



# *epidemiologisch bulletin*

***tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag***

***Themanummer:***

***“Actuele knelpunten in de Haagse gezondheidszorg in het licht van  
moderne maatschappelijke tendensen”***

Een inleiding

Capaciteitsproblemen en andere knelpunten

Gesprekken vanuit verschillende invalshoeken met sleutelfiguren

Epicrise: de interviews nader geïnterpreteerd

***Korte berichten***

***jaargang 35/36, 2000/2001***

***nummer 3/4 en 1/2***

# Colofon

2000/2001

35ste jaargang nr. 3/4 en 36ste jaargang nr. 1/2

## Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;  
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;  
mw. C.J. Kruijthof, arts Medisch Centrum  
Haaglanden, locatie Westeinde;  
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale  
Zorg Den Haag e.o.;  
B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;  
dr. H.G.J. Nijhuis, arts (hoofdredacteur),  
Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag;  
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum  
Den Haag;  
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;  
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),  
GGD Den Haag.

## Redactieadres

Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn  
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360  
mw. I. Burger, tel.: 070-353 71 96  
fax: 070-353 72 92  
e-mail: i.burger@ocw.denhaag.nl

## Druk/Lay out

Facilitaire Dienst/Multimedia-den Haag

## Uitgave

Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

## Inhoud

### Themanummer:

### “Actuele knelpunten in de Haagse gezondheidszorg in het licht van moderne maatschappelijke tendensen”

- Inleiding 1
- Capaciteitsproblemen en andere knelpunten in de Haagse gezondheidszorg 3
- Gesprekken vanuit verschillende invalshoeken over de actuele knelpunten Toelichting 8
- De huisarts 10
- De wijkverpleegkundige 13
- De specialist 16
- De huisarts-bestuurder 21
- De directie van thuiszorg 24
- De directeur van het verpleeghuis 27
- De manager van het ziekenhuis 30
- De geestelijke gezondheidszorg 33
- De ziektekostenverzekeraar Delta Lloyd 36
- Het ziekenfonds Azivo 39
- De landelijke zorgverzekeraar 43
- Het College voor Zorgverzekeringen 46
- De deskundige gezondheids(zorg)beleid 49
- De Haagse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de nieuwe tijd De interviews nader geïnterpreteerd 52

### Korte berichten

62

# Actuele knelpunten in de Haagse gezondheidszorg in het licht van moderne maatschappelijke tendensen

## *Inleiding*

*H.G.J. Nijhuis*

In dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin wordt uitgebreid ingegaan op actuele knelpunten en de toekomst van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag. Het behoeft geen betoog dat op dit moment een veelheid aan problemen in de zorg samenkomen. “Binnen enkele jaren zullen honderdduizend mensen in Den Haag zonder huisarts komen te zitten.” “Wachtlijsten ondanks extra-miljoenen nog steeds niet opgelost.” “Verpleegkundigen uit Zuid Afrika weer terug naar huis”. Het zijn dagelijks terugkerende noodkreten, die uitdrukking geven aan het feit, dat er op diverse punten in de gezondheidszorg - in en buiten Den Haag - hardnekkige problemen bestaan. Het oplossen ervan blijkt niet eenvoudig. Er wordt getracht om met de instelling van taskforces, met het kwantificeren van de problemen, met forse financiële injecties, met wervingscampagnes en met tal van initiatieven van zorgvernieuwing de knelpunten weg te werken.

Ook in Den Haag wordt hard gewerkt aan verbeteringen. Ziekenhuizen maken samen met verpleeghuizen en thuiszorg afspraken voor het beter organiseren van ketens van zorg, zodat “verkeerde bedden” en wachtlijsten zullen verminderen. Huisartsen zijn in gesprek met ziekenhuizen om te bezien of de spoedeisende hulp niet beter rondom enkele medische centra kan worden georganiseerd. Patiënten houden zich immers steeds minder aan de echelonering in de zorg. Er wordt gewerkt aan de extramuralisering van intramurale en specialistische functies (bijvoorbeeld poliklinieken in Vinex-locaties). En er wordt gewerkt aan het opzetten van groepspraktijken van huisartsen onder één dak

(HOED) en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de stad. Intussen hebben we de eerste pogingen tot het werven van huisartsen in België en verpleegkundigen in Zuid Afrika achter de rug.

Het Epidemiologisch Bulletin kent een lange traditie van degelijke analyses van gezondheidsproblemen en van het functioneren van de gezondheidszorg. Dit nummer geldt voor de redactie als symbool voor deze opstelling: ze wil in deze speciale editie een aanzet geven om de maatschappelijke achtergronden van actuele knelpunten te doorgronden. Ze wil als het ware achter de coulissen kijken en onderzoeken welke moderne tendensen de zo consistent optredende problemen veroorzaken, met andere woorden naast de analyse van “knelpunten” meer aandacht schenken aan de onderliggende maatschappelijke “vraagstukken”.

Het verschil tussen knelpunten en vraagstukken is essentieel. Het eerste betreft het disfunctioneren van een specifiek aspect of onderdeel van de zorg. Het laatste verwijst naar de maatschappelijke context (tendensen), waarin de zorgverlening en de zorgvraag zich afspelen. Een gunstige tendens kan knelpunten als sneeuw voor de zon doen smelten, een ongunstige kan bestaande problemen schrijnender maken.

De reden voor deze aandacht voor de maatschappelijke tendensen is de veronderstelling, dat veel van de actuele problemen in de zorg voortkomen uit het feit, dat de gezondheidszorg hier niet of onvoldoende op inspeelt. En pas wanneer de samenhang tussen de knelpunten en de moderne ontwikkelingen eenmaal in beeld zijn gebracht, kunnen zinvolle toekomstperspectieven worden ontplooid. De redactie

---

*Over de auteur:*

*Dr. H.G.J. Nijhuis, hoofd Bureau Public Health, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn in Den Haag.*

wil met deze editie van het bulletin hiertoe een aanzet geven.

Allereerst worden - voor zover mogelijk - de actuele knelpunten in de gezondheidszorg cijfermatig in beeld gebracht. De cijfers betreffen vooral de gevolgen van de tekortschietende capaciteit van zorginstellingen en hulpverleners (tekort aan bedden/plaatsen, aan hulpverleners; wachtlijsten; "verkeerde bedden" enzovoort). Daarnaast worden in dit verband enkele cijfers en kwalitatieve indrukken gegeven over personeelsproblemen (vacatures, ziekteverzuim en dergelijke).

Daarna worden deze knelpunten uitvoerig en vanuit diverse invalshoeken beschouwd in het licht van moderne maatschappelijke ontwikkelingen. De beschouwingen en daarbij passende toekomstperspectieven worden gegeven door verschillende sleutelfiguren in de gezondheidszorg: hulpverleners, die in de praktijk de zorg ervaren en leidinggeven en deskundigen, die meer in abstracto en op afstand kijken naar de zorg.

In deze serie gesprekken komen (nog) niet de zorgvragers en de politiek aan het woord, ook al is dit - zoals zal blijken uit het vervolg - van het grootste belang. Wat in beeld verschijnt is derhalve de ervaringswereld van de aanbodzijde. Het systematisch betrekken van burgers bij de beeldvorming over collectieve aspecten van de gezondheidszorg is - vanwege de heterogeniteit en het specifieke karakter van de eigen ervaringen - niet eenvoudig. De redactie is zich bewust van de hieruit voortvloeiende beperkingen. Ze beschouwt de gepresenteerde discussie als een aanzet, die zeker een vervolg met intensieve betrokkenheid van burgers en politiek vraagt.

De vragen, die in de gesprekken aan de orde zijn gesteld, betreffen vooral actuele tendensen, die grote invloed hebben op het functioneren van de zorg. Wat is er bij mensen aan het veranderen in hun beleving van hun gezondheid en in hun gedrag in relatie tot de

zorg? Wat betekenen de veranderingen in en het verdwijnen van veel traditionele sociale verbanden voor de gezondheid en het zorggedrag? Wat is er aan het veranderen in de opstelling en de werkwijzen van professionals? Welke werkvormen passen nog bij de eigentijdse maatschappelijke omstandigheden? Wat heeft de hoge vlucht en de grote waardering van de medische technologie voor gevolgen? Wat zijn de consequenties van het intussen overal dominante zakelijke management in de zorg? En wat betekent de introductie van de markwerking - en de daarbij passende commerciële opstelling van verzekeraars - in de zorg voor de kwaliteit, voor de toegankelijkheid, voor een rechtvaardige verdeling en voor het betrekken van de sociale omgeving van mensen?

Deze speciale editie is voorbereid in een werkgroep van redactieleden en enkele externe betrokkenen in de Haagse gezondheidszorg. Het eerste artikel is tot stand gekomen in samenwerking met de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

De interviews zijn uitgevoerd en opgeschreven door de hoofdredacteur en Laurent van der Maesen. Na de presentatie van de gesprekken worden in een beschouwing algemene patronen die in de gesprekken aan de orde zijn gesteld, voor het voetlicht gebracht. De beschouwing vormt een reflectie op het gezegde en is (nog) geen verantwoorde, eigen theoretische interpretatie van de auteurs. Dit vraagt - evenals de betrokkenheid van burgers en politiek - een vervolg op de in dit nummer gevoerde discussie.

In de interviews komen - weliswaar vanuit verschillende gezichtspunten - voor een deel dezelfde interpretaties naar voren. Deze zijn desalniettemin om de afzonderlijke betogen niet te ontcrachten, integraal overgenomen. Dit maakt echter door het voorkomen van herhalingen het "doorlezen" van het gehele bulletin tot een niet geringe opgave. De gespreksverslagen kunnen uiteraard ook worden gelezen als capita selecta. De lezer kan zijn eigen keuze maken voor de voor hem/haar meest relevante invalshoeken.

# Capaciteitsproblemen en andere knelpunten in de Haagse gezondheidszorg

## *Feiten en cijfers*

Mw. I. Burger <sup>1)</sup>

In deze bijdrage worden per zorgtype concrete, veelal cijfermatige, vertalingen gegeven van knelpunten in de zorg in (de regio) Den Haag. Ze verwijzen naar een actueel onvermogen om antwoord te geven op de zich aandienende vraag. Hierdoor ontstaan “stuwmeren” in het zorgsysteem, met wachtlijsten, lange wachttijden en “verkeerd bezette bedden” tot gevolg. Ook de beschikbaarheid en de arbeidssatisfactie van werkers in de gezondheidszorg en in de maatschappelijke dienstverlening zijn hierbij belangrijke bepalende factoren.

De gepresenteerde cijfers en situaties zijn op verschillende momenten in 2000 vastgelegd en hebben de ene keer betrekking op Den Haag en de andere keer op de regio Den Haag. Uiteraard zijn ze sterk aan verandering onderhevig. Ze moeten daarom worden geïnterpreteerd als indicatie. Het is onhaalbaar gebleken op moment van verschijnen van het bulletin een compleet geactualiseerd overzicht te schetsen. Toch is binnen de mogelijkheden zoveel mogelijk werk verzet het benodigde feitenmateriaal te verzamelen. De hier en daar beperkte beschikbaarheid van gegevens leert ons evenwel dat er nog heel wat zal moeten worden geïnvesteerd in de kwaliteit en in goed op elkaar afgestemde gegevenssystemen, die ons behulpzaam kunnen zijn bij het “monitoren” van de kwaliteit van de gezondheidszorg als geheel.

Voor het materiaal van deze bijdrage is gebruik gemaakt van een verscheidenheid aan in Den Haag en in het land beschikbare bronnen, zoals registra-

tiesystemen van instellingen, specifieke op wachtlijstproblemen gerichte systemen en onderzoeken. Hierbij zijn velen werkzaam in de (maatschappelijke) gezondheidszorg ons behulpzaam geweest. Bij het verzamelen en analyseren van de cijfers is ook samengewerkt met de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, die in opdracht van het “Regiovisie-overleg van Cure naar Care” in de Haagse gezondheidsregio aan gedeeltelijk dezelfde dataverzameling werkte (1).

### **Huisartsenzorg**

In Den Haag werken zo'n 200 huisartsen voor circa 450.000 mensen. Er zijn zeven gezondheidscentra met ruim twintig huisartsen in de stad.

Vanwege de veranderingen die zich voordoen in de (organisatie) van de huisartsenzorg heeft de District Huisartsen Vereniging in 1999 een uitvoerig onderzoek laten verrichten onder huisartsen in (de regio) Den Haag. Veel van de volgende knelpunten zijn uit dit onderzoek ontleend (2).

De gemiddelde praktijkomvang is groot met 2.786 cliënten (normpraktijk: 2.350 patiënten per full-time praktijk). De vrije keuze voor een huisarts is op dit moment beperkt. Tweevijfde van de huisartspraktijken in het district is gesloten voor nieuwe inschrijvingen en eenderde is uitsluitend open voor mensen op bepaalde postcode-adressen. In Den Haag is slechts 10% echt open.

Vanwege de hoge werkdruk willen veel huisartsen hun praktijk inkrimpen. De wat oudere huisartsen

<sup>1)</sup> De gegevens zijn ontleend aan inventarisaties verricht door ir. M.E. Vulto, senior onderzoeker van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, door mw. E. Salverda en door mw. I. Burger, laatstgenoemden werken als wetenschappelijk medewerker op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag/Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (bronnen: gesprekken, rapporten, verkregen overzichten, persberichten en internet).

kiezen in toenemende mate voor een vervroegd pensioen. De verwachting is dat de baby boom-generatie binnenkort een grote uitstroom van artsen te zien zal geven. Steeds meer huisartsen willen in samenwerkingsverbanden en part-time werken. Er is geen huisarts beneden de veertig jaar die ervoor kiest een solopraktijk te (blijven) voeren.

De capaciteit van de opleidingsplaatsen is op dit moment niet berekend op deze ontwikkelingen en er is nu al een tekort aan huisartsen. Het vestigingsklimaat in Den Haag wordt door pas afgestudeerde huisartsen niet erg aantrekkelijk gevonden. De grote stad geeft veel complexe problematiek te zien, de vestigingsvoorwaarden zijn momenteel niet erg aantrekkelijk en de praktijkomvang is groot waardoor de wens tot parttime werken minder gemakkelijk uitvoerbaar is. Samenwerkingsverbanden zijn er nog maar op beperkte schaal. Eenderde tot tweederde van de zittende huisartsen geeft aan problemen te hebben of te verwachten met het vinden van een opvolger. In de gewenste toekomstige werksituatie zal voor elke vertrekkende huisarts 1,28 huisarts in de plaats moeten komen.

Naar verwachting beëindigt binnen tien jaar een vijfde van de Haagse huisartsen hun praktijk (leeftijdsofbouw, vervroegd pensioen). Het is niet uitgesloten dat onder gelijkblijvende omstandigheden honderdduizend Hagenaars binnen vijf jaar zonder huisarts komen te zitten.

### **Ziekenhuiszorg**

De ziekenhuizen in de Haagse regio verdeeld over zeven lokaties, hebben een gezamenlijke bedden capaciteit van 2.685 erkende bedden. Volgens de toekomstige streefnorm van 2 bedden per 1.000 inwoners zou dat aantal fors (met circa 700) teruggebracht kunnen worden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars beschouwen de streefnorm van twee promille in 2005 haalbaar mits goede ketenzorg is ontwikkeld.

Gedurende heel 1999 zijn circa 100-125 bedden geteld zonder medische indicatie, met andere woorden bezet geweest met een "verkeerd bed-patiënt". In de praktijk zal dit aantal hoger liggen omdat er enige tijd verstrijkt voordat iemand ook administratief het kenmerk "verkeerd bed-patiënt" krijgt. Meestal is de oorzaak van het verlengde verblijf in het ziekenhuis plaatsgebrek in het - vooral somatische - verpleeghuis van keuze.

Hoeveel mensen er op de wachtlijst voor opname voor de Haagse ziekenhuizen staan was niet na te gaan. Volledige, betrouwbare en tussen Haagse ziekenhuizen vergelijkbare gegevens van wachttijden en wachtlijsten voor dagbehandeling of opnames zijn niet beschikbaar. Inmiddels zijn wel cijfers hierover op internet geplaatst, maar deze roepen vooral vragen op en zijn verre van volledig. ([www.wachttijden.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.wachttijden.nvz-ziekenhuizen.nl)). Het openbaar maken van - volgens richtlijnen van het College Tarieven Gezondheidszorg opgestelde - gegevens over de omvang van de wachtlijsten en de duur van de wachttijden is een bedrijfsmatige voorwaarde voor de ziekenhuizen om in aanmerking te komen voor extra geld uit het zogenoemde wachtlijstfonds.

De wachtlijsten voor opname in ziekenhuizen bestaan terwijl er bedden leeg staan. De oorzaak van de wachtlijsten is dan ook vooral van functionele aard. Gemeld wordt dat wachtlijsten vooral ontstaan door een tekortschietende personele capaciteit van verplegend personeel, operatie-assistenten en artsen. De Haagse ziekenhuizen voeren een actief wervingsbeleid gericht op het stimuleren van herintreders en het werven in het buitenland.

Het personele capaciteitstekort wordt door de ziekenhuizen niet eenduidig berekend. Zo wordt onder andere het aantal "gesloten" bedden bij het ene ziekenhuis wel en bij het andere niet afgetrokken van de benodigde capaciteit, spelen seizoenfluctuaties wel of niet mee, worden de ene keer vacatures geteld en de andere keer volledige (fulltime) formatieplaatsen of uitsluitend advertenties.

Bij het gebrek aan personeel speelt ook de mate van ziekteverzuim. Van Haagse ziekenhuizen waar dit verzuim bekend was lag dit in de klinische zorg op circa 9-10% (excl. zwangerschapsverlof). Ook het kunnen vasthouden van personeel vraagt aandacht.

Gegevens over wachttijden voor specialistische *poliklinische* zorg kunnen nog het meest volledig op internet worden geraadpleegd. Poliklinische wachttijden langer dan drie maanden, zijn door de Haagse ziekenhuizen niet genoemd. De langste wachttijden treffen we aan bij plastisch chirurgen, reumatologen, neurologen en cardiologen (gemiddeld 6-10 weken). Tussen de ziekenhuizen lopen deze wachttijden echter sterk uiteen ([www.wachttijden.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.wachttijden.nvz-ziekenhuizen.nl)). Er bestaat kritiek op het "clean" melden van wachttijden wanneer daar niet de ernst van de aandoening en de impact van de zorgbehoefte bij wordt betrokken. Wachttijden zijn voor medische zorg om die reden lastig te normeren.

## Verloskundige

Ten aanzien van de verloskundige zorg wordt alleen informatie gegeven over de capaciteit en het werk van verloskundigen, omdat cijfers over specialistische (poli)klinische zorg niet beschikbaar waren.

In Den Haag werken zo'n dertig verloskundigen. Vrijwel allen participeren in groepspraktijken. Ziekenfondsverzekerden zijn voor zwangerschapsbegeleiding, hulp bij de bevalling en nazorg aangewezen op een verloskundige. Particulier verzekerden kunnen ook kiezen voor een gynaecoloog of de huisarts. Verloskundigen kennen geen wachtlijsten, omdat vrouwen die zich aanmelden als regel niet kunnen worden geweigerd. Sinds enige tijd hanteren enkele verloskundigen wel een maximum. De vrouwen worden dan doorverwezen naar een collega via een daarvoor in het leven geroepen coördinatiepunt. Lukt ook dat niet dan wordt bij een bevalling de vrouw doorverwezen naar het ziekenhuis.

De werkdruk bij verloskundigen in Den Haag is hoog door een toename van de intensiteit en complexiteit van het werk, in combinatie met een tekort aan beschikbare inzet. Door volledige afwezigheid of beperkte inzet van kraamzorg wordt het werk eveneens verzwaard. Allochtone vrouwen kiezen vaak niet voor kraamzorg. Het komt regelmatig voor dat ze de hulp van familieleden boven kraamzorg prefereren maar daarbij ook (blijven) leunen op de verloskundige.

Er zijn vier verloskundigen in Den Haag die verloskundige zorg verlenen aan vrouwen die illegaal in Nederland verblijven. Ook deze zorg is boven gemiddeld complex. De hoge werkdruk leidt tot beperkte waarnemingsmogelijkheden bij vakantie of ziekte.

De sinds lange tijd bestaande norm van 150 bevallingen per jaar per verloskundige vormt onder de gegeven "case load" een overbelasting bij deze beroepsgroep. Minister Borst heeft vorig jaar deze norm van 150 teruggebracht naar 120 per jaar. De recente herwaardering van het werk leidde onlangs tot een verhoging van het tarief per bevalling met 20%. Ook werden extra middelen uitgetrokken voor onregelmatige diensten en praktijkkosten (automatisering). Het tekort aan verloskundigen wordt gecompenseerd met uitbreiding van opleidingsplaatsen.

Vanwege de zwaarte van het werk is het beroep niet erg populair. De helft van de verloskundigen stopt

binnen vijf jaar. Medio 2000 had Den Haag e.o. zes vacatures.

## Thuiszorg

Voor de thuiszorg in Den Haag vormen wachtlijsten voor alle "producten" al jaren een zeer knellend probleem. Het aantal geïndiceerde cliënten, dat op peildatum mei 2000 metterdaad wachtte op thuiszorg - dubbeltellingen niet uitgesloten - bedroeg voor:

<i>Verzorging en verpleging</i>	276
<i>(waarvan 36 geïndiceerd door de liasonverpleegkundige van de ziekenhuizen)</i>	
<i>Huishoudelijke hulp</i>	590
<i>Alfahulp</i>	279
<i>Gespecialiseerde verzorging</i>	30

Naar type product betekent dit een wachttijd van: 1-12 weken bij noodzaak tot verzorging en verpleging; 1 week tot 5 maanden bij noodzaak tot huishoudelijk hulp; 2 to 19 maanden bij behoefte aan alfahulp.

Het bestaan van deze wachttijden betekent niet dat mensen met een hoge urgentie (hulp nodig binnen 24 uur) niet kunnen worden geholpen. Ze komen in principe niet op de wachtlijst maar krijgen onmiddellijk hulp. Ze vertragen uiteraard de doorstroming van degenen die op een wachtlijst staan. Vooral in wijken met een sterke vergrijzing stagneert hierdoor de doorstroming. Ook om andere redenen bestaan er verschillen in wachtlijsten en -tijden tussen wijken in Den Haag. Zo is er in de wijk Laakkwartier/Spoorwijk en de Schilderbuurt bijvoorbeeld geen wachtlijst voor alfahulp, terwijl men in de stadsdelen Segbroek en Loosduinen maar liefst 19 maanden op deze voorziening moet wachten. Waarschijnlijk vraagt men in de achterstandswijken minder om alfa-hulp omdat men denkt het niet te kunnen betalen. Verschillen in wachtlijsten en -tijden voor andere vormen van hulp kunnen mogelijk worden verklaard door verschil in complexiteit van problematiek die tussen wijken speelt. Daarnaast geeft de beperkte uitwisselbaarheid van personeel tussen de stadsdeelcentra weinig mogelijkheden tot compensatie.

