTIVATIE

Wat ik ook nog wel graag uitgebreider behandeld had willen zien, is de vraag naar de *morele motivatie* van mensen. Dat wordt in het boek ingevuld met een beroep op deugdeethiek; deze levert echter wel inzicht in de morele kwaliteiten van mensen, maar nog nauwelijks in hun eigenlijke motivatie. Wellicht wrekt zich hier enigszins de rationalistische invalshoek van het boek, hoe waardevol die op zichzelf ook is. Ik merk dat in de 'morele praktijk' emoties een enorm belangrijke rol spelen. Vooral die filosofen 'doen het goed' die aan die emoties weten te raken, zoals Emmanuel Levinas. Deze 'filosoof van de verantwoordelijkheid' weet op de een of andere manier dingen te verwoorden die met morele motivatie en inspiratie te maken hebben; 'het morele appél dat uitgaat van het lijdende gelaat van de ander' spreekt veel meer aan dan de boven aangehaalde definitie van verantwoordelijkheid.

Het lijkt mij dat de verschillende ('rationalistische' en 'hermeneutische') posities in de recente strijd tussen Nederlandse ethici veelal complementaire perspectieven vertegenwoordigen. Waar de plichtsethici vooral antwoord geven op de vraag 'how be moral', komen zij niet toe aan het probleem 'why be moral'. Voor Levinas is dat geen probleem, want je was als mens *altijd al* verantwoordelijk. Maar omgekeerd moet je niet bij Levinas zijn voor praktisch-ethische richtlijnen, of oplossingsstrategieën voor belangrijke maatschappelijke ethische vraagstukken. Wil je dat, dan moet je je eerst goed in het hier besproken boek verdiepen.

Erik Heijerman

MONDIAAL KIEZEN IN DE ZORG

G. Hermans (eindredactie) e.a., *Duurzame zorg voor gezondheid*, Amsterdam (NCDB) 1993. Te bestellen door f17,70 (inclusief porto) over te maken op giro 4265727 van Wemos Amsterdam o.v.v. de titel.

Het probleem van de keuzen in de gezondheidszorg kun je nationaal bekijken, maar je kunt het ook mondiaal onder de loep nemen. Dat laatste doet het boekje 'Duurzame zorg voor de gezondheid' dat de stichting Wemos en het Nederlands Centrum voor Democratische Burger-schapsvorming onlangs uitbrachten.

'Kiezen in de zorg gaat om meer dan alleen een verdeling van het gezondheidszorgbudget: het gaat om de vraag waar we met de gezondheidszorg naartoe willen.' De samenstellers willen daartoe een tamelijk fundamentele aanzet geven door te beginnen bij vragen als: wat is gezondheid? wat zijn de oorzaken van gezondheidsproblemen? welke rol speelt de gezondheidszorg daarbij? Vertrekpunt is de overtuiging van de samenstellers dat bewuste keuzen in de zorg moeten zijn gebaseerd op een keuze voor duurzame zorg. Dat wil zeggen: gezondheid moet integraal worden benaderd, de zorg moet toegankelijk zijn, de gebruikers moeten autonoom zijn, de zorg moet kritisch worden geconsumeerd en op maat zijn, het aanbod van zorg moet doelmatig zijn en de kansen op gezondheid moeten rechtvaardig verdeeld zijn.

Zeker op mondiale schaal zijn dat geen geringe doelstellingen, gezien de ongelijke machtsverdeling tussen Noord en Zuid. Gezondheid, zo beseffen ook de schrijvers 'hangt samen met de sociale, economische en politieke omstandigheden. (...) Hoewel de materiële welvaartsstijging ons veel goeds heeft gebracht, delven waarden als een schoon milieu, rechtvaardigheid en internationale solidariteit nog te vaak het onderspit.. Dit heeft grote consequenties voor de gezondheid en het welzijn van mensen op de wereld.' Tegen de achtergrond van dat besef kunnen de auteurs niet anders dan constateren dat 'het van groot belang is dat de machtsverhoudingen in de wereld rechtgetrokken worden, en daar kan Nederland een bijdrage aan leveren'.

HOPELOOS

Met die even ware als hopeloze conclusie is de context van het boekje voldoende getypeerd. Wie erin gelooft, zal in de negen hoofdstukken waardevolle aanzetten

tegenkomen. Wie wat sceptischer is over de mogelijkheid om de mondiale machtsverhoudingen recht te trekken en de eventuele bijdrage van Nederland daaraan, kan het boekje beter niet lezen.

De samenstellers van het boekje hebben voor hun omvangrijke onderneming een tamelijk veilige formule gekozen. Tussen de inleiding en een slotbeschouwing worden acht mensen geïnterviewd die vanuit verschillende invalshoeken het probleem van de duurzame zorg belichten. Het gaat daarbij onder meer om een Indiase arts die voor de SNV ontwikkelingswerk doet in Iran en Jemen, om een arts die betrokken was bij het Eritrese verzet, om een medisch antropoloog die onderzoek deed naar de Primary Health Care in Indonesië, maar ook om een beleids-medewerkster van het Utrechtse centrum voor vrouwen-gezondheidszorg Aletta en een GG&GD-medewerkster die milieubesef probeert te creëren in de gezondheidszorg.

BONT PALET

Met elkaar leveren die woordvoerders een bonter palet aan ervaringen en inzichten op dan in een korte bespreking aan bod kan komen. Opmerkelijk is dat de samenstellers van het boekje zelf van mening zijn dat er veel overeenkomsten bestaan tussen Noord en Zuid als het aankomt op het streven naar duurzame zorg. 'De verschillen zijn eerder kwantitatief dan kwalitatief van aard,' schrijven ze. Een tweetal voorbeelden moge dat weerspreken.

De Eritrese arts beschrijft hoe zijn verzetsbeweging onder uiterst moeilijke omstandigheden (alleen 's nachts werken, en in bombestendige containers) een begin moest maken met medicijnproductie in eigen beheer. Het lukte om de meest essentiële medicijnen te maken. 'Een voordeel (..) was trouwens dat wij als bevrijdingsbeweging minder last hadden van farmaceutische multinationals.' Die hadden immers wel wat anders te doen dan in het Eritrese gebergte pillen slijten aan een stelletje revolutionairen zonder een cent op zak. Het kost veel moeite om die situatie als hooguit kwantitatief verschillend van Nederland te zien.

