

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 14
NR. 1 / FEBRUARI 1996



Het D'66 initiatief inzake de eigen bijdrage

Achterstandswijken: zOig en preventie

Betere dienstroosters in de verpleging

Kritiek op rapport transmurale zorg

J.A. van Oorschot e.a.

Professionele autonomie van de medisch specialist

1995. 84 blz. f 25,00
ISBN 90 232 3037 X

Medisch specialisten zijn in hun beroepsuitoefening autonoom. Zelfstandig en onafhankelijk van anderen nemen zij beslissingen in het belang van de patiënt.

De autonome rechten van de medisch specialisten in het economisch verkeer en in het politieke krachtenveld staan hevig onder druk. Dit boek laat zien dat daardoor ook de autonomie in het klinische domein onder druk komt te staan. Dat is volgens de auteurs niet in het belang van het medisch beroep en derhalve ook niet van de samenleving.

G.R. Visser e.a.

Ondernemend besturen Ziekenhuismanagement van overmorgen

1996.316 blz. f 45,00
ISBN 90 232 3128 7

De zorgsector is in beweging. De modernisering van de curatieve zorg plaatst ziekenhuisorganisaties voor nieuwe uitdagingen. Het ziekenhuismanagement staat voor de taak hier op in te spelen.

Dit boek laat zien wat dit betekent voor het profiel van het ziekenhuismanagement en voor de besturingsstructuur van de ziekenhuisorganisatie.

De aanbevelingen in het boek zijn niet alleen gericht op het ziekenhuismanagement van overmorgen, maar ook op dat van vandaag en morgen. Aangegeven wordt dat de veranderingen in de gezondheidszorg met zich meebrengen dat het management van ziekenhuizen in handen dient te zijn van ondernemende bestuurders.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 0592 379555/Fax 0592 372064



Bestelbon

Naam Adms

Postcode Woonplaats

Datum Handtekening

Verzoekt te zenden:

..... ex. **Professionele autonomie van de medisch specialist**
..... ex. **Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen**

Deze bon faxen - 0592372064 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:
Van Gorcum, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen

TUFSCHRIJFT
1996

**GEZONDHEID
&
POLITIEK**

JAARGANG 14
NR 1 / FEBRUARI 1996

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
Van Gorcum & Comp. bv.
Postbus 43
9400 AA Assen
Telefoon 0592-379555
Fax 0592-372064

Redactie

Luc Klaphake, Saskia van der Lyke,
Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker,
Hans Tenwolde, Ingrid van de Vegte,
Joost Visser,
Eindredactie: Maarten Dulfer

Redactieraad

Antoinette de Bont, Martien Bouwrens,
Anita Driessen, Thea Dukkers van Emden,
Maria Hermen, Joost van der Meer, Roel
Otten, Frans van der Pas, Menno Reijne-
veld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon,
Marco Strik, Janneke van Vliet, Marjon
van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres

Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Telefoon redactie: 0570-562289
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs
op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie

Opvane van abonnementen, opzegging en
adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk
doorgeven aan de uitgever. Indien twee
maanden voor het verstrijken van de
abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen wordt
het abonnement automatisch met een jaar
verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 120,-
Particulieren f 80,-
Los nummer f 17,50

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

Foto omslag: Marlies Bosch

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

Inhoud

- 2 Redactioneel
- 3 Anneke Kramer
Mijn ongezonde wijk
De huisartsenpraktijk in Ondiep
- 7 Albert. Schoenmaker
Noodzakelijke aanvullingen
Niet weggelegd voor iedere ziekenfondsverzekerde
- 8 Maarten Boon
Verzekeringsgeld voor preventie
Mits regionaal en effectief
- 12 Godelieve van Heteren
Column
Out of Africa
- 13 Joost Visser
Meer dan de uren
Roosters in de verpleging kunnen beter
- 15 Conny Bellemakers
Is gedeelde zorg beter?
Biesheuvel, transmuraal is meer dan thuiszorg!
- 17 Hans Koenis
In overpeinzingen
Brief uit Boedapest
- 18 Martien Pijnenburg
De moraal van het zorgprodukt
Dat het wezenlijke behouden blijve
- 22 Het Binnenhofje
De eigen bijdrage onder paars
- 23 Maria van Bavel
Vrouw zijn, ouder worden
Het voorlichtingsproject 50+ vrouwen
- 27 Boeken
De NVVZ-agenda
- 28 Signalementen

VAN DE REDACTIE: NA DERTIEN JAAR TGP

Als de kranten vol staan met artikelen over de gezondheidszorg, als je dagelijks via de televisie mee kunt kijken in operatiekamers, verpleeghuizen en opvangprojecten en als de sleutelfiguren in de zorg het zo druk hebben dat ze ternauwernood aan hun eigen vakbladen toekomen, is er dan nog een functie voor een blad als TGP? Nee, zou je zeggen. Geen wonder dat TGP-lezers steeds schaarser worden en dat we bij onze zoektocht naar abonnees en auteurs in sommige sectoren geen poot aan de grond krijgen. Dertien jaar geleden was de behoefte aan een blad als TGP groot, nu kunnen we ook wel zonder. Wie leest er nu nog TGP? U, maar u wordt zeldzaam. U bent blijkbaar een geestverwant, die met ons gelooft in de zin van een interdisciplinair opinieblad.

Geachte lezer, de redactie wil u niet aan het schrikken maken, maar even samen nadenken is hard nodig. Dit blad draait al dertien jaar op geestdrift, doorzettingsvermogen en geluk, dankzij tientallen onbetaalde redacteurs, auteurs, adviseurs en bestuursleden en dankzij optimistische uitgevers. In alle bescheidenheid, TGP is een monument van eigenwijze, niet-commerciële publicitaire activiteit, hoe je er verder ook over denkt. In de laatste twee jaar is niettemin duidelijk geworden dat TGP geen lang leven meer beschoren is, tenzij er meer abonnementen verkocht worden.

De redactieraad, het bestuur, de redactie en de uitgever hebben natuurlijk niet alleen bedacht wat anderen moesten doen (abonneren en abonnees werven). De laatste anderhalf jaar is er grondig nagedacht over de toekomst en de koers van dit blad. In het kort zijn dit uiteindelijk onze bevindingen:

- We geloven in TGP en als het aan onze inzet ligt blijft het bestaan: interdisciplinair en kritisch, met aandacht voor nieuwe ontwikkelingen en inspirerende voorbeelden.
- Het blad wil nieuwe en vooral jongere groepen lezers bereiken die zich vanuit beleidsfuncties breed op de zorgsector oriënteren.
- De themanummers verdwijnen; in plaats daarvan worden doorlopend vijf of zes jaarlijks te bepalen voorkeursthema's uitgediept met behulp van gespecialiseerde gastredacteurs; artikelen rond deze thema's vormen van iedere editie de hoofdmoot. Daarnaast blijft er plaats voor beschouwingen en signaleringen die maatschappelijk interessant zijn.

Onveranderd blijft het volgende. Formeel is TGP het huisorgaan van een Stichting. We hebben geen boodschap aan een belangenorganisatie of een instituut. Daarmee zijn we verzekerd van constante armoede, maar ook van onafhankelijkheid. De uitgever is een contractpartner van de stichting. Een klein bestuur behartigt de zakelijke kanten van dit contract en probeert aan eigen middelen te komen om de professionele eindredacteur te betalen.

De nieuwe formule zal ingaan met het tweede nummer van deze jaargang. De thema's voor 1996 sluiten nauw aan op de traditie van het blad.

Ten eerste: preventie en volksgezondheid in een gelaagde samenleving, sociaal-economische gezondheidsverschillen en public health. Wat aan de onderkant gebeurt, is vaak niet

zichtbaar. Buiten de hoofdstroom van politiek en media wordt geleden, wordt zorg verleend en voor oplossingen gezorgd. Aan de onderkant zie je het (gezondheids-)verschil tussen rijk en arm. De sociaal-economische status en dus de politieke beslissingen zijn bepalend voor de gezondheidstoestand van mensen.

Het tweede thema is arbeid en gezondheid. Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, arbeidsomstandigheden, kansen op de arbeidsmarkt voor gehandicapten en chronisch zieken: een greep uit de onderwerpen die al tijden hoog op de politieke agenda staan en daar ongetwijfeld zullen blijven. Het is een kernthema van de maatschappelijke discussie over sociale zekerheid.

Een vertrouwd aandachtsgebied van TGP is vrouwengezondheid, voortaan toegespitst op 'lichaam en technologie'. Over de medicalisering van vrouwenlevens, voortplantingstechnologie, cosmetische chirurgie, transeksualiteit, of slankheidsregimes.

Het thema interculturele zorg heeft twee zwaartepunten: de afstemming van de zorg-praktijk op de nieuwe bevolkingssamenstelling (communicatie, hulpverleningsmethodiek, ziektebeleving) en de interculturalisatie van zorginstellingen wat betreft personeelsbeleid, instellingscultuur, opleiding en management.

Tenslotte markt en macht in de gezondheidszorg, met vragen als: is marktwerking nou goed of niet; wat zijn de consequenties; welke rol hebben zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere partijen; hoe liggen de machtsverhoudingen, tussen bijvoorbeeld de medische professional en het instellingsmanagement.

Zo ver is het pas het volgende nummer, deze aflevering is nog oud en vertrouwd. Aan de orde komen preventie in Amsterdam, een huisarts in een Utrechtse achterstandswijk, de klacht van een dakloze, dienstroosters uit Groningen, zorgtypologie, gezondheidsvoorlichting voor oudere vrouwen en de vaste rubrieken: Boeken, Signalementen, Boedapest en Den Haag. Geen expliciet thema (dat alvast wel), of het moet onze naam zijn: Gezondheid en Politiek, een vlag die de lading dekt.

Anneke Kramer is huisarts. Zij beschrijft de problemen van de Utrechtse wijk Ondiep zoals die in de praktijkkamer tot haar komen. En de problemen van de praktijk: hoge werkdruk, gebrekkige voorzieningen.

Maarten Boon legt uit dat een zorgverzekeraar kan meewerken aan collectieve preventie, bijvoorbeeld in inderdaad een achterstandswijk, als de gezondheidswinst en daarmee de afname van de zorgconsumptie meetbaar is. Wel met medewerking van de (lokale) overheid, want afbraak van collectieve voorzieningen in de buurt doet het beroep op de zorgvoorzieningen juist stijgen.

Martien Pijnenburg stelt dat de verzakelijking van de thuiszorg een gegeven is waarmee, ondanks de bezwaren, wel valt te werken. Hij ontwikkelt een zorgtypologie om de discussie te verhelderen. Zorg kan geleverd worden als produkt, maar het is een relatie.

Voor vaste klanten ziet het overheidsbeleid rond transmuralisering van zorg er anders uit. Conny Bellemakers pleit als

cliënt-deskundige voor de mogelijkheid van een flexibele, op de persoon afgestemde, autonome keuze uit het zorgaanbod.

Maria van Bavel schetst een voorlichtingsproject dat voldoet aan de (niet geringe) eisen die vanuit het perspectief van vrouwenhulpverlening gesteld worden.

We gaan een jaargang in die beslissend is voor het voortbestaan van TGP. We hopen op de steun van geestverwanten. We geloven niet in eenzijdige professionals en niet in ivoren beleidstorens. We willen aan specialistische auteurs die schrijven voor belanghebbende niet-vakgenoten een plek bieden, waar ook generalisme en bemoeizucht bloeien, waar

ook mensen die er niet voor geleerd hebben kritische vragen stellen. We vinden de gezondheidszorg een interessant gebied, met voldoende interne dwarsverbanden en wisselwerking voor zo'n tijdschrift.

De redactie gaat daarom nog even door. Aan U, beste lezer, vragen we om te reageren. Schrijf een artikel dat de grenzen van disciplines overschrijdt en uitnodigt tot opinievorming. Geef anders uw nietsvermoedende collega een abonnement cadeau.

De redactie.

MIJN ONGEZONDE WIJK

Anneke Kramer

Huisarts Anneke Kramer werkt sinds 1984 in een vooroorlogse stadswijk te Utrecht. Een wijk die voldoet aan wat een achterstandswijk heet. De laatste maanden is er hernieuwde aandacht voor het werk van huisartsen in achterstandswijken, ondermeer door een onderzoek in grote steden naar de werkbelasting van die huisartsen. Kramer doet verslag van het gedoe van alledag en geeft aan hoe het anders kan.

Sinds enkele maanden is een derde huisarts in onze praktijk werkzaam. Tot voor kort werkte hij in het centrum van de stad, in een naar zijn zeggen doorsnee huisartspraktijk. Wat hem hier vooral opvalt, zijn de hoeveelheid en de ernst van ziektes die je hier ziet. Ook ziet hij dat de mensen die hier met ziektes komen een relatief jonge leeftijd hebben. Ik ben de laatste tijd wat vaker door zijn ogen gaan kijken en ook mij valt het dan weer op hoe ongezond mijn patiënten vaak zijn. Op kinderleeftijd zie ik voornamelijk verkoudheid en bronchitis. Tussen het 20ste en 40ste levensjaar zijn er veel klachten over spieren en gewrichten en daarboven komen vooral suikerziekte, astmatische bronchitis, hart-en vaatziekten en kanker op grote schaal voor. En een combinatie van twee of meer van genoemde ziektes is geen zeldzaamheid.

De GG & GD in Utrecht deed enkele jaren geleden onderzoek naar de ge-

zondheidstoestand en levensverwachting van de Utrechters dat mijn indrukken bevestigde: mijn wijk kwam als één van de ongezondste naar voren.

DE WIJK

De wijk waar ik werk, Ondiep, werd voor de oorlog gebouwd als een zogenaamde arbeiderswijk. De bewoners van de wijk werkten in de staalindustrie in het noorden van Utrecht of in de bouw. Sluiting van de meeste bedrijven leidde de afgelopen decennia tot een groot aantal werklozen en een grote groep arbeidsongeschikten, vooral onder de oudere werknemers. De sociaal-economische positie van veel mensen verslechterde.

Veel mensen trokken weg uit de wijk en hun plaats werd vooral ingenomen door bewoners met een Marokkaanse of Turkse achtergrond; grote gezinnen die in kleine bovenhuizen hun intrek namen. In sommige straten zijn ze in de

meerderheid en bestaan er grote spanningen met hun Nederlandse burens. Alleen al het feit dat mensen in de benedenwoningen veel geluidsoverlast hebben van de mensen boven leidt vaak tot ruzies en problemen. Veel mensen ervaren een verlies van vertrouwde, hun vertrouwde omgeving is drastisch veranderd. De oorspronkelijke bewoners zijn hun vertrouwde wijk kwijt, de allochtone bewoners kampen met heimwee naar hun vaderland.

Het werd ook steeds onveiliger in de wijk. Agressie en criminaliteit, vooral als gevolg van drugshandel, zijn aan de orde van de dag. Steeds meer, vooral oudere, mensen durven niet alleen over straat. Voor de jongeren, voor zover ze werk hebben, is er naast een hoge werkdruk de constante dreiging van reorganisatie en ontslag. Door de veranderende sociale voorzieningen is er veel onzekerheid over behoud van inkomen. Veel mensen leven van de bijstand en velen hebben schulden. Voor ongeschoolde jongeren zijn er nauwelijks banen en hun perspectief is dan ook niet rooskleurig.

Deze situaties zijn niet alleen te zien in achterstandswijken; het zijn veranderingen die in de hele maatschappij te zien zijn. De veelheid en de intensiteit van

de problemen zijn echter wel kenmerkend voor een achterstandswijk als waar ik werk.

Naast de al beschreven problemen zijn er: weinig groen- en speelvoorzieningen, kleine en vochtige huizen, ongezondere leefstijl. Elke verslechtering komt hard aan in een situatie waar de draaglast al niet groot meer is.

EEN ANDERE WIJK

Soms loop ik een dagje met mijn huisarts-opleider mee die huisarts is in een 'gewone' nieuwbouwwijk in een middelgrote stad. Wat me vooral opvalt

een eigen stijl ontwikkeld om simpel uit te leggen en eenvoudige taal te gebruiken.

Een kindje van negen maanden heeft al bijna een maand diarree. De bezorgde ouders komen met haar op mijn spreekuur. Ze hebben geen enkel idee waar de diarree vandaan komt en wat ze ermee moeten. Als ik vraag of ze de afgelopen tijd andere voeding hebben gegeven of medicijnen hebben toegediend antwoorden ze ontkennend. Ook zeggen ze dat er niets bijzonders met haar aan de hand was de afgelopen tijd. Ik weet dat

vaak ook verschillende specialisten in het spel zijn, ieder zeer bekwaam in hun eigen vakgebied, die bij het vaststellen van een therapie meestal geen rekening houden met nog andere ziekten etie iemand heeft.

Ook merk ik vaak dat allerlei epidemiologische gegevens over de gemiddelde huisartsenpraktijk niet helemaal op mijn werksituatie van toepassing zijn, terwijl die toch behulpzaam zouden moeten zijn bij je besluitvorming over diagnostiek en beleid. Ik ben in de loop der jaren vaker dan volgens de standaarden nodig is aanvullend onderzoek gaan aanvragen, met name bloed- en röntgenonderzoek.

Ziek zijn houdt ook angst in, onzekerheid, er komt boosheid en verdriet naar boven bij de patiënt en zijn omgeving. Dit vraagt om begeleiding en ondersteuning van de huisarts, die meestal de constante factor is in het geheel van hulpverleners en het meest op de hoogte van de familie-omstandigheden.

En al die ellende gaat ook een huisarts niet in de koude kleren zitten.

VAN KWAAD ...

Eén van de verklaringen voor het ongezonder zijn van mensen in achterstandswijk is de leefstijl. Dat zie ik ook in mijn praktijk. Er wordt door heel veel mensen gerookt, de voeding is vaak vet, zoet en eenzijdig en er wordt weinig aan lichaamsbeweging gedaan. Het directe gevolg van deze gewoontes is overgewicht en daardoor spier- en gewrichtsklachten. De latere gevolgen zijn met name hart-en vaatziekten en longziekten. Het vermogen van mensen om iets aan deze klachten te doen door het aanpassen van hun leefstijl is gering.

...TOT ERGER

Het gevolg is dat de klachten verergeren. Er wordt voortdurend een beroep op de huisarts gedaan om iets aan de klachten te doen. Dit betekent dan pillen, fysiotherapie of een doorverwijzing naar een specialist. Vaak zie je die patiënten later toch weer terug, omdat niets helpt.... Dit gaat door totdat er een hernia, een hartinfarct of een maagzweer ontstaat.

Voor je werk als huisarts betekent dat dat je mensen vaak teruziet, dat je aan symptoombestrijding doet zonder de oorzaak aan te kunnen pakken, dat je patiënten hoge eisen stellen aan je geneeskunst, maar ook dat je veel voldoening hebt als het iemand lukt om te stoppen met roken.



Ondiep, Utrecht

foto: Eduard Dolfijn

is dat zijn patiënten zoveel zelf doen. Zij zijn in staat om met behulp van de informatie van de huisarts zelf beslissingen te nemen omtrent hun klachten of problemen. De huisarts levert als het ware de bouwstenen; de patiënt doet de rest. Dat is in mijn praktijk geheel anders. Patiënten die bij mij komen, moeten vaak bij alles geholpen worden. Ik moet helpen bij een doorverwijzing naar het ziekenhuis van een Marokkaanse man die slecht Nederlands spreekt. Uit ervaring weet ik dat het anders misgaat. Ik laat mijn assistente dan de afspraak maken met de betreffende specialist en zij geeft de patiënt een briefje mee met datum en tijd.

Of het gaat om een patiënt bij wie ik de diagnose astmatische bronchitis stel en waar ik als therapie een inhalatie-medicijn voorstel. Het gebruik van de inhalator, om het medicijn adequaat toe te dienen, moet worden uitgelegd. Mijn ervaring is dat veel patiënten dit moeilijk leren. Mensen leren in het algemeen niet snel of beheersen het Nederlands niet voldoende om de uitleg goed te begrijpen. Ik heb in de loop der jaren

dit kindje onder controle is bij de kinderarts vanwege een hartklep gebrek. Ik bel de kinderarts voor overleg en informatie. Zij vertelt mij dat het kindje sinds vier weken antibioticum krijgt in verband met een longontsteking! Op grond van dit soort ervaringen heb ik geleerd om zeer concrete en gedetailleerde vragen aan patiënten te stellen en snel te overleggen met eventuele andere hulpverleners.

Als huisarts in een achterstandswijk kun je minder op een beroep doen op de zelfstandigheid van de patiënt, moet je vaak zelf de verantwoordelijkheid nemen en creatief en geduldig zijn. Dat kost tijd en energie.