Ook in de thuiszorg is het gebrek aan personeel het belangrijkste knelpunt. Thuiszorg Den Haag heeft in het voorjaar 2000 een intensieve campagne gevoerd om nieuw personeel te werven. Dat bracht enig soe-

laas. Personeel wordt intern vaak opgeleid voor hogere functies. Voor verpleging en verzorging aan de basis zijn mensen het lastigst te krijgen. Landelijk lukt het niet de beschikbare opleidingsplaatsen op te vullen. De voorspelling is dat in de naaste toekomst de personeelsproblemen zullen blijven bestaan.

Voor het terugdringen van de wachtlijsten en -tijden stelt het Rijk geld beschikbaar, mits de wachtlijsten worden opgeschoond en de registraties worden geüniformeerd. Het beschikbare budget wordt inmiddels toegedeeld naar feitelijk geïndiceerde hulp. De financiën zijn dus minder het probleem, maar veeleer de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.

### ***Verzorgingshuizen en verpleeghuizen***

De stad Den Haag beschikt over ruim veertig *verzorgingshuizen* en ruim vierduizend verzorgingshuisplaatsen. Volgens gegevens van het Bemiddelingsbureau Zorginstellingen Haaglanden wachtten in 2000 circa 1.500 mensen op een plaats in een verzorgingshuis in Den Haag. Het aantal wachtenden varieert sterk tussen de huizen (van enkelen tot ruim honderd). Sommige huizen zijn bijzonder in trek, ze hanteren ook wel selectiecriteria, zoals bijvoorbeeld een leeftijdsgrens.

De wachtlijst voor verzorgingshuizen is "vervuild" doordat mensen zich uit voorzorg op een wachtlijst laten plaatsen. Zijn ze aan de beurt dan geven ze vaak nog de voorkeur aan thuis wonen. Geschat wordt dat het aantal voor wie plaatsing echt noodzakelijk is zeker de helft lager ligt dan het aantal formeel geregistreerden.

Vaak krijgen de mensen op de wachtlijst wel andere zorg, zoals thuiszorg of dagbehandeling. Bij het bemiddelingsbureau kan niet inzichtelijk worden gemaakt wie op de wachtlijst welke hulp ontvangt.

In Den Haag staan ruim twintig *verpleeghuizen* met een totale capaciteit van ruim drieduizend plaatsen (somatisch circa 1.250; psychogeriatrisch circa 1.850). Voor een plaats in een somatisch verpleeghuis stonden in 2000 circa 200 mensen op de wachtlijst. Voor psychogeriatrische verpleeghuiszorg was dat vrijwel het dubbele. De wachttijden zijn sterk afhankelijk van het huis en van de urgentie en variëren van vier weken tot vier maanden.

Naar alle waarschijnlijkheid verblijft het merendeel van de mensen, dat wacht op somatische verpleeg-

huiszorg in het ziekenhuis. De meeste mensen die wachten op psychogeriatrische zorg wonen thuis, al dan niet met thuiszorg en/of dagopvang.

De wachtlijsten en daarmee de onmogelijkheid om patiënten op de juiste plek te krijgen leidt soms tot oneigenlijke praktijken. Specialisten worden soms door de nood gedwongen patiënten zonder adequate zorg naar huis te sturen, buiten maatschappelijk werk en liaisonverpleegkundigen om. Verpleeghuizen worden dan vaak rechtstreeks door familie en huisartsen onder druk gezet om tot opname over te gaan. Er vinden onder andere in dergelijke situaties - om de urgentie-indicering te ontlopen - regelmatig zogenaamde "acute" opnames plaats in de avond- en weekenddiensten.

Verzorgingshuizen en verpleeghuizen kampen - evenals thuiszorg - met een groot tekort aan verplegend personeel. Bovendien verliezen deze huizen regelmatig goed gekwalificeerd personeel aan ziekenhuizen.

Voor het terugdringen van de wachtlijsten stelt het Rijk extra geld beschikbaar mits - evenals bij de thuiszorg - de wachtlijsten worden opgeschoond en de registraties landelijk worden geüniformeerd.

In Den Haag zijn nog maar weinig verzorging- en verpleeghuizen ingesteld op zorg aan allochtone ouderen. Bij ongewijzigd beleid zal de voorspelbare verzorging- en verpleegbehoefte uit deze groep een extra belasting geven voor de thuiszorg. Dit geldt nog eens te meer, wanneer familieleden deze zorg niet meer op zich willen/kunnen nemen.

### ***Geestelijke gezondheidszorg***

Per 1 januari 1999 zijn de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Den Haag gefuseerd onder de naam Parnassia, psycho-medisch centrum. Sindsdien worden ingrijpende interne reorganisaties doorgevoerd, onder andere gericht op een samenhangende doelgroepbenadering en op de deconcentratie van geestelijke gezondheidszorg naar wijk en stadsdeel. Het bleek niet mogelijk om cijfermatige vertalingen van knelpunten in de zorg aan te leveren. Momenteel wordt hard gewerkt registraties en informatiesystemen tussen de diverse dependances te uniformeren en af te stemmen op de richtlijnen die GGZ-Nederland hiervoor stelt.



In het voorjaar 2000 werd melding gemaakt van te hoge werkdruk bij de crisisopvang. Door plaatsgebrek in de algemene ziekenhuizen liggen er op de opname-afdelingen van Parnassia vooral somatisch zieke geriatrische patiënten op een “verkeerd bed”. Wanneer een instelling voor geestelijke gezondheidszorg kan aantonen dat door gebrek aan middelen wachtlijsten ontstaan kunnen - onder bepaalde voorwaarden - extra middelen worden geaccrediteerd bij het Rijk.

Het werven van goed gekwalificeerd personeel wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg moeilijker.

### **Jeugdhulpverlening**

De jeugdhulpverlening bestaat onder andere uit ambulante zorg, daghulp, pleegzorg en opvang in gezinsvervangende huizen. Ze is op het niveau van het stadsgewest Haaglanden georganiseerd in een koepelorganisatie. Er bestaat uitsluitend op regionaal niveau zicht op de wachtlijsten. De lijsten voor de jeugdhulpverlening worden door de Samenwerkende Organisatie Jeugdhulpverlening Haaglanden opgesteld aan de hand van zorg-toewijzing-besluiten. Deze lijsten zijn opgeschoond.

Voor alle typen van zorg die de jeugdhulpverlening levert, bestaan er (in toenemende mate) wachtlijsten. In totaal stonden eind mei 2000 zo'n 350 jongeren in regio Haaglanden op de wachtlijst (1999: 1.100). Ruim de helft kent een wachttijd van meer dan drie maanden. De hoogste aantallen betroffen jongeren die wachten op daghulp of pleegzorg.

De jeugdhulpverlening kampt met een tekort aan pleeggezinnen, terwijl er door een veranderde opvatting in de zorg, juist kan worden gesproken van een toename van het aantal toewijzingen voor pleegzorg. De wachttijden voor dagbehandeling betreffen vooral medische kleuterdag-verblijven en Boddaertcentra in Den Haag. Dit laatste wordt deels veroorzaakt door een stagnatie in de doorstroming: kinderen van medische dagverblijven kunnen slechts aan het begin van het schooljaar doorstromen naar het speciaal onderwijs.

De beschikbaar gestelde extra middelen worden vooral ingezet voor een kwaliteitsverbetering van

het hulpverleningsaanbod. Incidenteel - bijvoorbeeld bij dagbehandeling - worden middelen ingezet voor het wegwerken van de wachtlijsten.

### **Zorg voor verstandelijk gehandicapten**

De geestelijke gehandicaptenzorg in Den Haag e.o. omvat een breed scala aan professionele begeleiding en zorgvormen zoals duurzame opvang in gezinsvervangende huizen, kortdurende 24-uursopvang, dagverpleging in de thuissituatie, dagverpleging en -opvang, praktische pedagogische gezinsbegeleiding en vroeghulp. Er bestaan al jaren lange wachtlijsten voor alle vormen van zorg. De ernst van de situatie heeft geleid tot de oprichting van een regionale “Stuurgroep Wachtlijsten”.

Medio 2000 wachtten 600 verstandelijk gehandicapten op extramurale zorg en 200 op intramurale zorg. Deze lijsten waren niet opgeschoond.

Wachtlijsten worden niet alleen veroorzaakt door tekortschietende (personele) capaciteit. Er treedt ook “verstopping” op omdat cliënten te lang een “verkeerde plaats” blijven bezetten: “eenmaal intramuraal altijd intramuraal”. In 2000 zijn cliënten die op de wachtlijst stonden, bezocht voor verduidelijking van de hulpvraag. Doel is om te kijken of er alternatieven van hulpverlening zijn. Met de flexibilisering van het aanbod - met name het persoonsgebonden budget en de scheiding van wonen en zorg - hoopt men de wachtlijsten te bekorten. Het wordt dan immers mogelijk tijdelijke of “second best” oplossingen te bieden.

Tot 2002 is er voor de verstandelijk gehandicaptenzorg sprake van een open-eind financiering. Personeel en huisvesting voor de zwaarste groepen kunnen een obstakel worden.

#### Literatuur:

1. Regiovisie-overleg van Cure naar Care. Provincie Zuid-Holland. Den Haag 2001.
2. Goudswaard JL, Sikkema G. De huisarts in beeld: rapportage enquête District Huisartsen Vereniging Den Haag e.o. Bureau Obelon. Rotterdam, september 1999.

# Gesprekken vanuit verschillende invalshoeken over de actuele knelpunten

## Toelichting

*L.J.G. van der Maesen en H.G.J. Nijhuis*

Er hebben vanuit dertien invalshoeken gesprekken plaatsgevonden met hulpverleners, leidinggevend en deskundigen, zowel in Den Haag als elders in het land. Alle gesprekspartners kregen dezelfde drie thema's als leidraad voor het gesprek voorgelegd.

Ten eerste over actuele knelpunten: welke knelpunten springen vanuit uw werk bezien het meest in het oog; wat heeft u op basis van uw werkervaring hierover te vertellen; wat is uw commentaar op de actuele knelpunten en sociale verhoudingen tussen vragers, aanbieders, managers en verzekeraars in de gezondheidszorg en in welke zin onderschrijft u de voorstelling van zaken, zoals die doorgaans in de actualiteit verschijnt?

Ten tweede over maatschappelijke tendensen: welke maatschappelijke tendensen spelen zich volgens u af die van invloed zijn op de huidige wijze van functioneren van de gezondheidszorg en op de problemen, die zich daarbij voordoen; waar komt het denken in zorgproducten eigenlijk vandaan; wat verandert er in onze samenleving en als gevolg daarvan in het handelen en in de positie van de individuele burger/zorgvrager?

Ten derde over toekomstperspectieven: welke oplossingen zijn, naar uw mening, denkbaar in de naaste toekomst; hoe kunnen de bestaande omstandigheden, organisatievormen en werkwijzen zodanig worden veranderd dat de zorg en de dienstverlening weer aansluiting vindt bij de tijdgeest van nu en morgen; welke kansen kunnen worden ontleend aan de maatschappelijke veranderingen van nu, en wel

zodanig dat hulpverleners en hulpvragers creatiever met elkaar kunnen omgaan; welke rol vervullen de politiek, de aanbieders en de verzekeraars bij het ontwerpen van nieuwe visies en het invoeren van nieuwe werkvormen in de gezondheidszorg?

De gesprekken zijn - zoals gezegd - gevoerd met een grote diversiteit aan deskundigen: qua positie, qua beroep, qua leeftijd en qua ervaring. Het gevolg hiervan is, dat de lezer met een grote verscheidenheid aan benaderingen wordt geconfronteerd. Het gespreksmateriaal bestrijkt het terrein van de praktische hulpverlening in de thuissituatie tot de organisatie en het management van ziekenhuizen; van filosofische opvattingen over mensen en zorgsystemen tot economische standpunten over vrije marktwerking en regulering.

De vraag is of deze diversiteit aan gesprekspartners niet het verband tussen de verschillende verhalen wegneemt. We zijn van mening, dat dit niet het geval is wanneer men - vooruitlopend op het lezen van de interviews - bekend is met een terugkerend thema dat als een rode draad door de gesprekken liep, namelijk dat er kan worden gesproken van *breuklijnen* in de samenleving, waaruit echter geen consequenties worden getrokken voor de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

De respondenten stelden consistent, dat de bestaande zorgconcepten, de daarop gebaseerde praktische werkvormen en de formele regelingen verbonden dienen te zijn met actuele sociale, maatschappelijke en politieke verhoudingen. Deze verhoudingen zijn op dit moment sterk aan het veranderen. De traditio-

---

*Over de auteurs:*

*Dr. L.J.G. van der Maesen, directeur European Foundation of Social Quality in Amsterdam en Dr. H.G.J. Nijhuis, hoofd Bureau Public Health, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn in Den Haag.*

nele werkvormen in de zorg veranderen echter niet of nauwelijks mee, zodat ze voor het heden en de nabije toekomst minder bruikbaar zijn. Meer geld beschikbaar krijgen lijkt wel het einddoel te zijn van veel initiatieven tot verbetering. Maar gebrek aan geld - zo werd met klem betoogd - kan niet de enige oorzaak zijn van het negatieve imago, van het afnemende werkplezier van verpleegkundigen of van het dreigend tekort aan huisartsen en specialisten. Het onvermogen om adequaat en effectief om te gaan met de cultuurschok van allochtonen is evenmin door gebrek aan geld te verklaren. Hetzelfde geldt voor “verkeerde bedden” en wachtlijsten. De hulpverleners zelf, bijvoorbeeld huisartsen, die in traditionele werkvormen door blijven gaan, worden uiteindelijk ongewild het kind van de rekening.

We betreden met elkaar een geheel nieuwe tijd, maar in de gezondheidszorg is daar maar weinig van te merken.

Men concludeerde, dat “de tijden en de dingen voorbij zijn gegaan”, zonder dat de gezondheidszorg hiervan nota heeft genomen en zich hieraan heeft aangepast. Deze gedeelde hypothese - dat we in de gezondheidszorg verkeren op een breuklijn - maakt het mogelijk om steeds het onderlinge verband in het vizier te houden. De effecten hiervan zijn immers evenzeer herkenbaar en voelbaar op praktisch niveau, in de leiding van zorginstellingen, in de buurten, in de verzorgingshuizen, bij verzekeraars en op het niveau van de politiek.

We hebben - met instemming van de gesprekspartners - bewust de gesprekken zoveel mogelijk gestructureerd en actief gestuurd naar de drie thema's: wat zijn de ervaren problemen, wat zijn de achterliggende tendensen en wat zijn mogelijke toekomstperspectieven. In deze sturing schuilt de belangrijkste eigen input van ons als gespreksleiders. We hebben als verslagleggers de gesprekken vervolgens - weliswaar in eigen bewoordingen - weergegeven als betoog van de geïnterviewde. Daarbij zijn we opnieuw uitgegaan van de structuur van de drie thema's. De geïnterviewden hebben alle teksten gezien, becommentarieerd en hebben met de voorliggende versies ingestemd.

We zijn onze gesprekspartners zeer erkentelijk voor de tijd en de moeite die ze zich hebben getroost om mee te werken aan deze speciale uitgave. De gesprekken, waarin zowel de kritiek als de zelfkritiek absoluut niet werden geschuwd, waren rijk aan inzichten en verliepen zonder uitzondering zeer plezierig. Het was - in ieder geval voor ons - buitengewoon stimulerend en bemoedigend om te ervaren, dat er zoveel verfrissende ideeën en wijsheid aanwezig zijn in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag.

# De huisarts

**“Als huisartsen fungeren we als een doorgeefluik van de negatieve gevolgen van het afbraakbeleid in de gezondheidszorg.”**

**“Het inbeddingsconcept van de huisarts, de aard van het beroep en de faciliteiten voor het werk zijn echter toe aan een ingrijpende doorlichting. Maar dat gebeurt nog niet. Wat deze beroepsgroep betreft is de tendens met traditionele beelden te blijven werken en voorbij te gaan aan nieuwe werkelijkheden.”**

*W.J. Pameijer, huisarts te Den Haag*



## Actuele problemen

Waarschijnlijk komt de wezenlijke aard van de problemen in de hedendaagse gezondheidszorg het beste tot uitdrukking bij oudere mensen met meervoudige problematiek. In geval van hoge nood, dus indien een opname is geboden lukt het vaak niet een plaats te vinden. Je belt je suf als huisarts, maar je krijgt het niet voor elkaar. Soms biedt de EHBO enig soelaas, maar dan wordt de patiënt wel weer linea recta naar huis gestuurd. Laat een ander het maar uitzoeken. Dit geeft wantoestanden en soms zelfs een onnodig vroegtijdige dood. Als huisarts is dat onverteerbaar, echter het begint tot de dagelijkse ervaring te behoren. Dit betekent, dat het systeem, ondanks de grote woorden over de gerichtheid op de patiënt en de vraag, niet meer is toegesneden op een groot deel van de hedendaagse vraag. Helaas betreft het vaak de vraag van mensen die geen hoge maatschappelijke status kennen. Hun stem is te zwak en hun klacht baart geen opzien meer. Armoedige sociale patronen krijgen in deze context een schrijnend karakter. Bij een ouder echtpaar maak ik mee, dat de dominante doch ten dele demente man bepaalt wat er in het huishouden geschiedt. Zijn in fysieke zin zwakkere vrouw mag van hem niet de juiste voorzieningen en hulpmiddelen gebruiken. In dit gezin ontbreekt de correctie van derden, van kinderen of bureu. Hierdoor bestaat voor deze vrouw een risicovolle en liefdeloze toestand. Dit voorbeeld komt in allerlei toonaarden voor.

Een praktisch effect van deze inadequaatheid is, dat je als huisarts steeds meer bezig bent met het bieden

van de helpende hand bij problemen die elders thuis horen. Bijvoorbeeld: het bespoedigen van zorg door derden. Hiermee dreigt je werkdag vol te slibben en het gaat je ontbreken aan tijd om het noodzakelijke huisbezoek af te leggen. Het betreft bijvoorbeeld de helpende hand bij een patiënt die thuis de genezing van een gebroken wervel moet afwachten. Die vond ik liggend in zijn plas, omdat hij 's nachts naar het toilet moest en van de pijn op de grond was gevallen. Hij kon niet meer overeind komen. Het inadequate zit ook deels in de werkwijze van het Regionaal Indicatieorgaan. Het werkt traag, bevindt zich te ver van de huiselijke situatie en weet veelal niet waar het werkelijk om gaat. Als er geen bedden zijn, zijn er geen bedden. Dan slaan uitdrukkingen als 'acute voorziening' nergens meer op. En het appelleren op mantelzorg is je kop in het zand steken. Dit begrip verwijst naar sociale verhoudingen die er vaak niet meer zijn. Het gaat voorbij aan de werkelijkheid van nu.

Dit alles veroorzaakt grote spanningen. Als huisartsen fungeren we als een doorgeefluik van de negatieve gevolgen van het afbraakbeleid in de gezondheidszorg. Desalniettemin blijven we ons verantwoordelijk voelen. De beddenreductie is een beleidsmaatregel, die is gebaseerd op een economisch bepaald gedachtespinsel. De ervaringen hiermee in de afgelopen tien jaar zijn niet meer goed uit te leggen en treffen vele mensen zeer ernstig. De mensen, die aan het stuur staan van beleid en planning zijn niet geïnteresseerd in de feitelijke casuïstiek. Het neveneffect is dat jonge mensen minder belangstelling gaan koesteren voor de zorgvakken.

De ontkenning van het werkelijke onderwerp van de gezondheidszorg door de laag van planners en beleidsmakers veroorzaakt ook een maatschappelijke onderwaardering van de zorgvakken en daardoor een toekomstig tekort. De aandacht van de wereld ligt op commercieel interessante BV's en speculatie. De salarissen in de zorgvakken hebben dan ook geen gelijke tred gemaakt met salarissen in het bedrijfsleven. In collectieve zin hebben we de balans verstoord. Het wordt duidelijk, dat op dit moment daarvan de rekening wordt gepresenteerd.

### *Nieuwe tendensen*

Er is een toenemend aantal mensen, die de "struggle for life" in het bedrijfsleven niet aankunnen. Ogen-schijnlijk gaat het een ieder voor de wind. Maar in feite nemen de spanningen toe en is het tempo van werken voor menigeen te hoog. De resultaten hiervan zijn heel goed in de spreekkamer te merken. Een groot deel van de allochtone mensen boven de veertig jaar is aangewezen op een uitkering. Ze ondergaan een dubbele last. Behalve de eisen van het werk hebben ze te maken met een jongere generatie die niet meer vanzelfsprekend naar hen luistert. Dit betekent een grote schok voor deze mensen. De oudere vrouwen kunnen de gevolgen hiervan niet in het Nederlands uitdrukken, waardoor ze in een toenemend isolement komen te verkeren. Omdat bij hen de emotionele en lichamelijke aspecten sterk met elkaar zijn verweven, is veel tijd en aandacht nodig om met hen enig ziekte-inzicht te ontwikkelen en door de bomen het bos te zien. Welnu, deze tijd neemt steeds meer af. We staan in dit vak voor tegen-gestelde tendensen die zelfs aan kracht winnen. De werkdruk zal daardoor gaan toenemen.

Vervolgens verandert het gedrag tussen mensen. Vroeger hield men veel meer rekening met elkaar. Nu dat niet meer zo is worden hogere eisen tijdens de opleiding gesteld, omdat in de zorgverlening de aandacht per definitie op de medemens gericht moet worden.

De lijdende mens heeft geen aantrekkelijk perspectief in de nieuwe moderne samenleving. Hij of zij past niet meer in het beeld van het aantrekkelijke design en in het succesverhaal. Een inclusief denkende hulpverlener houdt hiermee rekening. Mensen, die dit verstaan zou je juist extra moeten honoreren. Maar het is precies omgekeerd, met als gevolg een dreigend tekort aan hulpverleners.

Huisartsen zelf zijn niet getraind om over maatschappelijke tendensen na te denken en de gevolgen hiervan voor hun beroep onder woorden te brengen. Ze blijven veelal gefixeerd op individuele casuïstiek. De Landelijke Huisartsen Vereniging stelt zich reeds jaar en dag op als een belangenbehartiger. Over de interactie tussen maatschappij (regering, wetgever, verzekeraar) en gezondheidszorg heeft deze vereniging weinig in te brengen. Het inbeddingsconcept van de huisarts, de aard van het beroep en de faciliteiten voor het werk zijn echter toe aan een ingrijpende doorlichting. Maar dat gebeurt nog niet. Wat deze beroepsgroep betreft is de tendens met traditionele beelden te blijven werken en voorbij te gaan aan nieuwe werkelijkheden. Daardoor laten we ons als huisartsen de wet voorschrijven door verzekeraars en overheden, omdat het ons aan het overzicht ontbreekt om een eigen partij te spelen. Het leek wel makkelijk: zij de regels en wij de patiënten; alleen nu is de situatie onwerkzaam geworden. We hebben met ons laten spelen. Dit veroorzaakt een toenemende frustratie onder vakgenoten.