Het tweede voorbeeld betreft de verpleegkundigen die werkzaam zijn in de Indonesische Pusat Kesehatan Masyarakat, de gezondheidscentra die ook wel bekend staan als pukesmas. Deze verpleegkundigen zijn opgeleid naar westers model, dat wel zeggen: voor werk in ziekenhuizen met een stevige nadruk op de biologische aspecten van de ziekte. In de pukesmas krijgen ze veel meer verantwoordelijkheid dan ze op basis van hun opleiding kunnen dragen, alleen al omdat de artsen afwezig zijn of ander werk doen. Om hun patiënten tevreden te stellen mengen de

verpleegkundigen in hun beroepsuitoefening een flinke dosis traditioneel Indoneesisch denken, terwijl de westerse medicijnen een soort rituele waarde krijgen.

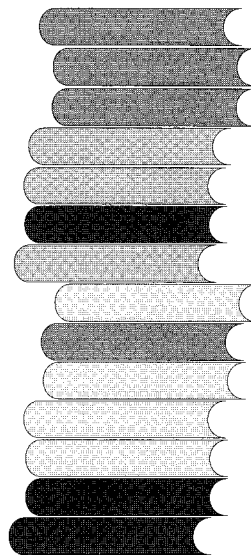
'Ook veel Nederlandse verpleegkundigen doen meer dan wettelijk is toegestaan,' merkt de interviewer op. Klopt. Maar onder zo volstrekt andere verhoudingen dat het eerder verwarring schept dan helderheid wanneer dat als een kwalitatieve overeenkomst wordt aangemerkt.. Voor het rechttrekken van de mondiale machtsverhoudingen zou het wel eens nodig kunnen zijn om exacter de verschillen tussen Noord en Zuid te benoemen.

EEN GULDEN

Rest nog de bijdrage die vanuit Nederland geleverd kan worden aan mondiale duurzame zorg. 'Het budget voor de gezondheidszorg is (...) beperkt en een gulden kan maar een keer worden uitgegeven; dus wie minder gebruik maakt van de zorg, laat meer voor anderen over,' zo geven de samenstellers toe. Om er meteen aan toe te voegen: 'Zo eenvoudig is het echter niet. Wie ziek is wil beter worden en het is natuurlijk niet zo dat in Bolivia een gezondheidspost gebouwd kan worden als iemand in Nederland afziet van een dure operatie.' Toch blijft het moeilijk in te zien hoe anders een keuze voor duurzame zorg in Nederland ook voor het zuidelijk halfrond voordeel kan hebben.

MS-patiënt Koen Janssens stelt elders in het boekje dat je voor de kosten van een hart-long-transplantatie tachtig reumapatiënten een heupprothese kunt geven. 'Je zal maar die ene patiënt zijn... Toch zou ik als individuele patiënt nee zeggen tegen een dergelijke transplantatie.' Dat klinkt onwesters dapper.

Nico-de Boer



TIEN MISVERSTANDEN OVER DE THUISZORG

Anke Muusse-Schrevel, Monica van Berkum

Met betrekking tot de thuiszorg doen zich een aantal hardnekkige misverstanden voor, die het politieke debat en de besluitvorming danig verstoren. Sting (de beroepsvereniging voor werkneemsters in de gezinsverzorging/thuiszorg) vond het samen met de Emancipatieraad en Metis (bureau Vrouwenhulpverlening Nederland) tijd om deze misverstanden onder de aandacht van politici te brengen. Hiertoe heeft op 11 juni j.l. een openbaar, politiek debat plaatsgevonden waarin zowel de positie van de werkneemsters in de betaalde thuiszorg als de positie van vrouwen die mantelzorg verlenen, centraal stonden' (Sting, 1993). In dit artikel worden de misverstanden, die op het debat ter discussie stonden, onder de loep genomen.

Misverstand 1: ten gevolge van de toenemende individualisering zorgen minder Nederlanders steeds minder voor elkaar.

Het was in Nederland vroeger meer vanzelfsprekend dan nu dat ouderen, indien ze hulpbehoevend werden, bij hun kinderen inwoonden. Dit betekent echter geenszins dat Nederlanders elkaar tegenwoordig niet zouden helpen en ondersteunen, wat blijkt uit verschillende onderzoeken (Felling, 1992; Sociaal Cultureel Planbureau, 1992). Zo'n tien tot twintig procent van de volwassen Nederlanders - voor tweederde vrouwen - verleent mantelzorg. Bekend is dat het merendeel van de informele zorg opgevangen wordt door vrouwen: (schoon)dochters, (schoon)zusters, (schoon)moeders enzovoorts. Binnen de leeftijdscategorie van 30 tot 60 jaar verleent één op de drie vrouwen mantelzorg. Binnen de leeftijdscategorie van 60 tot 70 is dit één op de acht vrouwen (Emancipatieraad, 1993). Tweederde van de zorgvragen wordt opgevangen door de informele zorg.

Mantelzorg wordt verleend voor gemiddeld drie tot vijf uur per week, de periode kan oplopen tot meer dan een jaar. Deze vorm van onbetaalde thuiszorg bestaat vrijwel altijd uit huishoudelijke hulp, daarnaast wordt er veelvuldig ook lichamelijke verzorging verleend naast ondersteuning en begeleiding en het verrichten van coördinerende en administratieve taken.

Conclusie: de bereidheid om mantelzorg te verlenen onder de Nederlandse bevolking is nog steeds groot. Individualisering leidt niet tot afnemende solidariteit.

Misverstand 2: 'mantelzorg is de hoeksteen van de thuiszorg; thuiszorg kan versterkt en gestimuleerd worden door on-

dersteuning van mantelzorg.

Het overheidsbeleid is erop gericht de thuiszorg te stimuleren, daarom is er in dit beleid toenemende aandacht om in ieder geval het bestaande niveau van de informele zorg te handhaven en de mantelzorg te ondersteunen. Professionele thuiszorg wordt door het kabinet in beginsel als aanvulling op de informele zorg gezien.