COMBINEREN

Het werken in een achterstandswijk, met patiënten die veel chronische ziekten en klachten hebben en weinig kennis en inzicht in het ontstaan en de aanpak van de problemen, stelt hoge eisen aan je vakbekwaamheid als huisarts. Met name de combinatie van twee of meer ziekten maakt het soms heel ingewikkeld. Zeker als je bedenkt dat er dan

De hiervoor beschreven veranderingen in de wijk, de agressie die er is en de problemen die mensen hebben, zie je in de praktijk terug. Ik hoor de problemen en klachten, maar vaak ook vertellen mensen hun verhalen niet letterlijk; ze presenteren hun problemen in de vorm van lichamelijke klachten als hoofdpijn of misselijkheid.

Patiënten leggen zelf lang niet altijd de relatie tussen hun lichamelijke klachten en levensproblemen. Het is dan ook moeilijk ze dit mogelijke verband te laten onderkennen. Leg maar eens uit dat je misselijk kan worden van schulden. Of, zoals ik veel zie bij eerste generatie Turkse of Marokkaanse vrouwen, dat hun algemeen gevoel van malaise voortkomt uit heimwee.

Mensen voelen zich niet serieus genomen, zijn bang een ziekte te hebben en willen dat onderzocht en uitgesloten zien. Voor mij betekent dat veel geduld hebben en accepteren dat het veel tijd kost om in te zien dat een klacht door spanningen veroorzaakt wordt. Accepteren dat iemand eerst het hele somatische pad afwandelt en accepteren dat het hebben van een kwaal de problemen en spanningen dragelijk maakt. Soms moet ik, als dokter, juist niet proberen die kwaal te genezen.

ASSISTENTE

Een praktijkassistente in huisartspraktijk in een achterstandswijk heeft een zware klus. Een assistente fungeert als schakel tussen patiënt en huisarts. Naast allerlei administratieve taken verricht zij medisch-technische handelingen. Tevens is zij voor veel patiënten een vertrouwensfiguur en heeft zij een belangrijke communicatieve functie in de praktijk. Zij moet veel uitleggen en veel voor patiënten regelen. Haar werk wordt in belangrijke mate gekleurd door de aard van de praktijk. Er zijn dagen dat ik handen en tijd tekort kom. Ik delegeer dan veel naar mijn assistente. Het invullen van een formulier bijvoorbeeld doe ik in principe zelf, maar op zo'n dag laat ik dat aan haar over. Zo verplaatst zich een deel van het werk van de huisarts in een achterstandswijk naar de assistente die daardoor een forse belasting krijgt.

Wat mijn assistente als het zwaarstervaart, zijn boze of agressieve patiënten. Eén van haar taken is het inschatten, van de ernst van de klacht. Dat komt niet altijd overeen met wat de patiënt ervan denkt. De wens, de eis zelfs om accuut een dokter te zien voor een halfuur durende keelpijn wordt door de assistente niet gehonoreerd. Zij probeert met de

patiënt een compromis te vinden. Sommige patiënten worden dan erg boos en soms zelfs agressief. De agressie wordt dan ook direct op de assistente gericht. Op het moment dat ik als huisarts de patiënt toespreek is van de agressie vaak weinig meer over, een mannelijke huisarts slaagt hier meestal nog beter in. Hoewel boos en agressief gedrag

drag per jaar op, los van het aantal keren dat iemand bij de huisarts komt. Bij een particuliere patiënt wordt de huisarts per verrichting betaald, dus per keer dat hij komt. Een huisarts in een achterstandswijk heeft veel ziekenfondspatiënten die relatief vaak komen en verdient daardoor minder dan haar gemiddelde collega, met meestal meer werk. Min-



De praktijk

foto: Eduard Dolfijn

van patiënten in alle huisartsenpraktijken meer dan vroeger voorkomt, komt dit in praktijken in achterstandswijken vaker voor.

GELD

Hoewel ik mijn werk leuk vind, wil ik soms niet meer. Daarin sta ik niet alleen: in Rotterdam en Den Haag is op dit moment een tekort aan huisartsen in achterstandswijken. De belangrijkste reden om soms niet meer te willen is de grote hoeveelheid zwaar en verantwoordelijk werk. Want naast de achterstandswijk-problematiek zorgen ook de grotestadsproblematiek, de verschuiving van intra- naar extramurale zorg, de bezuinigingen in de gezondheidszorg en het welzijnswerk en de kwaliteitseisen van de overheid en de beroepsgroep voor extra werk. Tenslotte is er immers altijd de huisarts die 24 uur per dag garant staat voor persoonlijke, integrale en continue zorg. Waarom nemen huisartsen in achterstandswijken niet gewoon minder patiënten, zodat hun werkdruk vermindert? Vanwege het geld. Een huisartsenpraktijk in een achterstandswijk heeft al minder inkomsten heeft, dan een gemiddelde praktijk.

Eén van de verklaringen hiervoor is het hoger aantal ziekenfondspatiënten. Ziekenfondspatiënten leveren een vast be-

drag per patiënt betekent minder werk, maar ook minder inkomen. Voorlopig is dat geen reële of voldoende aantrekkelijke oplossing.

Het zou een oplossing kunnen zijn als de financieringsstructuur tegemoet komt aan het extra werk, bijvoorbeeld in de vorm van een vast bedrag per ziekenfondspatiënt per jaar in combinatie met een verrichtingenvergoeding of een hoger vast tarief voor arbeidsintensieve patiëntengroepen. Een dergelijke financiering maakt het mogelijk minder patiënten te hebben met behoud van inkomen. Overheid, verzekeraars en de beroepsgroep zijn volop in discussie over de financieringsstructuur.

ONDERSTEUNING

Goede ondersteuning is een andere methode om de huisarts te ontlasten. Door de hogere werkdruk (ook op de assistente), is het nodig dat een huisarts in een achterstandswijk meer assistentie krijgt. Op zowel preventief en voorlichtingskundig vlak, maar ook curatief is er veel voor de assistente te doen. Het toevoegen van een verpleegkundige aan de praktijk is ook een manier om de praktijk te ondersteunen. In Nederland is daar nog weinig ervaring mee opgedaan. Experimenten moeten de voor- en nadelen onderzoeken. Turkse en Marokkaanse gezondheidsvoorlichtsters

kunnen een rol vervullen in de praktijk. Een huisarts kan dan een spreekuur over anticonceptie organiseren waarbij een gezondheidsvoorlichtster van de GGD assisteert.

BELEID

De gemeente zou een veel actievere rol kunnen spelen bij de gezondheidsproblematiek van mensen in achterstandswijken. Dit gebeurt langzamerhand wel op allerlei manieren, maar een duidelijk beleid ontbreekt nog. Beleid waarin zowel het welzijnswerk en de huisartsenzorg zouden moeten worden opgenomen. Waarin sturing plaatsvindt om zowel de omstandigheden van mensen te verbeteren als de zorg in een samenhangend geheel te laten plaatsvinden. Ook zou de gemeente concrete ondersteuning kunnen bieden aan huisartsen in achterstandswijken die moeilijk aan goed huisvesting voor hun praktijk kunnen komen - ik zit in een oude winkel -, met het regelen van parkeervergunningen en door niet te bezuinigen op voorzieningen die voor de huisarts van belang zijn.

Ook landelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg beïnvloeden de praktijk van alledag. Zo vindt de zorg steeds meer thuis plaats. Patiënten worden niet alleen eerder uit het ziekenhuis ontslagen, ook allerlei gespecialiseerde behandelingsmethoden worden steeds meer thuis toegepast. Pijnbehandeling met een morfinepomp is al heel gewoon. Binnenkort kunnen risicozwangers thuis bewaakt worden. Hoewel een deel van de uitvoering van deze gespecialiseerde zorg door verpleegkundigen uit het ziekenhuis wordt verricht, ligt er ook een taak voor de huisarts en



Huisarts Kramer

de thuiszorg. Naast dat dit meer werk oplevert, verandert de aard van de werkzaamheden; het gaat om zeer gespecialiseerde technische kennis en vaardigheden die de huisarts incidenteel moet beheersen.

Meer zorg thuis stelt ook hoge eisen aan de patiënt en zijn omgeving, niet alleen praktisch maar ook emotioneel en intellectueel. Ik verwacht dat dit met name in achterstandswijken problemen gaat opleveren. Thuis sterven bijvoorbeeld gebeurt in mijn praktijk bijna nooit. Als het erop aankomt is de onzekerheid te groot en zoekt men de veiligheid van het ziekenhuis.

Meer zorg thuis betekent dus meer werk voor de huisarts, met meer ondersteuning vanuit de thuiszorg zou dit mogelijk kunnen zijn. Ware het niet dat

juist de thuiszorg de laatste jaren doelwit was van forse bezuinigingen en reorganisaties. Mijn ervaring hier in Utrecht is niet hoopgevend. Huisarts en thuiszorg zijn uit elkaar gegroeid en de kwaliteit van de thuiszorg is achteruit gegaan. Er kan gewoon minder. Onlangs las ik dat een thuiszorginstelling zijn vaste gezinsverzorgsters gaat ontslaan om ze als goedkopere uitzendkrachten te werk te stellen. Enkele dagen later las ik dat couveusebabies binnenkort thuis verzorgd kunnen worden. Ik werd erg kwaad. Er moet minder geld uitgegeven worden aan allerlei dure thuiszorgexperimenten en meer geïnvesteerd worden in gewone thuiszorg, met name in achterstandswijken.

Anneke Kramer is huisarts te Utrecht.

NOODZAKELIJKE AANVULLINGEN

Albert Schoenmaker

De bezorgdheid groeit over het uitdijende pakket aanvullingen waarvoor ziekenfondsverzekerden zich apart moeten verzekeren, wil/en ze een beetje volwaardige dekking in stand houden. Verzekeraars concurreren op dat segment - en zullen weigeren wat te duur wordt. Prachtpakketten voor wie recht van lijf en leden is, ten koste van de 'risicogevallen' die uitgesloten worden.

De heer Jansen moest in het ziekenfonds toen hij werkloos werd. Zoals de overheid tegenwoordig van zijn burgers verwacht, stelde hij zich goed op de hoogte van de prijzen en produkten van de verschillende zorgverzekeraars. Geové deed het beste aanbod en Jansen meldde zich aan.

Geové deed het beste aanbod en Jansen meldde zich aan.

Hij ontving twee weken later een aantal inschrijfformulieren. Daarbij was naast de inschrijving voor het ziekenfonds ook de inschrijving voor de aparte tandarts-polis. Op dat formulier stond dat het mogelijk zou kunnen zijn dat Geové een tandheelkundige verklaring zou kunnen vragen. Tien dagen later kreeg hij van Geové een nog betere aanbieding: 'Het uitgebreid tandarts plan'. Als Jansen maar snel genoeg reageerde was een vooraf gaande medische keuring niet nodig zijn. Dat laat je niet lopen. Jansen stuurde snel de bon in.

NIET ESSENTIEEL, WEL NODIG

Het aanvullende pakket is de manier voor een ziektekostenverzekeraar om zich te onderscheiden voor de ziekenfondsmarkt. En dat lukt steeds beter, want de omvang van de aanvullende verzekering wordt steeds groter. Was het in het eerste begin een klein dekkingje voor zaken als alternatieve geneeswijzen, extra kraamzorg en contactlenzen, nu, met de tandarts kosten en de verlengde fysiotherapiekosten, is de aanvullende verzekering een pakket geworden van 'niet-essentiële' zorgonderdelen die samen toch eigenlijk weer een noodzaak worden.

Een maandje later kwam er weer bericht van Geové. Jansen kreeg zijn bewijs van inschrijving, maar de tandartspolis liet nog even op zich wachten. Hij zou daarover afzonderlijk bericht krijgen, aldus een begeleidend schrijven. Dat duurt nog zes weken, en dan komt er een koude douche. Geové schrijft een brief waarin Jansen bedankt wordt voor zijn belangstelling inzake het Uitgebreid Tandarts Plan, maar helaas, Geové kan de aanmelding niet honoreren. Voor Jansen en zijn vrouw worden tandheelkundige behandelingen verwacht en dat is voor Geové reden genoeg om Jansen als klant te weigeren. Jansen is verbaasd. Dat Uitgebreide Tandarts Plan zou toch zonder medische keuring vooraf in werking treden? Hij wendt zich tot Geové. Die reageert laconiek. Dat Uitgebreide Tandarts Plan was uitsluitend bedoeld voor mensen die al bij Geové verzekerd waren. Dat Jansen die brief toch kreeg als slechts aspirant-verzekerde was een foutje. Maar Jansen had toch duidelijk uit de brief kunnen opmaken dat het aanbod niet voor hem bedoeld was?

Jansen is boos. Hij vindt dat Geové hem een loer heeft gedraaid.

Jansen is boos. Hij vindt dat Geové hem een loer heeft gedraaid. Hij schreef in op een totaalpakket: ziekenfonds + aanvullende verzekering. Zo werd de zaak door Geové ook voorgesteld. Nu wordt hij eerst als ziekenfondsverzekerde liefdevol ontvangen, maar de voor hem minstens zo belangrijke tandartsaanvulling wordt hem geweigerd en wel op een moment dat hij al met han-

den en voeten aan Geové vast zit. Want de inschrijving in een ziekenfonds kun je als verzekerde niet zomaar annuleren, je zit er voor minstens twee jaar aan vast. Er zit niets anders op om elders een aanvullende tandartsverzekering te zoeken, en dat is geen gemakkelijke zaak. Jansen schrijft naar de Ziekenfondsraad en klaagt over de gang van zaken. Is de handelwijze van Geové in overeenstemming met de Ziekenfondswet? De Klachtencommissie buigt zich over de zaak.

IN HET GELIJK

De commissie stelt Jansen in het gelijk. Geové presenteert zich als een organisatie en adverteert met een totaalpakket van (wettelijke) ziekenfondsverzekering en aanvullende verzekering, maar feitelijk worden twee verschillende verzekeringen 'verkoch', en dat is voor een klant niet duidelijk. Net als alle andere Nederlandse zorgverzekeraars heeft Geové de uitvoering van de ziekenfondswet en de aanvullende verzekering in twee verschillende rechtspersonen ondergebracht. De commissie meent dat met de inschrijving niet goed is omgegaan en vindt dat Geové zich de vervelende consequenties voor Jansen dient aan te trekken, bij voorkeur door te bevorderen dat de weigering voor de tandartsverzekering alsnog ongedaan wordt gemaakt. Zeker gezien het feit dat Jansen van Geové een aanbod voor het Totaal Tandartsplan ontving. Er valt op geen enkele wijze in te zien waarom u had dienen te begrijpen dat dit aanbod niet voor u bestemd was', aldus de Klachtencommissie.

Voor wie de uitspraken van de Klachtencommissie kent is dit krachtige taal. Maar erg overtuigend is de uitspraak echter niet. En dat heeft een achtergrond. De aanvullende verzekering die Jansen wilde afsluiten, wordt aangeboden door de Onderlinge Geové die daarvoor zelf het risico draagt. De aanvullende verzekering valt niet onder de regels van de Ziekenfondswet of de AWBZ. Dat maakt dat de Klachtencommissie formeel niet bevoegd is om over deze klacht over een aanvullende verzekering te oordelen. Dat weet de

commissie en Geové weet het natuurlijk ook. In een reactie op de uitspraak stelt de verzekeraar simpel dat de zij de uitspraak naast zich neerlegt. Geové wil lansen toch tegemoet komen en biedt aan om de inschrijving bij haar ziekenfonds (met terugwerkende kracht) te annuleren, zodat lansen zijn handen weer vrij heeft.

ZAKENJONGENS

Duidelijk is dat zorgverzekeraars zakenjongens zijn of het nu worden. De aanvullende ziekenfondsverzekering is een schadeverzekering, zoals de brand- of de autoverzekering. Geové valt in elk geval in het kader van de Ziekenfondswet niets te verwijten en is echt niet de enige verzekeraar die haar producten iets mooier aanprijst dan ze uiteindelijk zijn. Het is de consequentie van het streven van de overheid om concurrentie in de zorgverzekeringen toe te laten. Die strijd om het marktaandeel wordt gevoerd in het segment aanvullende verzekeringen, dat is het enige terrein waarop een verzekeraar zich kan profileren.

Martien Bouwmans schreef in het vorige nummer van TGP dat zorgverzekeraars in hun handen wrijven bij iedere uitbreiding van de aanvullende verzekering. Iedere zorgvoorziening die uit het basisziekenfondspakket geschrapt wordt en in de sfeer van de aanvullende verzekering verkocht kan worden is kassa. Het betekent dat verzekeraars een steeds groter deel van hun produkt

als schadeverzekeraar kunnen verkopen en beheren. Ze kunnen ongehinderd door wet of regel aan risicoselectie doen en tegen scherpe premies de kerngezonde burger proberen aan zich te binden.

Of de consument met deze ontwikkelingen zo gebaat is, is maar zeer de vraag. Die moet in ieder geval goed opletten of hij nog adequaat verzekerd is, want de aanvullende verzekering zit inmiddels vol met zaken die niemand wil missen. Bovendien loopt een verzekerde risico's wanneer hij een naar een ander ziekenfonds wil. De aanvullende

De consument is vogelvrij op de markt van de aanvullende verzekering

verzekering kan hem botweg geweigerd worden, en zoals hierboven te lezen was, kun je dan flink met de handen in het haar komen te zitten. Uiteindelijk is het effect dat verzekerden die nu juist behoefte hebben aan de aanvullende verzekering de meeste kans lopen om niet geaccepteerd te worden.

OMBUDSMAN

De consument op is vogelvrij op de markt van de aanvullende verzekering.

Wie als verzekerde vindt dat zijn verzekeraar fout zit, kan alleen terecht bij de rechter en dat is een stap die je als particulier niet snel zet.

Er lijkt echter toch ook bij zorgverzekeraars een behoefte om iets aan klachtenbemiddeling te doen voor mensen zoals mijnheer lansen. Per 1 januari van dit jaar heeft Zorgverzekeraars Nederland, de vereniging van zorgverzekeraars in Nederland een Ombudsman Zorgverzekeringen in het leven geroepen. Mevrouw Gardeniers-Berendsen, ooit staatssecretaris voor Volksgezondheid, zal deze functie gaan vervullen. De Ombudsman zorgverzekeringen bestaat nu naast een reeds langer actieve Ombudsman Schadeverzekeringen Zorgverzekeraars Nederland wil door de oprichting van een Ombudsman 'uniformering van de rechtsbescherming van de verzekerde nastreven', aldus een persbericht. De Ombudsman moet verder helderheid scheppen en adequaat verwijzen naar andere loketten die er voor klachtenbehandeling zijn. De heer lansen uit ons voorbeeld werd maar heen en weer verwezen. De uitspraken van de ombudsman zijn niet bindend en verplichten een zorgverzekeraar tot niets. Het is de vraag of een ombudsman die eenzijdig is ingesteld door de zorgverzekeraars, niet vooral het eigen straatje schoonveegt.

Albert Schoenmaker is redacteur van TGP

De naam van de verzekerde in dit verhaal is gefingeerd om redenen van privacy. De casus zelf is een weergave van de feiten en werd gepubliceerd in RZA, no 130, 1995. RZA is een publikatie van de Ziekenfondsraad.

VERZEKERINGSGELD VOOR PREVENTIE

Maarten Boon

Het ligt niet voor de hand dat een zorgverzekeraar zich met preventie bezighoudt; het collectieve doel laat zich moeilijk rijmen met het individuele karakter van een verzekering.

Toch bestaan er verwachtingen ten aanzien van zorgverzekeraars als maatschappelijke organisaties. In samenwerking met de gemeente Amsterdam financiert ZAO-zorgverzekering buurtgerichte preventie. Hiervoor is wel nodig dat de effecten duidelijk zichtbaar worden gemaakt.

Verzekeraars, met name schadeverzekeraars, hebben weinig aandacht voor preventie. Zeker niet voor collectieve preventie. Preventie is iets wat de verzekerde zelf moet doen. Je moet van de verzekeraars je auto goed beveiligen tegen diefstal. Doe je dit niet voldoende, dan krijg geen uitkering.

Preventie wordt dus van je verwacht en de verzekeraar legt de taak vooral bij wie de verzekering heeft afgesloten.