### *De toekomst*

Een vernieuwing van de gezondheidszorg is mogelijk, wanneer de overheid haar calvinistische gedrag van van alles te willen betuttelen en te blijven overzien, gaat relativeren en leert inzien dat gedelegeerde verantwoordelijkheid als zodanig niet meer bij hen thuishoort. Dus decentraliseren met de nadruk op faciliteren in plaats van op controleren. Eventuele correcties zullen uit de samenleving wel naar boven komen. Wanneer het niet meer om de economie gaat maar om de zorg zou de overvloed aan starre economische instrumenten in de zorg moeten worden losgelaten. Beter meer zorgverleners dan meer ambtenaren.

In te ontwikkelen nieuwe samenwerkingsverbanden van hulpverleners in wijken - het solisme heeft zijn langste tijd gehad - moeten hulpverleners zelf veel meer kunnen gaan bepalen. Dan dient ook meer tijd en energie te worden besteed aan de assistentie en informatie met hulp van onder andere praktijkverpleegkundigen. Maar voor deze nieuwe verbanden zal goede ruimtelijke accommodatie moeten komen. Onder de huidige omstandigheden lijkt dit uitgesloten. De vierkante meter prijs is niet meer te betalen. De grondprijzen en de parkeertarieven belemmeren het ontwikkelen van een nieuw perspectief. Grote steden als Den Haag worden veel te duur.

Wat ons de huidige problemen in het licht van in gang zijnde tendensen leren is, dat in deze samenwerkingsverbanden per buurt een veelheid aan verschillende deskundigheid nodig is. De moderne problemen en vragen van mensen vereisen een doeltreffende verbinding van diverse aspecten van het hulpaanbod. Meer oudere mensen, die op zichzelf zijn aangewezen, hebben een volstrekt andere benadering nodig dan mensen die op anderen kunnen terugvallen. Om het “verkeerde beddengebruik” in ziekenhuizen te voorkomen, zullen geheel nieuwe faciliteiten op wijkniveau moeten worden ontwikkeld. Het is de vraag of de oudere generatie vakgenoten deze omwenteling aan zal kunnen. De nieuw op te leiden vakgenoten zullen voor deze nieuwe benadering de vaardigheden moeten leren. Ze geven daartoe zelf ook de noodzaak aan. Jongere vakgeno-

ten zijn niet meer te porren voor een 24-uursdienstverlening. Ze willen over veel meer en duidelijke vrije tijd beschikken. Dit impliceert het ontwikkelen van groepspraktijken. Meer vrijheid drijft mensen hier in elkaars armen.

Zo'n nieuw toekomstperspectief heeft zijn positieve en mogelijk ook zijn negatieve kanten. Als de neiging uit het bedrijfsleven van “job hopping” wordt overgenomen, ontstaan er problemen. De kwaliteit van de hulpverlening schuilt ten dele in de continuïteit. Patiënten en cliënten hebben grote behoefte om de hulpverleners te kennen. Een snelle wisseling maakt dit onmogelijk en veroorzaakt onzekerheden bij hulpvragers.

---

# De wijkverpleegkundige

**“... in de thuiszorg is ‘het praten’, waaraan veel mensen nu juist behoefte hebben, gigantisch verminderd.”**

**“Met een luisterend oor voor beginnende problemen kon vroeger sneller worden gereageerd, om erger te voorkomen ... maar dat past niet meer in de productenbenadering”**



*Mw. M. Teeuwen, wijkverpleegkundige in Segbroek bij Thuiszorg Den Haag*

## **Actuele problemen**

Het stadsdeel Segbroek is zeer divers van karakter en bevolkingssamenstelling. De Vogelbuurt is bijvoorbeeld een zeer welgestelde wijk met grote statige huizen, die momenteel voor een groot deel door oudere mensen worden bewoond. Het Valkenboskwartier en het Regentessekwartier geldt als een sociaal achtergesteld gebied. Er woont een hoog percentage allochtonen, aanvankelijk vooral van Surinaams-Hindostaanse afkomst. Nu komen er steeds meer mensen wonen van Turkse en Marokkaanse afkomst. De Bomen- en Bloemenbuurt en de Vruchtenbuurt nemen een tussenpositie in. Er is in het stadsdeel - met name in het Regentesse/Valkenboskwartier - veel migratie en de samenstelling van de bevolking verandert snel. Dat heeft grote gevolgen voor de sociale samenhang. Het oude vertrouwen is er niet meer, daarvoor in de plaats is het nieuwe en onbekende gekomen. Thuiszorgmedewerkers ontmoeten daardoor veel onzekerheid bij mensen.

De Turkse of Marokkaanse mensen maken verhoudingsgewijs weinig gebruik van thuiszorg. Dat neemt niet weg dat de nood in deze kringen hoog kan zijn. We weten eigenlijk weinig van wat zich bij deze allochtone families afspeelt.

Er bestaat op dit moment een negatief beeld over de thuiszorg. Dat komt vooral door de lange wachtlijsten. Maar de werkwijze die thuiszorgmedewerkers wordt opgelegd speelt hierbij een rol. De speelruimte om zich in buurten flexibel op te stellen en in te spelen op de zich aandienende vragen wordt door het huidige systeem van indiceren onmogelijk gemaakt. We kunnen niet meer hier en daar de helpende hand bieden in afwachting van een definitieve oplossing.

Wat we wel en niet mogen doen wordt geheel vanuit het Stedelijk Indicatie Orgaan (SIO) geregeld. Hulpvragers krijgen pas zorg of assistentie als het op het niveau van SIO is beoordeeld en goedgekeurd. Het indiceren van thuishulp vindt vanuit een centraal punt plaats, zonder direct gevoel en kennis over het dagelijkse leven en de sociale omgeving van mensen. Dit werkt zeer vervreemdend: als niet objectief door de indicatiesteller kan worden vastgesteld of er hulp moet worden verleend dan komt die hulp er niet, terwijl het om niet zo makkelijk objectiveerbare persoonlijke redenen wel eens zeer nodig kan zijn. Dit subtiele onderscheid kunnen alleen hulpverleners “on the spot” maken, die het dagelijkse leven kennen, zoals huisartsen en thuiszorgmedewerkers. Het concept dat aan het SIO ten grondslag ligt, maakt het verdelen van zorg ogenschijnlijk beter beheersbaar. Maar in de praktijk pakt het anders uit en ontnemt thuiszorgmedewerkers flexibiliteit om met zorgvragen om te gaan. Het veroorzaakt daarom mede de wachtlijsten.

Een ander belangrijk punt in de thuiszorg is dat mensen thuis vaak heel verschillende vormen van verpleegkundige of huishoudelijke hulp behoeven. Nu kennen we op dit moment in Nederland een sterk doorgevoerde specialisatie in de hele gezondheidszorg, ook in de thuiszorg. De ene hulpverlener doet dit, de andere dat. Het gevolg hiervan is, dat bij meervoudige problematiek dagelijks een hele diversiteit aan hulpverleners binnenkomen, die allemaal een deeltje zorg verlenen. Voor met name oudere mensen is dit gekmakend. Ze kunnen door de bomen het bos niet meer zien. En ze kunnen hun andere persoonlijke vragen en problemen die niet bij de langskomende specialisaties horen, niet meer kwijt. Ze voelen zich

als het ware een voorwerp van hulp geworden. Deze situatie krijgt nog een extra dimensie door de toename van deeltijdwerkers, waardoor het aantal langskomende zorgverleners nog groter wordt. In de huidige omstandigheden van de thuiszorg kan de zo belangrijke persoonlijke binding tussen hulpverlener en hulpvrager zich niet goed ontwikkelen.

Momenteel zijn er ook bedrijven, gericht op de verkoop en het gebruik van medische hulpmiddelen actief geworden in de zorg in de thuissituatie. Buiten de thuiszorg en de huisartsen om treden ze in contact met de huiselijke kring en regelen daar het een en ander aan hulpmiddelen. Deze benadering lijkt voor klanten zeer effectief en plezierig. Echter, maar al te vaak blijkt dan dat bij klachten het bedrijf niet thuis geeft. De bedrijven zijn onbereikbaar en de huisarts of thuishelpers weten van niets. De complexiteit van zorgvragen is toegenomen en teveel instanties betreden de intimiteit van de thuissituatie en dat gaat ten koste van de vertrouwensrelatie. Technisch is het misschien allemaal beter, maar de verzakelijking slaat om zich heen.

Vroeger bestond er een veel grotere persoonlijke binding tussen thuiszorgmedewerkers en hun cliënten dan nu. De samenwerking met huisartsen was ook intensiever en in zekere zin ook productiever, omdat beiden de omstandigheden van de familie en van de buurt veel beter kenden. Zowel huisartsen als thuiszorgmedewerkers gingen zo hier en daar geregeld "wel even langs" om een oogje in het zeil te houden. Maar ook meer en meer huisartsen gaan in deeltijd werken en voor velen van hen ontbreekt het zicht op de groeiende diversiteit van de geboden hulp thuis.

### *Nieuwe tendensen*

Het wordt er voor oudere mensen zelf niet makkelijker op om op eigen kracht op een goede manier met ziekte en invaliditeit om te gaan. Bij het overgrote deel van onze clientèle neemt de eenzaamheid toe. In de Vogelbuurt heerst weliswaar een deftige Haagse stijl, maar achter de ramen verpieteren vele mensen. Op hoge leeftijd zijn hun sociale relaties verschaald en onderling hulpbetoon lijkt als sneeuw voor de zon te verdwijnen. Men heeft geen idee wat zich daar achter de ramen afspeelt. En in de thuiszorg is "het praten", waaraan veel mensen nu juist behoefte hebben, gigantisch verminderd. Het valt niet onder te brengen in een "product-categorie". Het valt als het

ware onder de geaccepteerde schil van zorgproducten, maar veel tijd is er niet voor. Wat dit voor mensen betekent komt in officiële beleidsdocumenten niet ter sprake. Impliciet zijn deze gebaseerd op ideeën over sociale situaties van oudere mensen, die niet juist zijn.

De eigen bijdrage, die mensen moeten betalen, is hiervan een goed voorbeeld. Het versterkt het commerciële gevoel bij mensen, dat ze alleen maar producten mogen afnemen. Het wonderlijke is dat juist mensen die het wel zouden kunnen betalen, absoluut weigeren over een eigen bijdrage te denken. Ze weigeren vaak hulp. En dit vergroot natuurlijk de negatieve spiraalwerking van de problemen in hun dagelijks bestaan. Er gaat met andere woorden een verkeerd signaal uit van de eigen bijdrage-regeling.

De nieuwe, zakelijke tijdgeest werkt prettig voor mensen die mobiel zijn en over voldoende geld kunnen beschikken. De keuzemogelijkheden voor de inrichting van het dagelijks leven zijn voor deze categorie aanzienlijk toegenomen. Keuzevrijheid is natuurlijk ook een grote culturele winst. Maar met het slijten der jaren en de verkleining van de beurs komen velen onder ons in andere omstandigheden te verkeren. Onder gelijkblijvende omstandigheden bieden mensen elkaar minder hand- en spandiensten, terwijl dat dan juist wel geboden is. Familieleden verschijnen minder, omdat ze vaak ook ver weg wonen. Mensen hebben wel geleerd te calculeren, mondiger te worden en meer ook te eisen, maar dit moderne mensbeeld past minder bij vele alleenstaande ouderen. De winst van de moderne tijdgeest gaat bij hen in veel situaties in zijn tegendeel verkeren. Er kan zorg worden verleend, maar niet 24 uur, terwijl dat nu juist wel wordt gevraagd. Thuiszorgmedewerkers worden als eerste met deze frustraties in de huiselijke situatie geconfronteerd. De tendensen en geboden antwoorden vanuit de hulpverlening sporen niet goed met de echte behoeften van oudere mensen. We werken teveel met verkeerde concepten en interpretaties van het sociale bestaan van ouderen.

Het persoonsgebonden budget (PGB) lijkt ook goed in de moderne tijdgeest te passen. Mensen zijn mondiger en kunnen beter voor zichzelf bepalen welke hulp ze thuis behoeven en welke niet. Dat geeft natuurlijk veel keuzevrijheid, met alle positieve gevolgen van dien. Ze kunnen bijvoorbeeld in principe nu kiezen voor snel werkende particuliere



bureaus. Maar op macro niveau heeft dit ook de nodige negatieve implicaties voor de kwaliteit van de zorg thuis. Ten eerste onttrekken deze bureaus personeel aan de regionale thuiszorgorganisaties, terwijl er al grote krapte op de arbeidsmarkt is. Ten tweede stellen ze een minimale afname van drie uur zorg als voorwaarde. Dus de kortdurende zorg blijft over voor de medewerkers van Thuiszorg. De uiteindelijke praktische gevolgen van moderne tendensen als het PGB maken duidelijk, dat dergelijke “luke” interventies vanuit particuliere bureaus uiteindelijk geen oplossing bieden voor de belangrijke, feitelijke vragen en problemen van onze clientèle. Aan de wezenlijke vragen en gevoelens van eenzaamheid en isolement, die ik zojuist geschetst heb, gaan ze voorbij.

De snel te regelen, efficiënt aandoende interventies krijgen ook ruim baan vanwege de tendens om steeds minder waarde te hechten aan een preventieve opstelling in de zorg voor de gezondheid in de thuissituatie. Met een luisterend oor voor beginnende problemen kon vroeger door de huisarts of de thuishulp sneller worden gereageerd, om erger te voorkomen. We liepen bij deze of gene geregeld langs om te kijken of alles wel naar wens verliep. Maar dit past per definitie niet in het streven naar een “producten-benadering”. Wat zich niet zal voordoen aan problemen - omdat het wordt voorkomen - valt niet te meten en is dus niet in een product te vatten. Eigenlijk leidt dat tot een hele curatieve opstelling. Nu moet eerst de nood hoog zijn gestegen, pas dan kan de hulpvrager het “systeem” in van het SIO, de Thuiszorg en de andere hulpverleners. De systematiek wordt gekenmerkt door het steeds onpersoonlijker worden en het treedt pas in werking als de nood goed zichtbaar is.

### ***De toekomst***

Wat de thuiszorg betreft zal ten eerste de beeldvorming dienen te worden veranderd. Veel jonge mensen denken bij thuiszorg aan verschonen en doodgaan. Dit is grote onzin. Het hulpverleners aan mensen in de huiselijke omgeving is veel rijker. Gaandeweg leert men dat het verschonen en ook dood gaan bij de werkelijkheid van alledag behoort. Er vertrekken veel collega's, maar die gaan niet uit het vak. Ze gaan hetzelfde werk doen in verzorgingshuizen of verpleeghuizen. Het gaat dus niet om het zo vaak gehoorde argument van geld. In feite is de verschralling van het werk door het denken in producten de achtergrond voor de onvrede met het vak. En dat

komt bij jonge mensen kennelijk duidelijk over. In de toekomst zullen we allereerst deze verschralling moeten tegengaan. Daarmee verdwijnt wellicht ook het PGB of moet er in aanvulling daarop nog veel worden geregeld. Het is immers een vorm van verzakelijking van de hulp en is gebaseerd op het denken in vooraf vastgelegde producten. We moeten weer af van de verzakelijking om nog een andere reden. Als nu het product niet op juiste afgesproken wijze wordt geleverd dan is de advocaat zo geroepen om een claim in te dienen. Tuchtcolleges en processen zullen het zakelijke en onpersoonlijke handelen alleen nog maar verder stimuleren. Met de herwaardering van persoonlijk handelen is dit te voorkomen.

De veranderingen in de samenleving, de sociale verbanden, de leefwijzen en de arbeidsmarkt maken het nodig om ons te bezinnen op in feite verouderde of onjuiste concepten van zorg. Dit betekent, dat we in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening aan nieuwe inhoudelijke vormen moeten gaan werken. Het gaat ook over het opzetten van nieuwe locaties waar adequate zorg kan worden geboden. Meer van hetzelfde helpt niet, omdat het niet op de feitelijke situaties van mensen en nieuwe sociale verbanden is gebaseerd. Met de oude concepten zijn de eenzaamheid in de Vogelbuurt en de gevolgen van allochtone culturele patronen niet goed tegemoet te treden. De verkokering tussen organisaties heeft de integraliteit van de hulp aan mensen afgebroken. In nieuwe vormen dient de integraliteit weer vorm te worden gegeven. Mogelijk zijn nieuwe locaties voor zorg en dienstverlening in de buurt een oplossing. Deze locaties zouden zeer laagdrempelig moeten zijn, zodat mensen zomaar even kunnen binnenlopen om op verhaal te komen. Op deze plekken zijn dan huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, enzovoort, aan het werk. Contacten met de buurt (ontmoeting, vrijwilligers enzovoort) zijn daarbij heel belangrijk. Zulke locaties kunnen werk- en broedplaatsen worden om nieuwe warmte te geven aan sociale verhoudingen in de buurt. Nu zijn de verantwoordelijkheden voor de deelproducten gescheiden, gedeelde verantwoordelijkheid bestaat niet meer. Er is een grijze zone ontstaan, waarin niets meer gebeurt. De hulpvrager ziet daardoor door de bomen het bos niet meer. De nieuwe tijd vraagt om bezinning op deze dingen. Ze zullen leiden tot een geheel nieuwe benadering van de zorg in en rondom de thuissituatie.

# De specialist

**“Wachlijsten en personeelsproblemen zijn niet het probleem, maar vormen de symptomen van een onderliggend probleem. Ik heb als chirurg geleerd dat het een doodzonde is symptomen van een ziekte te behandelen als de oorzaak niet onder controle is.”**

**“Zorg voor het budget moet worden vervangen door zorg voor de patiënt.”**  
(De Brauw, 2001)

*H.G.J. Nijhuis en L.J.G. van der Maesen*

Tijdens onze interviewronde langs Haagse hulpverleners en leidinggevendenden bleek het niet mogelijk een medisch specialist vertegenwoordigd te laten zijn. Aangezien we vanuit dat werkveld toch een beeld willen schetsen baseren we ons hiervoor op eigen impressies opgedaan in gesprekken met professionals dan wel specialisten werkzaam in of buiten Den Haag. In het bijzonder maken we gebruik van uitspraken van de Maastrichtse chirurg Maurits de Brauw (1). Deze specialist, geeft in de inleiding van zijn pamflet onmiddellijk de verklaring voor het bijzondere karakter van deze bijdrage: “De onvrede wordt op de werkvloer openlijk beleden, maar daarvan merkt de buitenwacht niets, of bijna niets. De betrokkenen klappen niet graag uit de school”. Verderop constateert hij: “Alleen de werkvloer voert incidenteel actie, zowel verpleegkundigen als specialisten, meestal voor meer geld, de enige taal die de overheid lijkt te begrijpen”. Hij wijst daarmee op de voortdurende discussie over geld en de afwezigheid van het debat over de inhoud van de zorg in het ziekenhuis en het lot van de gedupeerde patiënt. De door hem bedoelde stilte onder professionals in het ziekenhuis lijkt het hardnekkige voortbestaan van “burn out” en “wachlijsten” juist in de kaart te spelen.

## *Actuele problemen*

Het grote probleem in het ziekenhuis, dat het werk op dit moment onder spanning zet, is het gebrek aan personeel. Met name de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen is zeer krap geworden. Volgens De Brauw wordt er door politici en beleidsmakers ten onrechte vanuit gegaan dat een “imagoprobleem” hieraan vooral debet is. Er zijn volgens hem zwaarder wegende factoren die het werken in een ziekenhuis

onaantrekkelijk maken, zoals gebrek aan waardering en stimulansen voor een goede inzet. Het heeft volgens anderen ook te maken met meer algemene maatschappelijke patronen. Praktisch gerichte beroepsopleidingen staan vandaag de dag minder in aanzien dan universitaire studies. We zullen, als het zo door gaat, binnen afzienbare tijd een groot gebrek aan timmerlieden, loodgieters of stukadoors krijgen. Dit is nu reeds aan de orde bij verpleegkundigen. Er is niet zoveel belangstelling meer voor de praktische verpleegkunde. De vraag is of we de samenleving wel goed draaiend kunnen houden met alleen academisch gevormde mensen.

Als achtergrond van de krapte op de arbeidsmarkt wordt ook genoemd, dat de verpleegkunde-opleidingen erg theoretisch zijn geworden en meer op managementtaken zijn gericht. Dat de opleiding op hogescholen en niet meer intern in ziekenhuizen wordt gegeven speelt ook mee bij het gerezen tekort. Leerlingen raakten, toen dat nog wel het geval was, spelenderwijs vertrouwd met het leven en werken in ziekenhuizen. Was je goed en beviel het, dan bleef je ook. Juist de praktische aspecten van het vak hadden in die tijd een belangrijker plaats. Het lijkt wel of in de huidige beroepsopleiding van verpleegkundigen het accent bijna geheel op het theoretische is komen te liggen. Daardoor ligt de overstap van de verpleegkunde naar één of andere universitaire studie veel meer voor de hand. Daarnaast geven specialisaties betere loopbaanvoorzichten en een beter inkomen. Hierdoor worden jongen mensen sterk gestimuleerd om de algemene verpleging te verlaten en zich te specialiseren. Ook de inkomenspolitiek zuigt mensen weg van de zorgverlening rondom het bed. Als eindresultaat van deze tendensen blijven er op

dit moment te weinig handen aan het bed over. Dat we straks dit wezenlijke onderdeel van gezondheidszorg niet goed meer kunnen invullen moet ons - met het oog op hoe we het hebben georganiseerd - dus eigenlijk niet verbazen.

Tegen deze achtergrond en onder de gegeven hoge werkdruk is volgens sommigen de professionele houding vanuit de verpleegkunde ook aan het veranderen. Er is een nieuwe generatie professionals aangetreden. De verpleegsters "oude stijl" zijn vertrokken. De verpleegkundige van nu is theoretisch en technisch goed geschoold. Er wordt in het huidige bedrijfsklimaat veel meer kennis, vaardigheid en inzet gevraagd voor de managementaspecten van het werk. Een veel zakelijker opstelling is vereist. Daarmee komen de sociaal-emotionele aspecten van de zorg in het gedrang. Er is vaak de ruimte niet meer om even de helpende hand te bieden als patiënten bepaalde kleine dingen niet meer kunnen doen, bijvoorbeeld het belletje boven het bed, de vork of de lepel even niet kunnen pakken.

Voor specialisten geldt qualitate qua een andere meer afstandelijke beroepsattitude. Van hen wordt verwacht, dat ze meer vanuit een medisch-technische houding handelen. De patiënt is vanuit hun beroepsattitude veel eerder iemand met een medische afwijking en daarmee ook eerder iets abstracts.

Dat de sociaal-menselijke aspecten van verpleegkunde de aandacht vragen blijkt in de praktijk. Er worden in ziekenhuizen bijvoorbeeld regels op papier gezet ter verbetering van de patiënt-gerichte verpleging. Dit is op zich genomen een prima initiatief. Elke verpleegkundige weet dus eigenlijk wat zij of hij moet doen. Maar als antwoord op een al te zakelijke professionele houding werkt zo'n instructie maar betrekkelijk. Regels kunnen immers het uiterlijke gedrag verbeteren. Maar de waarachtigheid van de houding komt uiteindelijk van binnenuit. Door aan de regels te beantwoorden kan de verpleegkundige zich weliswaar goed rechtvaardigen, terwijl de houding voor de patiënt toch heel afstandelijk kan overkomen. Misschien is het wel beter om minder regels te volgen en meer vanuit persoonlijke warmte te handelen. De vraag is waarin uiteindelijk de belangrijkste kwaliteit van de verpleging schuilt.