Gezien de bezuinigingen op de bejaardenoorden en op de thuiszorg (daarover hierna meer) wordt er echter in toenemende mate een beroep gedaan op de mantelzorg en wordt vanzelfsprekend aangenomen dat vrouwen die mantelzorg gaan verlenen. Ramingen van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg geven aan dat de vraag naar informele zorg sterk zal toenemen: voor het jaar 2005 wordt ten opzichte van 1990 een toename van 45 procent (25% informele zorg van buitenshuis wonende kinderen en 20% van overige familieleden) berekend voor 65-plussers die een beroep zullen doen op informele zorg (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1992).

Alhoewel er landelijk geen helder beeld is van de zwaarte en omvang van de mantelzorg, wijzen vele signalen erop dat mantelzorgers overbelast zijn en dat de mantelzorgcapaciteit, wat vrouwen betreft zeer nijpend is.³

Als gevolg van deels met elkaar samenhangende sociaal-culturele en demografische ontwikkelingen zal de informele zorgcapaciteit in de toekomst steeds nijpend worden. Meer vrouwen zullen bijvoorbeeld de arbeidsmarkt op gaan. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat het in de toekomst nog moeilijker zal worden een groter beroep op vrouwen te doen om meer informele zorg te verlenen (Emancipatieraad, 1993).

Hoe valt trouwens het overheidsbeleid dat de thuiszorg wil versterken te combineren met het emancipatiebeleid c.q. arbeidsmarktbeleid? Vrouwen worden aan de ene kant gestimuleerd de arbeidsmarkt op te gaan en aan de andere kant worden vrouwen ook nog eens geacht mantelzorg te verlenen.

Een van de mogelijkheden om uit bovengenoemd dilemma te komen is om het mantelzorgvraagstuk te zien als een vraagstuk betreffende herverdeling van onbetaalde (mantel)zorgarbeid en vergroting van zorgverantwoordelijkheid van mannen (het tweede speerpunt van het emancipatiebeleid van de rijksoverheid). Dat hiervoor faciliteiten noodzakelijk zijn, die het mogelijk maken werk- en (mantel)zorgtaken te combineren - voor zowel mannelijke als vrouwelijke werknemers - moge duidelijk zijn.

Conclusie: ten eerste moet er bij het thuiszorgbeleid rekening gehouden worden met het feit dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden en capaciteiten van de mantelzorg, door vrouwen verleend. Dit geldt in ieder geval voor situaties, waar vanwege langdurige gezondheidsproblemen dagelijkse en/of continue zorg noodzakelijk is. Mantelzorg moet aanvullend zijn op de professionele thuiszorg en niet andersom. Ten tweede moet er bij overheid en sociale partners meer dan tot nog toe worden uitgegaan van de werknemers met zorgtaken.

Misverstand 3: hulpbehoevenden geven de voorkeur aan mantelzorg boven professionele thuiszorg.

Vanzelfsprekend wordt voor situaties, waarin tijdelijke hulp en zorg nodig is, zoveel mogelijk getracht deze zelf te regelen. Er kan van worden uitgegaan - en de Emancipatieraad heeft dit in zijn advies ook nadrukkelijk gesteld - dat een samenleving zonder mantelzorg ondenkbaar is. Maar dat er ook voor hulp- en zorgbehoefte voor langere tijd het liefst aan (de vrouwen uit) de omgeving of de familie wordt gevraagd om deze zorg te verlenen, gaat niet op. Mensen willen niet graag door bezuinigingsmaatregelen gedwongen worden tot afhankelijkheid van informele zorg. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat onder zo'n honderd hulpbehoevenden van 75 jaar en ouder bijna 80

procent de voorkeur uitsprak om hulp te vragen van beroepskrachten boven informele zorg (Janssen, 1991).

Conclusie: er moet bij de organisatie van de thuiszorg - en dus bij de indicatiestelling - niet in eerste instantie naar de aanwezigheid van mantelzorg gekeken worden. De keuzevrijheid van zowel de hulpbehoevenden als van de mantelzorgers dient centraal staan. Zij moeten en willen zelf bepalen waar en hoe de verzorging wordt ontvangen, respectievelijk verleend.

Misverstand 4: het cliëntenbestand van de thuiszorg bestaat voor een belangrijk deel uit jonge, goedverdienende yuppen. Degenen die de praktijk van de gezinsverzorging/thuiszorg niet dagelijks meemaken, hebben nog wel eens het idee dat onder de cliënten van de betaalde thuiszorg veel mensen zitten, die gemakkelijk zelf hulp hadden kunnen regelen. Op een goedkope manier zouden zij tijdens ziekte aan huishoudelijke hulp kunnen komen. Cijfers wijzen anders uit: jaarlijks wordt er door de gezinsverzorging hulp geboden aan meer dan een kwart miljoen cliënten (ouderen, langdurig zieken en gehandicapten). Het cliëntenbestand van de wijkverpleging bestaat voor ruim 70 procent

uit mensen van 70 jaar en ouder, het gezinszorg-bestand bestaat voor 80 procent uit hulpbehoevenden van 65 jaar en ouder (in 1991) (Tweede Kamer, 1992-1993). Tweederde van deze ouderen is vrouw, heeft weinig sociale netwerken en een laag inkomen.

De cliënten met een positieve indicatie voor gezinsverzorging hebben de hulp en zorg van de thuiszorg broodnodig, kunnen die nergens anders vinden of betalen en zijn er puur afhankelijk van.

Conclusie: over het algemeen wordt de gezinsverzorging pas ingeschakeld als het echt niet anders gaat. De cliënten - voor het merendeel ouderen - hebben deze hulp hard nodig.

Misverstand 5: het thuiszorg-budget slokt een groot deel van het gezondheidszorg-budget op.

Door politici wordt nogal eens gedacht dat de thuiszorg een hoge kostenpost is. Niets is minder waar: uit het 'FOZ 1993' komt naar voren dat de thuisverpleging en -verzorging voor 1991 neerkomt op f3,5 miljard. Dit is slechts 6,4 procent van het totale gezondheidszorg-budget (Tweede Kamer, 1992-1993). De gezinsverzorging neemt volgens de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) jaarlijks ruim f1,8 mil-

jard voor haar rekening (Buseman, 1993). De gemiddelde jaarlijkse groei voor het thuiszorg-budget bedraagt 4,5 procent, terwijl dit voor de uitgaven van alle extramurale voorzieningen (waaronder naast thuiszorg huisartsenhulp, verloskundige hulp en algemeen maatschappelijk werk begrepen zijn) 5,5 procent is (Tweede Kamer, 1992-1993).