In de gezondheidszorg is dat helemaal niet gebruikelijk. Sommigen die risicovol gedrag vertonen, moeten meer premie betalen, maar het is nauwelijks gebruikelijk. Laat staan dat je geen uitkering van je ziektekosten zou krijgen bij een kwaal die het gevolg is van risicovol gedrag. Iedereen in Nederland mag zich zo slecht of ongezond gedragen als hij wil, de gezondheidszorg betaalt gewoon de kosten die daaruit voortvloeien. Dat is wettelijk zo vastgelegd. Vanuit een cynische optiek is dat zelfs goede preventie, want hoe eerder je dood gaat, hoe minder kosten je maakt. Zo zijn mensen die zich heel ongezond gedragen heel goede risico's voor een verzekeraar.

WAT LEVERT HET OP

Of een verzekeraar geld zal steken in preventie hangt vooral af van de winst die het kan opleveren. Het is bovendien heel moeilijk om een relatie vast te stellen tussen kosten en baten bij collectief preventieve activiteiten. Zelfs bij activiteiten waarvan bekend is dat er gezondheidswinst wordt geboekt, bijvoorbeeld bij de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en borstkanker, houdt dat niet automatisch in dat het leidt tot vermindering van kosten. In de praktijk leidt het zelfs vaak tot kostenvermeerdering.

Bij een collectief preventieproject is het resultaat nog moeilijker vast te stellen

dan bij een individuele preventieve inspanning. Daar komt bij dat een collectief preventieproject effecten oplevert die niet alleen voor de betalende verzekeraar prettig zijn, maar voor alle in het gebied werkzame verzekeraars. Dit zogenaamde 'one for all' principe is lastig voor verzekeraars. De verantwoordelijkheid voor activiteiten gericht op collectieve resultaten liggen normaal gesproken immers bij de overheid en niet zozeer bij individuele maatschappijen.

Toch is de directe kosten-baten relatie niet het enige belang van de verzekeraar. Het kan in het belang van de verzekeraar zijn om die vormen van preventie in te zetten waarbij uiteindelijk de zorgconsumptie vermindert. Dan hebben verzekeraars minder uitgaven in schade, zoals dat tegenwoordig wordt genoemd. Minder schade betekent meer geld overhouden op de geheven premie, wat dan eventueel ingezet kan worden voor preventie.

Dit laatste is alleen mogelijk voor een regionale zorgverzekeraar. Een landelijk werkende verzekeraar heeft verspreid over het land plukjes verzekerden. Als die met collectieve preventie gaat beginnen, is er nog veel sterker sprake van het 'one for all' principe.

REGIO

Het is dan ook niet voor de hand liggend landelijk werkende zorgverzekeringen aan te spreken op collectief preventieve activiteiten. Dat moet op regionaal niveau gebeuren, daar moeten afspraken gemaakt worden tussen de verschillende partijen. In eerste instantie moet de uitvoerder van de Wet Collectieve Preventie, de gemeente en in het verlengde daarvan een GGD, hier toe het initiatief nemen. Zij moeten afspraken maken met ondermeer verzekeraars die projecten mogelijk maken die

op langere termijn werkzaam zijn en mogelijkheden voor financiering bieden.

ZAO-zorgverzekeraar profileert zich, al jaren, als een regionale, sociale zorgverzekeraar, gericht op Amsterdam. Het begrip sociaal staat voor het feit dat de financiering op basis van een sociale wet plaatsvindt, wat dus een wettelijke verplichting met zich meebrengt.

Sinds 1992 is de maatschappij concurrerend. ZAO probeert niet alleen te concurreren op prijs en kwaliteit maar ook op imago. Het sociale is belangrijk voor het imago. In Amerika zie je dat grote verzekeringsmaatschappijen zich sterk profileren op dat ze het goed doen. Dat goed doen wordt zelfs als belangrijkste verkoopargument gebruikt om verzekerden te winnen. En het werkt, het is functioneel. Consumenten laten zich aanspreken, motiveren, overhalen tot het kopen van polissen door het feit dat de verzekeraar zich sociaal profileert.

In Amsterdam kun je daarin ook weer niet te ver gaan. ZAO doet veel aan regelingen voor dak- en thuislozen bijvoorbeeld. Uit een onlangs gehouden enquête onder de verzekerden blijkt dan dat meer dan de helft dat teveel van het goede vindt. Ze reageren met 'het gaat wel van onze centen af'. Het is een precair evenwicht dat je als verzekeraar moet zoeken tussen particuliere optimalisatie en een sociaal pakket.

HET SOCIALE DOMEIN

Er zijn dus grenzen aan het sociale karakter van een zorgverzekeraar. De overheid is in principe eigenaar van het domein van het sociale. Zij moet het belang van alle burgers bewaken en daarvoor regelingen en afspraken maken. Maar de overheid treedt juist steeds meer terug, bezuinigt op het maatschappelijk werk, het welzijns-werk. Dit leidt er toe dat er problemen ontstaan die zich makkelijk vertalen in de richting van toenamen van de zorgconsumptie. Mensen worden zieker, mensen vragen meer zorg, mensen hebben meer problemen, onder andere omdat veel voorzieningen de afgelopen tien jaar zijn verdwenen. Mensen nemen hun toevlucht bij de voorzieningen

die er nog steeds zijn: de gezondheidszorg. Als je als verzekeraar, ondanks je sociale karakter, dat allemaal zou moeten compenseren, zit je in de problemen.

Met de gemeente Amsterdam en met de provincie Noord-Holland heeft ZAO convenanten gesloten. Toen de eerste storm van het 'plan Simons' over het land ging, trokken ze de conclusie dat ze elkaar nodig hadden. Wie het ook voor het zeggen krijgt in de zorg, er zijn altijd overlappingsen en daar moeten afspraken over gemaakt worden. In het convenant is vastgelegd dat ieder zijn bevoegdheden inzet ten behoeve van goede zorg voor, in dit geval, alle Amsterdammers. Zo voorkom je een machtsstrijd tussen verzekeraars, aanbieders en overheid. In de 80' er jaren is veel energie werd gestoken in het strijden van elkaar. Veel haat en nijd en proceduregedoe was daarvan het gevolg en de resultaten vaak nihil. Het bijebrengen van de partijen via een convenant is heel succesvol gebleken.

PREVENTIE REGISSEREN

Naast de gezamenlijke regiovisies op het gebied van ouderenzorg en GGZ, is in Amsterdam onlangs een regiepunt rond preventie opgericht. Daar vanuit kan de planvorming rond preventie gezamenlijk tot stand komen. Vanuit dat coördinatiepunt, waaraan zowel ZAO als de gemeente financieel bijdragen, zullen preventieprojecten geregisseerd gaan worden. Het gaat hierbij zowel om activiteiten die vanuit de collectieve preventie worden ingezet als om die vanuit de zorgverzekeraar. Het Kruiswerk en de Riagg bijvoorbeeld hebben in hun budget middelen voor collectieve preventie evenals GGD'en. Daarnaast vind je in alle gezondheidszorgbudgetten wel wat terug voor individuele preventie. Al die activiteiten worden in de toekomst gecoördineerd vanuit het regiepunt. Zo'n punt is mogelijk geworden door het vertrouwen in elkaar dat de afgelopen jaren is ontstaan.

Het kernpunt is de gezamenlijke financiering, en dan gaat het voorlopig niet om grote bedragen, door gemeente en verzekeraar. Door deze financiering, een mix van collectieve middelen en private gelden, is op voorhand gezamenlijke betrokkenheid gegarandeerd. Dit is belangrijk om niet uit te glijden in allerlei snel opkomende discussies. Als de verzekeraar alleen maar geïnteresseerd is in de daling van de zorgconsumptie, ligt het voor de hand dat

de gemeente zegt dat het hen daar niet om gaat en dat zij vooral willen weten hoe het gaat met de ontwikkeling van migranten in de wijk. Dit soort discussies lopen snel vast. Gemeenschappelijk benoemde doelen zijn noodzakelijk om vooruitgang te boeken.

WETEN

Voor een verzekeraar is het van belang om te weten wat er aan de hand is. Om te weten moet je meten. Iedereen die van de buitenkant naar verzekeraars kijkt, denkt dat die veel weten van hun klanten. Dat valt vaak tegen. Verzekeraars sterven van de gegevens, maar gegevens zijn niet per definitie informatie. Gegevens leveren niet direct lijnen op voor de planning van preventieprojecten. Wij willen wel graag weten hoeveel een preventieproject oplevert, zowel waar het gezondheidswinst als gezondheidzorgwinst betreft. Gezondheidswinst is heel breed, moeilijk definieerbaar en moeilijk te meten. Het gaat dan om het voorkomen van vermijdbare sterfte, het bieden van een gezonder leven. Gezondheidszorgwinst gaat vooral om vermindering van de zorgconsumptie, daling in medicijngebruik, daling in ziekenhuisopnamen, daling in psychiatrische opnames. Dat kun je meten en bovendien in geld uitdrukken. Zo kan financiering van preventie door een zorgverzekeraar beargumenteerd worden.

Ook om gezondheidswinst te meten is het noodzakelijk bij preventieprojecten met een nul-meting te beginnen. Deze nul-meting kan een breed terrein betreffen, afhankelijk van het soort project. De problematiek moet goed worden geanalyseerd, zeker als je start in een wijk met een heel slecht gezondheidsrisico. Bij preventie-activiteiten in achterstandswijken gaat het om een beschrijving van netwerken en de aanwezige voorzieningen die in de buurt zijn, over de consumptie van zorg en geneesmiddelen, om migratiecijfers etcetera.

MEETBARE VERSCHILLEN

Op basis van deze gegevens start je een preventieproject met een aantal geformuleerde doelen die tussentijds en achteraf gemeten kunnen worden. Natuurlijk hoop je dan dat er meetbare verschillen ontstaan die het gevolg zijn van de inspanning. 'Onderzoekstechnisch ligt dat heel moeilijk', roepen onderzoekers of epidemiologen dan, toch is het voor een verzekeraar van belang dit soort meetbare verschillen te zien voordat hij tot grote investeringen be-

sluit. Het gaat erom een onderzoeksstramien te ontwikkelen, zodat zo concreet mogelijk uit te drukken is wat de resultaten zijn. Een verzekeraar neemt geen genoegen met uitspraken als: 'er is sprake van meer tevredenheid', of 'van een gelukkiger gevoel', dat zijn bijna onmeetbare en moeilijk uit te drukken begrippen.

Het is belangrijk projecten te kiezen waar al informatie over verzameld is, want het verzamelen van informatie, die niet rechtstreeks terug te leiden is naar datgene wat wettelijk al verzameld moet worden, is vaak een groot probleem. In Amsterdam zijn de GG & GD en het Academisch Medisch Centrum al vijftien jaar bezig met onderzoek naar achterstandswijken. Deze informatie is goed te gebruiken voor het kiezen van projecten en de plek waar je projecten laat beginnen.

LIEVER CONTINUÛ

De continuïteit van preventieprojecten is een ander groot probleem. Bijna alle preventie-interventies worden projectmatig uitgevoerd en gefinancierd. Na de financiering van één, twee of drie jaar wordt geconstateerd of het wel of niet goed ging en dan is het voorbij. Los van de resultaten houdt het op, er komt geen geld meer. Dan ligt het een paar jaar stil en dan komt er weer eens iemand met een leuk idee, er komt weer een project en eigenlijk beoogt het hetzelfde als een vorig project.

Het gebrek aan continuïteit in financiering voor preventie-activiteiten breekt de sector op en leidt tot veel inefficiëntie. Vanuit het stedelijk regiepunt willen we komen tot continuïteit van activiteiten met bewezen resultaat. De verzekeraar wil kijken of het geld dat wordt 'verdiend' door preventie niet naar preventie-activiteiten kan worden teruggespoeld. Zo kan een succesvolle activiteit zichzelf bedruipen.

ZAO doet in een achterstandswijk in Amsterdam een collectief preventieproject dat leidt tot daling in zorgconsumptie. En de verzekeraar is bereid een deel van de winst die daaruit voortvloeit terug te ploegen in de vorm van financiering van zo'n project. Zo krijg je de mogelijkheid om continue financiering te realiseren.

GEZONDHEIDSWINST EINDIG

De winst is overigens relatief, omdat het een vermindering is ten opzichte van een hoge consumptie vooraf. En ook zal de financiering toch eindig blijken, omdat je niet iedere keer een procent consumptiewinst behalen, want als

je dat 4 jaar gedaan hebt, heb je al 5% gevonnen en op een gegeven moment houdt dat op. In ieder geval ontstaat er een goede basis als je probeert de winst uit projecten terug te ploegen.

Hiervoor hebben verzekeraars een aantal vrijheden nodig die ze nu formeel niet hebben. Als iemand minder medicijnen gebruikt vanwege een preventieproject, mag dat geld niet naar dat project.

Een probleem ligt bij de beperkingen in de uitgaven binnen de Ziekenfondswet. Veel zinvolle dingen mogen niet uit de Ziekenfondswet worden betaald omdat ze niet binnen de strekking vallen. Er ligt een pleidooi bij minister Borst, om met de toegenomen risico's ook meer instrumenten aan de verzekeraars te verstrekken. Eén van de ideeën daarvoor is een flexibilisering, van één tot drie procent. Zodat binnen die ruimte mogelijkheden ontstaan om nieuwe activiteiten te ontwikkelen die uiteindelijk tot kostenbeheersing kunnen leiden. De

substitutieregeling in de verzorging en verpleging is een vergelijkbare regeling.

Als zo'n regeling er niet komt, wordt het erg lastig voor verzekeraars om geld te verstrekken voor preventie.

HUISARTS CENTRAAL

Het gaat erom te komen tot gezondheidsbevorderende activiteiten in een mix van collectief, geldig voor iedereen zonder aanzien des persoons, en gericht op het individu.

Achterstandsvijken zijn de belangrijkste gebieden om deze aanpak in te zetten en huisartsen zouden daarbij een centrale positie moeten innemen. De positie van de huisarts als poortwachter moet hiervoor versterkt worden. Er komt extra geld beschikbaar voor huisartsen in achterstandswijken. Hiermee kan naar een andere aanpak worden gezocht, het kan gaan om uitbreiding van praktijkassistentie, mogelijkheid tot kleinere praktijken, differentiatie in

abonnementshonorarium etcetera. Samenwerking tussen huisartsen en met andere disciplines zoals fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, wijkverpleging en welzijnswerkvoorzieningen is hiervoor noodzakelijk.

Voor samenvoegen is vertrouwen nodig. ZAO zou het samenwerkingsverband met de gemeente kunnen uitbreiden met andere partijen, maar doet dat alleen als er voldoende vertrouwen is.

En preventie is een avontuur, want het is niet op voorhand zeker dat wat je begint ook rendement oplevert. De kost gaat voor de baat uit.

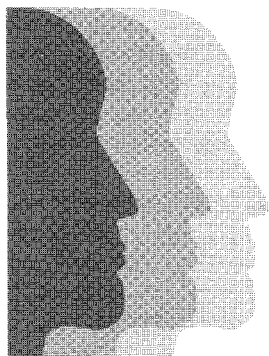
Maarten Boon is sectormanager zorginkoop en zorgbeleid bij UO-zorgverzekeringen.

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Buurtgerichte preventie een d'Jelmatige innovatie?', gehouden op de conferentie 'Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand', 7 december 1995.



Gezondheidsmarkt Buurthuis

foto's: Eduard Dolfijn



c o l u m n

OUT OF AFRICA



In deze donkere wintermaanden lijken zich op straat meer dan anders van die momenten met een hoog zwavelstokjesgehalte af te spelen. Neem het volgende voorval, enig weken terug.

Het is bitterkoud. Meer dan twintig mensen hebben net als ik niet geweten dat het postkantoor op zaterdag pas om tien uur open gaat.. En dus staat deze kleine meute bij zo'n zeven graden onder het vriespunt te vernikkelen, met alle goede nieuwjaarswensen, het kerstpakket voor opoe en ander kerstgrief onder de arm geklemd, tot de monumentale deuren van het hoofdkantoor zullen openzwenken. Een grijze decemberrnorgen, de kater duidelijk op een aantal gezichten af te lezen, overigens de stilte die Nederlanders altijd in acht nemen wanneer zij zich voor de poorten van een hogere instantie wanen. Tot Didi arriveert. Ik noem hem Didi, maar voor hetzelfde geld kan het Ahmed, Bill, of Cornel zijn. Een Afrikaan en zelfs voor Amsterdamse begrippen een opvallende verschijning. Zijn uiterlijke tooi is herkenbaar als leger des heils-fashion: een geruite zuidwester, een twee maten te grote bril met waarschijnlijk foute glazen, een roodwit-blauw gestreept t-shirt, en onder een blauwstoffen broek tweedehands gimpjes, waar iemand in een frivole bui 'nike' op heeft geschilderd. Druk gebarend en nog drukker pratend in een dik soort straat-engels is hij er zichtbaar klaar voor: voor een pittige samenspraak met deze bevroren Hollanders.

'Hi folks, this world is crazy.' Een opening waar geen van de wachtenden zo één-twee-drie van terug heeft..

'What are you all waiting for? I have waited, I have waited for too many fucking years, and what do I get? This fucking Dutch winter! And now they tell me to leave. Africa, man, I should go back to Africa. Have you been in Africa, the bright sun of Africa?'

Er volgt geen antwoord, slechts verlegen geschuifel, een pril stelletje kruipt nog priller tegen elkaar aan.

'The South is good, man, elsewhere... there is no space. Surely not in the West.... Take America ... New York, democracy, the Statue of Liberty, that's ages ago... Today, no fucking soul can see the Statue of Liberty, I tell you man, nobody can see the Statue of Liberty unless he has five million pieces of paper and stamps and passports and shit... Democracy? . . . *I Can Not Go and See the Statue of Liberty.* They say, the country is full, man, full... Hundred years ago people came, millions of them, they moved and moved, further and further West, they built the country, to California. Now, they will let you sink in ships, man, in the ocean ... the

country is full... they will let me sink in ships ... No, I can't go West, the West is out...!'

Ondanks de weersgesteldheid verschijnt er zweet op Didi's gezicht..

'So, then the East perhaps. But, let me tell you man, don't go east, man, the East is Slavs, Russians, they're in big trouble, man, they will die the moment you touch them, they're sick and weak, they're starving over there, they will die the moment you touch them. It's all one big mess ...!'

Een wat schichtige jongen maakt zich los uit de wachtende menigte en loopt met nerveuze passen vijftig meter verderop, waar hij bibberig een sigaret opsteekt..

'Why are you leaving, hay, are you afraid of me? I am the richest man in the world, man, there is no need to be afraid of me. You people here are all so afraid of everything. You think you're the richest folk on earth and so clever, you North of Europe, you think you're so smart. Let me tell you about the North: I talked the other day to somebody from here who thought he was rich too, but he was miserable, man, I tell you, he was miserable. He complained, yek, yek, yek, about everything, his wife had left him, his this and that...'

Europe is going to destroy itself.. You don't like to hear that, you don't like anybody, you don't even like yourselves. That's your problem; look at you, you destroy each other, you will destroy yourselves and you don't like to hear it. No, me, I am the richest man of the world, I own the sky and (kijkt naar de sneeuwdicte hemel) I am a child of god.'

Op dit moment passeert er een stevige dertiger met bijpassende hond, die bij deze laatste woorden van Didi hem enigszins meesmuilend in het gezicht staart.

'What, you think I am crazy? Let me tell you who is crazy ... you are. You feed your dogs better than your people; you take your dogs to the beauty-parlour.; Look at this dog here, don't you love its shampoo-shampoo-shiny eurlies?! Sure, I too like dogs, I love dogs, dogs are also creatures of god, but Jesus man, so are we...!'

Waar Didi uiteindelijk heen zal gaan zal voor ons passanten wel een raadsel blijven. Tijd voor verdere beschouwingen wordt hem niet meer gegund want de PTT opent haar poorten, de menigte haast zich naar de behaaglijkheid van het dichtsbijzijnde loket.. Ik zie Didi even later driftig morrelen aan het postzegelapparaat. Hij schijnt te denken dat het een flipperkast is.

Godelieve van Heteren, universitair docent medische geschiedenis aan de KV Nijmegen.

MEER DAN DE UREN

Joost Visser

Na een nachtdienst wegzakken in de trein, om daarna niet meer te kunnen slapen. Tegen twaalfen 's nachts thuis komen en de volgende ochtend om half zeven weer uit de veren. Plotseling invallen voor een collega terwijl je erop gerekend had vrij te zijn. Ploegdiensten in het ziekenhuis. Bèkaf werd ik ervan, zelfs in die luttele achttien maanden vervangende dienstplicht. Vijftien jaar later heeft het Werktijdenbesluit de scherpste kantjes eraf gehaald. Toch kan het beter, weet Adri de Vries - Griever, universitair docent arbeidspsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Voor het Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig kortweg NZi, ontwikkelde zij een methode van dienstroosterplanning waarin werkdruk en herstel met elkaar in evenwicht zijn.