Ook de toenemende specialisatie en interne verkoeking in het ziekenhuis vraagt volgens velen de aandacht. De geneeskunde kent steeds meer specia-

lismen. In het moderne ziekenhuis is dan ook sprake van een groot verloop van diverse medische specialisten rondom het bed. Afstemming tussen specialisten en samenwerking tussen afdelingen wordt er niet makkelijker op. De Brauw zegt hierover: "De sfeer in een ziekenhuis is te karakteriseren als een 'ieder voor zich attitude'". Medisch specialisten hebben iedere dag een grote en zeer diverse hoeveelheid activiteiten te verrichten (poli's, visites, operaties, besprekingen, administratie enzovoort). Het tempo van werken gaat steeds verder omhoog. Het administratieve werk neemt toe en om geen fouten te maken worden de controlesystemen aangescherpt. De checklijsten zijn enorm geworden. De patiënt moet in hoog tempo worden beoordeeld, want men moet weer snel op naar de volgende. Voor mensen die ziek in bed liggen, is deze gang van zaken soms onwaardig. Ze hebben te maken met veel verschillende specialisten, die ieder een deel van de zieke patiënt voor hun rekening nemen. Patiënten zitten vaak met voor hen vitale menselijke en medische vragen, die nauwelijks kunnen worden uitgesproken. Ze dreigen daardoor teveel tot een object van geneeskundig handelen te worden.

Er kan verder worden gesproken van een verdichting van problematiek in ziekenhuizen. Mensen die moeten worden opgenomen hebben als regel ernstige, complexe of dringende geneeskundige problemen. Dankzij de moderne geneeskunde blijven mensen langer in leven en daardoor nemen de hoeveelheid en complexiteit van geneeskundige vragen toe. De wachtlijsten spelen daar, volgens De Brauw, ook een belangrijke rol in omdat de ernst van de problemen toeneemt tijdens het wachten. Maar mensen komen ook met veel meer verhalen rondom hun klachten en ziekten bij de specialist. Ze kunnen deze verhalen elders - in hun leven of in de extramurale zorg - klaarblijkelijk niet voldoende kwijt. Vooral binnenstads-ziekenhuizen die in grote steden een functie hebben voor achterstandswijken, worden geconfronteerd met sociale problemen, die meespelen in de ziekte van mensen. Bij veel chronische ziekten valt of staat een behandeling met een gezond gedrag in het dagelijkse leven van de patiënt. En het gedrag is weer nauw verboden met de cultuur en de sociale omgeving waaruit het voortkomt. Dit is vooral een complicerende omstandigheid bij allochtonen, die bijvoorbeeld diabetes hebben. Over de diverse aspecten van diabetes en allochtonen is in het Bulletin veelvuldig gepubliceerd (2)(3)(4). Zijn de

omstandigheden in het dagelijkse leven “voor suiker” ongunstig, dan werkt de behandeling gewoon niet. Een specialist die aandacht wil blijven houden voor alle aspecten van ziek zijn, ook de sociale en emotionele, heeft meer werk te doen. Hij moet ook de bijkomende verhalen serieus nemen en dat kost veel tijd. Aan de huisarts kan de specialist het vaak niet meer overlaten, want die heeft er zelf de tijd niet meer voor en werkt ook vaak niet in samenwerkingsverbanden (welzijn, preventie enzovoort), die hierop zijn toegesneden.

De specialist zelf kan de extra inspanningen onder het huidige budgetsysteem, waarin een vast aantal medische verrichtingen voor een bepaalde tijd is afgesproken, niet zomaar verantwoorden. Het uitvoerig praten is niet altijd te vatten onder zo'n medische verrichting. Het praatwerk komt dan bovenop het afgesproken medische werk. Het gevolg is, dat voor de specialist die toch zo te werk gaat de werkbelasting aanzienlijk toeneemt. Doet hij het niet dan is de zorg kwalitatief onder de maat. Het managementsysteem in ziekenhuizen en de op basis daarvan georganiseerde activiteiten van specialisten is daarop niet berekend. Door de Brauw wordt over de pijnlijke aspecten van het budgetsysteem verwoord wat door vele specialisten wordt ervaren: “...Het aantal te behandelen patiënten wordt namelijk niet vastgesteld op basis van de benodigde vraag, maar op productie-afspraken (over het aantal te behandelen patiënten). Op het moment dat het afgesproken aantal behandelde patiënten bereikt is, dient het geven van meer behandelingen te worden gestaakt. Deze rem geldt ook in het geval van een enorme wachtlijst, met leegstand van operatiekamers en afdelingsbedden. Als er om een wachtlijst weg te werken meer dan het afgesproken aantal patiënten wordt behandeld, wordt het budget het volgend jaar gekort met de overschrijding.....en kunnen evenredig minder patiënten worden geholpen.”

### *Nieuwe tendensen*

Breed wordt de mening gedeeld, dat door de introductie van het budgetsysteem als beheersinstrument in ziekenhuizen er veel is veranderd. De financiering van een ziekenhuis is niet meer geënt op het primaire proces, dat wil zeggen de aard van de benodigde behandeling van patiënten, maar op aantallen verrichtingen en daarbij behorende faciliteiten en voorzieningen (waaronder capaciteit van bedden,

verpleegkundigen en specialisten). Alle medische handelingen zijn onderdeel geworden van een nadrukkelijk aanwezige bedrijfsmatige systematiek: mensen, tijd en faciliteiten worden toebedeeld om afgesproken verrichtingen te kunnen uitvoeren. Het werk van specialisten moet nauwgezet worden bijgehouden, geadministreerd en gecalculeerd. Er moet immers precies kunnen worden nagegaan of de gemaakte productie-afspraken worden nagekomen en waar zich over- of onderschrijdingen voordoen.

De tendens om efficiënter en transparanter te werk te gaan is natuurlijk niet alleen maar slecht. Het was - gezien de ondoorzichtigheid van het werk en kosten in de periode daarvoor - ook zeker nodig om hieraan veel aandacht te besteden. Maar de vraag is met welk management een aanvaardbaar resultaat kan worden bereikt. Het huidige budgetsysteem werkt in vele opzichten averechts. De Brauw stelt: “‘Gezond verstand’-oplossingen voor de gerezen problemen, zoals de wachtlijsten, worden door de regels van het systeem verhinderd.” Zo blijken voor de hand liggende oplossingen als grotere productie van verrichtingen en het verkorten van de opnameduur te worden ontmoedigd. Andere creatieve oplossingen voor zover ze buiten het systeem vallen (bijvoorbeeld poliklinische pre-operatieve screening) mogen niet. De professionele creativiteit in het werk is behoorlijk aan het afnemen. Men kan immers niet meer zomaar buiten het opgelegde bedrijfsstramien om. Alles wordt vastgelegd en steeds efficiënter gepland. Men kan niet meer zo maar iemand voor dit of dat inschakelen. Verder ligt nu ook vast wat de specialisten volgens de afspraken moeten doen en wat ze daarvoor aan inkomen krijgen. Dan gaat hij niet zomaar meer dan afgesproken doen, want niemand betaalt dat. Budget op, tijd op en voilà, het gereedschap kan worden opgeborgen. En ziedaar de wachtlijsten.

Wachtlijsten zijn - zo vinden specialisten - als ongewild effect van het vast-timmeren van verrichtingen ontstaan. De ingevoerde management-systemen zijn als een verstikkend regiem in de organisatie van het ziekenhuis gaan werken. In zo'n abstract regiem neemt ook (het gevoel van) persoonlijke verantwoordelijkheid af. De professional kan er immers gewoon niets aan doen, dat iets wat eigenlijk zou moeten gebeuren niet gebeurt. Dat is de individuele verpleger of specialist ook niet meer persoonlijk aan te rekenen. Dat voelt in het medische vak niet goed.

De helpende hand kan niet meer worden uitgestoken, terwijl de faciliteiten daarvoor wel beschikbaar zijn. Dat kan voor professionals eigenlijk niet. De Brauw: "Daardoor schort het in een ziekenhuis aan enthousiasme, creativiteit en betrokkenheid van de gezondheidswerkers. Het medische werk is zinvol en geeft betekenis door de zorg voor mensen, maar kan onmogelijk tot zijn recht komen in een bureaucratische organisatie, die doortrokken is van regelgeving, die het geven van zorg niet centraal stelt".

De vraag is of de gezondheidszorg in ziekenhuizen qua bouw en werking nog wel voldoende is gebaseerd op uitgangspunten die passen bij de maatschappelijke ontwikkelingen van nu. Het is zonneklaar, dat het ziekenhuis zoals het nu functioneert - gezien het aanbod van problematiek - voor onmogelijke opgaven staat. Maar dat is niet alleen een kwestie van het budgetsysteem en het functioneren van ziekenhuizen. In het extramurale is het voor huisartsen onder de huidige omstandigheden niet meer bol te werken. Het ziekenhuis en zijn specialisten moeten hun patiënten - wanneer dat aangewezen is, voor zorg en geneeskunde, wel kwijt kunnen aan de thuiszorg, het verpleeghuis of de eerstelijnszorg. Dat specialisten soms patiënten onder controle houden in plaats van ze terug te sturen naar de huisarts, heeft te maken met het ontbreken van extramurale alternatieven die een voldoende antwoord vormen op de problemen.

### ***De toekomst***

De ervaringen in het ziekenhuis leren ons twee dingen. Volgens velen, waaronder De Brauw, zijn de huidige problemen in en rondom het ziekenhuis niet alleen een kwestie van geld: "Het verruimen van het budget, waarmee ook arbeidsplaatsen kunnen worden gecreëerd, zal voor de eerder aangeroerde problemen onvoldoende soelaas bieden. Uit de chirurgie weet ik dat een injectie niet helpt, als een operatie nodig is". Er moet volgens de Brauw in de naaste toekomst veel meer gebeuren. Er kan volgens hem worden gesproken van een ernstige "affectieve verwaarlozing" van de organisatie, die de zorg moet leveren. Er is voor ziekenhuizen een andere management-systematiek nodig om de kwaliteit, de creativiteit en het werkplezier in de zorg terug te halen: "Zorg voor het budget moet worden vervangen door zorg voor de patiënt". Hij benadrukt het belang van het "uitgangspunt van de patiënt en zijn zorgvraag",

en dan wel in een systeem, waarin zelfregulering en maatschappelijk ondernemerschap hoog staan aangeschreven: "Het gekozen uitgangspunt levert de natuurlijke kracht om in het stelsel zowel patiëntgericht als innovatief te zijn...".

Bij specialisten in Den Haag is daarnaast nog een ander besef aanwezig: ook de specialist heeft nieuwe werkvormen nodig, omdat de tijden, de mensen, hun problemen en hun levensomstandigheden zijn veranderd. In kleinschalige initiatieven wordt al gewerkt aan, en worden goede ervaringen opgedaan, met nieuwe mogelijkheden. Er is een project in voorbereiding om de samenwerking tussen specialisten van het ziekenhuis "Westeinde" en huisartsen te verbeteren. Reeds geruime tijd komt een internist als consultant op locatie bij een groep huisartsen. Daar wordt casuïstiek besproken van ingewikkelde medische gevallen. Specialistische kennis kan op die manier worden overdragen en de huisartsen kunnen daardoor beter met eigen kennis van zaken de genezing en de controle van complexe gevallen aan. Verder zijn er aspiraties bij een groep huisartsen om op locatie van een nieuw op te bouwen samenwerkingsverband - voor zover logistiek en technisch mogelijk - specialistische en intramurale functies onder te brengen. Waarom zou een cardiogram niet bij de huisarts worden gemaakt, om digitaal gecommuniceerd door de cardioloog in het ziekenhuis te worden beoordeeld?

Indien huisartsen die in de nabijheid van de dagelijkse omgeving van patiënten werken, op hun werkplek of digitaal door specialisten worden geassisteerd, dan is van hieruit uitgebreidere diagnostiek en behandeling prima te leveren. De deconcentratie van medisch specialistische functies naar extramurale "settings" rondom de huisarts is voor veel aandoeningen denkbaar. Het biedt een aantrekkelijk perspectief voor specialisten om dichterbij het dagelijkse leven van mensen zorg te bieden als onderdeel van multidisciplinaire werkverbanden. De sociale en emotionele aspecten van geneeskunde en zorg kunnen in die situatie goed tot hun recht komen. Op het deconcentratie-principe wordt op dit moment door Haagse ziekenhuizen voortgeborduurd. In de stad Den Haag kan dan met één of twee "high-tech"-ziekenhuizen worden volstaan, waar technisch complexe geneeskunde plaatsvindt. Het routinematige medisch-specialistische werk en eenvoudige zorg zouden in nieuwe deconcentratie-"settings" vorm en inhoud kunnen krijgen.

De specialistische consultatie kan nog verder worden gedeconcentreerd. Daarvoor hebben we nieuwe interdisciplinair opgebouwde samenwerkingsverbanden rondom huisartsen nodig. De spreiding van verschillende soorten hulp- en dienstverleners over buurten en wijken is uit de tijd. Het betekent verspilling van energie, moeilijke bereikbaarheid en daardoor toenemende onzekerheid van mensen. Voor de deconcentratie van specialistische functies zijn clusters van extramurale werkers - bijvoorbeeld in op te zetten "centra voor zorg" - onontbeerlijk. De deconcentratie valt of staat met het ontstaan van dit soort nieuwe werkcondities in de wijk. Specialististen kunnen niet van de ene solistische huisartsenpraktijk naar de andere gaan. De vernieuwing van de specialistische - en ziekenhuiszorg zal dus door alle geleidingen van de gezondheidszorg heen tot stand dienen te komen. Met deze structurele vernieuwing ontstaat de gelegenheid om ook de inhoudelijke vernieuwing vorm te geven.

In de toekomst kan - zoals de Brauw concludeert - binnen deze structuur de zorg moeten worden gemanaged vanuit de zorgvraag en de daarbij benodigde verrichting, en niet vanuit een van te voren

vastgelegde productie en een daarbij horend budget. Ook dit zal transparant moeten worden geregistreerd, maar de specialist zal zich weer meer tot de geneeskunde beperken. In deze verhoudingen kan tevens meer aandacht worden besteed aan de sociale en de menselijke aspecten van de zorg. Er is een bewust gekozen scheiding aangebracht tussen medisch-technische ingrijpen (in "high-tech"-centra) en behandeling, begeleiding en zorg (in "centra voor zorg"). Daardoor kunnen de patiënten met hun problemen en verlangens, maar ook de originele professionele vaardigheden van dokters en verpleegkundigen beter tot hun recht komen.

Literatuur:

1. Brauw M de. De wachtlijst en andere gezondheidszorgen. Pamflet. Amsterdam: Van Oorschot Uitgeverij, 2001
2. Middelkoop BJC. Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I en Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers: verontrustende ziekte- en sterftegevallen. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr 2: 5-11.
3. Middelkoop BJC. Psychosociale factoren in het ontstaan van suikerziekte. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr 2: 25-7.
4. Middelkoop BJC. Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte?: een overzicht van de literatuur. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr 4: 15-21.

# De huisarts-bestuurder

**“De huisarts is de gedoodverfde ‘spil’ in de gezondheidszorg. Deze functie gaat onder de huidige omstandigheden niet meer op.”**

**“In het licht van de huidige problemen en actuele tendensen lijkt het onontkoombaar, dat in de wijken van grote steden teams van verschillende soorten hulpverleners tot stand gaan komen.”**

*P. van Leeuwen, huisarts en voormalig voorzitter van de Districts Huisartsen Vereniging Den Haag e.o.*



## Actuele problemen

Er staat op dit moment veel druk op de huisarts in de grote stad. Volgens officiële berekeningen dreigt de capaciteit van de huisartsenzorg in de grote stad onder de norm te geraken. Maar onze ervaring in Den Haag is, dat de officiële cijfers nog te positief uitvallen. Wij huisartsen merken dat een toenemend aantal mensen niet meer bij huisartsen is ingeschreven. Ze komen er echter wel met problemen en in geval van nood wenden ze zich tot de EHBO of de doktersnachtdienst. Het capaciteitsprobleem is dus nijpender dan men zegt. Het voordeel van de grote stad is, dat veel van de gevolgen van de capaciteitsproblemen nog kunnen worden opgelost door andere aanwezige instanties te betrekken. In de niet-stedelijke regio's is dat veel lastiger aan het worden.

Maar demografische veranderingen en veranderingen in sociale gedragspatronen maken het voor de grote stad weer veel lastiger. De toename van oudere en zeer oude mensen veroorzaakt een veel groter appèl op huisartsen. Voorts doen mensen steeds sneller een beroep op medische hulp. In het licht hiervan staat de normomvang van een huisartspraktijk - 2.350 ingeschreven patiënten - wat mij betreft ter discussie. De professionele instelling van jonge artsen verschilt ook van die van hun oudere collega's. Ze hechten veel meer aan vrije tijd en de avond- en weekenddiensten wil men gewoon niet meer. Voorts willen veel jonge artsen momenteel een deeltijdbaan, wat in de praktijk al vaak neerkomt op 36 uur per week, want voor de huisarts is dat “deel”tijd. Dit versterkt het capaciteitsprobleem. We staan dus

voor de opgave onze positie als huisarts opnieuw te doordenken. De oude antwoorden zijn niet meer van toepassing.

In Den Haag zijn de bereikbaarheidsdiensten voor huisartsen goed geregeld. Desalniettemin gaan, als de eigen huisarts in geval van nood niet ogenblikkelijk is te bereiken, veel mensen toch rechtstreeks naar de EHBO van het ziekenhuis. Daarnaast maken mensen, met name allochtonen, er een gewoonte van in ieder geval direct een beroep op de EHBO te doen. Onder deze gegeven, eigentijdse omstandigheden lijkt een andere aanpak van de spoedeisende hulp meer dan geboden. We bespreken daarom op dit moment het verplaatsen van de doktersnachtdienst naar twee tot vier ziekenhuizen in de Haagse regio.

De huisarts is de gedoodverfde “spil” in de gezondheidszorg. Deze functie gaat onder de huidige omstandigheden niet meer op. Door in beleidsmatige termen deze rol zo te definiëren schuif je de huisarts de onoplosbare vraagstukken toe, die tussen de wal en het schip vallen. De huisarts fungeert dan als afvalbak van de gezondheidszorg. Niemand zit hierop te wachten. Het functioneren als spil wordt nog nijpender vanwege recente ontwikkelingen in ziekenhuizen.

Medisch-technische interventies binnen de muren van het ziekenhuis worden gevolgd door een steeds snellere terugplaatsing in de thuissituatie van de patiënt. Verder slaat natuurlijk ook het wachtlijstprobleem terug op de huisarts. Als wij een patiënt, die opname nodig heeft, nergens opgenomen kunnen krijgen, blijft het simpelweg het probleem van de

huisarts. De “spil” in de gezondheidszorg krijgt alle gevolgen hiervan te verwerken.

De medisch-specialistische behandeling in het ziekenhuis houdt zich niet zozeer bezig met de veelheid van andere op het dagelijkse leven gerichte vragen en behoeften van patiënten. Dit kan eenmaal terug in de thuissituatie aanzienlijk opbreken. Als deze tendens doorzet moet je wel concluderen dat de huisarts als solist een uitstervend verschijnsel is. Je kunt de met deze situaties gepaard gaande problemen niet meer op solistische wijze verwerken. Er zijn multidisciplinaire teams nodig. Dit laat onverlet dat de omschrijving van huisarts als “de spil” in ieder geval op de helling moet. Daarmede dwing je één beroepsgroep de kastanjes uit het vuur te halen

### *Nieuwe tendensen*

De hedendaagse patiënt verandert. Decennia geleden werd de huisarts als een autoriteit beschouwd. Maar door moderne communicatiemiddelen als internet, en de aandacht van de media voor gezondheid en zorg zijn vele mensen bijzonder goed geïnformeerd en kritisch geworden. Het traditionele gesprek van gemiddeld vijf minuten gaat mede om deze reden naar minstens tien tot vijftien minuten. Dit komt met name ook, omdat het beter geïnformeerd zijn tevens de onzekerheid bij mensen vergroot. Mensen staan er verder vaak alleen voor. Van familieleden neemt de steun af, waardoor de onrust van die zijde niet kan worden weggenomen. Families worden kleiner en kinderen wonen doorgaans niet meer in de omgeving van de ouders. En juist vanwege dit laatste punt komen mensen veel meer met psycho-sociale problemen naar de huisarts. En deze zijn juist niet met enkele minuten af te doen. En bij de specialist gaat voor deze aspecten - in verband met het accent op de technische aspecten van interventies - steeds minder ruimte ontstaan. Hij laat het vaak over aan de huisarts. De “spil” van de gezondheidszorg komt echter door deze tendensen in een spagaat te staan, tussen de technische wensen van de specialist en die van het dagelijkse leven van de patiënt. In sommige gevallen vraagt een specialistische, technisch knappe behandeling een nauwgezette nabehandeling thuis. Specialist laten in dergelijke gevallen de patiënt niet graag over aan de huisarts en houden zelf de controle. Maar dit verlaagt de werkbelasting van de huisarts geenszins. Op een gegeven moment krijgt hij toch met de patiënt te maken. De huisarts - te laat betrokken - is veelal dan niet precies op de hoogte. Hij

moet, teneinde zijn positie te beschermen, zich veel meer inzetten om zijn geloofwaardigheid te behouden. Met de inzet van toegevoegde functies in de praktijk, bijvoorbeeld met goed geschoolde praktijkverpleegkundigen, kan mogelijk een beter antwoord worden gegeven in dat soort situaties.

Sociale verbanden zijn in versneld tempo aan het veranderen. Kijk bijvoorbeeld naar de relatie tussen grootmoeder, moeder en dochter. Vroeger kregen velen toch wel de kans, deze drie rollen in elkaars nabijheid achter elkaar te vervullen. Het bood aanknopingspunten voor overdracht van kennis en ervaringen. Nu kan een vrouw in “no time” moeder en grootmoeder zijn. Daardoor sta je sneller alleen in het oplossen van onverwachte vraagstukken. Doorgaans beschikken mensen vandaag de dag over minder broers en zusters, waardoor sociale steun en de helpende hand minder voor het oprapen ligt. De traditionele huisarts - eigenlijk de gehele gezondheidszorg van voorheen - speelde impliciet in op de vanzelfsprekende aanwezigheid van royale steun door derden vanuit de omgeving van de patiënt. Dit is voorbij. Maar in de zorg is de veronderstelling van de beschikbaarheid van sociale steun - tegen beter weten in - nog van kracht. Bij allochtone families kennen we wel grotere en hechtere sociale verbanden. Maar deze mensen kampen vaak met zo'n grote cultuurschok, dat voor hen de eigen traditionele antwoorden ook niet meer opgaan. De hechtere sociale verbanden zijn dan geen hulp meer en verworden soms tot een extra last. Een actuele tendens is in dit verband de toenemende sociaal-culturele scheiding tussen generaties van allochtonen.