De thuiszorg is dus een relatief goedkope zorgvoorziening, waarvan de uitgaven jaarlijks bovendien minder groeien dan de uitgaven ten behoeve van alle extramurale voorzieningen. Een en ander valt moeilijk te rijmen met de enorme groei van de vraag naar thuiszorg, onder andere ten gevolge van het substitutiebeleid van de overheid en van de dubbele vergrijzing. De toename van de vraag naar gezinsverzorging in de periode 1990 tot 2005 wordt berekend op circa 23 procent. Voor de wijkverpleging bedraagt dit 25 procent (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1992). Hiertegenover staat dat de overheid uitgaat van een volumegroei ten behoeve van de thuiszorgvoorzieningen van 1,3 procent per jaar tot en met het jaar 2005!

Voeg hierbij de voorgenomen bezuinigingen voor de thuiszorgsector (in het kader van de Tussenbalans f100 miljoen tot en

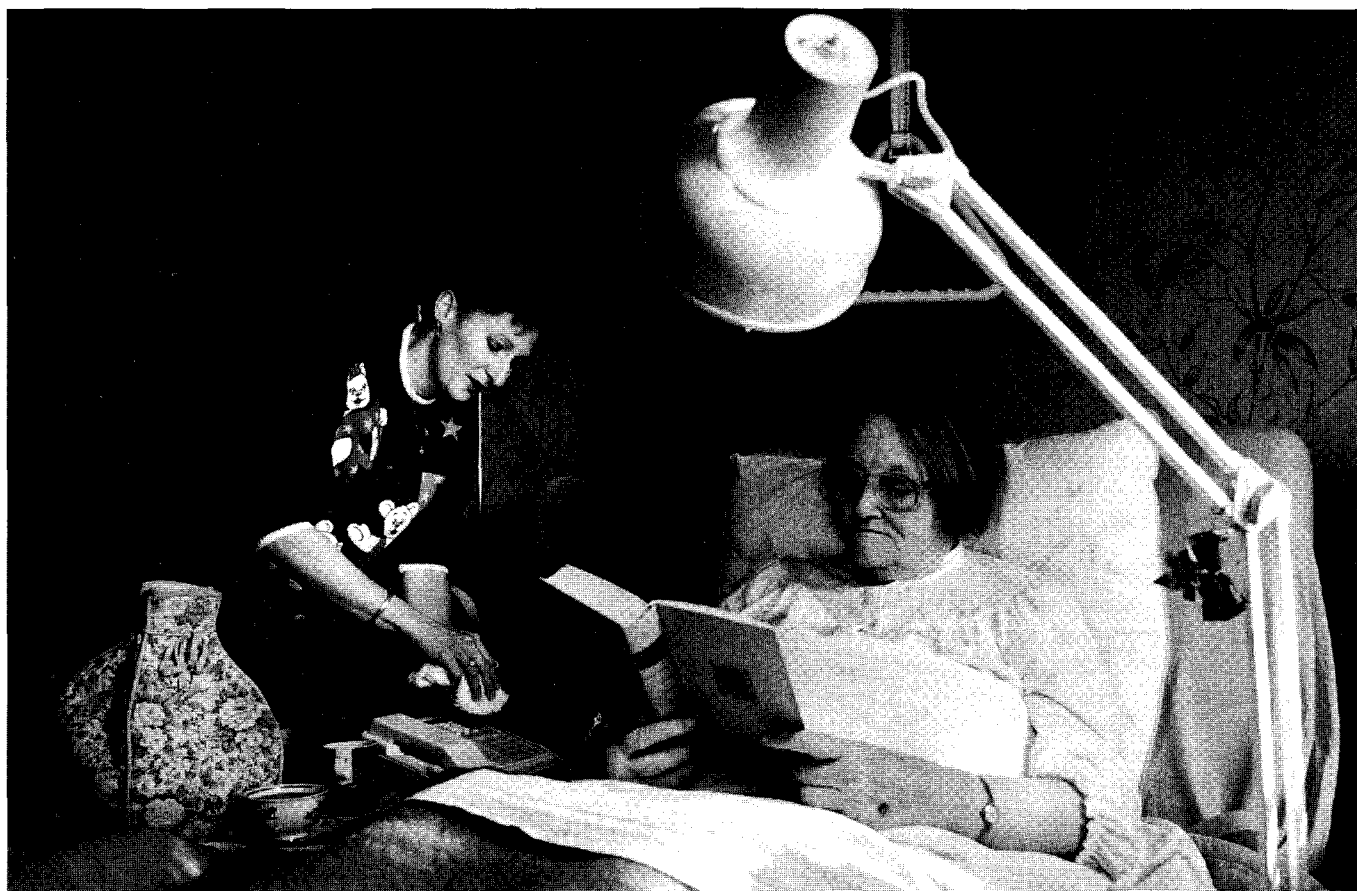


Foto: Ron Jenner/Abvakabo

met 1994), en een groeiende discrepantie tussen vraag en aanbod is onvermijdelijk. Cijfers van het NIVEL wijzen uit dat het merendeel van de instellingen voor gezinsverzorging oplossingen zoekt door bijvoorbeeld (Groenewegen, 1993):

- het instellen van wachtlijsten, waar landelijk zo'n 14.000 mensen op staan met een wachttijd van 1,5 maand tot twee jaar;
- een groter beroep te doen op de mantelzorg;
- de kaasschaafmethode te hanteren, dat wil zeggen minder zorg te leveren per cliënt;
- nieuwe zorgaanvragen steeds scherper te indiceren;
- verwijzing naar andere instanties;
- het aantrekken van meer goedkope arbeidskrachten met onaantrekkelijke functies en contracten.