Het is een cliché, maar ook die kunnen wáár zijn: Adri de Vries is een gedreven mens. 'Ik ben er echt heel enthousiast over', laat ze zich ontvallen, halverwege ons gesprek in haar werkkamer op het Groninger instituut. Het is een overbodige mededeling. Gehuld in nevels sigarettenrook legt zij twee uur lang met aanstekelijk plezier uit waarom het beter moet en, wat méér is, waarom het met de nodige inspanning ook beter kan. Het onderwerp houdt haar al jaren bezig. In opdracht van het ministerie van Sociale Zaken deed de Groninger vakgroep - vorig jaar in het nieuws door de start van een groot-scheeps onderzoek naar vermoeidheid - al in de vroege jaren tachtig onderzoek naar de gevolgen van werken op onregelmatige werktijden. De conclusie was duidelijk: als het invoeren van ploegdiensten al nodig is, maak het rooster dan zó dat klachten zoveel mogelijk worden voorkomen en mensen redelijk gezond jaren achtereen kunnen blijven werken.

De industrie trok zich die academische boodschap aan. In veel bedrijven werd de vijfploegdienst ingevoerd, waardoor het werk redelijk gelijkmatig over de dag kon worden verdeeld, met voldoende tijd voor ontspanning.

CHAOTISCH

De gezondheidszorg was zo ver nog niet. De dienstroosterplanning was chaotisch. In 1989 constateerden de Arbeidsinspectie en de toenmalige Geneeskundige Hoofdingespectie voor de Volksgezondheid zelfs dat bepalingen uit de Arbeidstijdenwet en het Werktijdenbesluit in veel roosters werden overtreden: verpleegkundigen draaiden te veel nachtdiensten achter elkaar, hadden te weinig rusttijd tussen twee dien-

sten, wisselden onregelmatig van diensten en zagen geplande vrije dagen weer ingetrokken. De Vries: 'Als de industrie kan werken met regelmatige roosters in vijfploegdienst, moet dat in de gezondheidszorg óók kunnen. De werkgevers in de zorg deelden die opvatting. Zo vonden het NZi en wij elkaar in een gemeenschappelijk project.'

Inmiddels is dat project - met de onuitsprekelijke naam WHAW: Werkdruk en Herstel bij Afwijkende Werktijden - afgesloten. Het resultaat is een dikke stapel rapporten, brochures en handleidingen waarmee instellingen zelf aan de slag kunnen om een passend rooster te maken. Wat is er nu zo nieuw aan de gekozen aanpak?

'Vroeger was de dienstroosterplanning een regeling van de tijdstippen waarop mensen wel en niet werken', begint De Vries. Een kort college arbeidspsychologie maakt vervolgens duidelijk waarom dat niet genoeg is. Elke taak kost een zekere mate van inspanning. Wie werkt, betaalt daarvoor in de vorm van vermoeidheid en spanningen. Ideaal gesproken is de tijd tussen de werkperiodes ruim genoeg om daar weer van te herstellen: 's avonds naar bed en 's morgens weer monter aan de arbeid. Op afwijkende werktijden - en vooral 's nachts - kost werken echter méér inspanning dan op gewone tijden. Bovendien slapen mensen overdag minder goed dan 's nachts. Het gevolg is een vicieuze cirkel van steeds meer inspanning en steeds minder herstel. Als dan ook nog de tijd ontbreekt voor een sigaretje tussendoor of een ommetje door de gang, gaat het goed mis. De Vries: 'Gechargeerd gezegd, word je zó moe van je werk dat ook een goed dienst-

rooster niet meer kan voldoen aan je behoefte aan herstel.'

WERKLASTPROFIEL

Het maken van een dienstrooster volgens de WHAW-methode is niet meer dan de bekroning van een periode van voorbereiding, waarin het werk zelf wordt gereorganiseerd. Die reorganisatie - benadrukt De Vries - is de taak van de verpleegkundigen van de afdeling zelf. Eerst leggen zij met elkaar vast welke taken op welke tijdstippen worden gedaan: het werklastprofiel. Niet iedere taak in de verpleging echter is even zwaar. Daarom deed de onderzoeksgroep een secundair onderzoek, waarin groepen verpleegkundigen alle verpleegkundige taken kregen voorged met de vraag ze op hun zwaarte te beoordelen. De Vries: 'Men blijkt het daarover meestal eens te zijn. Voor iedereen is het afleggen van een overleden patiënt het zwaarst en het achter je bureau invullen van een lijstje het minst zwaar.' Op grond van de resultaten van dat onderzoek zijn alle verpleegkundige taken nu ingedeeld in één van vijf 'zwaartegroepen'. Bij de tijd die nodig is voor de zwaarste taken mag 35 procent 'rusttijd' worden opgeteld, bij de lichtste 15 procent. Zo kan met behulp van een eenvoudig rekenmachientje het werklastprofiel van de afdeling worden omgezet in een werkdrukprofiel, waarin ook de tijd is meegeteld die nodig is voor herstel.

Met dat profiel kan de afdeling precies zien hoeveel mensen op de verschillende tijdstippen van de dag nodig zijn, zonder dat de werkdruk te hoog wordt. In de pilotstudie waarin de methode werd ontwikkeld, bleek dat nogal wat afdelingen van ziekenhuizen en verpleeghuizen 's ochtends een tekort hebben aan personeel. Later, als de patiënten zijn gewassen, het ontbijt is rondgebracht en de medicijnen zijn uitgezet, maar de dienst er nog niet opzit, is er gek genoeg - dikwijls personeel te veel. De Vries: 'Het mooiste is natuurlijk als je het werk zó over de dag kunt verspreiden, dat je op elk moment ongeveer evenveel mensen nodig hebt. Dat betekent dat je met elkaar moet bespreken of bijvoorbeeld het uitzetten van medicijnen niet wat later kan worden gedaan.'

BEDRIJFSBLIND

Het voorbeeld is simpel, maar het doorvoeren van dit soort veranderingen is moeilijker dan het lijkt: 'Mensen worden bedrijfsblind. Nogal wat dingen worden zó gedaan omdat ze nu eenmaal altijd zó gedaan zijn.'

Als een afdeling de werklast en werkdruk heeft vastgesteld en de taken zoveel mogelijk over de dag zijn verdeeld, komt het bestaande aanbod aan personeel aan de orde. Niet alleen wordt het aantal personeelsleden geteld, ook wordt gelet op de voorwaarden waaronder zij beschikbaar zijn. De één werkt part-time, een ander is wel op donderdag beschikbaar maar niet op vrijdag en zo heeft iedereen wel wat. Problemen worden nadrukkelijk gebracht als problemen van de hele afdeling, niet van het management of van een 'tegenstribbelende' collega. De Vries geeft een voorbeeld: 'Een afdeling besluit niet meer met gebroken diensten te werken. Maar Marietje wil niet anders, want tussen de middag moet haar kind van school gehaald. Dat is niet háár probleem, maar dat van de hele afdeling. In dit geval werd het opgelost doordat de echtgenoot van één van de collega's bereid bleek tussen de middag op het kind te passen.' Dergelijke problemen zijn tijdelijk, omdat de afdeling geen mensen meer zal aanstellen die gebroken diensten willen draaien. Dat is precies het mooie van de methode, vindt De Vries: 'Door al dat

voorwerk weet je hoe je personeelsbeleid moet zijn om toekomstige knelpunten te voorkomen.'

OMDENKEN

In een complexe organisatie als een ziekenhuis is de werkelijkheid vaak ingewikkelder, omdat er ook andere disciplines of afdelingen bij betrokken zijn. Op een afdeling voor hartbewaking, bijvoorbeeld, werd iedere ochtend tussen acht uur en half negen met de artsen overlegd. Voor de verpleging was dat juist de drukste tijd van de dag, maar de artsen wilden niet anders omdat hun spreekuur daar zo mooi op aansloot. Sinds jaar en dag - voorbeeld twee - moest de verpleging van een andere afdeling bloedmonsters naar het lab brengen. Er werd gemopperd: kon het lab die niet komen halen? Die deden immers 'toch niks!' Van zijn kant had het lab het uiteraard 'te druk' om de afdelingen langs te gaan.

Om dergelijke patstellingen te doorbreken, nodigt De Vries de afdeling uit het probleem ook eens door de bril van de ander te bekijken. In het eerste voorbeeld leidde het 'omdenken' - de Bommel term is van haarzelf - tot een ander tijdstip, dat ook voor de artsen aantoonbare voordelen had. In het tweede geval schakelden afdeling en lab samen de interne postbesteldienst van het ziekenhuis in. De Vries: 'Onze methode is een instrument voor de verandering van de hele organisatie van het ziekenhuis.'

Leidraad bij het uiteindelijk opstellen van een dienstrooster vormen de zestien criteria die naar aanleiding van eerder onderzoek werden geformuleerd (zie kader). 'Als je je daaraan houdt, krijg je een rooster dat in lichamelijk en sociaal opzicht zo gezond mogelijk is', zegt De Vries stellig. Volgens haar heeft vooral de 'werkvloer' baat bij de systematische aanpak van het roosterprobleem: 'Doordat er efficiënter wordt gewerkt, houden verpleegkundigen tijd over om patiënten psychosociale zorg te bieden. Bovendien voelt men zich fitter en energieker. En tenslotte is ook het sociale leven regelmatig. Van je vaste bijtavond hoeft je er maar één op de zes te missen. Dat weet je ruim van tevoren, en de instelling garandeert dat je die andere avonden ook werkelijk vrij hebt.' Toch ligt het belangrijkste voordeel nog wat verder. 'Verpleegkundigen hebben maanden met elkaar nagedacht over de organisatie van het werk. Zij hebben de problemen leren kennen en weten dat ze die zelf kunnen oplossen. Ze voelen zich voor vol aangezien. Dat is heel wat anders dan het gebruikelijke gekanker in de spelkeuken van: "ze" doen maar dit en "ze" doen maar dat!'

Instellingen die volgens de WHA W-methode willen gaan roosteren, moeten daar wel wat voor over hebben. Inclusief de voorbereidingstijd duurt het ontwerpen en invoeren van een nieuw rooster minstens anderhalf jaar. De methode kost ook geld, bijvoorbeeld voor het in dienst houden van een reservebestand om eenmaal vastgelegde vrije dagen van het personeel te kunnen garanderen. Belangrijker nog is dat het management bereid moet zijn althans iets van zijn macht naar de afdelingen te delegeren. Maar de instelling krijgt er ook iets voor terug, meent de Vries: 'Kwaliteit van de arbeid is de belangrijkste determinant van de kwaliteit van zorg. Met slecht gemotiveerd, vermoeid en onverschillig personeel krijg je slechte kwaliteit van zorg. En omgekeerd.' Kennelijk slaat die boodschap aan. Want inmiddels zijn zeven verpleeghuizen, vier algemene en twee psychiatrische ziekenhuizen bezig met de introductie van de methode of met de voorbereidingen daarop.

Joost Visser is redacteur van TGP.

Criteria voor gezondheid en welzijn (RUG/NZi):

1. vermindering van het aantal nachtdiensten
2. beperkt aantal gelijksoortige diensten achter elkaar
3. na iedere nachtdienstperiode minimaal 36 uren vrij
4. gegarandeerde hersteltijd van tenminste 12 uren per 24 uren
5. voorwaartse rotatie (eerst vroege diensten, dan late diensten en dan nachtdiensten - niet andersom)
6. niet beginnen met een nachtdienstperiode
7. vroege dienst niet beginnen voor 7 uur
8. beperking van de lengte van de dienstenreeks
9. overlap van diensten
10. zoveel mogelijk besteedbare vrije tijd in de weekeinden
11. zoveel mogelijk vaste doordeweekse avonden vrij
12. zoveel mogelijk maaltijden in gezinsverband
13. zoveel mogelijk regelmatigheid in het rooster
14. flexibele dienstduur
15. flexibele aanvangstijden
16. meerdere roostervormen naast elkaar.

IS GEDEELDE ZORG BETER?

Conny Bellemakers

Afstemming, flexibiliteit, en continuïteit zijn in de gezondheidszorg termen waar je mee kunt scoren. De commissie Biesheuvel heeft in zijn advies Gedeelde zorg, betere zorg over de modernisering van de curatieve zorg in Nederland aan deze begrippen veel aandacht gewijd en ze bijeengebracht in een pleidooi voor transmurale zorg. De adviezen van de commissie Biesheuvel zijn grotendeels overgenomen door de overheid. Voor hulpverleners hebben 'afstemming', 'flexibilisering' en 'continuïteit' toch een andere betekenis dan voor vaste klanten van de zorg. Conny Bellemakers is cliënt-deskundige en zet haar vraagtekens bij de plannen uit het rapport Biesheuvel.

Ons denken over het gezondheidszorgstelsel wordt primair gevoed door onze visie op leven met chronische aandoeningen en de plaats die zorg daarbinnen inneemt. In ons leven vervullen we behalve de rol van chronische patiënt ook allerlei andere rollen; tegelijkertijd zijn we ouder, opvoeder, zorgverlener, vriendin, student, werknemer, werkgever of vrijwilliger. En wat voor vrijwel iedereen geldt, geldt ook voor ons: een netwerk van naasten, vrienden en kennissen staat ons bij en ondersteunt ons bij het vervullen van die rollen. Familiaal delen wij elkaars zorgen.

Dit netwerk wordt in veel situaties aangevuld met professionele hulpverleners. Die komen uit alle windrichtingen: uit de groepspraktijk om de hoek, uit de thuiszorg, de RIAGG of het regionale ziekenhuis tien kilometer verderop, het academische bolwerk in de volgende provincie, de GGD, de vrijwilligerscentrale of de revalidatieleverancier van de gemeente. Allen delen ze mee in de zorg.

'Gedeelde zorg, betere zorg' geldt natuurlijk ook voor onze collega-lotgenoten. Wij hebben elkaar hard nodig. Via lotgenotencontact, peercounseling en via ons netwerk cliëntdeskundigen wisselen wij ervaringen, theorieën en strategieën uit en bieden wij elkaar morele en praktische steun.

LEVENSKUZELEN

In het algemeen stellen wij, chronische klanten, ons op het standpunt dat zorg dient aan te sluiten bij de levenskeuzen die we gaandeweg maken. Deze keuzen bepalen uiteindelijk onze zorgbehoefte. Zorg die aansluit bij deze keuzen is doeltreffend en doelmatig omdat die zorg onze creatieve, emotionele, intellectuele en fysieke vermogens maximaal activeert. Die zorg haalt eenvoud-

digweg het beste uit ons tevoorschijn. Helaas wordt deze visie op zorg niet alom gedeeld.

Zorgverleners, beleidmakers en onderzoekers reduceren ons vaak tot zorg-object. Ze plaatsen ons daarmee in een soort bestaansvacuüm. Ons leven, de keuzes die wij erin gemaakt hebben, de rollen die wij vervullen doen er dan niet toe. Men kent ons slechts één identiteit, toe: die van patiënt. Niet de patiënt in de rol die wij zelf graag zien - als zelfstandig denkend en handelend mens, als eerste deskundige in eigen lijf en leven, als partner in eigen hulpverlening -, maar in de rol van object, een ding, waarover professionele hulpverleners kunnen beschikken, dat zij kunnen leiden langs door hun uitgestippelde paden.

Ook de commissie Biesheuvel heeft zo'n fraaie route voor ons uitgestippeld. Het pad heet 'transmurale zorg'. Patiënten moeten zo lang mogelijk buiten het ziekenhuis worden gehouden, dan wel zo snel mogelijk het ziekenhuis verlaten als ze daar terecht komen. De commissie heeft verschillende aanbevelingen gedaan om transmurale zorg te realiseren en inmiddels zijn de meeste daarvan door minister Borst verheven tot kabinetsbeleid.

DE AANBEVELINGEN

- Zorginstellingen moeten uit hun budget meer middelen vrijmaken om transmurale te kunnen werken.
- Specialisten moeten hun vrije vestiging opgeven en integreren in het ziekenhuisbedrijf.
- De rol van huisartsen moet groter worden, ze moeten poortwachter zijn en de regie houden over patiënten die in de tweede lijn verblijven.
- Naast (bestaande) standaarden en protocollen voor de huisartsen en specialistenzorg moeten ook standaarden en protocollen komen die grensoverschrijdend werken voor nieuwe samenwerkingsverbanden.

De belangrijkste boodschap van de commissie Biesheuvel is dat specialisten en huisartsen meer moeten delen in elkaars zorg. Zij kunnen daarbij ondersteund worden door gespecialiseerde verpleegkundigen. Betere zorg is volgens de commissie Biesheuvel: zorg die door professionals in de cure-business gedeeld wordt.

Wat vinden we als cliëntdeskundige van deze boodschap?

Patiëntenorganisaties pleiten al jaren voor meer afstemming en flexibiliteit in de zorg. Ze gaan uit van het principe dat zorg dient aan te sluiten bij de unieke leefsituatie van de (chronische) patiënt en de keuzen die hij daarin maakt. Deze invalshoek is niet terug te vinden in het rapport. De commissie baseert haar transmurale pleidooi nagenoeg volledig op economische en technisch-organisatorische overwegingen. Alles draait om kosten en volumebeheersing.

Cliënt-deskundigen vormen een nieuwe functie in de gezondheidszorg. Het zijn praktizerende, vaste klanten van de gezondheidszorg die tevens werkzaam zijn in de sector. Ze houden zich primair bezig met zaken die alle chronisch zieken aangaan. Cliënt-deskundigen opereren dwars door alle hokjes, vakjes en organisaties van de gezondheidszorg, ook dwars door het onderscheid tussen psychisch en somatisch.

Cliëntdeskundigen houden zich niet bezig met categoriale belangenbehartiging. Cliëntdeskundigen zijn ondermeer werkzaam bij zorgverzekeraars, zorginstellingen, onderwijsinstellingen en als zelfstandig adviseur.

Het is jammer dat er geen cliëntdeskundigen deel uit gemaakt hebben van de commissie. Ik stel dat het rendement van de voorstellen verhoogd zou zijn wanneer in de commissie wel inbreng van cliëntdeskundigen was geweest.. We hadden namelijk ieder voornemen kunnen toetsen aan ervaren zorgbehoefte en het perspectief van de vaste klant.. Zorg die daar niet bij aansluit, helpt namelijk niet. Klanten zullen dan noodgedwongen elders naar de zorg gaan zoeken die ze nodig achten. Zo wordt gedeelde zorg uiteindelijk duurder. Onze kennis van de alledaagse zorgpraktijk was de commissie stellig van pas gekomen. We hebben namelijk in een vroeg stadium van onze patiëntencarrière geleerd om over de

Chronische klanten zitten niet te wachten op een verticale uitbreiding van het hulpverlenerspeleton.

grenzen van de verschillende zorgsectoren heen te kijken. Inherent aan het chronisch zorg-vragen is dat men gaandeweg een schat aan kennis, vaardigheden en inzichten opdoet over eigen lijf en leven, over de zorg die nodig is en die men krijgt.. De verbinding van die kennis levert meerwaarde op. Deze deskundigheid is andersoortig dan de professionele deskundigheid, maar even belangrijk. Het nadenken over chronische zorgpraktijken zou gebaseerd moeten zijn op een combinatie van deze deskundigheden.

Hoewel Biesheuvel ons flexibiliteit, continuïteit en afstemming belooft, baart het uitgestippelde traject dus zorgen. Want deze drie termen betekenen voor chronisch zieken in wezen iets anders. Er zijn een aantal spanningsvelden.

LOKATIE

Het eerste is het feit dat de commissie er zonder meer vanuit gaat dat mensen zo lang en zo veel als mogelijk thuis verzorgd en behandeld willen worden. Wij stellen echter onze persoonlijke netwerken centraal, in de zorg, maar ook in de besluitvorming. Naar aanlei-

ding daarvan bepalen we van tijd tot tijd de lokatie waar de zorg het beste verleend kan worden. Een chronische ziekte verloopt met onvoorspelbare pieken en dalen. Soms is het handig om thuis te zijn en soms is het prettig om een bepaalde behandeling in het ziekenhuis te ontvangen omdat deze voor het thuisfront een te hoge belasting vormt.. Soms wil je voorkomen dat je eigen huis in een ziekenhuis verandert, door high tech-apparatuur met alarmpiepers en bijbehorende regels. Soms wil je elders zorg ontvangen om te kunnen bijkomen van je rollen als zorgcoördinator, crisismanager, voorlichter etcetera - chronisch ziek zijn is vaak een full time job. De lokatie van zorg is voor een chronisch zieke geen uitgangspunt, maar resultaat van een individuele, tijdelijke afweging.