Vanuit onze traditionele optiek hebben we grote moeite om op de nieuwe sociale patronen en op het ontbreken van voldoende sociale steun adequaat in te spelen. Maar welke antwoorden dienen hierop geformuleerd te worden?

Waarschijnlijk mede als gevolg van het ontbreken van sociale steun zien we als huisarts in de praktijk als tendens een toename van meer psycho-sociale klachten en chronische vermoeidheid. Dit heeft ongetwijfeld ook te maken met een verandering van de leefstijl en de grotere prestatiedruk op mensen. Mensen worden via de media met van alles en nog wat geconfronteerd. En velen - met name jongeren - leggen de meelaten voor henzelf wel zeer hoog. Voor de huisarts wordt het ingewikkelder in de klachten en problemen het medische van het niet-medische te



onderscheiden. Dit veroorzaakt in onze beroepsgroep grotere onzekerheid. Je kunt immers flink de plank misslaan.

### ***De toekomst***

Het geven van mogelijke toekomstige perspectieven is wat mij betreft slechts op persoonlijke opvattingen gebaseerd. Binnen Nederlandse organisaties van huisartsen wordt hierover niet of nauwelijks gediscussieerd. De gespreksonderwerpen in dat verband betreffen de economische belangen van de beroepsgroep; het geneeskundige handelen om met de veranderingen in medisch inzicht om te kunnen gaan en de versterking van de praktijk om beter met de werkdruk om te gaan. Het gaat nimmer over een visie voor de nabije toekomst.

In het licht van de huidige problemen en actuele tendensen lijkt het onontkoombaar, dat in de wijken van grote steden teams van verschillende soorten hulpverleners tot stand gaan komen. Hierin zullen psychotherapeuten van verschillend pluimage een plek moeten krijgen. Het proces van centralisatie, dat destijds tot de RIAGG's heeft geleid - en dus tot de verwijdering van psychotherapeuten voor het dagelijks werk in buurten en wijken - moet weer omgebogen worden. Gezien de sociale aard van veel huidige zorgvragen en onzekerheden hebben we hulpverleners nodig met een lagere sociaal-medische opleiding. We hebben grote behoefte aan mensen opgeleid in psycho-sociale aspecten van problemen en in een goede communicatie in de praktijk. We moeten mensen, vooral ook oudere mensen en allochtonen, veel beter de weg kunnen wijzen. De eigen professionele kracht van de huisarts kan binnen zo'n nieuwe context meer gericht worden op het medische, de "core-business" van het vak. Voor een veelheid van andere aspecten kan hij dan terugvallen op de nieuwe medewerkers. Tevens kunnen medici binnen een dergelijk team overgaan tot vormen van specialisatie om de communicatie met specialisten van ziekenhuizen beter handen en voeten te geven.

Juist als het intramuraal in de toekomst nog veel technischer gaat worden, zal de nazorg onder auspiciën van de huisarts moeten plaatsvinden. Specialisten behoeven dan goed geïnformeerde gesprekspartners buiten het ziekenhuis.

Deze opvatting doet ook recht aan een andere verandering, die zich de laatste jaren heeft voltrokken. Dankzij nieuwe medisch-farmaceutische inzichten zijn veel somatische en psychische problemen momenteel met geneesmiddelen te verhelpen. Daardoor heeft het biomedische binnen de gezondheidszorg weer meer aanzien gekregen. De tegenstelling tussen de psycho-sociale benadering en de medische benadering van eind jaren zeventig is minder scherp. Door de medische deskundigheid samen met andere disciplines op buurt- en wijkniveau verder te organiseren nemen de mogelijkheden toe om een goede nazorg voor ex-ziekenhuispatiënten op te bouwen. Te denken valt aan zorgziekenhuizen. Dit niveau van opvang bevindt zich dan tussen de teams in de wijken en enkele "high-tech"-ziekenhuizen in de stad.

De vernieuwing van de gezondheidszorg kan - vanwege totaal nieuwe sociale, culturele en economische omstandigheden - niet beperkt blijven tot één of enkele aspecten. Het leven van mensen is drastisch aan het veranderen. Daarom moeten onze klassieke concepten en organisaties tegen het licht worden gehouden en zo nodig op de helling. Wat op deze stelling dan ook af te dingen is, zeker is dat deze discussie op gang moet komen. Nu dreigen vele collega's huisartsen door de bomen het bos niet meer te zien. Er is door het ontbreken van deze discussie te weinig inzicht in de gevolgen voor de gezondheidszorg van allerlei maatschappelijke veranderingen. Het ontbreekt ons ook aan instrumenten om op deze veranderingen te kunnen inspelen. De bestaande situatie is voor de huisartsen een bron voor insufficiëntie-gevoelens, frustratie en conflicten met verzekeraars en politici.

# De directie van thuiszorg

**“... de één-loketgedachte is achterhaald ... cliënten hebben eerder behoefte aan differentiatie dan aan versimpeling”  
“Liberalisering van markten kent als praktisch gevolg, dat er fusies ontstaan ..., maar dat laat onverlet dat we juist dankzij nieuwe technieken en inzichten het werk op kleinschalig niveau kunnen organiseren.”**



*A. van den Berg, staffunctionaris directie Stichting Thuiszorg Den Haag*

## **Actuele problemen**

Een belangrijk beleidsprobleem met betrekking tot de gezondheidszorg is het voortdurende gebrek aan consistentie. Tot drie jaar geleden werden alle gelegingen, met name de thuiszorg, gedwongen zich de beginselen en werkwijzen van “de markt” eigen te maken. Dat leek vervolgens weer te stoppen met het nieuwe accent op een meerjarenplanning. En momenteel moeten alle zorgonderdelen zich weer voorbereiden op de marktwerking. Dit gebrek aan coherentie veroorzaakt onzekerheid en ondermijnt de continuïteit van het werken in de thuiszorg.

Met marktwerking zijn aldus de gangbare mening, de kosten beter beheersbaar en is beter op de vraag van mensen in te spelen. Maar wie beoordeelt of op het domein van de gezondheidszorg de door klanten gestelde zorgvraag juist, behandelbaar en oplosbaar is? Hier geldt in hoge mate het professioneel inzicht als bron voor criteria van wat juist is en wat niet. En wat zijn de uiteindelijke maatschappelijke gevolgen, indien het wel of niet beschikken over geld als instrument wordt ingezet om de “productie” van het zorgaanbod te bepalen? De gevolgen van deze benadering zien we in de Verenigde Staten. Ondanks de stijgende welvaart is daar in de afgelopen tien jaar het aantal onverzekerden toegenomen van 25 tot 40 miljoen mensen. Er is dus in het gangbare vertoog sprake van een ontkenning van wezenskenmerken van het domein van de gezondheidszorg. Tenslotte hebben we te maken met een belangrijk kenmerk van onze beschaving, namelijk de solidariteit tegenover de medemens. Dit uitgangspunt staat overigens niet ter discussie. Maar hoe kunnen we dan een beleid gericht op solidariteit verbinden met een beleid,

waarin de marktbeginselen de toon aangeven? Dit is een vraagstuk, dat onuitgewerkt is gebleven.

Een tweede actueel thema in de gezondheidszorg - en in het bijzonder in de thuiszorg - is het huidige personeelsgebrek. Je kunt wel plannen maken en beleidsmaatregelen afkondigen, maar er zijn wel mensen nodig om het uit te voeren. Ten eerste dreigen steeds meer hulpverleners de thuiszorg te verlaten. Velen weigeren voortdurend met de consequenties van nieuwe regelgeving te worden belast. Er is een gevoel dat men steeds minder zelf op de werkvloer kan beslissen. Thuiszorgmedewerkers willen praten over het behandelen en helpen van mensen, niet over het realiseren van bepaalde productie. De veranderingen in de professionele taal ervaren zij bijvoorbeeld als zeer onaangenaam. Daar komt bij, dat het werk volgens het officiële jargon “transparanter” dient te worden. De kwaliteit van het werk van de professional zal moeten kunnen worden verantwoord. Maar wat zijn hiervan de grenzen en wanneer geldt het “professioneel inzicht” wel en wanneer niet als maatstaf?

Juist nu alle sectoren kampen met een krappe arbeidsmarkt stappen veel hulpverleners over naar sectoren die betere (arbeids)voorwaarden bieden. Of verlaten ze binnen afzienbare tijd de organisatie om zich in maatschappen te organiseren en bieden ze zelf hun diensten aan (bijvoorbeeld via internet). Naarmate de gezondheidszorg meer volgens de beginselen van de marktwerking wordt ingekleurd - indien geld als instrument voor de vraag wordt ingezet - zal deze tendens krachtiger worden. Het is momenteel nog wel zo dat Zorgkantoren cliënten die recht hebben op thuiszorg alleen naar erkende instel-

lingen verwijzen. Maar deze regel houdt binnenkort op.

### *Nieuwe tendensen*

We kunnen de bovenstaande problemen beter doorgronden, indien we enkele maatschappelijke tendensen onder de loep nemen.

Een eerste belangrijke tendens is de individualisering van burgers. We zien een toename van menseelijke "eilanden". Sociale verbanden tellen minder mee en worden kennelijk als minder belangrijk ervaren. In de politiek wordt deze ontwikkeling gestimuleerd. De "overheid" diende terug te treden en belangrijke maatschappelijke voorzieningen (spoorwegen, energie, communicatie) werden geprivatiseerd. Deze richting wordt op Europees niveau onderschreven. De Europese Unie streeft naar liberalisering van markten en naar het ontwikkelen van concurrerend vermogen. Deze tendens maakt kennelijk deel uit van de "tijdgeest", die het sterkste tot zijn recht komt in het proces van globalisering. Daarmee ontstaat een gelijkschakeling van waarden en normen. Europa zal meer en meer op de Verenigde Staten gaan lijken. Met dit in het vooruitzicht worden we uitgedaagd om te analyseren, waarom in de laatste jaren in de Verenigde Staten, ondanks de gestegen welvaart, het aantal onverzekerden explosief is gestegen.

Bij de individuele burger komt dezelfde tendens tot uitdrukking in het toenemend "consumentisme". Mensen gedragen zich niet meer als "patiënten", maar als "afnemers" van diensten. De prijs en de kwaliteit wordt vergeleken. Momenteel gebeurt dit openlijk en duidelijk, onder andere in het zoeken naar een "second opinion". Dit betekent dat de relatie tussen de hulpverlener en de hulpvrager in hoog tempo verandert. We noemden dit aanvankelijk een gevolg van de emancipatie. De burger is mondiger geworden. Maar emancipatie slaat op het vermogen in gelijkwaardigheid met elkaar om te gaan.

Nu met het consumentisme is een nieuwe fase begonnen. Er wordt nu gewikt, gewogen en geëist. Het eigen belang staat voorop. De huisarts is geen vraagbaak meer, maar een ondernemer, die een fatsoenlijke dienst moet leveren. De hulpvrager is de afnemer.

Een derde tendens betreft de enorme gevolgen van de informatietechnologie. Burgers kunnen via inter-

net onnoemelijk veel meer kennis vergaren en ze kunnen hiermee veel meer individuele contacten leggen. Met de mogelijkheden van de informatietechnologie voor ogen kunnen we concluderen dat de huidige instellingen voor thuiszorg op vandaag en gisteren zijn georiënteerd, niet op morgen. Spraken we de afgelopen jaren nog over het ontwikkelen van "één loket", dit beleid raakt reeds achterhaald. Burgers gaan meer op hun eigen keuzemogelijkheden vertrouwen en willen juist een toename van bereikbare loketten, onder andere via de nieuwe technologie. Ze willen een toename van de differentiatie in plaats van een versimpeling.

Een vierde tendens betreft ontwikkelingen op Europees niveau. De liberalisering van markten kent als praktisch gevolg, dat er in de wereld van verzekeraars en van grote zorgaanbieders fusies gaan ontstaan. De gevolgen hiervan voor de zorginstellingen in de regio Haaglanden zijn nog volkomen ondoorzichtig. Voor de aanpak van hedendaagse knelpunten heeft deze ontwikkeling nog geen betekenis. Maar het zal ingrijpende effecten hebben voor de nabije toekomst. Hierover wordt nog opvallend weinig nagedacht. Er worden dus oplossingsontwerpen gemaakt voor vandaag en gisteren en niet voor morgen. We zullen dus grootschaliger moeten leren denken, maar dat laat onverlet dat we juist dankzij nieuwe technieken en inzichten het werk in de praktijk op kleinschalig niveau kunnen organiseren. En door de zorg kleinschalig en dichtbij de cliënt te organiseren kunnen we beter op vele kenmerken van de moderne vraag van burgers inspelen.

De vijfde tendens betreft de toenemende juridisering van onze samenleving. Als er vroeger iets misging heette dat letterlijk ook "mis gaan". Nu wordt dit steeds meer gedefinieerd als "fouten maken". En voor het maken van fouten is een ieder aansprakelijk. De kwetsbaarheid van de hulpverlener neemt aanzienlijk toe. Dit geldt ook voor brandweerlieden. Als ze om extra mensen te redden elders problemen veroorzaken, bijvoorbeeld in het verkeer, dan worden ze hierop afgerekend. Gaat dit zich verscherpen, dan beginnen we collectief het paard achter de wagen te spannen.

Het bovenstaande is tenslotte voor de zesde tendens van groot belang. Steeds meer hulpverleners gaan werken in deeltijd. Dit heeft ongekende consequenties voor de huidige instellingen. Je kunt dan als

hulpverlener niet meer integraal werken met patiënten of afnemers van diensten. Er zijn steeds teams nodig, waarin het werk van de leden soepel en effectief op elkaar moet worden afgestemd. Opvattingen over werk en vrije tijd zijn met andere woorden ingrijpend aan het veranderen.

### **De toekomst**

De toekomst is moeilijk te voorspellen. De genoemde tendensen lijken zich ten dele autonoom te ontwikkelen. Nota bene versterken sommige tendensen de reeds bestaande problemen. En wie heeft invloed op de tijdgeest?

Binnen de Stichting Thuiszorg pogen we zo goed en zo kwaad mogelijk in te spelen op nieuwe gegevens. Daarbij werken we wel degelijk met waarden als solidariteit (zie bijvoorbeeld onze medewerking aan het opbouwen van een “keten van zorgactiviteiten”). Het gaat om het organiseren van een keten van te verrichten activiteiten: ziekenhuizen, liaisonverpleegkunde, thuiszorg. Dit is van groot belang voor verzekeraars die samenhangende pakketten zorg willen aanbieden. Ze willen liever niet afzonderlijk met bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg onderhandelen. Ze streven naar contracten, waarin deze onderdelen vanuit de patiënt of cliënt gezien logisch op elkaar zijn afgestemd. Daarom zal onder andere Thuiszorg met de andere aanbieders overleg plegen hoe de zaken voor een bepaalde patiënt of cliënt te regelen; wie doet wat, waar, wanneer en waarom. Het is een benadering vanuit de positie van de cliënt. Het kan als een voorbeeld gelden, hoe op enkele van de bovengenoemde tendensen zo “zinvol” mogelijk wordt ingespeeld. En met dit beleid komen onder andere onze waarden tot uitdrukking.

Met onze initiatieven om te vernieuwen moeten we rekening houden met bestaande structuren. We kennen in Den Haag, evenals in andere regio's, een onafhankelijk bureau voor het indiceren van zorgbehoeften. De Zorgkantoren wijzen vervolgens producten toe. De indicatiestelling en zorgtoewijzing vindt tamelijk afstandelijk en los van de zorginstellingen plaats. Daarnaast is er niemand verantwoordelijk voor de regie vanuit de situatie van de cliënt

bezien. Deze werkwijze vormt, ons inziens, een grote blokkade voor het ontwikkelen van een soepele ketenzorg. Hierdoor kunnen we moeilijker op de genoemde actuele tendensen inspelen. Dit probleem wordt nog versterkt door de bestaande financiële systematiek in de gezondheidszorg. We kennen de AWBZ-constructie, de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Vanwege deze verkokerde systematiek wordt vanuit drie te onderscheiden geldstromen geredeneerd. Er wordt voor ieder van de drie geldstromen afzonderlijk bepaald wat wel en wat niet aanvaardbaar is. Dit staat eveneens haaks op het redeneren vanuit de positie van de cliënt, die zijn situatie als een geheel ervaart. Wanneer je bottum-up (vanuit de patiënt) werkt moeten geforceerd verbanden worden gelegd tussen verschillende systemen, die top-down van karakter zijn. Dat is ondoenlijk en loopt dan ook spaak. De systematiek van financiering moet eveneens gronding veranderen. Dan zouden onze initiatieven om de samenhang in de hulpverlening te vergroten veel makkelijker van de grond komen.

We zullen op mogelijke uitkomsten van de genoemde maatschappelijke tendensen nog de juiste antwoorden moeten zoeken. Verzekeraars zullen via polissen tot contractafspraken willen komen met de beste aanbieders. Ze zullen als makelaar/regisseur van hun kant bijdragen moeten leveren aan de verandering van het systeem van zorgtoewijzing en de financiële systematiek. Maar cruciaal is de vraag wat de uiteindelijke drijfveer zal zijn van de toekomstige verzekeraar? Wordt dat het maken van winst? En het aangaan van meer fusies, zodat een veelheid van aandeelhouders hun stempel gaan drukken op de “business”? Wordt het: hoe meer er wordt afgezet hoe beter het is? Er zal een nieuwe benadering moeten worden gekozen om hieraan paal en perk te stellen. Het volkomen loslaten van zorgtoewijzing en van collectieve financiering - de uiterste consequentie van marktwerking - zal om aan de toenemende vraag te kunnen beantwoorden de prijs van polissen opdrijven. Voor een groot deel van de bevolking is dat geen probleem. Een ander deel zal uit de boot vallen. Willen we naar het Amerikaanse systeem?

# De directeur van het verpleeghuis

**“De gemeente zou zich moeten aantrekken hoe de gezondheidszorg als geheel in de stedelijke context functioneert ... het staat of valt met de mogelijkheden om als burgers van de stad over de gezondheidszorg te kunnen nadenken, spreken en mee te besluiten. De plek daarvoor is de gemeenteraad.”**

*Mw. E.C.C.M. Jongmans, ex-directeur Zorghuis Dr. W. Drees*

## *Actuele problemen*

Een belangrijk probleem van de huidige gezondheidszorg is de veelheid van veranderingen die zich tegelijkertijd voltrekken. Nieuwe vormen van technologie en communicatie komen er binnen, terwijl er veranderingen ontstaan in sociale patronen. En beide type veranderingen beïnvloeden elkaar over en weer. Niet zo lang geleden was er nog leegstand in tal van verpleeg- en verzorgingshuizen. Nu worden we geconfronteerd met het fenomeen van de wachtlijsten. Door alleen met geld te werken aan vergroting van de capaciteit komen we er niet. Wachtlijsten hebben ook te maken met veranderingen aan de vraagzijde. Nu wordt met veel geld door de afzonderlijke instellingen van alles en nog wat verzonden. Maar men blijft vooral werken aan veranderingen binnen het eigen domein. Maar de vraag is “domein overstijgend” en daar wordt nog niet op ingespeeld. In een verzorgingshuis in de Haagse Hout is een wachtlijst van zestig mensen. In een verzorgingshuis in het Centrum zou leegstand kunnen zijn. Nu kun je wel extra-accommodatie in de Haagse Hout ontwikkelen, maar dan bestaat de kans dat daar over tien jaar leegstand is en dat er wachtlijsten bestaan in Centrum. In plaats van de concentratie op capaciteit is het beter om eens na te gaan, waarom we in het ene geval wachtlijsten aantreffen en in het andere geval leegstand. En wat aan de in- en uitgang van de intramurale zorginstellingen gebeurt heeft van alles te maken met de wijze waarop buiten de muren de zorg in de samenleving is georganiseerd. Daarover met elkaar nadenken noem ik “domein overstijgend”.

We worden bij het zoeken naar bij de vraag passende oplossingen op het verkeerde been gezet door allerlei in zwang geraakte slogans. “Mensen willen

zo lang mogelijk thuis blijven wonen” heet het steeds in de officiële documenten. Het ligt genuanceerder. Mensen willen zo lang mogelijk thuis wonen als het thuis wonen echt goed gaat. Dit is heel iets anders. Deze slogan is gebaseerd op de interpretatie dat verzorgingshuizen eilanden van misère zijn. Ook dat is niet waar. Velen en zeer velen zijn hierin zeer gelukkig. En mogelijk is de tevredenheid van bewoners van dergelijke huizen nog wel groter dan enkele jaren geleden. De verklaring hiervoor is misschien wel, dat het voor oudere mensen onder de huidige omstandigheden moeilijker wordt zelfstandig te blijven wonen. Oude mensen komen vaak alleen te staan. De straat is in vele opzichten onveiliger geworden. 's Avonds waag je je niet buitenshuis. Dat versterkt gevoelens van eenzaamheid. Mensen kiezen vaak vanuit deze overwegingen voor het verzorgingshuis.

Verpleeghuizen vormen een minder aantrekkelijke leefomgeving. Iedereen werkt hard in verpleeghuizen, maar de fysieke omgeving is vaak niet afgestemd op een prettig leefklimaat. In de nieuwste huizen heeft men zijn eigen kamer. Dit verandert de omstandigheden aanzienlijk. In plezierige, moderne ruimtelijke omstandigheden willen mensen ook graag werken, omdat behoeften van bewoners - ook al vergaat het ze zeer slecht - goed tot hun recht komen. Hierover lees je weinig. Het verpleegkundige en verzorgende beroep wordt onrecht aangedaan. Het is vaak te weinig tijd, te hoge werkdruk en onderwaardering wat de klok slaat. Dat stoot jonge mensen af. Van buiten af komt er te weinig waardering en de beloning verschilt met die van de snelle en moderne beroepen van deze tijd. Het probleem is daardoor dat indien je voor ons vak kiest je er niet meer “bij hoort”. Je verkeert buiten “de scene”. En vanuit de beroepsgroep wordt hierop niet adequaat

gereageerd. In media termen komt er slechts terloops en alleen wanneer het water aan de lippen staat, een tegenoffensief. De zorg gaat ten onder aan eigen braafheid.

In verpleeg- en verzorgingshuizen heerst een hoog ziekteverzuim. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door daadwerkelijke vaak te hoge werkdruk maar mede door de krapte op de arbeidsmarkt. Waar komt de motivatie vandaan om te (blijven) werken? Welke invloed gaat er bijvoorbeeld uit van de algemeen erkende sociale rangorde in de gezondheidszorg. Academische ziekenhuizen staan aan de top. Dan volgen de grote ziekenhuizen, dan verpleeghuizen en onderaan staan, althans zo lijkt het, de verzorgingshuizen. Tenslotte kent elke soort weer een eigen rangorde van hoog tot laag. Deze verhoudingen en de daarmee samenhangende maatschappelijke waardering en de hiervoor genoemde werkdruk hebben grote invloed op de arbeidsmarkt. De status is het hoogste in het academisch ziekenhuis. In een verzorgingshuis in Centrum Den Haag is de populatie anders en de omstandigheden waarin mensen verkeren soms buitengewoon moeilijk. Hier werken zou juist hoog op de rangorde moeten staan, omdat de hulpverleners door de problemen die hun klanten ervaren ook veel te verhapstukken hebben. Maar het omgekeerde is echter het geval.