De LVT heeft berekend dat voor het wegwerken van de wachtlijsten en de tekorten in de thuiszorg f500 miljoen noodzakelijk is, dit komt neer op één procent van het gezondheidszorg-budget..

Conclusie: de thuiszorg is geen hoge kostenpost binnen het totale gezondheidszorg-budget.. In plaats van te bezuinigen op de thuiszorg, is er eerder een financiële injectie nodig teneinde de groeiende discrepantie tussen vraag en aanbod het hoofd te kunnen bieden.

Misverstand 6: de tekorten in de thuiszorg worden door het management gecreëerd. Sommige politici beweren dat de tekorten en wachtlijsten bij de thuiszorg alleen het gevolg zouden zijn van mismanagement.. Er zou niet efficiënt genoeg gewerkt worden en er zou te veel overhead zijn. Bovendien wordt er overlap verondersteld in de functies van de wijkverpleging en de gezinsverzorging.

Das klopt niet: het management van de instellingen is zeer hard aan het werk met het verbeteren van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging en met het fusieproces tussen wijkverpleging en gezinsverzorging, wat moet resulteren in meer efficiency en optimalisering van zorg. Bovendien wordt er hard gewerkt aan de noodzakelijke professionalisering van zorg en zorgorganisaties. In plaats van mismanagement zijn het veel eerder de toenemende hulpvraag, de opgelegde bezuinigingen en personeelstekorten met als gevolg hoge werkdruk en hoog ziekteverzuim die ten grondslag liggen aan de thuiszorgproblematiek.. De LVT vat dat alles samen met de woorden: 'De chaos is niet meer te managen' (Sting, 1993).

Conclusie: de oorzaken van de tekorten

bij de thuiszorg worden niet door het management gecreëerd. Er wordt hard gewerkt aan efficiëntie-verbetering, optimalisering van de zorgkwaliteit en aan professionalisering. Het is veeleer de toenemende hulpvraag en de bezuinigingen met alle gevolgen van dien, die ten grondslag liggen aan de thuiszorgproblematiek.

Misverstand 7: vrouwen in de thuiszorg kiezen zelf voor de status van alfahulp.

Oppervlakkig gezien lijkt het misschien zo dat vrouwen zelf voor de status van alfahulp kiezen. Dit argument wordt veelvuldig gebruikt voor groepen met een zwakke positie op de arbeidsmarkt, die weinig keuzemogelijkheden hebben. De alfahulp-constructie is indertijd ingevoerd als bezuinigingsmaatregel, wat ten koste ging van volwaardige banen in de thuiszorg. Nu worden de tekorten in de thuiszorg opgelost door de alfahulp-constructie uit te breiden, omdat dit besparingen oplevert.. Er werken momenteel zo'n 35.000 alfahulpsters/verzorgsters binnen de gezinsverzorging. Zij werken maximaal twaalf uur per week bij één cliënt, die als werkgever fungeert. Als gevolg van allerlei uitzonderingsbepalingen hebben alfahulpsters geen ontslagbescherming, geen aanspraak op werknemersverzekeringen en geen begeleiding, scholing of ondersteuning in hun werk. Deze situatie is uit emancipatie-overwegingen onaanvaardbaar; het wordt de alfahulpsters onmogelijk gemaakt economische zelfstandigheid te verkrijgen.

Conclusie: aan de oorsprong en uitbreiding van de alfahulp-constructie liggen bezuinigingsoverwegingen ten grondslag. Deze constructie moet worden opgeheven. Alfahulpsters hebben als iedere andere werkneemster in de thuiszorg recht op volwaardige arbeidsvoorwaarden.

Misverstand 8: scholing is niet nodig voor het werk van helpsters en verzorgsters in de gezinsverzorging.

Onze moderne westerse samenleving waardeert technologie en wetenschap hoger dan zorgarbeid: zorgen wordt maatschappelijk ondergewaardeerd en onderbetaald. Dit heeft alles te maken met het feit dat het hier traditioneel vrouwenwerk betreft: zorgarbeid in de thuissituatie. (Van de werkneemsters op uitvoerend niveau in de gezinsverzorging/thuiszorg is 97% vrouw.)

Een van de gevolgen van deze maatschappelijke onderwaardering is het idee dat scholing voor het uitvoerende werk in de thuiszorg niet nodig is, dit kan toch iedereen (lees elke vrouw)? Dat dit een volgestrekte miskenning en onderkenning is van de inhoud en de zwaarte van het werk

van helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging/thuiszorg, moge blijken uit de vaak schokkende praktijkverhalen zoals die tijdens het politieke debat van 11 juni naar voren kwamen (Sting, 1993). Het werk van de helpsters/verzorgsters bestaat ook uit het kunnen omgaan met problemen in vele verschillende situaties.

Van de uitvoerenden heeft 77 procent geen opleiding voor dit werk gevolgd, met andere woorden: de opleidings- en scholingsmogelijkheden binnen de gezinsverzorging zijn volstrekt onvoldoende, verbetering hierin is hard nodig. Daarnaast wordt de in de instellingen verkregen bijscholing en de ervaring en deskundigheid, die de verzorgenden wel hebben, niet erkend. Noodzakelijk is dat er een landelijk erkende basisscholing ontwikkeld wordt. Dit kan een eerste stap zijn in de richting van een gekwalificeerd en beschermd beroep.

Conclusie: het uitvoerend werk van helpsters/verzorgsters in de gezinsverzorging/thuiszorg bestaat naast huishoudelijke hulp en verzorging uit het kunnen omgaan met problemen in vele verschillende situaties. Hiervoor is een landelijk erkende basisopleiding voor alle werkneemsters in de gezinsverzorging/thuiszorg dringend noodzakelijk..

Misverstand 9: huishoudelijke hulp kan afgesplitst worden van verzorging in de thuiszorg.

Zoals hierboven reeds is aangestipt, bestaat het werk van de uitvoerenden in de thuiszorg niet alleen uit huishoudelijke hulp, maar ook uit het geven van emotionele ondersteuning en het omgaan met moeilijke situaties. Ook de signaleringsfunctie is een wezenlijk bestanddeel van het werk.