VERTICAAL

Een tweede spanningsveld ligt in de wijze waarop de commissie Biesheuvel de curatieve zorgketen wil stroomlijnen. De commissie kijkt vooral naar de 'verticale problematiek'. Transmuraal werkende medische en verpleegkundige zorgverleners moeten voor onderlinge afstemming zorgen. Concreet kan dit betekenen dat gespecialiseerde verpleegkundigen ingezet worden om medisch technische taken van huisartsen en specialisten over te nemen. Chronische klanten zitten echter helemaal niet te wachten op een dergelijke verticale uitbreiding van het hulpverlenerspeleton. In afgelopen jaren kregen chronisch zieken te maken met 'nieuwe' hulpverleners als zorgconsulenten, case-managers en WVG-functionarissen. Ook kregen we te maken met nieuwe opvattingen over arbeidsdeling bij -gefuseerde- thuiszorgorganisaties. Die kwam er kort gezegd op neer dat van integrale hulp door één hulpverlener werd overgegaan naar versplinterde hulp door meerdere hulpverleners. Dergelijke werkafspraken leveren veel stress op bij vaste klanten en kosten hen veel tijd en energie. Het is niet te hopen dat zich een zelfde proces af gaat spelen bij de transmuralisering van zorg. Chronisch zieken zelf zijn druk in de weer bij het stimuleren van horizontale afspraken tussen de verschillende behandelende specialisten, tussen cure en care-werkers in één en dezelfde instelling en tussen hulpverleners in de zorg-, publieke en sociale zekerheidssector. In dit opzicht bewijzen een aantal gespecialiseerde verpleegkundigen, (vroeger noemde men ze districts- of stafverpleegkundigen) ons een grote dienst..

Wanneer de vraag van de patiënt dat noodzakelijk maakt, functioneren zij zowel in horizontale teams als op 'transmuraal niveau' en zelfs intersectoraal..

PROTOCOLLEN

Het pleidooi van de commissie voor meer protocollen en standaarden is een derde spanningsveld. Het is gunstig dat patiënten meer inzicht krijgen in de inhoud van de zorg die een professionele hulpverlener behoort te verstrekken. Ook is het goed dat professionals onderling weten wat ze van elkaar mogen verwachten. Standaarden en protocollen dragen daartoe bij.

Het probleem is echter dat mensen niet allemaal gelijk zijn aan elkaar; en ieder ziekteverloop al helemaal niet.. Ieder ziekteproces is uniek. Leven met een chronische aandoening betekent daarom juist per definitie: leven met onzekerheid en onvoorspelbaarheid. De zorgvraag is hiervan een afspiegeling. Standaarden homogeniseren en bureaucratiseren? Dat gaat gegarandeerd ten koste van de flexibiliteit. Zorgverleners houden beperkte behandelingsmogelijkheden over, zorgvragers resten weinig keuzemogelijkheden. Onze leefwereld mag niet dichtgetimmerd worden door al deze regelgeving.

Soms wil je voorkomen dat je eigen huis in een ziekenhuis verandert..

Gedeelde zorg is betere zorg wanneer van begin tot eind en op alle niveaus de relatie zorgvrager-zorgverlener centraal staat.. Deze relatie is de spil in het hele zorgsysteem. Zorgverleners en zorgvragers zouden continu in gesprek moeten zijn over hun wederzijdse behoeften en vragen mogelijkheden en onmogelijkheden. Over taak- en rolverdelingen, over ervaren problemen en bedachte oplossingen. Dit spontane, ad-hoc overleg, mits vaak herhaald, is de eerste en voornaamste stap naar meer flexibiliteit, continuïteit, en afstemming in de zorg.

Conny Bellemakers is cliënt-deskundige en werkzaam bij de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht.

IN OVERPEINZINGEN

Brief uit Boedapest. Op het Hongaarse ministerie van Volksgezondheid is westeuropese expertise ingezet om na decennia verstarring en enkele jaren tumuli de eerstelijns gezondheidszorg te vernieuwen. Hans Koenis, organisatie-adviseur bij Mede te Houten en op persoonlijke titel in TGP, schrijft in zijn zesde brief over prettige mensen en aardige resultaten.

Het eerste jaar in Hongarije zit erop en dat geeft aanleiding tot overpeinzingen. Over vragen als: wat hebben we tot nu toe gerealiseerd, wat schiet de Hongaarse gezondheidszorg op met dit soort projecten, wat zijn de belangrijkste belemmeringen bij het invoeren van vernieuwingen in het Hongaarse gezondheidszorgsysteem? En ook niet onbelangrijk: is het eigenlijk wel leuk, zo'n project?

Om met het laatste te beginnen, ja, ik vind het nog steeds leuk. De meeste Hongaren die ik in verband met het project tegenkom zijn humoristisch, relativiserend, inspirerend, emotioneel en betrokken. Niet de zeurpieten en klaagzangers dus waarvoor dit volk vaak gehouden wordt. Dat neemt niet weg dat ze een zekere opportunistische inslag hebben, maar dat kun je ze, gezien de economische, politieke en sociale omstandigheden niet echt kwalijk nemen.

In het project wordt hard onderhandeld en stevig gediscussieerd, vaak met forse stemverheffing. Maar ook wordt er heel veel gelachen – nog het meest om de onvoorstelbare bureaucratische procedures binnen het ministerie, waar voor de aanschaf van een nietmachine de handtekening van de directeur-generaal vereist is. Sommige grappen zijn terug te voeren op het recente verleden. Zo merkte een Hongaarse gezondheidszorgexpert op dat we steeds wanneer we denken afgeluisterd te worden 'vooral duidelijk moeten spreken uit beleefdheid voor de arme ambtenaar die daar de hele dag mee bezig is.'

Vrijwel iedere activiteit van enige omvang in het kader van PHARE (Poland and Hungary Assistance in Restructuring Economy) moet apart aanbesteed worden via het schrijven van programma's van eisen, livijge tender-dossiers, evaluatiecommissies etcetera. Er zijn Hongaren die zeggen dat de ingewikkelde PHARE-procedures alleen maar dienen om te verbloemen dat de tien miljoen ECU (ruim twintig miljoen gulden) van het totale eerstelijnsprogramma amper voldoende zijn om een paar kilometer autosnelweg aan te leggen. In één adem wordt dan verwezen naar de Marshall-hulp die West-Europa na de Tweede Wereldoorlog ontving, en wordt opgemerkt dat Oost-Europa nu in plaats van geld westerse adviseurs krijgt die komen uitleggen hoe ze van alles en nog wat moeten veranderen.

Het juiste antwoord op deze klachten is natuurlijk dat 'maar' vijftien procent van de begroting opgaat aan adviseurskosten, dat de regels van PHARE in vergelijking met andere hulpprogramma's best wel redelijk zijn en dat de inhoud en opzet van het programma door de Hongaarse regering zelf zijn voorgesteld. Maar dat is alweer drie jaar geleden door de vorige (MDF-)regering gedaan, en drie jaar is lang, zeker in de huidige roerige tijden van 'transitie'.

De gedachte achter het hele programma is om een aantal plaatselijke of regionale voorbeeldprojecten en organisaties te ondersteunen die op den duur kunnen bijdragen aan een structurele verandering in de gezondheidszorg. Maar een dergelijke *bottom-up*-benadering strookt nog niet erg met de oude vormen en gedachten die nog volop in de hoofden van de mensen aanwezig zijn – zeker bij de centrale overheid en

zelfs op ons ministerie. En dat leidt regelmatig tot botsingen.

Het invoeren van vernieuwingen is in West-Europese landen al niet eenvoudig; in Hongarije, en volgens PHARE-regels, is het een nog lastiger verhaal. Het lijkt er soms op dat de Hongaarse bureaucratie en die van de Europese Unie eendrachtig samenwerken in het belemmeren van voortgang; de onderlinge gesprekken van adviseurs gaan meestal over het gevoel niet aan het echte advieswerk toe te komen omdat zoveel tijd heengaat met het door de procedures loodsen van op zichzelf best goede ideeën. Tegen de tijd dat er echt inhoudelijk geadviseerd kan worden zit het langdurig verblijf er vrijwel op en is er alleen nog maar tijd voor een paar korte bezoekjes.

Er is natuurlijk wel van alles gebeurd in het afgelopen jaar. De stadtreizen bijvoorbeeld. Meer dan dertig Hongaarse hulpverleners, beleidsmakers en politici hebben met eigen ogen kunnen zien hoe in een drietal West-Europese landen de eerste lijn werkt, welke problemen daar zijn en hoe aan oplossingen wordt gewerkt. De resultaten van die reizen hebben geleid tot een aantal beleidsopties die nu worden uitgewerkt in werkgroepen. En hoewel de contacten tussen het PHARE-programma en het ministerie niet echt heel direct waren, blijken deze opties en die van het ministerie zo met elkaar in de pas te lopen dat het ministerie heeft laten weten bijzonder geïnteresseerd te zijn in de adviezen die door deze werkgroepen zullen worden opgesteld.

Onlangs verscheen ook het eerste nummer van *Alapellátási Hírlevél*, oftewel het Eerstelijnsbulletin, bestemd om de communicatie tussen de verschillende belanghebbende partijen in de Hongaarse gezondheidszorg te verbeteren. De reacties beloven veel goeds voor de toekomst.

En sinds een paar dagen worden we bedolven onder meer dan zeventien voorstellen voor innovatieprojecten uit het hele land waarvan er in de eerste ronde misschien vijftig gefinancierd kunnen worden uit het *Phare Innovation Fund*. Gezien de ervaringen in andere projecten houden we er rekening mee dat ongeveer de helft hiervan netjes opgetuigde verzoeken zijn om *high tech* apparatuur aan te kunnen schaffen, zoals mobiele telefoons, elektronische laboratoria, computers en faxapparatuur waarvan het nut voor innovatie van de eerstelijns zorg twijfelachtig is. Het beoordelen van deze stortvloed aan voorstellen wordt het werk van een twintigkoppige evaluatiecommissie, die daarmee toch wel een maand zoet zal zijn.

Maar een belangrijker resultaat van het project vind ik eigenlijk toch dat nu al meer dan een half jaar een grote groep Hongaarse gezondheidszorgexperts, verpleegkundigen, artsen, ambtenaren en politici, die zowel het 'veld' als het 'beleid' vertegenwoordigen, met elkaar in debat is over de toekomst van de eerste lijn. In een land waar echte discussies jarenlang alleen plaats leken te kunnen vinden tijdens weekendochten in de heuvels van Boeda, ver weg van bureaucratistische controle, is dat een belangrijke stap vooruit.

Hans Koenis

DE MORAAAL VAN HET ZORGPRODUKT

Martien Pijnenburg

'Productiecijfers', 'oneenlijke concurrentie', 'misbruik van gemeenschaps-gelden', 'afbraak van de solidariteit'. Dit soort uitdrukkingen kom je tegenwoordig in de zorgsector tegen. De verzakelijking rukt op, ook thuiszorg wordt handel.

Uit de felle reacties op de commercialisering mag je opmaken, dat veel mensen niet inzien hoe zakelijkheid en zorg samen kunnen gaan zonder de inhoud aan te tasten. Het lijkt dat verzakelijking voornamelijk leidt tot veel gereken. En dat er in de verzakelijking iets wezenlijks verloren gaat. Dat hoeft niet, betoogt schrijver dezes, als wij de zorg gaan zien als een relatie, met bijbehorende morele waarde.

Het artikel schetst eerst enkele achtergronden van de opkomst van de verzakelijking, een begrip dat kritisch onder de loep wordt genomen. Dan komt aan bod wat zorg nu is en tot slot wordt de praktische toepasbaarheid van het antwoord op voorgaande vragen verkend. Daarbij wordt de reguliere thuiszorg afgezet tegen de particuliere variant.

ECONOMIE

Verzakelijking van de gezondheidszorg wil zeggen dat het geven, het ontvangen en de financiering van zorg steeds meer geplaatst worden in een economische en bedrijfsmatige context. Gezondheidszorg wordt gezien als een markt van vraag en aanbod. Patiënten worden cliënten of consumenten. Ziekenhuizen heten zorgondernemingen, ziekenhuisdirecteuren zorgondernemers. Het jargon dat past bij een productiebedrijf wordt in de gezondheidszorg overgenomen. Zorg wordt een produkt, dat effectief moet zijn, tegen een zo gunstig mogelijk prijs-kwaliteit ver-

Op de eerste plaats kan verzakelijking worden gezien als een reactie op een steeds verder uitdijende gezondheidszorg. Er moest bezuinigd worden, de kosten moesten worden beheerst. In 1960 werd nog maar 3,9% van ons Bruto Nationaal Produkt besteed aan zorg, in 1990 was dat 8%, circa 60 miljard gulden. Aan die groei ligt een complex van factoren ten grondslag, zoals een wildgroei aan voorzieningen, die mogelijk werd door het toen nog bestaande systeem van open-eind financiering: elke verrichting werd vergoed. Het antwoord van de overheid daarop was budgettering: er werd een plafond gesteld aan de uitgaven. De groei voltrok zich bovendien onevenwichtig en veel voorzieningen waren nauwelijks getoetst op hun doelmatigheid. Het resultaat was een oncontroleerbare zorgsector waarin een hoop geld werd verspild aan zorg die met de eigenlijke zorg behoefte te niet zoveel meer te maken had.

ONEERLIJK

Afgezien van het feit dat dit leidde tot een in economisch opzicht ongezonde situatie, bracht het in moreel opzicht onrechtvaardigheden met zich mee. Want zorg die teveel aan de één wordt gegeven, gaat ten nadele van een ander. Eén van de motieven achter allerlei economische maatregelen was, expliciet, dat zorg toegankelijk en beschikbaar moest blijven voor iedereen, en met name voor de meest kwetsbare groepen.

Het instrument waarnaar werd gegrepen om doelmatigheid te bevorderen en verspilling tegen te gaan, heette marktwerking. Op zich begrijpelijk: de gezondheidszorg kost immers veel geld, vormt één van de grootste werkgevers van het

land, en is onderhevig aan bedrijfseconomische wetmatigheden. Dat maakt het begrijpelijk dat aan de gezondheidszorg dezelfde eisen worden gesteld als aan andere organisaties waarin veel geld omgaat: eisen van efficiency, doelmatigheid, produktiviteit, kwaliteit, en ook concurrentie.

Het instrument van de markt werd in eerste instantie voorgesteld door Wisse Dekker (Philips), en is sindsdien in allerlei varianten gehanteerd en aangepast. En het heeft gewerkt: de relatieve groei ten opzichte van het Bruto Nationaal Produkt is eruit, ondoelmatigheid is sterk teruggedrongen en het kostenbewustzijn van zorgverleners en zorginstellingen is enorm gegroeid.

Er wordt nauwelijks nog getwijfeld aan de noodzaak de gezondheidszorg te zien als een bedrijf. Wel wordt de vraag steeds luider of je gezondheidszorg niet als meer moet beschouwen dan enkel bedrijf.

AUTONOME KLANTEN

De tweede reden er blij mee te zijn dat gezondheidszorg ook een markt van vraag en aanbod is, is dat mede daarom de benadering van patiënten in positieve zin is veranderd. De slogan 'klantvriendelijk' komt weliswaar uit de winkelsector, maar sluit aan bij de toegenomen aandacht voor de autonomie van patiënten. In onze cultuur hechten wij tegenwoordig veel waarde aan de bevoegdheid van mensen om zelf te beslissen over zaken die hen direct aangaan.

De ongelijkwaardigheid die vroeger gebaseerd was op de gedachte, dat de dokter of de zuster wel wisten wat goed voor je was, is belangrijk afgenomen. Wettelijk is dat verankerd in de WGBO. Dezelfde waarde van patiëntenautonomie speelt ook bij de zogenaamde zorgcontracten en het persoonsgebonden budget. Er wordt een beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen gezondheid en voor de mate waarin zij een beroep doen op de zorgsector.

Twee redenen dus om in te stemmen met een (meer) zakelijke benadering. Zakelijkheid in de zorg is nodig en doet

Er wordt nauwelijks nog getwijfeld aan de noodzaak om de gezondheidszorg te zien als een bedrijf.

houding en op maat van de klant.

Er zijn enkele belangrijke redenen waarom het op zichzelf goed is dat de gezondheidszorg in zo'n bedrijfseconomisch vaarwater terecht is gekomen.

bovendien terecht een beroep op de verantwoordelijkheid van mensen in de zorg, zowel zorgverleners als zorgvragers.

Maar er is ook kritiek. Dat we enkel nog over de kosten praten, dat zorg toch meer is dan een bedrijfsprodukt. Misschien is zakelijkheid wel een noodzakelijke voorwaarde voor een goede zorg, maar niet de enige.

KOOPDWANG

Kritiek op verzakelijking richt zich onder meer op het feit dat wie gezondheidszorg nodig heeft, de vrijheid ontbeert het aangeboden produkt niet te kopen. Hij of zij moet wel. Bovendien is er sprake van een beperkte keus: iemand die in Utrecht woont zal niet snel zijn zorg halen in Goes. Daarnaast kunnen veel mensen die zorg nodig hebben, niet of maar ten dele worden beschouwd als autonome consumenten. Tenslotte: de financieel zwakste partijen hebben vaak de meeste zorg nodig en hebben de minste keuzevrijheid.

Veel van deze punten van kritiek komen samen in een diepgevoelde bezorgdheid dat verzakelijking een fundamenteel principe van onze gezondheidszorg aantast: de eis van solidariteit. De Nederlandse gezondheidszorg wordt tot op heden gekenmerkt door een diepgewortelde solidariteit, met name met de zwakste groepen. Solidariteit vormt ook de basis van ons verzekeringsstelsel: de gezonden betalen mee voor de zieken, de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten.

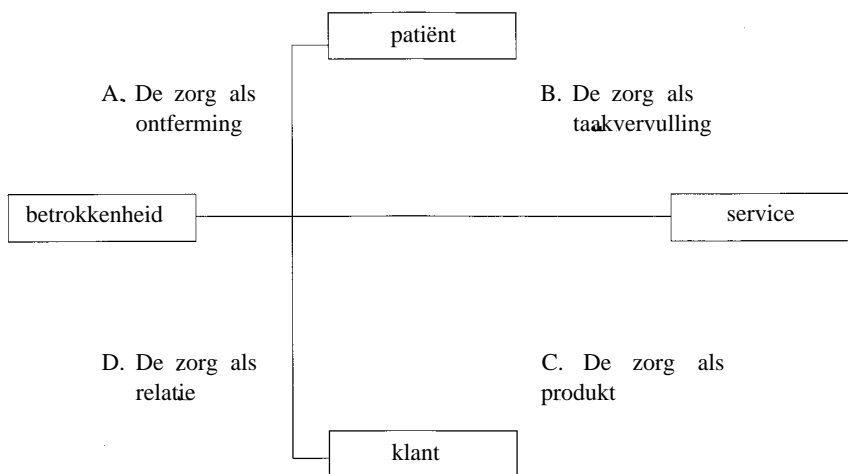
Het privatiserings-initiatief van Boerema werd indertijd fel bekritiseerd: hij zou willen verdienen aan de ziekte van een ander. Maar inmiddels telt Nederland verschillende privé-klinieken en andere commerciële initiatieven binnen de gezondheidszorg, waaronder ook particuliere bureaus voor thuiszorg.

Achter zulke initiatieven zit een cultuuromslag: waar vroeger vooral gedacht werd in termen van ~olidariteit, zorg, menselijkheid, dienstbaarheid, betrokkenheid en allerlei andere idealen, leidt verzakelijking tot een denken in termen van doelmatigheid, winst en verlies, nuttigheid, produktiviteit, rendement. Dan komen ook vragen op die

vroeger niet, of in geheel andere woorden werden gesteld: welke gezondheidswinst is te verwachten van de zorg aan een diep demente patiënt? Wat zijn de kosten en baten van dure behandelingen? Hoeveel geld is een mensenleven ons waard? In zulke vragen klinkt ook een angst door voor 'Amerikaanse toestanden': een tweedeling in de samenleving tussen mensen die goede zorg kunnen betalen, en mensen voor wie goede zorg financieel niet meer toegankelijk is.