### *Nieuwe tendensen*

Mensen zijn meer geïndividualiseerd. Bovendien kunnen ze uit steeds meer alternatieven kiezen. Daardoor neemt vanuit de positie van de vrager bezien de diversiteit aan keuze-mogelijkheden enorm toe. Met deze veranderingen komen we met elkaar voor geheel nieuwe omstandigheden te staan, waarvan we de gevolgen nauwelijks doordacht hebben. Onze taal die nog hoort bij de voormalige andere omstandigheden, klopt dan ook niet meer. Er zijn nog geen nieuwe vormen ontwikkeld om het mondiger worden van burgers met betrekking tot de gezondheidszorg in goede banen te leiden. De explosie van de communicatietechnologie en het internetgebruik dwingen ons tot nadenken hierover.

In ieder geval is het gevolg op de korte termijn, dat we niet goed onderscheid meer weten te maken tussen wat de zorgvrager nu precies nodig heeft. Het accent komt steeds meer op het individuele niveau van de mondige burger te liggen. De samenhang tus-

sen de gezondheidszorg als geheel en het dagelijkse leven van mensen verdwijnt uit het openbare debat. Hierover stellen we nauwelijks vragen. Het gevolg hiervan is, dat we de vertaling van op zorgonderdelen betrekking hebbende ideeën en plannen nauwelijks kunnen toetsen op hun zinvolheid. Hoe leren we de waarachtige vraag kennen? De bestaande cliëntenraden zijn voortgekomen uit de zeventiger jaren, dus uit geheel andere omstandigheden. Het is de vraag of deze formule van participatie nog werkt onder de huidige en snel veranderende omstandigheden.

Juist omdat het leven in de openbaarheid van “de straat” voor oudere mensen ingewikkelder aan het worden is, is er een tendens om “het leven” dan maar binnen de muren van de instellingen te halen. Het is een begrijpelijk reactiepatroon. Maar is de ontwikkeling van dergelijke in instellingen omsloten leefwerelden verstandig? Moet niet eerder de straat, de buurt, de wijk weer leefbaar worden gemaakt en zullen mensen niet moeten worden gestimuleerd weer aan het dagelijkse verkeer deel te nemen? Hoe krijgen we hierover het gesprek weer op gang? En wel zodanig, dat we de aard van de toekomstige gezondheidszorg op basis van nieuwe ideeën over een zinvol bestaan voor bijvoorbeeld ouderen kunnen inrichten?

### *De toekomst*

Een aantrekkelijk toekomstperspectief is slechts tot ontwikkeling te brengen als we met elkaar over de samenhang tussen de gezondheidszorg en het dagelijkse leven gaan nadenken. Pas dan kunnen we plannen en uitwerkingen op hun zinvolheid toetsen. Voor een grote stad als Den Haag is het gemeentebestuur en de gemeenteraad bij uitstek het lichaam, dat zich met dit soort wezenlijke vraagstukken zou moeten bezig houden. In de gemeenteraad wordt echter, wat de gezondheidszorg betreft, vooral gesproken over zorgonderdelen die door de gemeente zelf worden gefinancierd. Zo is het ook formeel geregeld. Dat betekent dat het politieke debat maar gaat over een fractie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Het gevolg is zonneklaar. Het ontbreekt ons in de grote stad aan een constellatie, waarbinnen over het geheel wordt nagedacht en gesproken. Dit is voor het opbouwen van een gezondheidszorg, die intern en extern (naar het dagelijkse leven) voldoende samenhang vertoont niet goed. Het ontwikkelen van een nieuw toekomst-

perspectief staat of valt met de mogelijkheden om als burgers van de stad over het geheel van de gezondheidszorg te kunnen nadenken, spreken en mee te besluiten. De plek daarvoor is de gemeenteraad.

Een belangrijk issue voor de naaste toekomst is de scheiding van wonen/leven en het verlenen van zorg. Het dagelijkse leven van ouderen geheel en al binnen de muren van instellingen organiseren is verkeerd. Dit veroorzaakt eilanden. Het ondermijnt de kwaliteit van het dagelijkse leven. De scheiding van wonen/leven en zorg is essentieel voor een volwaardig bestaan. Het kan mooi worden ontwikkeld, als we op buurtniveau nieuwe faciliteiten ontwikkelen, waarop oudere mensen direct kunnen terugvallen indien het nodig is. Indien mensen weten dat ze er zijn en vertrouwen hebben in deze faciliteiten, dan zullen ze er minder gebruik van maken. Juist de onzekerheid vergroot het beroep op het zorgaanbod. De zorgfaciliteiten voor met name ouderen zullen in

de directe woonomgeving vorm en inhoud moeten krijgen. Er zullen met andere woorden clusters van voorzieningen, hulp en assistentie op tal van gebied nodig zijn om het dagelijkse leven onder moderne omstandigheden weer aantrekkelijk te maken. We kunnen denken aan geheel nieuwe servicepunten in de buurt met een achterwacht. Daarbij hoort een laagdrempelige mogelijkheid voor opname voor alleenstaande mensen van jong tot oud, die korte tijd ziek zijn. Ze kunnen in of nabij de faciliteiten tijdelijk worden verzorgd. Het denken over moderne omstandigheden betekent ook, dat we de gevolgen van het verdwijnen van kleine winkels in ogen-schouw moeten nemen. In en nabij de zorgclusters zijn hierop nieuwe en aantrekkelijke antwoorden te formuleren. Ze zijn vooral gericht op het opzetten van netwerken voor tal van zaken. Er zijn reeds voldoende voorbeelden in het binnenland en buitenland, die ons denken hierover kunnen voeden.

# De manager van het ziekenhuis

**“... de onvermijdelijke spanning tussen het technisch wenselijke (van bepaalde interventies) en de persoonlijke beleving van de patiënt, vereist dat we afzonderlijke ‘high-tech’ ziekenhuizen creëren, waar mensen zo kort mogelijk verblijven.”**

**“We moeten toe naar twee ‘high tech’-ziekenhuizen in Den Haag ... daarnaast komen er - als het ware tussen deze twee centra en de directe leefomgeving van mensen in - enkele ‘zorgziekenhuizen’.”**

*Mw. C.B. Bastiaanssen, adjunct-directeur Zorg Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde*



## **Actuele problemen**

Vandaag de dag is het meest knellende probleem het nijpende tekort aan personeel. We sluiten nu bedden en afdelingen. En vanwege de schaarste aan personeel moeten dokters en verpleegkundigen noodgedwongen veel sneller hun zorg bij patiënten afwerken. Dit is voor niemand goed, niet voor de patiënt, niet voor de verpleegkundige, niet voor de dokter. Allen verkeren daardoor in buitengewoon onprettige omstandigheden en dit beïnvloedt de sfeer in het ziekenhuis. We moeten hierdoor patiënten weigeren. Dat staat haaks op de geest van een ziekenhuis, namelijk de poort open houden voor mensen die dringend om hulp zijn verlegen.

Daar komt een belangrijk tweede probleem bij. Het ziekenhuis is een noodzakelijk kwaad. De nazorg dient op een andere plek te gebeuren. En dat is vaak niet goed te regelen. Dan blijven de mensen langer in het ziekenhuis, terwijl daarvoor de aanwezige verpleging niet is toegerust. Voor deze mensen schieten we ook tekort. Dit alles noopt ons tot nadenken over vernieuwingen in de organisatie van de regionale gezondheidszorg als geheel. Door nog langer door te gaan met het oneigenlijk gebruikmaken van de intramurale zorg valt de dwang weg om het goed te regelen in het extramurale. Daardoor nemen de negatieve gevolgen van de feitelijke schaarste aan personeel voor patiënten en werkers in het ziekenhuis toe.

De noodzaak om te vernieuwen komt ook voort uit ingrijpende modernisering van het medische han-

delen in het ziekenhuis zelf. De medische technologie heeft zich explosief ontwikkeld. Van verblijfplaatsen voor zorg zijn hospitalen veranderd tot plaatsen voor geavanceerde technische interventies. Tussen het uitvoeren van geavanceerde nieuwe technieken en het geven van menselijke zorg en aandacht ontstaan in ziekenhuizen spanningen. En dat is nieuw. De sfeer onder verpleegkundigen is momenteel anders dan twintig jaar geleden. Wat de patiënt als persoon beleeft lijkt minder aan bod te komen. De kleine dingen aan het bed komen minder in het vizier bij moderne professionals. Daarvoor gaat alles ook te snel. Momenteel telt veel meer of de interventies al dan niet succesvol zijn verlopen. De kwaliteit van de zorg is in technische zin nu beter. Overigens worden deze veranderingen in de medische zorg ook vanuit het perspectief van patiënten gestimuleerd. Tegenwoordig zijn ook patiënten uiterst kritisch op het succes van ingrepen en moeten problemen zo acuut mogelijk worden verholpen. Het eisende karakter en het ongeduld is kortom aanzienlijk toegenomen. Dit beïnvloedt op zijn beurt weer het gedrag van dokters en verpleegkundigen. In deze wisselwerking komt onze moderne tijdgeest tot uitdrukking. Deze overwegingen slaan op een gevoelig punt in het wezen van het verpleegkundige beroep. Hoe dan ook mensen zullen in de toekomst minder aandacht vanuit hun sociale omgeving krijgen door de andere geaardheid en verkleining van hun netwerken. Daarom zal dit onderwerp veel meer aandacht behoeven.

Een vierde probleem is de groeiende bureaucratie in ziekenhuizen. Om binnen de regels van het budget-



systeem te blijven en toch ook steeds oude en nieuwe vormen van medische interventies te kunnen verrichten moeten dokters en verpleegkundigen onbeschrijfelijk veel papieren invullen. Het grootste probleem hiervan is mogelijk nog wel, dat velen de zin hiervan totaal ontgaat. Het gaat ten koste van de tijd voor de patiënten. In het licht van de toenemende personeelsschaarste wordt de combinatie van bureaucratie en hulpverlening zo langzamerhand onwerkbaar. Mogelijk wordt het beter zodra medewerkers in ziekenhuizen beter met de automatisering kunnen omgaan. Dit soort problemen wordt ook wel veroorzaakt omdat we een nieuwe tijd ingaan.

### ***Nieuwe tendensen***

In het bovenstaande is gaandeweg al op enkele maatschappelijke tendensen gewezen. De toename van het medisch-technische handelen en de verandering en verschraling van sociale verbanden zijn tendensen die in ziekenhuizen problematisch op elkaar kunnen inwerken. Verpleegkundigen kunnen dan ook steeds minder doen wat vanuit het wezen van hun beroep belangrijk wordt geacht. Er is twee minuten voor dit en drie minuten voor dat en daarmee basta. Bovendien beschikken patiënten over veel meer informatie. Ze verschijnen met veel meer kennis van zaken en een kritische houding aan de poort van het ziekenhuis. Daardoor wordt er meegeacht en gaan velen - en terecht - om alternatieve behandelingen vragen. Ze wegen bijvoorbeeld beter voor zichzelf de gevolgen van de complicaties af. Dit vergt voor dokters en verpleegkundigen veel meer tijd, die echter steeds minder voorhanden is. De spanning die uit deze tegenstelling voortkomt neemt momenteel aan kracht toe.

Een andere tendens lijkt te zijn dat met de toename van de kennis de angst bij mensen niet afneemt, maar juist toeneemt. Het hebben van meer medische kennis, maar het geheel niet kunnen overzien, versterkt de onzekerheid. Dit betekent dat hulpverleners meer aandacht aan de hoedanigheid van de informatie moeten besteden om juist de angst en onzekerheid in te tomen. Dit is vooral van belang, omdat mensen in hun directe leefomgeving minder op elkaar terug kunnen vallen. Als dan het vertrouwen in hulpverleners ook nog afneemt, omdat de informatie aan de patiënt daartoe aanleiding geeft, dan ontstaan er echt fricties in de relatie. We staan daarom samen voor de uitdaging om, gegeven de veran-

deringen in de tijdgeest, nieuwe antwoorden te geven en daarbij passende organisatievormen te ontwikkelen.

Typisch voor deze tijd is, dat bij het zoeken naar nieuwe antwoorden vooral het eigen domein en de belangen van het eigen ziekenhuis of welke andere instelling dan ook worden verdedigd. Dat is misschien dan wel menselijk, maar het blokkeert het vinden van werkelijk nieuwe oplossingen. De discussies over vernieuwing beperken zich veelal tot afspraken over samenwerking. Maar de infrastructuur, de organisatievormen en de financiering blijven onaangeroerd en daardoor blijven de discussies in cirkels ronddraaien. Iedereen praat voor zijn instelling en er is weinig gemeenschappelijk denk-kader. De moderne tendens om uit oogpunt van kostenbeheersing het concurrerend vermogen te stimuleren - zie de onophoudelijke nadruk op de samenwerking - versterkt het verdedigen van het eigen domein. Waar het tegenwoordig op aankomt is om aan te tonen, dat het eigen werk beter is, efficiënter, goedkoper, enzovoort. Maar of deze opstellingen de aangewezen weg is om op de bovengenoemde tendensen goed in te spelen is de vraag.

Dit laatste houdt nauw verband met een onmiskenbare verandering in onze cultuur. De neiging om het individuele belang voorop te stellen neemt toe. Er moet ook veel in materiële zin worden bereikt. In gezinnen moeten in hoog tempo veel uiteenlopende behoeftes worden beantwoord. De haast is alom groter aan het worden. Dit vind je ook terug in de opleidingen, bijvoorbeeld van verpleegkundigen. Vroeger kreeg je met de paplepel ingegoten, dat de beleving van de patiënt als persoon centraal stond. Nu heet het dat de vraag centraal gaat staan. Maar de vraag lijkt te zijn ontkoppeld van de persoonlijke beleving. Ook in woonbuurten en op straat lijkt de omgang van mensen met elkaar te verschralen. Dit culturele patroon is zeer relevant voor het ontwikkelen van een moderne hoge kwaliteit van de gezondheidszorg. Maar in de plannenmakerij wordt van deze reflectie nog maar weinig gebruik gemaakt. Waar staat de zogenaamde vraag eigenlijk voor?

### ***De toekomst***

Veel ziekenhuizen zijn erop uit om het gehele denkbare pakket van specialistische medische zorg te blijven aanbieden. Deze opstelling is eigenlijk voor

de toekomst niet langer te verantwoorden. Daarvoor zijn duidelijke argumenten aan te voeren. Vanwege de voortdurende en versnelde ontwikkeling van medische technologie en de daarbij behorende infrastructuur is een verdeling van taken tussen ziekenhuizen geboden. De toekomstige infrastructuur moet voortdurend in touw zijn om betaalbaar te blijven. Dit stelt hoge eisen aan de bemensing. Door de enorme toename van deeltijdbanen wordt het adequaat bemensen van efficiënt functionerende ziekenhuizen steeds gecompliceerder. Tenslotte vereist de onvermijdelijke spanning tussen het technisch wenselijke (van bepaalde interventies) en de persoonlijke beleving van de patiënt, dat we afzonderlijke "high-tech" ziekenhuizen creëren, waar mensen zo kort mogelijk verblijven.

In de toekomst lijkt het volgende beeld werkzaam en voor iedereen aantrekkelijk. Voor Den Haag komen twee "high-tech"-ziekenhuizen, die elk een eigen specialistisch pakket aanbieden en wel zodanig, dat deze elkaar aanvullen. Dat betekent een taakverdeling vanuit een afgesproken beleid bezien en als resultaat van de marktwerking. Daarnaast komen er - als het ware tussen deze twee centra en de directe leefomgeving van mensen in - enkele "zorgziekenhuizen". Het gaat om een combinatie van wat we momenteel ziekenhuizen en verpleeg- of verzorgingshuizen noemen. Hier kunnen de meer eenvoudige medische interventies en behandelingen worden gedaan en kunnen patiënten uitzielen. Direct contact met de twee centra garandeert, dat - zo nodig - ogenblikkelijk specialistische assistentie kan worden geboden. Dankzij moderne communicatiesystemen kunnen bij wijze van spreken handelingen in de zorgziekenhuizen worden gevolgd in één van deze

centra. In deze zorgziekenhuizen valt bijvoorbeeld ook te denken aan ruimtes voor verloskundige en kraamzorg, om adequaat op de behoeften van allochtonen te kunnen inspelen. Ze vormen tevens het antwoord op de afnemende mogelijkheden van mantelzorg.

Het geheel van geografisch goed gespreide zorgziekenhuizen - die tevens over de noodzakelijke faciliteiten voor moderne EHBO beschikken - staan in direct contact met clusters van extramurale gezondheidszorg in de wijken. Want uit de actuele problemen en moderne tendensen blijkt, dat de verandering van de gezondheidszorg zeker niet beperkt kan blijven tot de intramurale hulpverlening. Door veranderende opvattingen en behoeften van mensen kan de versnipperde extramurale zorg niet meer goed functioneren. De spreiding van voorzieningen is geen goed antwoord meer op eigentijdse omstandigheden. De extramurale clusters moeten we zodanig inrichten dat mensen er vertrouwd mee zijn en weten dat van hieruit in geval van nood adequaat zal worden doorverwezen. Ook hier ontstaan - dankzij moderne (technische) mogelijkheden - nieuwe vormen van communicatie tussen clusters, zorgziekenhuizen en de "high-tech"-centra. Dankzij een dergelijke opzet kan op daarvoor geëigende plekken veel meer tijd en aandacht worden besteed aan sociaal-psychologische aspecten van zorg, die nu het kind van de rekening dreigen te worden. Tevens fungeren de extramurale clusters als plekken, van waaruit beter kan worden ingespeeld op de sociale omgeving van mensen. We krijgen daarmee ook nieuwe bronnen, om werkelijk met de bevordering van gezondheid aan het werk gaan.

# De geestelijke gezondheidszorg

**“Voor de ggz is een goede toekomst, een toekomst waarin werkvormen aanwezig zijn, die het mogelijk maken in samenhang met andere sectoren en dichtbij de dagelijkse leefomgeving van mensen te werken.”**

**“Het fenomeen STIOM geldt hiervoor als een prachtig aanknopingspunt voor het huidige beleid van Parnassia: ... zoveel mogelijk deconcentreren en decentraliseren.”**

*L.J. Joele, lid Raad van Bestuur van Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag*



## *Actuele problemen*

Iedere tijd kent zijn geestelijke gezondheidszorg (ggz). De ggz richt zich namelijk op mensen, die - tijd- en cultuurgebonden - een bepaalde geestelijke en sociale hoedanigheid vertonen. Tegen de achtergrond van die hoedanigheid moeten ook de problemen worden geïnterpreteerd, waar de ggz voor komt te staan.

Het meest in het oog springend “probleem” is de ontmythologisering van het menselijke en de onderlinge sociale relaties. De werkelijke problemen in de gezondheidszorg hebben weinig met geld te maken. Dat zou toch ook onder de huidige omstandigheden van hoge welvaart onverklaarbaar zijn? Er is iets anders aan de hand. De relaties tussen mensen waren vroeger overzichtelijk en afgebakend. Er bestond weinig autonomie en de kansen voor “zelf”-ontplooiing waren minder. Het toenmalige medische model bracht mensen op een Procrustesbed. Er werd met voorbijgaan aan het eigene van mensen gehandeld volgens de gangbare professionele inzichten. Tot de tijd van de antipsychiatrie bestond daar opmerkelijk weinig verzet tegen. Nu bevinden we ons in een tijdperk, waarin de “hedonistische” instelling bij de vrager een grote rol speelt. Dat betekent erop uit zijn om ongenoegens ogenblikkelijk weg te willen werken. De arts wordt daarom meer bejegend als een monteur, die snel en doeltreffend moet ingrijpen.

Daarnaast is - als aspect van steeds verdere specialisatie - het “reductionisme” bij professionals verder toegenomen. Mensen worden vooral bekeken op

(biologische) onderdelen, niet in het geheel van hun bestaan. Leed en pijn worden vertaald in medisch-biologische termen. Is er met de gezondheid nog niets aan de hand, dan verkeren mensen - vanuit het medisch perspectief gezien - wel of niet in een risicogroep, de zogenaamde “pre-klinische” fase of dwalen rond in het schermergebied van “op mijn terrein geen afwijkingen”. Ze missen daardoor zowel concrete steun bij als legitimering van hun menselijke problemen.

Tussen vroeger en nu kenden we een tijdperk van medisch “trionfalisme”: “ware ik God geweest, dan had ik het menselijk oog beter gemaakt”. Men was ervan overtuigd alles te kunnen overzien en te begrijpen. Juist omdat we momenteel veel meer weten, is die opstelling verdwenen. We hebben ook meer begrip voor het onverklaarbare. En de twisten uit de zeventiger jaren zijn opgelost: soms is praten goed, soms zijn pillen goed. Het is moeilijk om te voorspellen wat het beste zal werken en wat de voorkeur geniet. Maar het huidige “hedonisme” van mensen en het “reductionisme” van professionals versterken elkaar op een of andere manier en hebben de zingeving aangetast. Vooral voor de geestelijke gezondheidszorg is dit een zorgwekkend gegeven.

Een grote winst in de ggz is dat we de laatste jaren in regionaal verband zijn gaan denken en werken. In Den Haag is een veel betere afstemming tussen het werk in de thuissituatie (waar de problemen ontstaan), de ambulante zorg (RIAGG) en de intramurale hulpverlening ontwikkeld. Nog kort geleden werkten dit allemaal los van elkaar. Een echte sociale psychiatrie hoort echter betrokken te zijn op de

directe leefomgeving van mensen. Een gevaar, dat dreigt is, dat nieuwe - door professionals opgerichte schotten - ontstaan. Het gaat dan niet meer om de essentie van de klacht in de ogen van de klager, maar om de definiëring van de klacht en van de te plegen interventies door de professional: "product-denken". Het ouderwetse model van Taylor - waarvan het belang zelfs bij de fabricage van auto's in de loop der tijden fors is gerelativeerd - heeft zijn weg in de gezondheidszorg gevonden. De werkzaamheden van thuiszorgers en psychotherapeuten worden momenteel in minuten afgerekend. Het bedreigt de noodzakelijke primaire processen in dit domein. We draaien dol in op zich nuttige zaken als standaardisering, protocollering, productdefiniëring, op winst gerichte handelingen, verkoopbare polissen enzovoort, enzovoort. Mensen, dus ook hulpverleners, willen werken aan hun inzet en creativiteit. Ze willen zichzelf herkennen in het werk van alledag. Ze willen iets opbouwen en innovatief zijn. Te veel product denken vernietigt de noodzakelijke alliantie tussen hulpvrager en hulpverlener. Het gevolg is, dat het vak niet meer aantrekt en nieuw personeel niet meer toestroomt. Staatssecretaris Vliegheart is het begrip van dit menselijk verlangen volkomen uit het oog verloren. Vooral in de thuiszorg is ons dit opgebroken. Ook de ggz wordt nog steeds bestuurd als een planeconomie. Het menselijke, de essentie van de gezondheidszorg, verdwijnt uit het vizier.