Er zijn politici die vinden dat pure huishoudelijke hulp voor drie uur of minder niet in de toekomstige basisverzekering (wet op de zorgaanspraken in de AWBZ) thuishoort (Buseman, 1993). Huishoudelijke hulp in de basisverzekering wordt gezien als een luxe.

Hiertegen zijn verschillende argumenten in te brengen. Ten eerste blijkt uit het voorafgaande dat huishoudelijke hulp van de gezinsverzorging onlosmakelijk verbonden is met verzorgende, ondersteunende en begeleidende taken binnen de thuiszorg. Gezinsverzorging/thuiszorg betekent integrale zorg, waarbij aandacht voor de cliënt niet losgekoppeld kan worden van huishoudelijke taken. Ten tweede worden sommige cliënten tegenwoordig - met de steeds strenger wordende indicaties - geïndiceerd voor twee of drie uur hulp van de gezinsverzorging per week. (Ooit hadden deze cliënten vier of zes uur

gezinsverzorging per week!) Deze twee of drie uren zijn voor de hulpbehoevenden het absolute minimum om - met behulp van mantelzorg - uit een intramurale instelling te blijven. Het krijgen van deze hulp is voor vele cliënten van de gezinsverzorging (80% hulpbehoevende ouderen met veelal een laag inkomen) de meest basale voorwaarde om zelfstandig te kunnen leven. Ten derde zal er, bij het niet-opnemen van huishoudelijke hulp in de basisverzekering, nogmaals een extra beroep gedaan worden op de mantelzorg en dus op vrouwen die deze zorg onbetaald zullen moeten gaan verlenen.

Conclusie: gezinsverzorging is integrale zorg; alle geïndiceerde uren, of dit nu twee of twaalf uur per week is, horen thuis in de verstrekkende verzorging van de basisverzekering.

Misverstand 10: het opnemen van huishoudelijke hulp in het basisverstrekkingspakket zou de kosten van de thuiszorg onbeheersbaar maken.

Niemand zal nu of in de toekomst huishoudelijke hulp van de gezinsverzorging ontvangen, zonder hiervoor uitdrukkelijk te zijn geïndiceerd, net als bij alle andere soorten zorg.

Met de huidige krapte in het thuiszorgbudget hoeven we trouwens op dit moment niet bang te zijn voor onbeheersbare kosten.

Rekening houdend met de toenemende zorgvraag zou het van inzicht en goed beleid getuigen als er meer financiën beschikbaar worden gesteld voor de thuiszorg. De voorgenomen bezuinigingen zullen tenminste ongedaan moeten worden gemaakt. Immers, bij een verantwoord niveau van de noodzakelijke thuiszorg zal de problematiek rond hulpbehoevenden en de zorgverleensters C.q. mantelzorgers een prominente plaats in moeten nemen in het debat over keuzen in de zorg.

Conclusie: er zijn geen aanwijzingen dat opnemen van huishoudelijke hulp in het basisverstrekkingspakket de kosten van de thuiszorg onbeheersbaar maken, gezien deze vorm van hulp alleen wordt geboden na uitdrukkelijke indicatie.

DE GRENZEN

Thuiszorg, zowel de betaalde als de onbetaalde, is een belangrijke en onmisbare schakel in de organisatie van onze gezondheidszorg. Het zijn vooral vrouwen, die als werkneemsters in de gezinsverzorging/thuiszorg en als mantelzorger de thuiszorg draaiende houden. Zij doen dit veelal onder slechte en (zwaar) belastende omstandigheden. Bovendien is de rek eruit en zijn de grenzen van de mantelzorgcapaciteit, wat vrouwen betreft, be-

reikt. Politici, overheid, sociale partners en instellingen moeten zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheden, zowel ten opzichte van de cliënten als ten opzichte van de betaalde en onbetaalde hulpverleensters. Het moet mogelijk zijn om de zo noodzakelijke thuiszorg op een kwantitatief en kwalitatief verantwoord verzorgingsniveau te organiseren. Mythen en misverstanden verstoren dit proces en het maken van keuzen in de zorg. In dit artikel is getracht enige hardnekkige misverstanden met betrekking tot de thuiszorg te ontzenuwen.

Anke Muusse-Schrevel is wetenschappelijk stafmedewerker bij de Emancipatieraad.

Monica van Berkum is coördinator bij Sting.

Noten

1. Naar aanleiding van het politieke debat heeft Sting een brochure uitgegeven onder de titel 'Hoe lang geven vrouwen en de politiek de thuiszorg nog?'. In deze brochure is een analyse van de problematiek en het verslag van het debat opgenomen.
2. Informele zorg en mantelzorg worden als synoniem van elkaar gebruikt.
3. Recent is bij de Associatie voor herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid een door het ministerie van WVC gesubsidieerd (vervolg) project van start gegaan naar de aard, zwaarte en knelpunten van de mantelzorg, teneinde te komen tot een landelijk representatief beeld.

Literatuur

- E. Buserman, 'Huishoudelijke hulp uit de thuiszorg? CDA zwengelt discussie aan'. In: *Welzijnsweekblad* 33/34, 20 augustus 1993, p. 8-13.
- Emancipatieraad, *Advies Vrouwenmantel en Manntrouw in de thuiszorg*, Den Haag, april 1993.
- A.J.A. Felling, A.A.M. Fiselier en M.G.M. van de Poel, *Primaire relaties en sociale steun: achtergronden van de behoefte aan steun, de aard en omvang van informele steunverlening en daarbij opgedane ervaringen*, Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS), september 1991. ISBN 90-6370-828-9.
- P.P. Groenewegen, A. Kerkstra, G.A. Jansen, *Wachlijsten in de thuiszorg*, Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), januari 1993. ISBN 90-6905-216-4.
- T. Janssen en C. Woldringh, *De centrale verzorgstijfers van ouderen: deelonderzoek ten behoeve van de evaluatie van de demonstratieprojecten in het kader van 'Substitutie in de Ouderenzorg': verslag van de eerste meting van de landelijke controlegroep*, Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991. ISBN 90-6370-792-4.
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en cultureel rapport 1992*, Rijswijk, september 1992. ISBN 90-5250-316-8.
- Sting, *Hoe lang geven vrouwen en de politiek de thuiszorg nog?*, Utrecht, 1993.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg: geactualiseerde scenario's over gezondheid en vergrijzing 1990-2005*, Rijswijk, 1992. ISBN 90-313-1288-6.
- Tweede Kamer, Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1993, vergaderjaar 1992-1993, 22 808, nrs. 1-2.