BEKOMMERNIS

Mij dunkt dat we niet al te bang hoeven te zijn voor zo'n tweedeling. Op de eerste plaats zitten, zoals gezegd, solidariteit met de zwakkere groeperingen en een zekere onbaatzuchtige betrokkenheid op mensen die zorg nodig hebben diep geworteld in onze cultuur. Zorg als pure commercie wordt niet snel geaccepteerd, getuige de bekommernis om de zwakkeren die in alle rapporten en



beleidsvoornemens over beheersbaarheid van de zorg steeds expliciet wordt gemeld. Ten tweede kent ons gezondheidszorgsysteem een mate van toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg, die nagenoeg uniek is in de wereld. En ook dat willen we niet graag kwijt. Meer nog, verzakelijking kan mijns inziens helpen om solidariteit, ook op langere termijn te kunnen handhaven. Grensbewaking is echter een vereiste: je moet steeds weten tot hoever markdenken kan gaan, zonder de essentie van gezondheidszorg aan te tasten.

DE HOOFDLIJNEN

Wat verandert er in de aard van de zorg, als zij zuiver bedrijfseconomisch geproduceerd wordt? Zorg is iets wat we elke dag geven en krijgen, maar tegelijkertijd lastig te omschrijven is.

De laatste jaren krijgt deze vraag steeds meer aandacht. Er komt steeds meer literatuur beschikbaar over zorg en over zorgethiek. Voor een goed begrip heb ik getracht hieruit, enkele hoofdlijnen te distilleren in een schema. Een dergelijk schema heeft als voordeel dat het werken met typologieën helpt posities te verduidelijken, terwijl door haar onvolledigheid behulpzaam is de eigen visie te verhelderen, door namelijk bloot te leggen waar en waarom het schema niet klopt.

De patiënt is in letterlijke zin iemand die aan iets lijdt: ziekte, gebrekkigheid, tijdelijk of permanent onvermogen voor zichzelf te zorgen. Zijn lijden is zodanig dat hij hulp van anderen nodig heeft. Ten aanzien van degene die hem helpt, staat hij in een ongelijkwaardige relatie. De relatie tot degene die hem helpt is asymmetrisch. Hij is van de andere afhankelijk. Niet voor niets komen 'patiënt' en 'passief' beide van het latijnse werkwoord 'patio' = 'lijden'.

De klant is degene die iets koopt. Hij heeft iets nodig, legt daar geld voor neer en stelt eisen aan het produkt. De relatie tot de verkoper is in principe gelijkwaardig. In marketing termen: 'de patiënt komt met een hulpvraag naar de gezondheidszorg die hierdoor in staat wordt gesteld haar maatschappelijke functie te vervullen. In ruil daarvoor ontvangt de patiënt een

hulpaanbod om zijn ziekte te genezen, zijn problemen op te lossen, een behoefte te bevredigen' (1).

Service is te zien als dienst in de vorm van een verrichting. De hulpverlener verricht een bepaalde taak. De dienst kan variëren van een bepaalde technische verrichting tot begeleiding in bijvoorbeeld rouwverwerking. De verrichting staat los van degene die de dienst levert, iedereen met de benodigde know kan van dienst zijn.

Betrokkenheid, tot slot, duidt op een relatie die er is of die ontstaat tussen degene die zorg nodig heeft, en degene die zorg geeft. De laatste treedt binnen in de privésfeer van mensen, afhankelijk van de zorgvraag soms zeer terloops en oppervlakkig, dan weer zeer diep en intensief.

De assen in het schema leggen twee dimensies bloot. De verticale as verwijst naar degene die zorg ontvangt. De rol waarin hij dat doet kan uiteenlopen van -onafhankelijke- consument tot -afhankelijke-patiënt. De horizontale as verwijst naar de wijze waarop door de zorgverlener zorg wordt aangeboden. Hier bevindt zich op de ene pool een mate van een grote persoonlijke betrokkenheid, en op de andere pool een onpersoonlijke service-verlening. Tussen de uitersten van de polen van beide assen bevinden zich uiteraard allerlei schakeringen. Het wezen van de feitelijk gegeven zorg wordt bepaald door de wijze waarop de verschillende assen elkaar kruisen. Er ontstaan dan vier typologieën of modellen van zorg.

A. Ontferming.

In dit model is de zorggever zeer be-
gaan met het lot van de zorgontvanger. De zorgbehoefte van de patiënt wordt ervaren als een appèl tot het geven van zorg. Voor de zorgvrager verschijnt de patiënt als hulpbehoevend, kwetsbaar, afhankelijk: hij is object van zorg en van de zorgzaamheid van de zorggever. Zorg als ontferming past in het beeld van helpen als roeping, als vorm van caritas. De patiënt is passief en wordt gezicht zich toe te vertrouwen aan de zich over hem ontfermende dokter, zuster of broeder.

B. Taakvervulling.

In dit model staat centraal datgene wat de zorgverlener doet en niet wie de zorgverlener is of de motivatie waarom hij het doet. Er worden taken verricht naargelang de behoeften van de patiënt, maar waarbij de patiënt nog steeds de lijdende partij is. Het soort zorg dat hij nodig heeft, wordt bepaald door de zorggever. Het verschil met het vorige model zit hem hierin, dat door de nadruk op de service die de zorgverlener geeft, deze service ook getoetst kan worden en aan eisen van vakbekwaamheid gebonden. Tegelijk blijft de zorgverlener als persoon buiten beeld: hij verschijnt als een functionaris binnen een dienstverlenende organisatie en is inwisselbaar met andere functionarissen. Het type zorg dat het meest beantwoordt aan dit model is dat van de functionele of taakgerichte verpleging: de hoofdzuster op de afdeling verdeelt 's morgens de taken.

C. Produkt.

In dit model wordt de zorgvrager de actieve partij: hij koopt zorg in de vorm van een dienst. Het eenrichtingverkeer

dat beide vorige modellen kenmerkt, verandert nu in een tweerichtingsverkeer. De klant praat mee. En dat stelt eisen aan het produkt. In de eerste plaats moet het klantvriendelijk zijn. Dat betekent enerzijds zorg op maat van de behoeften, anderzijds zorg gegeven op een manier die de klant als prettig ervaart.

Het gegeven dat zorg gekocht en verkocht wordt, vereist bovendien dat zij in economisch en bedrijfsmatig opzicht correct is, namelijk efficiënt en doelmatig verleend. Ook hier zijn de zorgverleners onderling inwisselbaar, zolang het produkt van dezelfde kwaliteit is. De grens aan inwisselbaarheid wordt bovendien gesteld door de wensen van de klant: als die steeds dezelfde zorgverlener wenst, dan kan dat. De klant is tenslotte koning.

D. Relatie.

Ook in dit model is de klant koning, maar de zorgverlener oriënteert zich niet louter op door de klant geuite wensen en behoeften, maar in meer algemene zin op zijn eigen inschatting van het wel en wee van de klant. Omgekeerd zoekt in dit model de klant niet zozeer een gekwalificeerd dienstverlener, maar eerst en vooral iemand aan wie hij zich kan toevertrouwen. En dit laatste wordt des te wezenlijker in de mate dat de behoefte aan zorg dieper ingrijpt in zijn privéleven. De verhouding tussen zorgvrager en zorggever is voor wat betreft de specifieke zorgaspecten asymmetrisch: de zorgvrager heeft iets nodig van de zorgverlener. Maar tegelijk biedt dit model de mogelijkheid de zorgsituatie te definiëren als een ontmoeting tussen twee mensen, waarvan ook de zorgverlener veel kan leren op basis van wederkerigheid.

MODEL UITZOEKEN

De hamvraag is nu welk zorgmodel het meest beantwoordt aan de visie op zorg zoals die leeft onder zorgverleners.

Ontferming is wat ouderwets. De stakingen van verpleegkundigen van enkele jaren terug hebben duidelijk gemaakt dat zorg geen roeping meer is, maar een professioneel beroep. De idee van zelfopoffering in dienst van de zieke heeft plaats gemaakt voor gerechtvaardigde eisen t.a.v. werkdruk en salaris. De relatie tot de patiënt is ook gewijzigd: terwijl model A sterk paternalistische trekken vertoont, sluiten veel zorgverleners zich aan bij het hedendaagse benadrukken van patiëntenautonomie. De conclusie kan dus luiden, dat model A

grotendeels achter ons ligt.

Grotendeels, want iets ervan resteert: het besef dat patiëntenautonomie bestaat in maten en soorten en dat het een illusie is te menen dat elke patiënt op elk moment voor zichzelf de juiste beslissingen tveet te nemen en precies weet wat goed is. Mensen zijn soms ook ronduit, kwetsbaar en kunnen dan gediend zijn met iemand die zich op dat moment over hen ontfermt.

Ook het model van zorg als taak lijkt op het eerste gezicht verouderd: hebben we immers functionele of taakgerichte verpleging juist niet vervangen door systemen van geïntegreerde verpleging? Ja, maar toch steekt het op andere manieren weer de kop op. In navolging van de Amerikaanse filosoof Joan Tronto onderscheidt Manschot twee kenmerken van zorg: het directe zorg geven ('care giving') en het zorg dragen voor ('taking care of').

'Zorg dragen voor' betreft het oordeel of er iets gedaan moet worden. Dit oordeel wordt in de moderne gezondheidszorg steeds meer verzelfstandigd en losgemaakt van het concrete zorgen zelf. Het komt in handen van leidinggevende functies, managers. Maar daarvoor ontstaat er een kloof tussen leidinggevend die zorgbehoefte definiëren en de zorgplannen opstellen, en degenen die de zorg geven en met de echte zorgbehoefte in aanraking komen. Dat leidt in sommige gevallen tot frustraties van de zorgverleners, omdat ze een zorg moeten geven die niet goed beantwoordt aan de behoeften van de patiënt zoals zij die ervaren. Die frustratie wordt bovendien versterkt door het feit dat maatschappelijk gezien hun werk nog eens lager wordt gewaardeerd dan het leidinggeven, het managen van de zorg.

Kortom: model B sluit niet aan bij wat hulpverleners zelf ervaren als wezenlijk voor de zorg en gaat te makkelijk voorbij aan reëel bestaande behoeften.

Met model C, zorg als produkt raken we in een bedrijfseconomische context. Een produkt moet aan eisen van kwaliteit voldoen, moet klantvriendelijk worden geleverd en dient bedrijfseconomisch verantwoord te zijn. In extreme zin is er geen verschil tussen het produceren en verkopen van auto's en het ontwikkelen en uitvoeren van een op de klant gericht zorgpakket.

Het model C past in een tijd van economisering en consumentenmoraal. Ik heb eerder al gezegd dat een zakelijke benadering van de gezondheidszorg nood-

zakelijk is. Ook de andere voordelen zijn reeds genoemd. Echter, er kleven ook grote bezwaren aan.

Dat gezondheidszorg te benaderen en te leiden is als een bedrijf, en dat dat ook tot op zekere hoogte noodzakelijk en nuttig is, wil niet zeggen dat gezondheidszorg volledig te beschouwen is als een bedrijf. Op een aantal punten onderscheidt de zorgsector zich fundamenteel van een economische markt. Zo zijn er grote categorieën 'klanten', die niet en nooit in staat zullen zijn zich als kritische consumenten van zorgproducten te gedragen.

Het tweede grote bezwaar is dat veel zorgverleners de zorg die zij zelf leveren als meer ervaren dan louter service of produkt. Het relatief veel voorkomende verschijnsel van bumed-out ontstaat precies hier: zorgverleners raken betrokken bij patiënten, signaleren hun behoeften, bijvoorbeeld aan een gesprek, maar komen daar door werkdruk en door eisen van produktiviteit en efficiëntie niet of onvoldoende aan toe.

Zorg is, zo concludeer ik, veel meer dan een produkt, een service: het hart van de zorg is betrokkenheid

Zorg is een **relatie**. Naar mijn vaste overtuiging benadert dit model het beste wat de doorsnee zorgverlener zou aanduiden met zorg. Dit model dekt deels de ervaring van betrokken-zijn die veel zorgverleners hebben, deels ook bevat het een morele norm. Betrokkenheid wordt gezien als een morele waarde en als het kenmerk bij uitstek van goed zorgverlenen. Een zorgverlener die technisch vakbekwaam is, maar als mens tegenover de zorgvrager te kort schiet geniet minder aanzien.

Model D berust op het uitgangspunt dat er asymmetrie zit in de zorgsituatie zelf en dat dit, in tegenstelling tot zorg als ontferming, de plicht impliceert zo maximaal mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de patiënt. Die behoeften en wensen zijn vaak niet zo duidelijk onder woorden gebracht. Dikwijls zijn dergelijke behoeften 'verpakt' en zijn ze van communicatieve aard. Met name in de chronische zorg: de behoefte om je verhaal kwijt te kunnen, om gezien te worden, om als individu gehoord te worden en erbij te horen.

MORELE WAARDE

Model D benadert zorg als een morele waarde, d.w.z. als een activiteit, gebaseerd op respect voor de ander en gericht op het welzijn van de ander. Vanuit de hulpverlener bezien vooronder-

stelt dit een bepaalde attitude, een houding van 'zorg hebben om', of in de terminologie van Manschot 'aandachtige betrokkenheid'. Dat het hier een morele waarde betreft, blijkt ook uit het feit dat veel zorgverleners zich schuldig voelen, zich moreel tekort voelen schieten als ze eigenlijk geen tijd hebben voor hun patiënten. Model D biedt tevens mogelijkheden tot andere invullingen van autonomie: niet de louter liberale zelfbeschikking, maar autonomie als het vermogen om te gaan of te leren gaan met ziekte, afhankelijkheid en eindigheid. Voor de patiënt houdt dit in de kunst om te leren zorg te ontvangen: het feit dat je zorg van een ander nodig hebt maakt je uiteraard afhankelijk van die ander. Daarom juist is er ook asymmetrie. Die afhankelijkheid hoeft echter niet in tegenstelling te staan tot autonomie. Autonomie is juist het vermogen met die afhankelijkheid op een goede manier om te gaan. Wie kent ze niet: de patiënten die door hun ziekte, hun ouderdom, hun chronische afhankelijkheid een vorm van levenswijsheid en levensaanvaarding bereiken die je bij gezonden zelden aantreft.

Het gepresenteerde schema brengt wellicht mensen in de verleiding particuliere bureaus voor thuiszorg te zien als bedrijven die zorg als produkt leveren; de reguliere zijn dan organisaties die zorg als relatie leveren. Zo zijn de goeden en de kwaden netjes in hokjes verdeeld. Maar wie zegt dat dat zo is? Het kan

Dat zorg een morele waarde betreft, blijkt uit het feit dat veel hulpverleners zich schuldig voelen als ze geen tijd hebben voor de patiënten.

immers best zijn dat particuliere bureaus, door de andere manier waarop zij zorg organiseren en aanbieden, veel beter in staat zijn om zorg als relatie te bieden dan reguliere organisaties. In *Verpleegkunde Nieuws* verwoordden enkele werknemers van particuliere bureaus onlangs dat zij meer tijd hebben voor hun cliënten en dus net dat extra kunnen doen wat de reguliere thuiszorg moet laten liggen. In het betreffende artikel staat ook dat de reguliere thuiszorg vaak nog om organisatorische re-

denen werkt met model B: zorg als functionele dienstverlening. In dit model bestaat relatief weinig aandacht voor de wensen en behoeften van de patiënt.

Zonder visie verwildert het volk.

Voor het scheppen van een hulpverleningsrelatie waarin betrokkenheid en competentie beide tot hun recht komen, is visie nodig en de creativiteit om die visie te vertalen in beleid en organisatie. Particuliere bureaus zijn in dit perspectief geen bedreiging maar een uitdaging en mogelijk zelfs een leer-schoon. Wat betreft die particuliere bureaus: ook die zullen aan visie-ontwikkeling moeten doen, om te voorkomen dat zij puur commerciële bureaus worden. Zorg kan onder een aantal opzichten als een produkt worden gezien, maar is zelf geen produkt. Zorgverlening kan in een aantal opzichten worden 'gemanaged' als een bedrijf dat televisietoestellen verkoopt, maar zorgverlening zelf is geen bedrijf.


Er is een oude en wijze spreuk, die ik ontleen aan de Bijbel. Die luidt simpelweg: zonder visie verwildert het volk. De eersten die ervoor moeten zorgen dat dat in de gezondheidszorg niet gebeurt, zijn de zorgverleners zelf. Om daaraan te werken lijkt het me verstandiger de handen ineen te slaan dan elkaar te beschouwen als vijanden. Verzakelijk van de zorg en daardoor verlies aan het hart van de zorg is een gevaar, dat in onze samenleving, waarin op steeds meer terreinen alleen nog maar de harde gulden lijkt te tellen, iedereen bedreigt, ook de particuliere bureaus.

Martien A.M. Pijnenburg is algemeen secretaris van de Katholieke Vereniging van Zorginstellingen KVZ.

Dit artikel is een bewerking van een lezing, gehouden tijdens de lustrumviering Gezondheidscentrum De Vier Kwartieren, Boxtel op vrijdag 27 oktober 1995.

Noot:

1. Erp, L.G. van- Marketing in de gezondheidszorg: patiëntgericht management, Lochem, De Tijdstroom, 1989.



Het Binnenhofje

Toen het parse kabinet aantrad, leefde binnen het CDA het idee dat dit nooit lang stand kon houden. Vervolgens kwam de partij tot de ontdekking dat oppositie voeren nodig was. En dat bleek makkelijker gezegd dan gedaan. Het viel niet mee om een tegenbegroting te maken, en ook fractievoorzitter Heerma miste de kracht om tweespalt, tussen de coalitiepartners te zaaien. Even leek het erop dat de comfortabele rol van de VVD als zowel regeringspartij als het stelselmatig vertolken van de ongenoegens van de eigen achterban bij monde van fractieleider Frits Bolkestein, het kabinet in gevaar zou brengen.

Inmiddels lijkt men binnen en buiten het CDA tot de slotsom gekomen dat, na dik een jaar Paars, er van enig serieus, gevaarlijk dualisme geen sprake meer is.

Toch tikt er een tijdbommetje onder de coalitie.

In de hete zomer van 1994 was in het regeerakkoord, onder het kopje gezondheidszorg, het voornemen opgenomen dat er een eigen risico van tweehonderd gulden zou komen. Elke Nederlander zou op deze manier een deel van de eigen zorgkosten betalen.

Met name de VVD maakte zich sterk voor de invoering van dit eigen risico. Tijdens elke vergadering van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid uitte VVD-tweede-kamerlid Margreet Kamp zich telkens positief als het onderwerp ter sprake kwam. Mevrouw Kamp maakte duidelijk dat de coalitiegenoten PvdA en D'66, c.q. de kamerleden Rob Oudkerk en Rogier van Boxtel, het vooral niet in hun hoofd moesten halen hiervan te willen afwijken!

Toch wilden zowel Oudkerk als Van Boxtel graag onder deze verplichting uit. Een eigen risico zou immers met name de ziekenfondsverzekerden en in het bijzonder de lagere inkomens beneden de fl. 30.000,- zwaar treffen.

Met de wensen van de linkervleugel van de coalitie in het achterhoofd, overzag Rogier van Boxtel de situatie en stelde zichzelf de vraag: is er een manier om de verschillende partijen bijeen te houden? Hoe kan ik zowel de Minister, gebonden aan het regeerakkoord, de verzekeraars (die al eerder hun macht en invloed hadden doen gelden inzake het laten varen van het plan tot samengaan van ziekenfonds en particuliere verzekering), als de coalitiepartner VVD te vriend houden?

Hij had al wel vernomen van het systeem waarmee de ambtenaren verzekerd zijn tegen ziektekosten. Dit IZA (Instituut Ziektekosten voor Ambtenaren) heeft een eigen bijdrage in haar structuur opgenomen. Elk gedeclareerd bedrag, als gevolg van bijvoorbeeld bezoek aan de dokter of verblijf in het ziekenhuis, wordt voor slechts 90% vergoed. Hierdoor is automatisch een eigen risico van 10% geregeld.

Wel, dacht Van Boxtel, als ik nu pleit voor een dergelijk

systeem, en de allermakkelijksten buiten het onzalige plan weet te houden, dan lukt het de minister (Borst) misschien de Ministerraad te overtuigen om van het eigen risico (zoals in het Regeerakkoord opgenomen) af te zien. Daar tegenover staat dan dat op een andere manier de hiermee beoogde bezuiniging binnengehaald kan worden. Van de geraamde 200 gulden per jaar per verzekerde kan immers niet zomaar worden afgeweken zonder dat dat gevolgen heeft voor de rijksbegroting.