### *Nieuwe tendensen*

Voor het domein van de ggz is het "verdwijnen van God" van groot belang. Een betekenisvol, noodzakelijk alternatief is niet voorhanden. Mensen voelen zich onzekerder en nemen hun toevlucht tot allerlei goeroes. Die verkopen "you are saved" indien je mij maar volgt. De toegenomen onzekerheid roept de neiging op je heil te zoeken bij mensen, van wie je niet meer hoeft na te denken. Het onderscheid tussen goed en niet goed, tussen wat wel aanvaardbaar is en wat niet ebt weg. Dat zie je bij Big Brother. Alles mag gezien worden en dat is nog leuk ook, onbegrijpelijk. Mensen zijn sociale wezens. Ze zijn verantwoordelijk voor elkaar. Als dit besef afneemt - omdat dit het individuele belang niet goed uitkomt - dan neemt de neiging af met elkaar te werken aan goede condities, waarin mensen zich als sociale wezens kunnen ontplooiën. Het grote verschil met de somatische zorg is, dat de "genezing" onmiddellijk is verbonden met heel de mens en zijn sociale

netwerk. Mensen geven dan ook de voorkeur aan een bejegening, waarbinnen zij als een uniek persoon herkend voelen. Deze uniciteit verwijst niet alleen naar de persoon, maar evenzeer naar de sociale context, waarin hij leeft, bemind wordt of juist liefde ontbeert. Daarom dienen ggz-organisaties accent te leggen op de vervlechting met andere maatschappelijke sectoren en dienstverleners. We noemen dit de "vermaatschappelijking" van de ggz. Dit kan als een poging worden gezien om aan de tendensen van individualisering, hedonisme en reductionisme paal en perk te stellen.

Een tweede tendens is de toenemende regelgeving van de overheid. Er is eigenlijk iets bizars aan de hand. De laatste jaren is - aldus de politieke opinie - de overheid aan het terugtrekken. Aansturing en uitvoering van de gezondheidszorg worden aan de directe actoren zelf overgelaten. Desalniettemin blijft het regels en formulieren regenen, de ene stroom na de andere. Door de bomen is het bos van de regels niet meer te zien. Dit fenomeen zien we ook in het onderwijs. Maar dankzij de politiek van de "terugtrekkende overheid" is zij nu veel minder aanspreekbaar geworden. Met groot gemak wordt momenteel verwezen naar verzekeraars, zorgkantoren, directies van grote instellingen, genootschappen en beroepsverenigingen. Toch is de invloed van de overheid via de papieren toegenomen. Dit brengt hulpverleners in tijdnood en in een onmogelijk parket. Het gevolg is inadequaat optreden naar patiënten en cliënten.

Een derde tendens is het toenemende "consumentisme". Het versterken van de positie van de consument is niet alleen maar negatief. Cliëntenraden hebben de afgelopen jaren veel kunnen openbreken. De gelijkwaardigheid tussen hulpvrager en hulpverlener is toegenomen. Maar met het consumentisme kan de slinger van de klok doorslaan. Het gaat snel om het strikte eigen belang en men gaat voorbij aan de verantwoordelijkheid voor de medemens. Het past in het beeld van ontkenning, dat een mens een sociaal wezen is.

### *De toekomst*

Voor de ggz is een goede toekomst, een toekomst waarin werkvormen aanwezig zijn, die het mogelijk maken in samenhang met andere sectoren en dichtbij de dagelijkse leefomgeving van mensen te wer-

ken. De ervaringen in Den Haag met de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) als ontwikkelingsorganisaties voor de gezondheidszorg in stadsdelen zijn een interessant toekomstperspectief. STIOM is in de directe leefomgeving als een katalysator aan het werk. Met vallen en opstaan kunnen huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en ggz-medewerkers hun activiteiten beter op elkaar afstemmen. Of hun problemen, dankzij de continue uitwisseling, in een hoopvoller perspectief plaatsen. Zowel voor de kwaliteit van het werk zelf als voor de noodzakelijke inspiratie om te werken blijkt STIOM bijzonder positief te werken. Het schept een vertrekpunt om - ondanks de dodelijke stroom van regels - toch een eigen betekenis aan het werk te geven. De deelnemers kunnen nu ook hun gemeenschappelijke visie op problemen aan het bestuurlijke niveau (instellingen en politiek) in de gezondheidszorg voorleggen. Het fenomeen STIOM geldt als een prachtig aanknopingspunt voor het huidige beleid van Parnassia. We willen het werk zoveel mogelijk deconcentreren en decentraliseren. Onze deskundigheid en know how moet zoveel mogelijk worden ingezet in de nabijheid van concrete leefomstandigheden van mensen. De samenhang, ontwikkeld door STIOM is hiervoor een noodzakelijk instrument. Dit betekent, dat we aan de hand van deze ervaringen hiermee ver-

der kunnen werken aan nieuwe ontwerpen voor de toekomst.

We kunnen dan extra stappen gaan zetten, waar we nu nog onvoldoende aan toe komen. Het zoeken van samenwerking met bijvoorbeeld politie, welzijn en met mensen uit het onderwijs ligt in de rede. Zij vooral weten wat er gebeurt en waar. Zij kunnen daarom hulpverleners op het goede been zetten. Hiervoor zijn media als STIOM-achtige constructies een vereiste. Het gaat niet om een strak organisatie-model, maar om een werkwijze, waaraan opvattingen over het dagelijks leven van mensen ten grondslag liggen. Vooral de ggz moet alert blijven op wat zich in de scholen afspeelt. Dit schept aanknopingspunten voor preventief werken. Door niet in te gaan op misstanden in het dagelijkse bestaan blijf je steeds worstelen met de gevolgproblemen. Dit is een vorm van dweilen met de kraan open. Dit toekomstperspectief heeft te maken met een nieuwe visie op preventie. Het is zonneklaar, dat er sociaal-menselijke condities aanwijsbaar zijn, waardoor fundamentele problemen ontstaan. Hierop moeten we veel meer inspelen. Dit vraagt een omwenteling in de gezondheidszorg, want preventie neemt momenteel een marginale positie in.

# De ziektekostenverzekeraar Delta Lloyd

**“De vraag is of traditionele concepten als de ‘thuiszorg’ en de ‘huisarts’ niet ter discussie moeten worden gesteld vanwege de veranderingen in onze leefstijl ... nieuwe antwoorden zijn nodig ... de behoeften van nu en straks vereisen ruim baan voor nieuwe regels, nieuwe professionele rollen en nieuwe (ruimtelijke) faciliteiten.”**

*Mw. V.W.M. Teunissen, ZN/KPZ-regiovertegenwoordiger werkzaam bij Delta Lloyd*



## *Actuele problemen*

NUTS beheert al van oudsher een ziekenfondsdeel en een particulier deel in de ziektekostenverzekering. Dit wordt in de huidige fusie met Delta Lloyd voortgezet. In dit nieuwe organisatorische kader pogen we te groeien en zijn we niet alleen op de regio Den Haag gericht. We doen zaken over het gehele land. Groei is in het belang van een efficiënte verzekering van ziektekosten. Ons grootste probleem is niet zozeer het feit van de wachtlijsten, maar wat er achter zit: het gebrek aan personeel in de Randstad. Specialisten, verpleegkundigen en operatie-assistenten zijn lastig te vinden. Dat los je niet met geld op. De medische wereld zelf is hier ten dele de oorzaak van. Er is totaal geen rekening gehouden met de opkomst van deeltijd werken. In het vocabulaire kwam het woord “deeltijd” niet voor.

Het tweede probleem is de financieringssystematiek van de zorg. Dit is heel obsoleet. Door de budgettering sinds 1995 leveren specialisten niet meer werk dan binnen het kader van de budgetten mogelijk is. Daar bovenuit gaan zou “werken voor niets” zijn. Deze houding is door het systeem zelf opgeroepen. Als NUTS kwamen we met de budgetten ook nooit uit. Ze waren ruim voor het verstrijken van het kalenderjaar opgemaakt. De toename van de zorg voor ouderen is hiervan ten dele de reden. Als mensen er hier niet meer in kunnen, zijn we verplicht een uitweg te zoeken in ziekenhuizen in bijvoorbeeld Antwerpen. Het systeem belemmert het beantwoorden van de vraag. Het is geheel op het beheersen van het aanbod gericht.

Een derde probleem voor de Randstad en dus ook voor Den Haag zijn de hoge lasten. Het is veel te duur geworden. Hoe kun je nog ruimtelijke faciliteiten ontwikkelen als je die qua grondprijzen en overige kosten moet financieren op het niveau van het bedrijfsleven. Dit onderwerp betreft ook de woonlasten en de reisproblemen voor het personeel in de zorg. Verpleegkundigen kunnen de auto in het centrum van de grote stad bijna niet meer gebruiken en de huren rijzen de pan uit. Randstadpremies zijn niet meer te vermijden.

## *Nieuwe tendensen*

Belangrijk is dat mensen van nu meer zorg vragen en meer aandacht schenken aan de kwaliteit van hun leven. Hiervoor hebben ze ook meer over. We willen vandaag de dag veel meer uitgeven aan zorg. Verzekeraars dienen hierop in te spelen met het creëren van meer differentiatie in de polissen. Hiermee zijn verschillende categorieën klanten op een voor hun specifieke manier te benaderen. Polissen kunnen uitstekend inspelen op het verschil in behoeften. Er breekt een nieuwe tijd aan, waarvan we vandaag de dag in het geheel niet kunnen overzien wat dat voor de gezondheidszorg zal betekenen. Eén ding is zeker: we moeten het dwangmatig toepassen van oude regels loslaten. De veranderingen kunnen we daarmee toch niet bezweren en ze veroorzaken slechts nieuwe problemen. De differentiatie zal hoogst waarschijnlijk een kenmerk van de nieuwe tijd worden. In laatste instantie betekent dit het werkelijk serieus nemen van de uiteenlopende vragen

van mensen. Dus zal de financieringssystematiek van aanbodgericht (het budgetstelsel) naar vraaggericht moeten worden omgebogen.

Momenteel worden in den lande met verzekeraars reeds afspraken gemaakt om vanaf het jaar 2003 van budget- op de financiering van verrichtingen over te gaan (financiering per stuk). Hiervoor wordt dan de dekking geregeld via het systeem van premies voor polissen. Dit betekent het verdwijnen van het budgetteringssysteem en het werken met bekostiging van een zorgvraag/verrichting met een open eind karakter. Dan zullen de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders gaan over de samenstelling van het aanbod, de kosten en de te verwachten effecten. Aanbieders worden dan gedwongen met elkaar te concurreren. Dan is de weg ook vrij voor de beoogde differentiatie. Het is opmerkelijk, dat momenteel in de zorg zelf vele directies van ziekenhuizen en verpleeghuizen nog niet op de hoogte zijn en doordrongen zijn van de te verwachten gevolgen van deze fundamentele wijziging.

Een tweede tendens is, dat mensen uitdrukkelijker voor spoedeisende problemen een makkelijk bereikbare zorg wensen. Het systeem van de dienstdoende huisarts als eerste opvang en toegangspoort werkt steeds minder. Mensen gaan linea recta naar de EHBO van het dichtst bij zijnde ziekenhuis. Dan is de uitdaging om op deze trend effectief in te spelen. Wij als verzekeraar staan dan voor de vraag hoe we in een passende, moderne vorm aan een goede bereikbaarheid kunnen beantwoorden. Het opnieuw verzinnen van andere plekken in de eerstelijns om mensen naar toe te sturen helpt niet. Ze springen niet voor niets in de auto om naar de ziekenhuis-EHBO te gaan. Maar het gaat niet om het ziekenhuis als zodanig maar om de goede bereikbaarheid. Dat vasthouden aan oude concepten en regels loopt bijvoorbeeld ook mis bij allochtonen. Allochtone moeders willen bijvoorbeeld geen kraamzorg thuis. Dwing ze dan ook niet kraamzorg te aanvaarden. Nu is het enige alternatief nog om langer in het ziekenhuis te blijven. Dus worden we uitgedaagd, gegeven hun wensen, om iets nieuws te verzinnen en niet op het oude terug te vallen.

Een derde tendens is dat de traditionele concepten over "de huisarts" of "de thuiszorg" ter discussie komen te staan vanwege de verandering van onze leefstijl. Willen mensen wel zo lang mogelijk thuis

blijven en daar worden verzorgd? Het aantal mensen neemt toe, dat liever de zorg in betere omstandigheden buitenshuis wil krijgen. Met het afnemen van de steun van familie en burens is deze tendens niet meer te stuiten. Als het accent op de thuissituatie daardoor afneemt zal dat verregeande gevolgen hebben voor de aard van het aanbod. Maar dan dienen we allereerst te erkennen wat mensen werkelijk willen.

In Amerika heeft men het idee van onze "huisarts" als spil in de zorg nooit zo gekend. Het kan dus ook anders. We zullen ons moeten afvragen of ons concept over de huisarts niet op de helling moet. De hulpvragers zijn beter geïnformeerd dan vroeger en de communicatie met specialisten kan dankzij de nieuwe informatie-technologie veel simpeler. Dienen we dan de huisarts als "spil" en als "filter" wel te handhaven? Kunnen, onder de nieuwe omstandigheden en hiermee gepaard gaande nieuwe wensen van mensen, dokters deze rol nog wel vervullen? Stellen we in de komende tijd "huisartsen" niet voor onmogelijke opgaven?

Hiermee wil gezegd zijn dat de antwoorden op de vragen van gisteren niet meer per definitie de antwoorden op vragen van morgen zijn. Dit is geen kwestie van taal. Nieuwe antwoorden zijn nodig vanwege ander gedrag, andere waarden en andere normen. De behoeften van nu en straks vereisen ruim baan voor nieuwe regels, nieuwe professionele rollen en nieuwe (ruimtelijke) faciliteiten. Misschien is één van de grootste problemen in de gezondheidszorg wel het conservatisme op beleidsniveau en in de professionele wereld.

### ***De toekomst***

Als we de onweerlegbare tendensen serieus nemen, zou de organisatie van de gezondheidszorg hierop moeten worden aangepast. Dit betekent: efficiënter werken en het verdelen van taken vanwege de schaarste. Ziekenhuizen willen tot op heden nog alles aan zorg kunnen verrichten. Dat is geen aantrekkelijke optie meer. Voor een volwaardige gynaecologische functie zijn twee specialisten in een ziekenhuis niet meer voldoende, maar is een uitgebreid team noodzakelijk. Dit geldt nog eens te meer vanwege de wens van velen om in deeltijd te werken. Welnu, grote teams zijn voor *alle* ziekenhuizen niet meer haalbaar. Ook operatiezalen zullen continue in gebruik moeten zijn willen ze financieel blijven. Dat betekent eveneens een taakverdeling over diverse intramurale instituten.

Zorgketens moeten nu tot stand komen in onderhandelingen tussen autonome, gebudgetteerde instellingen. Het lukt maar moeizaam omdat het vormen van een keten geen product is en dus niet wordt betaald. Maar als de financiële krapte vanwege het budgetstelsel is verdwenen, dan is ketenzorg veel makkelijker te regelen. De toekomst, dat wil zeggen de “financiering per stuk”, betekent dat de keten wordt uiteengelegd in onderdelen met bijbehorende aanbieders. Deze worden in zorgpakketten op georganiseerde wijze met elkaar verbonden. Dat wordt geregeld en gefinancierd via de systematiek van de polissen met diverse pakketten van zorgverlening. Via deze pakketten - waarover met aanbieders zal worden onderhandeld - kan veel meer aan de hulpverlener worden overgelaten. Daarmee kan het huidige strenge accent op het voorgeschreven “productgerichte werken” aanzienlijk worden versoepeld.

Naast de taakverdeling tussen intramurale instellingen van gezondheidszorg zullen ook in de directe leefomgeving van mensen nieuwe vormen van laagdrempelige, goed bereikbare zorg en steun moeten

worden georganiseerd. Het gaat daarbij onder andere om nieuwe samenwerkingsverbanden, waarin ook een taakverdeling mogelijk wordt en die meervoudige problematiek aan kunnen. Daarbij valt ook te denken aan nieuwe vormen van tijdelijke intramurale opvang van lichte gevallen. In dit licht bezien is de discussie over “hotelbedden” of “community hospitals” in de buurt alleszins relevant.

Deze nieuwe taakverdelingen, samenwerking, faciliteiten en verhoudingen laten zich niet regelen via de oude formule van “platforms van aanbieders”, die zijn gebaseerd op het bereiken van consensus over samenwerking. Dergelijke platforms lopen vast in de obsessie voor het opruimen van “belemmeringen”. Maar we staan met z’n allen voor de opgave om nieuwe ontwerpen te maken voor de gezondheidszorg. Het gaat niet meer om samenwerking op basis van traditionele concepten en structuren. De moeilijkheid is wel hoe we de nieuwe en de juiste strategieën moeten ontwikkelen.

Wie draagt hiervoor de verantwoordelijkheid?

---



# Het ziekenfonds Azivo

**“Als verzekeringen via buitenlandse verzekeraars geregeld gaan worden dan zal de verzekerde zorg steeds meer koopwaar worden en de patiënt steeds meer een kritische consument, die zijn persoonlijke zakelijke belangen gaat afwegen. Daarmee gaat de oorspronkelijke betekenis van ‘zorg’ teloor.”**

**“Juist met strategieën gericht op preventie ... is winst te behalen. In ons ziekenfonds met zijn regionaal gerichte benadering heeft dat altijd hoog in het vaandel gestaan.”**



*F. van den Heuvel en R. Offers, directie ziekenfonds Azivo*

## *Actuele problemen*

In Den Haag vormt het bestaan van de wachtlijsten in de gezondheidszorg één van de belangrijkste problemen. De situatie is onaanvaardbaar. Maar we kunnen wel degelijk vragen stellen bij deze wachtlijsten. Hoe ontstaan ze werkelijk? Sluitende verklaringen hierover bestaan niet. Natuurlijk spelen er personeelsproblemen, maar er speelt meer. Sommige specialisten zijn populair en mensen willen hoe dan ook door hen worden behandeld. Het gaat om persoonlijke voorkeuren. Welnu, dergelijke specialisten kunnen wachtlijsten niet vermijden. Voorts hebben specialisten via de indicatiestelling voor behandeling invloed op de omvang van de wachtlijst. Zij immers stellen vast wat er wel en wat er niet dient te gebeuren en bepalen daarmee of iemand al dan niet op een wachtlijst komt te staan. Bij verpleeghuizen zien we iets dergelijks. De voorkeuren zijn heel specifiek. Cliënten of hun families kiezen wel voor een verpleeghuis in de ene wijk, maar per se niet in een andere wijk, buurt of plaats. Bij sommige verpleeghuizen zien we geen wachtlijsten. Wachtlijsten moeten daarom genuanceerd worden bekeken en vragen om een voorzichtige interpretatie.

Het momenteel beschikbare geld veroorzaakt niet de grote problemen in de gezondheidszorg. Echter de financieringsstructuur en het systeem van budgettering zijn daarentegen de oorzaken van de moeilijkhe-

den in ons land. Beide ondermijnen de verantwoordelijkheid op de werkvloer en het werken aan creatieve oplossingen indien er complicaties in het zorgsysteem ontstaan. Door de budgettering worden in de intramurale instellingen alle handelingen precies afgewogen, qua hoedanigheid en duur. Directies van ziekenhuizen en specialisten bepalen te zamen wat hier binnen het budget aan verrichtingen kan geschieden. Is het budget ruim voor het einde van het jaar opgesoupeerd, dan laat men het gereedschap uit zijn handen vallen. En de patiënten worden terugverwezen naar het ziekenfonds. En Azivo kan de deuren niet sluiten. We zullen in zo'n geval druk uitoefenen op de intramurale zorg om toch een oplossing voor de problemen van onze verzekerden te vinden. Dan heeft het ziekenhuis een probleem. De behandeling gaat volgens het systeem dan ten koste van het budget van het daaropvolgende jaar. Vanwege de financieringsmethodiek worden de extra inspanningen van het ziekenhuis in het jaar daarop afgestraft.

De zorgvraag neemt toe vanwege demografische ontwikkelingen. Maar ze neemt ook toe vanwege de uitbreiding van nieuwe (medisch-technische) mogelijkheden. Via de media worden patiënten gestimuleerd om het onderste uit de kan te willen hebben. Was vroeger de pacemaker-implantatie iets uitzonderlijks, nu deinst niemand meer terug voor reïmplantatie na reïmplantatie. En over de zin en het zogenaamde “evidence based” karakter van veel ver-

richtingen wordt vaak het zwijgen toegedaan. Overconsumptie, teveel aan nutteloze verrichtingen, logistieke problemen en het teveel aan bedden versterken de problemen die reeds door de financieringssystematiek worden veroorzaakt. Door het ontbreken van adequate zorg in en rondom de thuissituatie en in verpleeghuizen worden nu in ziekenhuizen bedden in beslag genomen die handen vol geld kosten. Maar de financieringssystematiek laat dit anachronisme toe. Overigens baart de personeelschaarste ons grote zorgen. Operatiekamers sluiten bij gebrek aan verpleegkundigen. Maar dit gebrek aan personeel komt niet zomaar uit de lucht vallen. Wat is het maatschappelijk aanzien van verpleegkundigen en wat vinden we van de salariëring? Het is toch niet gek dat mensen voor andere banen kiezen als er een lease auto en andere interessante secundaire voorwaarden aan vast zitten? Waar geld zit komt de arbeidskracht.

### *Nieuwe tendensen*

We zijn één van de laatste verzekeraars, die zich nog een ziekenfonds noemt. Een fonds voor verzekerden die bijna allen in één regio wonen. Omdat wij de regionale oriëntatie van groot belang vinden zoeken we mensen zodra ze verhuizen zich over te schrijven naar een andere verzekeraar. We willen immers zicht houden op de leefomstandigheden van mensen. We werken met deskundige adviseurs die deze leefomstandigheden en de aanbieders van zorg heel goed kennen. Ze bezoeken dan ook de ziekenhuizen, waar onze verzekerden verblijven, om een beeld over de geboden zorg te krijgen. Azivo is de laatste jaren van 90.000 naar 170.000 aangesloten verzekerden gegroeid. We vragen ons af of de grens langzamerhand niet wordt bereikt. Boven een bepaald aantal verlies je het overzicht en vooral het inzicht in je leden.