SIGNALEMENTEN

Bijdragen voor de rubriek signalen
moeten gestuurd worden naar
het redactieadres:
Prinsenhofsteeg 10 1012 EE Amsterdam

BIJEENKOMST

De Balie en Metis presenteren op donderdag 18 november een dubbellezing van prof. Eylard van Hall (hoogleraar gynaecologie) en Ineke van Wingerden (onderzoeker vrouwenstudies) over *medische misverstanden over de overgang*. De dubbellezing vindt plaats in de salon van De Balie om 20.30 uur. Reserveren vanaf een week van tevoren. Tel. 020-6232904.

PUBLIKATIES

Geslaagde reanimaties - medische overwinningen op de dood - zijn soms een zegen. Maar ze kunnen ook een ongerechtvaardigde ingreep zijn in een stervensproces. Op welke gronden een niet-reanimeerbesluit mag worden genomen, is daarom een belangrijke beleidsvraag. Van Delden behandelt in zijn proefschrift de medische en ethische argumentatie van niet-reanimeerbesluiten en niet-reanimeerbeleid in ziekenhuizen. Een interessant boek, ook voor wie zich wil verdiepen in methoden van ethisch redeneren of in non-treatment-decisions in het algemeen.

J.J.M. van Delden, *'Beslissen om niet te reanimeren; een medisch en ethisch vraagstuk'*, Van Gorcum, Assen 1993, f47,50.

Vader Van der Hoeven was directeur van het roemruchte Haagse ziekenfonds Azivo, de zoon is politicoloog en journalist. Samen schreven ze de nieuwste geschiedenis van het ziekenfonds wesen, waarin twee eerdere boeken uit 1963 en 1982 zijn opgenomen. Het door hen geschreven boek, *Om welzijn of winst*, start in 1900 en eindigt januari 1993. Je zou het een kroniek kunnen noemen van de gezondheidspolitiek in deze eeuw, een epos waarin wetten, verkiezingsprogramma's, politici, vakbonden, adviezen en

S I G N A L E M E N T E N

standpunten figureren tegen de achtergrond van crisis, oorlog, watersnood, wederopbouw en Europese eenwording.

H.C en E.W van der Hoeven, 'Om welzijn of winst; 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid'. Kluwer, Deventer 1993, f75,-.

Na tien jaar experimenteren functioneert de eerstelijnsgezondheidszorg van Almere volgens plan. Vrijwel alle hulpverleners in de eerste lijn werken in (inmiddels vijftien) wijkgezondheidscentra en zijn in loondienst. De meeste specialisten in het (kleine) ziekenhuis hebben zich daar tot nu toe met succes tegen verzet.

De afwijkende structuur heeft nog niet geleid tot de verwachte substitutie (en dus ook niet tot lagere kosten), al zijn de verwijs- en opnamecijfers in Almere ook niet hoger dan elders. Succesvol is vooral het EHBO-beleid: de meerderheid van de Almeeders stapt voor eerste hulp rechtstreeks naar de huisarts.

Patiënten zijn niet zo te spreken over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen buiten 'kantooruren' en over de (lange) wachttijden bij een bezoek aan de huisarts.

H. Sixma, D.H. de Bakker, 1, van der Bent. 'Het Experiment Gezondheidszorg Almere: eindevaluatie van een experiment met een sterke eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn'. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)/Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZ), 1993.

Thuiszorg moet, daar zijn velen het over eens. Maar wat moet er gebeuren als deze zorg zo onder druk komt te staan dat het gewenste basisniveau niet meer haalbaar is? Is het wel terecht om mantelzorg als oplossing daarvoor te gebruiken? Het blijkt dat de mantelzorg zwaar overbelast is en dat het vooral vrouwen zijn die deze last dragen. De grote vraag is hoe deze problemen kunnen worden aangepakt.

Aan vijftien personen die te maken hebben met mantelzorg werd gevraagd hun visie hierop te geven. Ze reageerden op een notitie van het PON, instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant en het Emancipatiebureau Noord-Brabant., die ook het boek hebben samengesteld.

'Bloemen of steun; beschouwingen over de mantelzorg' is: te bestellen bij het Emancipatiebureau Noord-Brabant: 073-146053.

Waarom verschillen de activiteiten van de stichting Vrouwen en medicijngebruik met die van de reguliere hulpverlening en dragen de activiteiten van de stichting bij aan een kostenbesparing in de gezondheidszorg? Deze twee vragen vormen het uitgangspunt van het onderzoek van het PON om de provincie Noord-Brabant te adviseren over de toekomst van de stichting.

Het onderzoek geeft een goed beeld van de stichting die voornamelijk gerund wordt door vrijwilligsters (ervaringsdeskundigen). Van integratiemogelijkheden in de reguliere hulpverlening lijkt nog nauwelijks sprake. Het PON pleit dan ook voor handhaving van de subsidie. Of de provincie dit zal honoreren is nog maar de vraag.

Het rapport 'De stichting Vrouwen en medicijngebruik, een plaatsbepaling', PON-Instituut voor advies en onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant is te bestellen door overmaking van f15,- op postrekening 1081447 t.n.v. PON Tilburg, o.v.v. 93-7.

De Wetenschapswinkel van de Katholieke Universiteit Brabant is al geruime tijd bezig met het expliciet maken van de inhoud van vrouwenhulpverlening. Als onderdeel hiervan is in 1991 gestart met een onderzoeksproject over psychotherapie en vrouwenhulpverlening. Doel van dit project is het met elkaar vergelijken van vrouwenhulpverlening met reguliere psychotherapie, met name binnen de psychiatrische zorg.

Onlangs is het resultaat van het eerste deel van dit project verschenen: een literatuurstudie naar verschillen en overeenkomsten tussen algemeen erkende, reguliere en feministische psychotherapieën. De studie gaat in op visies op psychisch gezond en niet-gezond, doelstellingen van psychotherapie, gehanteerde mensbeelden en diagnostiek.