En ziet: na beraad wilde het kabinet dit voorstel wel in overweging nemen. Op voorwaarde dat onderzoek aantoonde dat besparingen zich mettertijd daadwerkelijk voordoen. De minister gunde het accountantsbureau VB-Groep de onderzoeksoverdracht en verzocht hen in november 1995 met bevindingen te komen. Rond departement en Tweede Kamer waren de geruchten niet van de lucht. Zou het onderzoek serieus bedoeld zijn? En: is een IZA-achtig systeem feitelijk mogelijk voor elke burger? Tussentijdse signalen wezen erop dat het onderzoek zeer gedegen plaatsvond, met veel aandacht voor uitvoeringsvragen. In de begeleidingscommissie bleken, toeval of niet, enkele oude bekenden te zitten: het departement van VWS en de verzekeraars.

Medio november was het dan zover: het plan werd gepubliceerd. Bij lezing blijkt het rapport een sterk economisch karakter te hebben. Overwegingen van zorginhoudelijke aard hebben niet of nauwelijks een rol gespeeld. Het geheel is gefocust op de vraag: hoe roep je het handigst een systeem in het leven dat de zorgkosten van elke Nederlander inventariseert en tegelijkertijd de bijbehorende eigen bijdrage inhoudt of int?

Al gauw kwam men tot de conclusie dat de verzekeraar, en niet bijvoorbeeld de zorgaanbieder, de aangewezen instantie is om te innen. Een tweede vraag is dan: wie vergaart en koppelt, alle benodigde informatie? Het gaat dan om: het SOFI-nummer (belastingdienst), de inkomenshoogte, de zorg waarop de verzekerde aanspraak maakt en de hoogte van de diens eigen bijdragen. Kortom: nog even wachten, en de zorgverzekeraar weet meer van u en mij dan de overheid. (Een apart administratie-kantoor of *clearing-house* lag voor de hand, maar de verzekeraars in de begeleidingscommissie hebben zich er hard voor gemaakt dat zijzelf de bestanden koppelen.)

Dat met de IZA-constructie eenmalig 71 miljoen plus jaarlijks 92 miljoen gulden gemoeid is, lijkt een detail. Het kabinet heeft zich immers vastgebeten in de besparing die het geheel met zich meebrengt: 1,4 miljard. (Kok schijnt bij het horen hiervan zuinig ja-geknikt te hebben.)

En zo zijn alle partijen voorlopig tevreden. In het voorjaar van 1996 wordt het plan in het parlement besproken. Maar Rogier van Boxtel heeft zijn winst al binnen: hij bekleedt, toeval of niet, binnen D'66 nu de rol van vice-fractievoorzitter.

We zullen zien of de plannen rond het eigen bijdrage-systeem een tijdbom onder Paars zijn. Wordt vervolgd.

Matthé Ribbens., redacteur TGP

VROUW ZIJN, OUDER WORDEN

Maria van Bavel

Over vijftien jaar wonen in Nederland 4,6 miljoen mensen van 55 jaar en ouder. Tweeëneenhalf miljoen van hen zijn vrouw.

Oudere vrouwen ervaren heel wat tekortkomingen in het zorgaanbod. Ze maken er meer gebruik van, maar het aanbod is niet goed afgestemd. Zelf weten ze vaak niet genoeg van gezondheid en zorgaanbod. Het voorlichtingsproject '50+ vrouwen; de zorg in eigen hand' van Centrum voor vrouwengezondheidszorg Aletta en de ouderenbond ANBO doet hier wat aan.

Maar er moet veel meer gebeuren ten behoeve van de emancipatie van ouderen - in het bijzonder van oudere vrouwen.

Bij de cijfers komt nog dat vrouwen ouder worden dan mannen. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen is 73,8 en voor vrouwen 80,1 jaar.. Wanneer men de 65-jarige leeftijd bereikt heeft, is de gemiddelde levensverwachting voor mannen 79 en voor vrouwen 83,5 jaar..

De levensomstandigheden van oudere vrouwen verschillen van die van oudere mannen. In het algemeen is de inkomenspositie van 55+ mannen beduidend beter dan die van 55+ vrouwen. Zo is bijvoorbeeld het gemiddelde maandinkomen van een alleenwonende vrouw tussen de 70 en 75 jaar f 1646 en die van een alleenwonende man f 2160. Oudere vrouwen hebben in het algemeen een lager opleidings- en beroepsniveau (gehad) dan oudere mannen. De participatie van en beïnvloeding door oudere mannen in bestuur en beleid is veel groter dan door oudere vrouwen.

De kans op aandoeningen en functionele beperkingen stijgt met de leeftijd. Dit wil niet zeggen dat het oudere deel van onze bevolking als problematisch of hulpbehoevend te karakteriseren is. Tot 75 à 79 jaar doen zich gemiddeld nog weinig problemen voor; de meeste 55-plussers kunnen zich - ondanks eventuele gezondheidsklachten - nog volledig zelfstandig redden.

Naast de leeftijd wordt de sociaal-economische status als een belangrijke determinant van gezondheid genoemd. Arme mensen hebben meer ziekten en gaan eerder dood dan rijke mensen.

Naarmate de leeftijd stijgt, hebben vrouwen in vergelijking met mannen meer kans om zonder partner te leven en alleen te wonen. Vrouwen overleven hun mannelijke partners gemiddeld met 7 à 9 jaar. Verder hebben oudere vrou-

wen te maken met dubbele negatieve beeldvorming: over oud zijn en over vrouw zijn.

VOOR JEZELF ZORGEN

De socialisatie van oudere vrouwen heeft als gevolg dat velen van hen moeite hebben om zorg en aandacht voor zichzelf te vragen. Ze hebben geleerd te zorgen, altijd en overal, maar let wel: voor anderen. Die verinnerlijkte plicht blijft op hen drukken, ook als ze vanwege hun leeftijd minder goed in staat zijn die taak te vervullen. Zij hebben geleerd zich op de achtergrond te houden, zijn niet vertrouwd gemaakt met deelnemen aan het maatschappelijke leven buiten de muren van de eigen woning en het eigen gezin. Ze zijn vaak onvoldoende bekend met diverse mogelijkheden en stellen zich afhankelijk op. Het traditionele rollenpatroon van veel oudere vrouwen werkt belemmerend op de ontplooiing van hun capaciteiten.

GGZ & OO

Nog te vaak wordt vergeten dat de factor sekse van invloed is op de gezondheidssituatie (zie o.a. *Huisarts en Wetenschap* van augustus 1995, dat geheel gewijd is aan sekseverschillen).

Vrouwen hebben meer gezondheidsproblemen dan mannen en maken meer gebruik van medische voorzieningen; dit geldt ook voor ouderen binnen één leeftijdscategorie. Mannen echter hebben in alle leeftijdscategorieën hogere sterftecijfers: 'Women get sick, men die'.

De oudere vrouwen zien heel wat tekortkomingen in het bestaande zorgaanbod. Velen wijten het gebrek aan ervaren kwaliteit, aan versnippering, te veel techniek, gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel en teveel na-

druk op cure in plaats van care.

Als we kijken naar wie de zorg verleent, dan zien we dat tachtig procent van alle betaalde en onbetaalde zorg door vrouwen wordt uitgevoerd. Maar in bijvoorbeeld de gezondheidszorg hebben voornamelijk mannen het voor het zeggen in de bestuurs-, beleids- en adviesfuncties en de medische specialismen. Onderwerpen die voor vrouwen belangrijk zijn, worden mede daardoor vaak vergeten. Denk maar aan geinformele zorg of mantelzorg. Wie vangt de patiënten op als de ziekenhuisduur wordt verkort? En het zijn voornamelijk vijftig-plus-vrouwen die de zorg op zich nemen voor hun hulpbehoevende vader of moeder. Velen van hen zijn overbelast en ondervinden weinig erkenning en waardering.

HORMONEN

Aan de andere kant worden sommige klachten en problemen van vrouwen vaak heel eenzijdig bekeken. Artsen en onderzoekers buigen zich over het voor hen interessante verschijnsel 'overgang' of 'botontkalking' en zoeken verklaringen en oplossingen alleen op medisch gebied. Oudere vrouwen vinden binnen de gezondheidszorg weinig weerklank voor klachten die samenhangen met hun leefsituatie. Wat te denken van de arts die bij een klacht van een vrouw dat ze moe is en geen zin meer heeft, in het huishouden, zegt: 'ik zal u wat extra hormonen voorschrijven, dan krijgt u weer meer energie'. Deze arts behandelt, in dit geval alleen de klacht 'moeheid' zonder in te gaan op de leefomstandigheden.

Artsen leggen te veel nadruk op medisch-technische oplossingen, in plaats van dat ze vragen naar de beleving van de klacht of een verband te leggen met hun socialisatie of positie.

In het algemeen blijkt het zorgaanbod onvoldoende afgestemd te zijn op oudere vrouwen. Nog steeds komen zij stereotiepe denkbeelden bij hulpverleners tegen: 'binnenkort wordt u oma en dan is er weer werk aan de winkel'. Maar niet iedere oma wil steeds met kleinkinderen bezig zijn.

Veel oudere vrouwen worden niet serieus genomen, maar betutteld. Het

zorgaanbod versterkt veelal hun afhankelijkheid en stimuleert niet tot zelfredzaamheid en weerbaarheid.

OP EIGEN WIJS

De landelijke overheid is op de hoogte van de hierboven beschreven sekseverschillen bij ouderen en van de knelpunten die oudere vrouwen ervaren in het zorgaanbod. Het werkplan 'Grijs op eigen Wijs. Oudere vrouwen en vrouwenhulpverlening' van het Ministerie van WVC uit 1994 getuigt hiervan. Wat zien we hiervan terug in het ouderenbeleid?

Ouderenbeleid is integraal beleid: het valt onder verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport, maar betreft ook andere departementen, zoals Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu, Sociale Zaken, Binnenlandse Zaken en Financiën. De voornaamste doelstelling is dat ouderen volwaardig deelnemen aan de samenleving. Kernbegrippen zijn participatie, emancipatie

en zelfredzaamheid. Daar zou versterking van positieve beeldvorming ten aanzien van ouderen aan toegevoegd kunnen worden. Helaas vind je niet alles terug in het onlangs uitgebrachte integrale actieprogramma Ouderenbeleid 1995-1998 van het Ministerie van VWS.

De doelstelling en de kernbegrippen van het ouderenbeleid zijn bij uitstek geschikt voor een nadere uitwerking die specifiek is voor vrouwen, dan wel voor mannen. Dit sluit aan bij de adviezen van zowel de Emancipatieraad als de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. Zij pleiten al jaren voor een sekse-specifiek beleid; dat wil zeggen dat de overheid in haar beleidsvoornemens rekening dient te houden met de verschillen tussen de seksen en maatregelen dient te treffen om ongewenste verschillen op te heffen.

EERST: ONDERZOEK

Om de situatie van oudere vrouwen en hun gezondheid te verbeteren, is aller-

eerst meer sekse-specifiek onderzoek nodig met betrekking tot het voorkomen van, de beleving van en het omgaan met gezondheidsvragen en -problemen, het verband met leefsituatie en positie (diversiteit oudere vrouwen) en de verschillen in behandeling. Daarnaast zijn maatregelen nodig om de sociaal-economische positie, de huisvesting en de woonomgeving voor oudere vrouwen te verbeteren.

DAN: BELEID

Adviezen van de raden worden slechts mondjesmaat overgenomen in het overheidsbeleid. In het actieprogramma krijgen twee groepen ouderen speciale aandacht: vrouwen en allochtonen. Bij verder lezen blijkt dat de overheid geen aparte maatregelen zal treffen ten aanzien van sekseverschillen wat inkomensverdeling en werkgelegenheid betreft, omdat het beleid erop gericht is sekse-specifieke verschillen in het totale ouderenbeleid weg te nemen, en dat is een proces met een geleidelijk karakter.

EEN KOSTELIJK BEZIT

In het kader van het voorlichtingsproject voor vijftig-plusvrouwen is een boek verschenen: A. van den Berg, M. van Bavel en H. Nelissen, *Het lichaam is een kostelijk bezit; informatie en tips over gezondheid voor 50+ vrouwen*, Aletta, Utrecht 1995. Het boek beschrijft wat er gebeurt als vrouwen ouder worden. Het behandelt gezondheidsproblemen en er staat tips in voor vrouwen die zo lang mogelijk fit en gezond willen blijven. De titel is ontleend aan een gedicht van Annie M. G. Schmidt:

'Het lichaam is een kostelijk bezit
maar het heeft wel allemachtig veel kapsones!'

Het boek begint met het volledige gedicht en eindigt met adressen en leesadviezen. Een korte beschrijving van de verdere inhoud aan de hand van de hoofdstuktitels:

De toekomst is begonnen – Ieder wordt op haar eigen wijze oud. Maar hoe? De maatschappij geeft niet veel aanwijzingen, aan jezelf heb je een goed houvast.

Vasthouden en loslaten – Soms is het goed om je in te spannen, andere keren beter om je te ontspannen. Hoe leer je luisteren naar je lichaam? Hoe herken je waarschuwingssignalen en hoe kun je voorkomen dat spanningen leiden tot querspannenheid?

Lusten en lasten – De behoefte aan warmte en intimiteit verdwijnt niet als je ouder wordt, maar er vinden wel veranderingen plaats. Hoe ga je om met seksualiteit en ouder worden?

Broze botten – Over osteoporose wordt veel geschreven en gezegd de laatste jaren. Is botontkalking een sluipend gevaar dat elke vrouw bedreigt? Wat is het eigenlijk? En op welke manier kun je het broos worden van je botten voorkomen?

Blaasproblemen – Er zijn oudere vrouwen die last hebben van ongewild urineverlies. Wat zijn de oorzaken daarvan en welke oefeningen kun je doen om je bekkenbodemspieren te verstevigen en je blaas te trainen?

Stramme spieren – Stijver en strammer worden van spieren en gewrichten hoort bij het ouder worden. Hoe kun je je lijf zo goed mogelijk in beweging houden en wat doe je als het bewegen pijn gaat doen?

Gezond van hart – Hart- en vaatziekten komen ook bij oudere vrouwen vaak voor. Hoe kun je tekenen die wijzen op hartproblemen herkennen en hoe hou je je hart en je bloedvaten gezond?

Is het kanker? – Geconfronteerd worden met kanker roept veel vragen en emoties op. Welke vormen van kanker komen vooral bij vijftig-plus-vrouwen voor? Kun je preventieve maatregelen nemen?

Geheugensteun – Iedereen vergeet wel eens wat. Toch zijn veel oudere vrouwen bang voor vergeetachtigheid. Is die angst terecht? Hoe werkt het geheugen eigenlijk? Oefeningen en tips om het geheugen te trainen.

Wat helpt? – Zo lang mogelijk zelfstandig blijven is tegenwoordig het devies. Hoe doe je dat? Waar is welke hulp te krijgen en hoe zorg je ervoor dat je de juiste hulp krijgt.

'Het lichaam is een kostelijk bezit' kost f 15 in de boekhandel, maar kan ook besteld worden door overmaking van f 21 op gironummer 5289687 tnv VGC-publikaties te Utrecht, met vermelding van 'kostelijk bezit'.



De bewindspersoon voor ouderen,
staatssecretaris Terpstra
foto: Marlies Bosch

ter'. Met andere woorden: de huidige oudere vrouwen hebben niets ter verbetering van hun financiële positie te verwachten.

ERAAN WERKEN

Met betrekking tot gezondheidszorg en hulpverlening is een twee sporen-beleid nodig. Aan de aanbodzijde moet er gewerkt worden aan kennisvergroting over de situatie en vragen van oudere vrouwen, aan de verbetering van vaardigheden van zorgverleners, aan het versterken van een positieve beeldvorming en het nemen van structurele maatregelen ter verbetering van bereikbaarheid, opvang en nazorg, positie mantelzorgsters, participatie en beïnvloeding. Aan de vraagzijde moet gewerkt worden aan het vergroten van kennis over gezondheid en over het zorgaanbod, aan versterking van mondigheid, zelfredzaamheid, weerbaarheid, eigen kracht en een positiever zelfbeeld.

Op de terreinen zorgzelfstandigheid en maatschappelijke besluitvorming onderneemt de overheid wel enige stappen door een beperkt aantal projecten te financieren, zoals het stimuleren van sociale netwerken, bijvoorbeeld het WOUW-project 'Netwerken en Vlechtwerken', het project 'Grijs op eigen Wijs', het project 'Meer Oudere Vrouwen in Besturen' en sinds kort is er enige aandacht voor allochtone oudere vrouwen.

IN EIGEN HAND

De overheid subsidieerde ook het voorlichtingsprogramma van ANBO en Aletta '50+ vrouwen; de zorg in eigen hand', waarover hieronder meer.

In 1991 zijn de Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO) en Aletta begonnen met de voorbereidingen van het project '50+ vrouwen; de zorg in eigen hand'. Vanaf juli 1992 kon het met behulp van subsidie van VWS daadwerkelijk van start gaan. In de eerste fase werd een voorlichtingsprogramma ontwikkeld en experimenteel uitgevoerd; tijdens de tweede fase werd er gewerkt aan het promoten van en het realiseren van de voorwaarden voor dit voorlichtingsprogramma; in de derde fase werd het voorlichtingsprogramma verspreid en een begin gemaakt met de implementatie. Momenteel zitten we in de fase van consolidatie, ondersteuning en coördinatie van de uitvoering.

EXPERIMENTEEL SUCCES

Het voorlichtingsprogramma bestaat uit een serie van zes thema-bijeenkomsten, waarin 50+ vrouwen met elkaar praten over vrouw-zijn, ouder worden en gezond blijven. De experimentele uitvoering van de bijeenkomsten is uitvoerig geëvalueerd. Er deden gemiddeld 18 vrouwen mee per voorlichtingsprogramma; de opkomst was groot en het verloop gering. De meeste vrouwen vonden dat zij:

- * meer te weten zijn gekomen over de aangeboden thema's;
- * meer inzicht hebben gekregen in de sociaal-emotionele betekenis van de besproken thema's voor hun gezondheid en welbevinden;
- * een beter begrip hebben gekregen van de samenhang tussen lichamelijke sociale en maatschappelijke aspecten van betreffende thema's;
- * meer kennis hebben gekregen over eigen mogelijkheden om problemen met de gezondheid te voorkomen of

hiermee om te gaan;

- * meer zicht hebben op de mogelijkheden en beperkingen van het hulpaanbod.

Na de evaluatie is het programma bijgesteld. Met name werden inhoud en methodieken aangescherpt en beter beschreven in de handleiding. Tevens bleek het nodig dat er een apart draaiboek voor de organisatie, geschikt werkmateriaal voor de begeleiding en een boek voor de deelnemers moest komen. Ook is er een profiel voor de begeleiding opgesteld en een training ontwikkeld en uitgevoerd voor 50+ vrouwen, zodat zij in staat zijn om de hele serie bijeenkomsten te begeleiden.

KANT EN KLAAR

Het voorlichtingsprogramma '50+ vrouwen; de zorg in eigen hand' is nu een kant en klaar programma voor lokale en regionale ouderenorganisaties, vrouwenorganisaties en instellingen voor welzijn en zorg, zoals thuiszorg, kruiswerk, welzijn ouderen, gezondheidszorg en GVO. Het is bedoeld voor een groep van ongeveer 15 deelnemers.

Er zijn vijftig getrainde 50+ vrouwen her en der in het land beschikbaar om de bijeenkomsten te begeleiden. Voor de uitvoering van het voorlichtingsprogramma is een handleiding gemaakt, waarin opzet, inhoud en methodiek beschreven staat en er zijn werk- en voorlichtingsmaterialen ontwikkeld. Voor de deelnemers is er het boek "Het



foto: Marlies Bosch

lichaam is een kostelijk bezit" boordevol achtergrondinformatie en tips over ouder worden, gezond zijn en gezond blijven; voor de planning, werving, publiciteit, samenwerking en organisatie is er een draaiboek beschikbaar.

LEERZAAM EN PRETTIG

In '95 is het voorlichtingsprogramma op drie plaatsen in Nederland uitge-

voerd vanuit heel verschillende organisaties en voor verschillende groepen 50+ vrouwen: in Gelderland vanuit de UnieKBO voor katholieke 60-75-jarigen, in Flevoland vanuit een samenwerkingsverband van diverse organisaties voor een gemengde groep 60+ vrouwen, en in Utrecht vanuit een Hindoestaanse vrouwenorganisatie. De resultaten van de experimenten uit het eerste jaar werden bevestigd: deelnemers zijn enthousiast, steken er veel van op, leren beter voor zichzelf op te komen en kritischer gebruik te maken van het

van de effecten en de winsten die een dergelijke voorlichting op kunnen leveren.

...EN CONCURRENTIE

Daarnaast is er op dit moment veel te doen (veel aanbod) voor ouderen- en vrouwenorganisaties en zijn er slechts weinig mensen beschikbaar om dit op zich te nemen, zodat de keuze vaak negatief uitvalt voor ondersteuning van 50+ vrouwen met betrekking tot hun gezondheidsvragen.



foto: Marlies Bosch

zorgaanbod. Een vrouw vertelde na afloop: 'Ik vond het heel leerzaam en prettig. Vooral dat er in de groep vitale vrouwen van zeventig en ouder waren heeft me wat optimistischer gestemd. Hopelijk kan ik op zo'n manier ouder worden.' Een andere vrouw: 'Mijn moeder klaagde nooit, dat deed je niet.. Maar ze heeft het heel moeilijk gehad. Hier leer ik hoe het anders kan.' Voor begin '96 zijn er circa tien uitvoeringen in voorbereiding.

MAAR JA, HET GEID ...

In het algemeen is de belangstelling groot en zijn veel organisaties overtuigd van het belang en het nut van de serie bijeenkomsten. Ook zijn deze organisaties zeer te spreken over de kwaliteit van het programma (de inhoud, methode en het materiaal). Een struikelblok vormt de investering, zowel financieel als organisatorisch. Aparte financiering voor de ontwikkeling van het programma was er wel via VWS, maar voor de uitvoering is er zeer moeilijk aan geld te komen. Helaas zijn zorgverzekeraars nog niet overtuigd

Ook vanuit een aantal zwarte en migrantenvrouwen-organisaties is er belangstelling voor het voorlichtingsprogramma. De ervaring in Utrecht met de Hindoestaanse vrouwen wijst uit dat het programma in ieder geval voor deze groep geschikt is, soms met enige aanpassingen, maar het programma biedt de ruimte om verschillende inhoudelijke en methodische accenten te leggen. Ook andere Surinaamse 50+ vrouwen zijn van mening dat het goed te gebruiken is voor hen. Op dit moment wordt een plan uitgewerkt om in samenwerking met zwarte en migrantenvrouwen-organisaties te kijken naar mogelijkheden om het gehele programma of onderdelen hieruit, bijvoorbeeld een aantal bijeenkomsten of het deelnemersboek, in te zetten voor allochtone oudere vrouwen. In overleg met deze organisaties zal nader onderzocht worden welke differentiaties in doelgroepen nodig zijn en welke omzetting of vertaling dan noodzakelijk is.

KLANTGERICHT

Al met al kunnen we concluderen dat het voorlichtingsprogramma '50+ vrouwen; de zorg in eigen hand' uitstekend past bij de doelstelling en de kembegrippe[van het ouderenbeleid. Voorlichting is namelijk een van de instrumenten om aan de vraagzijde te werken. Met name is het hierbij van belang om vanuit het perspectief van de vrouwegezondheidszorg te werken. Het gaat daarbij zowel om de inhoud als de methodiek van voorlichting en om de wijze waarop dit tot stand komt.

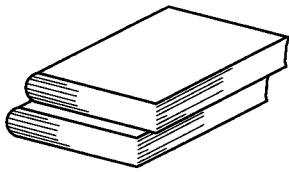
* Klantgericht werken: de oudere vrouwen bepalen mede zelf het onderwerp en de methode van de voorlichting, via vertegenwoordigers en sleutelfiguren. Er is voldoende aandacht en ruimte voor eigen ervaringen en vragen; er is geen professional maar een getrainde leeftijdsgenoot als begeleidster.

* Vragen en problemen met betrekking tot de gezondheid worden in verband gebracht met leefsituatie, positie en socialisatie en er worden ook suggesties aangereikt om op andere terreinen weerbaarder te worden, gezien de relatie met gezondheid en welbevinden.

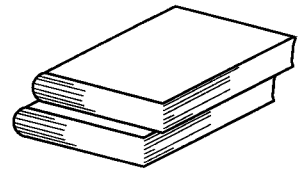
* Zelfredzaamheid en emancipatie worden bevorderd door informatie vanuit verschillende invalshoeken te belichten, keuzemogelijkheden aan te geven, eigen kracht te versterken, en kritische kanttekeningen te plaatsen bij het bestaande zorgaanbod en de voorlichtingsmaterialen.

Juist het feit dat er gewerkt wordt vanuit het vrouwegezondheidszorgperspectief blijkt een succesfactor.. Het sluit aan bij vragen van vrouwen zelf en het overheidsbeleid.

Maria van Bavel is beleidsmedewerker gezondheidsvoorlichting bij Aletta, Centrum voor Vrouwegezondheidszorg in Utrecht



boeken



M'N EIGE HACHIE

De angst voor het verpleeghuis zit diep. Moderne zestig-min Nederlanders (en mr. H.Drion) zijn niet geschikt voor twintigpersoonshuiskamers, afhankelijkheid, oud en zwak worden, gek doen, opgesloten zitten. We houden niet van huisregels, collectief eten, zorgzame zusters, familiebezoek, samenzang. Laat ons maar onze gang gaan. In het oer-Holland van de liedjes uit 'Ja Zuster Nee Zuster' zingen opa's zoetgevooide 'beschermengeltjes': 'We moeten op hem passen, zo'n oude man' en: 'Wat doe je nou opa, je vat weer kou opa!' Goed bedoeld, maar opa's antwoorden zijn ons uit het hart gegrepen: 'Ja dat dach-ie, ik pas wel op m'n eige hachie. Ik begin d'r genoeg van te krijge, ik pas voortaan wel op m'n eige.'

En hoe lief die engeltjes ook klinken, opa's slotconclusie is: *Hè, mieter op!* Leuk? Ja, maar toch weet je dat je vroeg of laat in de positie van opa komt, en erger. Volledige afhankelijkheid... In een tijd die onafhankelijkheid vereert is dat een schrikbeeld, vergelijkbaar met de dood zelf.

Persoonlijk ben ik er ook als de dood voor. Al wordt het minder - want lijkt het nu maar zo, of is er echt iets aan het veranderen in de verpleeghuizen? Naast de praktijk van individueel verzorgen en verplegen, soms tegen de klippen van ondank en bezuinigingen op, groeit een praktijk die ook sociaal en cultureel gericht is. Je leest en ziet steeds vaker hoe er wordt gewerkt aan een eigentijds leefklimaat, hoe een nieuwe generatie zorgverleners ideeën heeft, over een dragelijke verpleging met inbegrip van enige privacy, behoud van levenspatronen en weinig huisregels.

In gesprekken met verzorgenden - worden ze minder bedillig en eenzijdig of word ik minder kritisch? - kom ik erachter dat dementie toch niet zo uitzichtloos is als ik dacht. Ze verzekeren me dat demente mensen gelukkig kunnen zijn, dat ze net zo als anderen variëren in levenslust, bitterheid en humeur. Het is erg, daar niet van, ook voor de mensen eromheen en vooral in de tijd dat je weet dat het ervan komt. Maar er kan soms toch wat van ge-

maakt worden. Als ik me mijn eventuele dementie voorstel, denk ik tegenwoordig meer aan ondeugend en kakelelend dan aan dof en ellendig. Of is dat *wishful thinking*?

Privacy-projecten

Deze hoopgevende indrukken worden bevestigd door een originele publikatie van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg: de NVVZ-agenda met beschrijvingen van kwaliteitsprojecten rond privacy. Het meest doorwrochte voorbeeld heeft een prijs gewonnen. In verpleeghuis Hogewey in Weesp is de zorg gedecentraliseerd in acht 'leefstijlgroepen'. Er zijn acht verpleeghuisjes met een eigen voordeur en eigen vaste staf, waar de dokter en de strijkster op bezoek komen. De bewoners en hun familieleden kiezen voor de opname de best aansluitende leefstijl uit acht alternatieven: Amsterdams, Goois, Indonesisch, ambachtelijk, zakenmensen, kerkelijk, huiselijk of cultureel. Het systeem zal wel nadelen hebben en problemen geven met de plaatsingsblessingen en wachtlijsten. Het zal moeilijk zijn om te kiezen, het bevestigt misschien wel sociale barrières en ongetwijfeld sluit het niet exact aan. Maar hoeveel beter lijkt dit niet dan helemaal geen leefstijlselectie? Als je wel eens een paar dagen opgenomen bent geweest weet je hoe ellendig je je kunt voelen met de verkeerde zaalgenoten, televisieprogramma's en flinkheidsrituelen. En bij opname in een verpleeghuis gaat het niet om dagen, maar om maanden of jaren.

De resultaten van de invoering van leefstijlgroepen liegen er niet om. De bewoners zijn tevredener en gezonder, de familie komt vaker en helpt zelfs een handje mee, en tegenover meerkosten door 'kleinverpakkingen van voeding' staan grotere besparingen op incontinentiemateriaal (omdat er meer aandacht is), op geneesmiddelen (omdat men zich beter voelt) en op was- en stoomkosten (omdat er minder automatisch wordt gesorteerd).

Harde muziek

De NVVZ-agenda geeft meer voorbeelden van inventiviteit en betrokkenheid.

In Sint Jozefsheil in Bakel hebben ze een eigen ontmoetingspunt gemaakt voor de jongere bewoners. Daar kan de radio hard, en op een andere zender. Het Sarphatihuis in Amsterdam heeft, met De Veste, een huis voor ex-zwerwers, negen plaatsen voor verzorgings-behoefte daklozen gerealiseerd. In het gewone verpleeghuis ging het niet goed met ex-daklozen. Er werd wel eens met lege bierflessen gegooid. In 1994 is er een tweede experiment gestart met dakloze aidslijders. De zorg is veel beter afgestemd op specifieke subculturen, en het Sarphatihuis leert hoe het beter kan.

In weer een ander huis, Nieuwe Hoeven in Schaijk, is nagedacht over het bad als middel om het leven van diep demente bewoners te veraangemen. Er wordt nu drie kwartier gebadderd met lavendelolie, muziek en andere verwennerij. De bewoners genieten ervan en de effecten op de gezondheid zijn bijvoorbeeld meetbaar in een vermindering van slaapmedicatie en fysiotherapie.

Gek genoeg, je wordt van het lezen over die projecten, net als van de films en de verslagen over verpleeghuiszorg, een beetje kwaad en mismoedig. Verdienen die zorgverleners wel genoeg? Nee. Zijn ze niet overbelast? Ja. Is er voldoende personeel? Nee. Ik vind die agenda niettemin een mooi geschenk, omdat je er ook door aangemoedigd wordt. Al weet je van beroerde situaties in verpleeghuizen, hier zijn drieëntwintig voorbeelden van ijverige, creatieve zorgverleners en managers. Hoe je ook over hun projecten mag denken, ze zoeken naarstig, ze doen meer dan hun dagelijkse werk, ze vertellen hun betrokkenheid ook in beleid. Daarmee laten ze zien wat professionalisering van de verpleegkunde inhoudelijk betekent.

De NVVZ-agenda is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg en is te bestellen bij de Afdeling verkoop publikaties van de NZF, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, faxnummer 030-273 94 54. De prijs is f 15 exclusief verzendkosten.

Hans Tenwolde, redacteur TGP.

Signalementen

In 1990 vertaalden Lou en Nel Jagt de inzichten van Epstein en Reid over taakgericht *casework* naar de Nederlandse situatie van hulp- en dienstverlening. Deze publikatie droeg de titel *Taakgerichte hulpverlening in het maatschappelijk werk*. Inmiddels zijn we enkele jaren verder en hebben de ontwikkelingen rond taakgerichte hulpverlening niet stilgestaan. In de Verenigde Staten heeft Reid het model voor taakgerichte hulpverlening verder uitgewerkt en onderzocht. De basis van het model is hetzelfde gebleven. Trefwoorden zijn nog steeds: kortdurend, termijngebonden, gericht op het activeren van cliënten. Een aantal aspecten van het model is echter verder uitgewerkt en aangescherpt. Zo is er bijvoorbeeld meer aandacht voor de context van cliënt en probleem. Onlangs schreef Reid een nieuw boek over de materie. Ook deze keer zorgden Lou en Nel Jagt voor vertaling en bewerking. *William J. Reid. Vertaling en bewerking Lou en Nel Jagt. Taakgerichte strategieën. Een hulpverleningsmodel gericht op het activeren van cliënten. Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1995. ISBN 90 313 1961 9.*

Vijf landelijke organisaties op het gebied van preventie zijn per 1 januari samengegaan een nieuw instituut. Het heeft het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (BVGB), het Informatie- en Documentatiecentrum voor Alternatieve Geneeswijzen (IDAG), het Landelijk Centrum GVO (LCGVO), het Ivoren Kruis en de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding (NCAB). Nu dus allemaal: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, ofwel NIGZ. *Het NIGZ is gevestigd in Woerden, postbus 500, 3440 AM. Telefoon: 0348 437600 fax: 0348 437666.*

En negen organisaties die actief waren ten behoeve van allochtone groepen en woonwageneigenaren, hebben zich, daartoe gestimuleerd door de overheid, bij elkaar gevoegd. Het zijn het Landelijk Steunpunt Buitenlandse Vrouwencentra (LSBV), de Landelijke Samenwerking Organisaties Buitenlandse Ar-

beiders (LSOBA), de Stichting Landelijke Federatie van welzijnsorganisaties voor Surinamers (SLFWS), het Landelijk Platform Woonwageneigenaren en Zigeuners (LPWZ), het Landelijk Steunpunt voor Antillianen en Arubanen (FORSA), Gabungan Jajasan Maluku, Lalla Rookh, het Inspraakorgaan Welzijn Molukkers (IWM) en het Nederlands Centrum Buitenlanders (NCB). Samen heten ze nu FORUM, instituut voor multiculturele ontwikkeling.

FORUM is gevestigd in Utrecht, Postbus 201, 3500 AE. Telefoon: 030 2940037, fax: 030-2960050.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid bestaat niet meer, als gevolg van de saneringsoperatie adviesraden van de overheid. Er is wel een vervanger: de Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening. De Voorlopige Raad bestaat nog slechts uit negen personen die als onafhankelijk deskundige zitting hebben genomen.

Inzicht in de situatie van allochtonen met een verstandelijke of lichamelijke handicap is nauwelijks aanwezig in Nederland. Terwijl in Nederland patiëntengroepen en belangenorganisaties een steeds belangrijker functie krijgen, blijken allochtonen hierbinnen nauwelijks mee te doen. Het Verwey-Jonker onderzoeksinstituut heeft in opdracht van de Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid de bestaande onderzoekbevindingen in kaart gebracht. Het rapport signaleert de lacunes op dit terrein en formuleert suggesties voor ontwikkelingsactiviteiten en verder onderzoek. *H.J. van Daal en K. Gorter: Gehandicapte allochtonen in Nederland; onderzoeksbevindingen, leemtes, onderzoeksmogelijkheden. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 1995.*

Wie doet nu precies wat voor ouderen met psychogeriatrische problemen? Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen zorgproducten en hun doelgroepen in de psychogeriatric? Welk aanbod kan een alternatief zijn voor ouderen op wachtlijsten?

Het antwoord op deze vragen is heel divers omdat er veel gebeurt in de ouderenzorg, maar ook omdat iedere sector haar eigen taal gebruikt om vraag en aanbod te beschrijven. Het gemeenschappelijk beraad Ouderenvoorzieningen (GBO) ontwikkelde een begrippenkader 'zorgdimensies psychogeriatric'. Het onderzoek naar dit gemeenschappelijke kader is beschreven in het rapport 'naar één taal voor vraag en aanbod. Bij het rapport is een handleiding om zorgproducten te beschrijven gevoegd.

J.H.C.M. Meerveld en R.F. Wiewel: Naar één taal voor vraag en aanbod; het begrippenkader 'zorgdimensies psychogeriatric'.

Te bestellen bij: Landelijke Vereniging voor thuiszorg, afdeling verkoop publicaties, Postbus 100 3980 CC Bunnik. Tel: 030-6596335, fax: 030-6596994

In de eerste VTV (*Volksgezondheid Toekomst Verkenning*) in 1993 door het RIVM, bleek dat de informatie over de incidentie van psychische problematiek in Nederland beperkt is. Omdat deze cijfers steeds meer de basis gaan vormen voor het opstellen van beleidsprioriteiten, wil het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NcGv) betrouwbare en uitgebreidere gegevens over de omvang van psychische problematiek verzamelen, met het oog op de volgende VTV in 1997. Eerst werd het reeds uitgevoerde onderzoek geïnventariseerd en geanalyseerd. Het verslag van die inventarisatie staat in het rapport *Psychische problematiek in Nederland*. Daaruit blijkt dat 'het lijkt dat de onderzoekers een stilzwijgende afspraak hadden om alles wat in epidemiologisch onderzoek te variëren valt -definities, steekproefmethoden, populaties, meetinstrumenten- ook daadwerkelijk en willekeurig tussen onderzoeken te laten uiteenlopen'.

M. Vermande en R. Bijl: Psychische problematiek in Nederland. Utrecht, NcGv, 1995. Bestellen: Postbus 5103,3502 JC Utrecht. Tel. 030-2971109. O.v.v. NcGv-reeks 95-17. Prijs f 24.50.

Susanne Bruijns en Mat-got Busliop-Kolmsen

Diagnostiek & interventie voor verpleegkundigen in de Ouder- en Kinderzorg

1996.208 blz. f 39,50 - ISBN 90232 3096 2

Een van de eerste boeken op het gebied van diagnostiek en interventie voor verpleegkundigen in de Nederlandse praktijk.

Na eerst een theoretische basis te hebben gelegd werken de auteurs een aantal verpleegkundige interventies in de hand van patiëntencategorieën. Zij geven daarbij aan welke verpleegkundige interventies bij welke patiëntencategorieën naast worden van enkele andere verpleegkundige diagnoses de beïnvloedende factoren en interventievoorwaarden aangegeven. Elk hoofdstuk in dit deel eindigt met een casus.

KPM. van Spaendonck, Hil, C. Berger, A.F.M. Haverkort en E.H. van de Lisdonk

Functionele klachten in de medische praktijk, een werkmodel

160 blz. f 35,00 - ISBN 90 232 30566

Functionele klachten vormen een groot aandeel van het klachtenaanbod in de gezondheidszorg. Dit boek biedt de arts een werkmodel voor het diagnostiseren en behandelen van dergelijke klachten. De auteurs hebben het werkmodel in de praktijk ontwikkeld en maken dan ook ruim gebruik van casuïstiek.

J.F., Alberts e.a.

The Curaçao Health Study Methodology and main results

1996. 120 blz. f 35,00 - ISBN 90 232 3095 7

De resultaten van het eerste grootschalige gezondheidsonderzoek dat op Curaçao is gehouden. De auteurs interviewden een groot aantal personen over onder meer het gebruik van medische voorzieningen en de mate van tevredenheid met de geboden zorg. Het boek levert een schat aan informatie over de gezondheid van de bevolking en aan de gezondheid gerelateerd gedrag. Risicofactoren als roken, alcoholgebruik en overgewicht werden gemeten en vergeleken met de situatie in het Westen. Tot slot wordt aangegeven voor welke groepen specifieke beleidsmaatregelen getroffen zouden moeten worden.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever.

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 0592 379555/Fax 0592 372064



Bestelbon

Naam Adres

Postcode Woonplaats

Datum Handtekening

Verzoekt te zenden:

..... ex. **Diagnostiek & Interventie voor verpleegkundigen in de Ouder en Kinderzorg**

..... ex. **Functionele klachten in de medische praktijk**

..... ex. **The Curaçao Health Study. Methodology and main results**

Deze bon faxen - 0592 372064 - of in een ongefrankeerde envelop zenden aan:
Van Gorcum, Antwoordnummer 3. 9400 VB Assen

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK



AIDS



MIGRANTEN

TGP, het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is het tijdschrift voor maatschappij en gezondheidszorg.

TGP besteedt aandacht aan actuele en brede maatschappelijke thema's als:

- vrouwen zorg
- arbeid en gezondheid
- structurering van de gezondheidszorg
- interculturele zorg
- medische macht en maatschappelijke dilemma's

PROFITEER NU VAN DE KENNISMAKINGSKORTING*

wie zich nu met de bestelbon abonneert, ontvangt een korting op het abonnementsgeld van 1996, particulieren betalen nu slechts f 70,- (normaal f 80,-) en instellingen f 110,- (normaal f 120,-)

Bestelbon

Fax of stuur deze bon in een open envelop zonder postzegel naar:
Uitgeverij van Gorcum, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen
telefoon 0592-379555 fax 0592-372064

Ja, ik abonneer mij tot wederopzegging op TGP

Naam:

Adres:

Postcode: Woonpl.:

particulier f 80,- NU f 70,-

instelling f 120,- NU f 110,-

Datum: Handtek.:



GOED GESPREK?
GEHANDICAPTEN DOEN
NET ZO GOED MEE