Het rapport 'Feministische en Gevestigde Psychotherapeutische Behandelpraktijken' van Nanette Cooijmans is te bestellen bij de Wetenschapswinkel KUB door overmaking van 122,50 naar postgiro 1077496 onder vermelding van titel van het rapport.

De ervaringen van Thuiszorg Rotterdam met het aanbieden van een klantgebonden budget aan haar klanten zijn zeer bemoedigend. Na een jaar experimenteren adviseert de begeleidende stuurgroep Thuiszorg Rotterdam om met het experiment door te gaan. In het eind-

rapport, *Klantgebonden budget, een nieuw produkt van thuiszorg Rotterdam?* wordt helder verslag gedaan van resultaten, ervaringen en problemen. Vijfentwintig klanten, die langdurig afhankelijk zijn van hulp, kozen ervoor om zelf de benodigde hulp in te kopen in plaats van hulp in natura. De Thuiszorg verstrekke hun de middelen.

Het eindrapport 'klantgebonden budget: een nieuw product van Thuiszorg Rotterdam' is te bestellen door het overmaken van 120,- op giro 54 72 29 van Thuiszorg Rotterdam, regio zuid, onder vermelding van de titel. Nadere informatie: 010-41 02 000, mw. Ch. Hiralal.

Binnen het Keuzen in de zorg debat moet solidariteit met de zwakken en weerlozen op de allereerste plaats komen, vindt de Katholieke Vereniging van Zorginstellingen. Met deze stellingname schaaft de KVZ zich achter de commissie-Dunning, maar waarschuwt ervoor dat er in het debat over KIZ gemakkelijk allerlei schijn gestalten van solidariteit ontstaan. Hierover heeft de KVZ een bundel uitgebracht met artikelen gebaseerd op voordrachten op het landelijk congres van de KVZ, 2 december 1992.

M.A.M. Pijnenburg (red.), 'Solidariteit volgens Dunning: gemeenschap of gemeenplaats?' Een uitgave van de Katholieke Vereniging van Zorginstellingen. Utrecht 1993. De bundel is voor f27,50 (inclusief verzendkosten) te bestellen bij: Stafbureau KVZ, Postbus 152, 5260 AD Vught.

Ook de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) doet mee aan de publieksdiscussie Keuzen in de Zorg, en pikt haar graantje uit de subsidieruif. In het project 'Keuzen in de zorg vanuit patiëntenperspectief' peilde de NP/CF de opvattingen van 484 patiënten over het maken van eigen keuzen. In een drieluik worden de resultaten gepresenteerd: het verslag 'Tijd voor patiënten' geeft een volledige weergave; de brochure 'tijd voor patiënten' vat ze samen, en in de special 'Wat wil de patiënt' van het Maandblad Patiëntenbeweging, nr 9-1993 reageren onder meer staatssecretaris Simons en Yolan Koster-Dreese, secretaris van de Gehandicaptenraad op de resultaten.

Het drieluik is te bestellen door f 16,60 over te maken op giro 37 09 07 van de NP/CF-Utrecht onder vermelding van 'verslag, brochure en special Tijd voor patiënten'. Nadere informatie: NP/CF, 030-34 15 97.

Uw laatste wens kan voor veel mensen een hele opluchting zijn...



De tijdens uw leven verzamelde bezittingen worden na uw dood volgens een vaste verdeelsleutel onder uw wettige erfgenamen verdeeld.

Middels een testament kunt u daar enige invloed op uitoefenen, door ook een goede vriend iets toe te kennen of een goed doel. Dit noemt men een legaat.

Het Astma Fonds is volledig van dergelijke giften afhankelijk. En als u bedenkt dat één op de tien Nederlanders lijdt aan Cara, een verzamelnaam voor astma, chronische bronchitis en longemfyseem, dan is het zeer waarschijnlijk dat ook iemand uit uw directe omgeving er last van heeft. Cara is nog altijd niet te genezen. Patiënten worstelen er hun hele leven mee. Voorlichting aan patiënten en publiek, scholing van hulpverleners en het subsidiëren van onderzoek, voorzieningen en projecten vergen veel geld.

Misschien wilt u daar eens aan denken bij het opstellen van uw laatste wens.

AstmaWFonds

LAAT CARAPATIËNTEN NIET STIKKEN

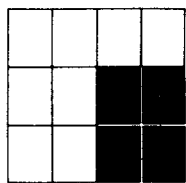
Postbus 5, 3830 AA Leusden, Tel. 033-941814
Giro 9199, Bank 33.59.54.332

Schenken. legaten en erfstellingen ten gunste van het Astma Fonds zijn mogelijk tot driemaal de vrijgestelde maxima. Voor informatie kunt u ons bellen of schrijven.

In een honderdste seconde verandert een leven...



LANDELIJKE COLLECTE
VAN 31 OKTOBER T/M 6 NOVEMBER



**NEDERLANDSE
BRANDWONDEN
STICHTING**

De stichting organiseert campagnes om brandwonden te voorkomen, verbetert de behandeling van brandwondpatiënten, doet wetenschappelijk onderzoek en beheert de Nationale Huidbank.

Eerste hulp bij brandwonden

- Begin direct met het koelen van de wond;
- liefst met zacht stromend, lauw leidingwater (Koelen met bijvoorbeeld slootwater kan ook, zeker als er geen andere koelmogelijkheden zijn. Het is altijd beter dan niets doen I);
- koel ten minste 5 minuten. Langer is beter, maar pas dan wel op voor onderkoeling;
- verwijder tijdens het koelen de kleding, tenzij deze aan de huid gekleefd zit;
- smeer niets op de wond;
- bedek de wond met steriel verband, schone doeken of lakens;
- neem altijd contact op met een arts als:
 - er blaren zijn,
 - de huid er aangetast uitziet,
 - de brandwond veroorzaakt is door een chemisch product of elektriciteit;
- geef het slachtoffer nooit iets te eten of te drinken;
- vervoer het slachtoffer altijd zittend.

Nadere informatie: 02510-2931 II02510-21266.
Postbankrekening.. 20.21.22 of bankrekening
70.70.70.643 t.n.v. collecte Nederlandse
Brandwonden Stichting Beverwijk.