Deze filosofie en werkwijze staan haaks op actuele tendensen. Op landelijk niveau, bijvoorbeeld bij het College voor Zorgverzekeringen lijkt het begrip patiënt niet meer te leven. Daar wordt gesproken over maatschappelijke belangen of over de belangen van de verzekeraars. In de discussies over te verzekeren zorg doet het sociale contact met verzekerden niet meer ter zake. Verzekering gaat immers meer en meer over “opgelopen schade” bij ziekte en ongemak. Bij schadelastbeheersing is de regionale oriëntatie voor sturing en beheersing van het zorgsysteem vanuit bedrijfseconomisch oogpunt juist een handicap.

De deuren voor een Europese benadering lijken open te staan. Patiënten zijn nu verzekerde klanten, die in Rotterdam of Groningen en in de toekomst in Londen of München kunnen wonen. De hulp kan nu reeds onder bepaalde voorwaarden vanuit het buitenland worden geleverd. Als verzekeringen via buitenlandse verzekeraars geregeld gaan worden dan zal de verzekerde zorg steeds meer koopbaar worden en de patiënt steeds meer een kritische consument, die zijn persoonlijke zakelijke belangen gaat afwegen. Daarmee gaat de oorspronkelijke betekenis van “zorg” teloor. Dit betreft immers een totaalpakket en niet een losse verzameling welomlijnde producten. Azivo wil een totaalpakket blijven aanbieden en wel op basis van overwegingen van solidariteit. Dit oorspronkelijke doel van ziekenfondsen dreigt met de commercialisering te verdwijnen. We willen een totaalpakket aanbieden, of je hiervan nu specifieke onderdelen behoeft of niet. Daardoor kunnen we alle verzekerden hetzelfde garanderen tegen een redelijke prijs. Maar in de nieuwste aanbiedingen van anders georiënteerde maatschappijen zie je een toename van risico-selectie. Op indirecte wijze worden mensen van bepaalde polissen die het goed doen op de markt, uitgesloten. Op de samenstelling van de polispakketten bestaat namelijk geen controle. En hoe grootschaliger opererend de maatschappij, hoe moeilijker deze controle ook is. En in combinatie met andere verzekeringen en hypotheeklen zijn scherpere polissen voor specifieke categorieën klanten mogelijk. Het gaat vele maatschappijen niet om een grondige oriëntatie op zorg en de garantie van behandeling, maar om rendement van geïnvesteerd kapitaal door risicomijding.

En we weten waartoe dit kan leiden. Deze tendens leidt tot een situatie, waarin velen moeten afzien van een volwaardige verzekering. In de Verenigde Staten is de laatste tien jaar het aantal onverzekerden bijna verdubbeld. Solidariteit was altijd een middel tegen onaanvaardbare tegenstellingen. Als dat wegeeft nemen de tegenstellingen toe, ook qua zorg. En vandaag de dag kun je al schrijnende voorbeelden aanwijzen, met name in milieu's waar het geld schaars is. De instelling om de situatie in zijn geheel te willen overzien en daarop in te spelen verdwijnt. Dit valt immers niet te rijmen met een gefragmenteerde benadering van op zichzelf staande “schades” aan lijf en ziel. Deze tendens zal ons net als in de Verenigde Staten voor fundamentele nieuwe problemen plaatsen. Juist met strategieën gericht op preventie

in buurten en wijken is maatschappelijke en gezondheidswinst te behalen. In ons ziekenfonds met zijn regionale gerichte benadering heeft dat altijd hoog in het vaandel gestaan. Maar hoe kan de preventieve inzet via de zorgverzekeraars worden gefinancierd? Die taak ligt nu vooral bij de lokale overheid. En we zien ook, dat van de 81 miljard gulden voor de totale gezondheidszorg slechts een schijntje naar preventie gaat. De reden is simpelweg, dat preventie niet via de markt kan worden gereguleerd dus verwordt het tot het stiefkind van de rekening. In het licht hiervan is het voortdurende gescharel met "eigen bijdragen" verwonderlijk. De bureaucratische regeling van eigen bijdragen kost meer dan wat het oplevert. Het vergt een onvoorstelbare papieren rompslomp voor hulpverleners en verzekeraars.

Een andere tendens betreft de verandering van de positie van de huisarts, met name ten opzichte van de specialisten. Huisartsen worden niet adequaat opgeleid om met de vraagstukken van vandaag de dag om te gaan. Vroeger was de huisarts een autoriteit. Zijn verhaal was per definitie geloofwaardig. Nu weten mensen zelf meer, omdat er veel meer informatie voorhanden is. Ook beschikken mensen vaak over pseudokennis. De huisarts staat dan voor de bijna onmogelijke opgave om in deze overdaad van informatie zijn diagnose goed te stellen. Niet zelden wordt hij vervolgens via de patiënt geconfronteerd met het oordeel van de specialist. Specialist leverende verregaande technische inzichten op deelterreinen, die de huisarts moet integreren in een geheel. Het overleg tussen specialist en huisarts is per definitie ingewikkeld. En de geïnformeerde, kritische patiënt maakt de situatie niet eenvoudiger.

Nota bene krijgt de huisarts met steeds meer praktische problemen van doen. De prijzen voor fatsoenlijke accommodatie gaan met rasse schreden omhoog. We ontvingen onlangs van een jonge huisarts een brief, waarin hij aankondigde met zijn praktijk van 3.200 patiënten te stoppen omdat hij - door een samenloop van factoren - niet in staat was zijn praktijk bedrijfsmatig overeind te houden.

### ***De toekomst***

Er zijn twee onderwerpen waarmee voor de gezondheidszorg aanzienlijke verbeteringen te behalen zijn. Ten eerste de beëindiging van het budgetsysteem en ten tweede het herstellen van de regie rondom de

behandeling, waarbij rekening wordt gehouden met de leefomstandigheden van de patiënt of cliënt. De combinatie vereist een zekere mate van solidariteit, omdat het verlenen van medewerking bij het verbeteren van leefomstandigheden - zie bijvoorbeeld het thema preventie - niet via het marktmechanisme kan verlopen. Redenerend vanuit Azivo lijkt het volgende toekomstbeeld aantrekkelijk. We kopen "de zorg" in. We weten mede dankzij onze deskundige adviseurs en onze verzekeren via de Ledenraad waaraan patiënten behoefte hebben en daarover maken we afspraken met ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen enzovoort. De inhoud, de duur en de prijs kunnen worden afgesproken. Voorwaarde is dat het budgetsysteem wordt opgeheven. Zo ontstaat een zinvolle concurrentie tussen aanbieders, bijvoorbeeld ziekenhuizen. De omvang van verrichtingen wordt dan afhankelijk gemaakt van de vraag van verzekeraars, op basis van de door hen voorgestelde voorwaarden en criteria. Deze worden op afstand door de overheid getoetst.

De afspraken met het ziekenhuis betreffen tevens de organisatie van de voorzorg en de nazorg. De beperking tot alleen medisch ingrijpen veroorzaakt problemen. Is de nazorg afwezig of verkeren patiënten in ongunstige leefomstandigheden dan kan het uiteindelijke effect nihil zijn. Dat is wat we dagelijks om ons heen ook zien. Hoe vaak wordt het paard niet achter de wagen gespannen? Specialist kunnen in de thuissituatie een deel van de controle verrichten. Dit weer veronderstelt een nieuwe afstemming van intramurale zorg en extramurale zorg. Azivo kan daartoe bemiddelen. Het werkt mee aan bijvoorbeeld een nieuwe ordening van extramurale hulpverleners op lokaal niveau, die - door afspraken met ziekenhuizen - met goed aanspreekbare teams van intramurale specialisten kunnen werken. De laatste richten zich op hun specialisme, de eersten op andere aspecten, die de gehele mens betreffen. De extramurale werkers zullen - evenals hun intramurale collega's - in één of andere faciliteit moeten gaan samenwerken. Te denken valt aan centra voor zorg en maatschappelijke dienstverlening, waarbinnen de coördinatie van hulpverleners plaatsvindt en waar voor de bewoners het aanspreekpunt voor zorgvragen ontstaat. Het solistisch werken is niet te rijmen met een effectief antwoord op de actuele tendensen.

Voor de financiering van de zorg heeft dit grote consequenties. De geldstromen vanuit de ABWZ, de

ziekenfondswet en de gelden voor particuliere verzekeringen dienen dan te worden gekoppeld. In het bovenstaande redeneren we immers ten principale vanuit de vraag van de cliënt. We redeneren niet meer vanuit een vooropgestelde wijze van betalen, zoals nu. De verschillende wijzen van betalen veroorzaken een versnippering van het aanbod en het gebruik. Voor mensen is daardoor door de bomen het bos niet meer te zien. In de centra in de wijken kan - dankzij de verbinding van diverse geldstromen -

worden ingespeeld op behoeften van alledag. Ze kunnen aanzetten geven tot meer sport voor jongeren, voor nieuwe contacten, hulp en begeleiding van ouderen met betrekking tot vragen die verder dan de gezondheidszorg reiken. Het gaat er niet om dat deze centra dergelijke activiteiten geheel zelf ontplooiën, maar ze kunnen in de wijk daartoe wel de aanzet geven. Ze beschikken immers over het inzicht in de leefomstandigheden van bewoners.

# De landelijke zorgverzekeraar

**“Het even bijpraten, de extra helpende hand bieden, ‘sympathiseren’, dat alles is van tafel geveegd door de opmars van het denken in afgebakende producten.”  
“In het hart van een menselijke gezondheidszorg staat de ‘face-to-face’ relatie tussen de hulpvragende en de hulpbiedende. Naast effectief ingrijpen is dat de ‘core-business’ van de zorg.”**



*E. van der Veen, voorzitter Raad van Bestuur AGIS-groep zorgverzekeraars*

## Actuele problemen

Je moet je eigenlijk de vraag stellen, waarom we vandaag de dag de problemen in de gezondheidszorg definiëren zoals we gewoonlijk doen. Het antwoord hierop is van belang om helder te krijgen hoe we over dingen denken. Velen van ons zijn op politiek niveau en op beleidsniveau bezig met thema's - bijvoorbeeld het basispakket van zorg en de stelselwijziging - waarvoor de gemiddelde burger in het geheel geen belangstelling koestert. Mensen beseffen - na een aantal jaren van keuzevrijheid tussen ziekenfondsen - ternauwernood, dat je van ziekenfonds kunt veranderen. Wat men op beleidsniveau doet lijkt wel helemaal te zijn losgezongen van wat hulpverleners en de doorsnee burger bezighoudt. De burger en de hulpverlener zijn vooral bezig met het primaire proces van de gezondheidszorg, dat is de daadwerkelijke hulpverlening. In feite is er sprake van een abstract-rationele versus praktisch-emotionele benadering van de gezondheidszorg

Wat de hulpverleners betreft staan we voor een ingewikkeld onderwerp. We gaan er nu van uit dat ze hard en gemotiveerd werken, maar voor een veel te laag salaris. Maar is dit de essentie van het probleem, waarmee de meeste hulpverleners zelf worstelen? De hulpverleners, met name die met verzorging te maken hebben, vinden, dat de professionalisering te ver in een bepaalde richting is doorgeslagen. De ruimte voor de emotioneel gekleurde aspecten van het werk wordt meer en meer weggesaneerd. Het even bijpraten, de extra helpende hand bieden, “sympathiseren”, dat alles is van tafel geveegd door

de opmars van het denken in afgebakende producten. Deze “professionalisering” bij verpleegkundigen heeft er toe geleid, dat het aspect van de persoonlijke verzorging uit het vizier verdwijnt. Het werk is doelgerichter en zakelijker geworden. De huisartsen krijgen langzamerhand het idee dat de protocollering van hun werk voor de rechtvaardiging ervan belangrijker is dan het invoelend vermogen.

De ervaringen in de jaren zeventig hebben ertoe geleid, dat een koersverandering naar meer zakelijkheid niet meer te vermijden was. Maar de slinger van de klok slaat te ver door. Het overgrote accent ligt in Nederland nu op de beheersing van het systeem van gezondheidszorg. Puntenlijsten en tijdsregistraties zijn de overal aanwezige instrumenten van beheersing, calculatie en controle. Dit leidt tot het afzonderlijk benoemen van en werken met onderdelen van zorg, waardoor ernstige fragmentatie ontstaat. Protocollering, hoe onvermijdelijk ook, versterkt dit. De toetreding van managers in alle lagen en subsystemen van de gezondheidszorg vormt een weerspiegeling van hetzelfde patroon. Ze redeneren niet primair vanuit het perspectief van de vragende patiënt. Dat is ook niet hun rol, maar ze zijn intussen in de zorg wel dominant geworden. Voor deze categorie leidinggevendenden is de waardering van het geleverde werk positief, indien het effectief en efficiënt gebeurt. De criteria hiervoor zijn ontleend aan planningssystemen. Vooral deze benadering, die sterk wordt gesteund door de politieke wereld, bepaalt de sfeer in de gezondheidszorg en zet ons langzamerhand op het verkeerde been. Want uiteindelijk gaat het toch om de vragende, veelal ook hulpeloze of

machteloze patiënt. Het betreft de burger, waarmee iets ernstigs aan de hand is, met alle emotionele gevolgen van dien. We hebben de laatste decennia met elkaar een gezondheidszorg ingericht, die mogelijk zijn doel voorbij schiet. In het hart van een menselijke gezondheidszorg staat de "face-to-face" relatie tussen de hulpvragende en de hulpbiedende. Naast effectief ingrijpen is dat de "core-business" van de zorg. Welke condities zijn er nodig om dit weer in goede banen te leiden?

Een evidente manifestatie van het miskennen van deze "core-business" van de gezondheidszorg is het advies van de Sociaal Economische Raad over de financiering van de gezondheidszorg. Dit advies is uitgebracht door een commissie, die grotendeels bestond uit vertegenwoordigers van organisaties, die dus geen directe bemoeienis hebben met de zorgverlening (werkgevers, werknemers, verzekeraars en kroonleden). Maar wat is eigenlijk hun "core-business"? Dat is het verbeteren en aanpassen van voorwaarden en condities voor een verantwoorde economische ontwikkeling. Aandachtspunt vanuit dat perspectief is bijvoorbeeld, dat met een krappere wordende arbeidsmarkt het vraagstuk van het ziekteverzuim en van de bijna één miljoen mensen in de WAO dient te worden aangepakt. De gezondheidszorg zal voor dit probleem een positieve functie moeten vervullen. Dit betekent, dat vanuit ideeën over het verbeteren van economische voorwaarden de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg wordt ingekleurd. Dat vanuit dit perspectief wordt geredeneerd wordt niet expliciet gemaakt. Het lijkt te gaan over het verbeteren van de (kwaliteit) van de gezondheidszorg, maar in feite maken we in veel gevallen de gezondheidszorg ondergeschikt aan een ander doel. Nota bene versterkt het prestige van dit advies en de politieke aanvaarding ervan het zakelijke management in de gezondheidszorg. Dit loopt mis, omdat we zo steeds verder afdrijven van het primaire proces in de zorg. En op een gegeven moment zal de wal het schip doen keren. Je kunt als samenleving niet straffeloos de "core-business" van de gezondheidszorg negeren.

### *Nieuwe tendensen*

Er zijn minstens drie tendensen, die het probleem van de verzakelijking van de zorg bevestigen. Ten eerste denken veel moderne mensen anders over leven en dood. Velen willen dit sterker in eigen hand

houden. Dit leidt tot een nogal instrumentele houding ten opzichte van de zorg rondom ziekte, leven en dood. Medische interventies moeten goed, snel voorhanden en vooral effectief zijn. Maar het overgrote deel van gezond of ziek zijn valt niet te beheersen. De dood is niet te vermijden en niet alles valt te doorgronden.

De globalisering van de zorgverzekeringen is een tweede belangrijke tendens. Ze heeft juist belang bij deze instrumentele houding. De moderne verzekeraar op afstand kan namelijk niet veel anders dan polissen dat wil zeggen zorgpakketten aanbieden, die vooral zijn samengesteld uit medisch-technische interventies. Deze zijn het beste als hapklare brokken te verkopen. Het zorgaspect, waarvoor de leefomstandigheden cruciaal zijn, komt daarbij nauwelijks aan de orde. Dit zal alleen het geval zijn, indien dit aspect ook in verhandelbare verzekeringsproducten kan worden omgezet. Maar dat is natuurlijk heel lastig te realiseren.

De derde tendens heeft te maken met moderne opvattingen over de dokter als zodanig. Vroeger was de geneesheer heilig. Het kwam bij niemand op om hem te betichten van onbekwaam handelen of bijbedoelingen. Dit leverde uiteraard ook problemen op. Maar nu gaat het volledig de andere kant op. Alles staat ter discussie. De second opinion, de eigen kritische afwegingen en inbreng, de media en de advocaat brengen de hulpverlener vaak in een moeilijke positie. Een manifestatie van hetzelfde fenomeen is de toename van het gewelddadig optreden in de spreekkamer of aan de balie van ziekenhuizen.

Deze tendensen versterken op een of andere manier of gaan tenminste samen, met de verzakelijking en het "vermarkten" van verrichtingen in de gezondheidszorg. Voor een groot deel van de bevolking is dit een aantrekkelijk perspectief. Zolang mensen de middelen hebben, actief en mobiel zijn, kunnen ze met groot gemak hun eigen spoor trekken. Maar voor hulpvragers, die niet zo goed kunnen kiezen, die de middelen niet hebben om op de markt te opereren, of die niet meer mobiel zijn, gaat dit niet op. Vooral voor deze mensen is de gezondheidszorg en vooral de ideeën over hoe ze moet gaan functioneren, problematisch aan het worden.

### *De toekomst*

Voor het ontwikkelen van een zinvol toekomstperspectief hebben we nieuwe concepten nodig. Maar we zijn sterk gekluisterd aan de bestaande, zodat

nieuwe ideeën over de toekomstige inrichting van de zorg maar moeizaam opkomen. Hoe komen we hier uit?

Ik merk dat er op de bovengeschetste tendensen een tegenstroom gaat ontstaan. In de praktijk van de uitvoering van de zorg gaan mensen en instanties elkaar steeds beter vinden. Het gaat vaak om projecten, die dicht bij de mensen staan en aansluiten op wat mensen willen. Er wordt met veel energie gewerkt aan projecten, waarin veel meer ruimte komt voor de hulpvrager als mens. Het gaat dan om projecten, die in feite pogingen doen de feitelijke bestaande samenhang van mensen en hun dagelijkse leefomstandigheden recht te doen. De “core-business” van de gezondheidszorg kan niet gedijen zonder recht te doen aan deze samenhang. Ik zie dat deze soort initiatieven zich steeds minder gelegen laat liggen aan overheids- en instellingsbureaucratie.

De representanten van deze nieuwe projecten overal in het land stimuleren beleidsmakers om opnieuw na te denken. Velen van hen zijn het langzamerhand ook zat. Het wordt balanceren tussen extremen. Een gezondheidszorg die voor een overgroot deel wordt bepaald door bureaucratie is niet aanvaardbaar. En een zorgdomein dat alleen wordt gereguleerd door de markt vernietigt de aandacht voor het primaire

proces. Om te kunnen aankoersen op een gezondheidszorg, die recht doet aan samenhang met het dagelijks leven van mensen zal van werkers, die in de praktijk hiermee ervaring hebben, gebruik moeten worden gemaakt. Ze moeten daarvoor over nieuwe faciliteiten beschikken. Dit betekent dat we met elkaar moeten gaan werken aan nieuwe voorwaarden voor gezondheidszorg dichtbij de leefomgeving van mensen, in buurten en wijken. Het sociale aspect van de gezondheidszorg moet opnieuw de aandacht krijgen die het verdient. Dit staat bijvoorbeeld hoog in het vaandel geschreven bij de vormgeving van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in IJburg, een vinex-locatie in de gemeente Amsterdam.

Ik ga er vanuit dat de wal het schip zal keren. Maar dan zal er een veel grotere nadruk moeten worden gelegd op de relationele en de emotionele, en vaak niet rationele, aspecten van de zorg. De kunst zal zijn dit te combineren met heldere doelstellingen, waarin wordt aangegeven wat we met de gezondheidszorg willen bereiken. Dat zal wel snel moeten gebeuren anders komt de wal wel heel ver van het schip te liggen. En dat laatste zal ten koste gaan van die mensen, die de zorg het meeste nodig hebben. Maar ook ten koste van de motivatie van de hulpverleners.

# Het College voor Zorgverzekeringen

**“De zorgvrager zal zich - als consument - primair oriënteren op de premies voor de ziektekostenverzekering en voor de ‘scherpste aanbieding’ kiezen. Overigens is het de vraag of daarmee zijn gezondheidsbelang is gediend, aangezien daarmee niet automatisch een regionaal goed afgestemd zorgaanbod voor hem is gegarandeerd.”**

*M.J.W. Sprenger, directeur Zorg, College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen*

## **Actuele problemen**

De opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is om op landelijk niveau de gezondheidszorg verzekeringsmatig zo goed mogelijk te regelen. Vanuit onze positie hebben we enig zicht op situaties in “achterstandswijken” in grote steden en de gevolgen hiervan voor de gezondheid van de bewoners. We zien dat initiatieven als bijvoorbeeld de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) in Den Haag van belang zijn om op de gevolgen van achterstand te kunnen inspelen. Voor een regeling voor dit soort initiatieven zijn wel afspraken nodig tussen uitvoerders, verzekeraars en CVZ. Maar we hebben daar onder de actuele ontwikkelingen van vandaag ook een probleem mee. In het kader van de in opkomst zijnde concurrentieverhoudingen en principes van mededinging zullen afspraken over dit soort initiatieven wel steeds moeilijker worden. De vraag is zelfs of ze straks nog wel mogen worden gemaakt: de afspraken mogen in feite alleen gaan over voorzieningen voor individuele cliënten en niet over structuren of omstandigheden in buurten of wijken. “Exclusieve arrangementen” tussen een zorgverzekeraar en een bepaalde buurt liggen al heel gevoelig. Dit probleem raakt ook de opzet van de gezondheidszorg in nieuwe wijken als IJburg in Amsterdam.

Het accent op de vraag-gestuurde zorg is op dit moment dominant. Dat is op zich een goede ontwikkeling. Echter de andere kant is wel dat dit collectieve (preventie)strategieën kan belemmeren waardoor er een “ondoelmatige” situatie ontstaat. Hierdoor kunnen, vanwege de toenemende vraag, op de lange termijn de kosten oplopen. Soms verhoogt het zelfs al op de korte termijn de kosten voor de zorg-

verzekeraar. Dit kan het geval zijn als de verzekerden geen gebruik willen maken van bijvoorbeeld rationeel ingekochte hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal. Een geheel ander voorbeeld komt uit de zorg voor gehandicapten. Ouders van gehandicapte kinderen kunnen, dankzij het “patiënt gebonden budget” (PGB) de handen in elkaar slaan en voor een aantal kinderen de 24-uurs zorg in een, soms zelf gekocht huis, regelen. Met voldoende kinderen kunnen zo woonfaciliteiten en 24-uurs zorg worden gefinancierd. Overlijdt er echter een kind, of vertrekt een kind, dan kan de financiering op slag ontoereikend zijn geworden. Dergelijke op particulier initiatief gebouwde zorgvormen voor gehandicapten kunnen op termijn onoverzienbare problemen opleveren. De geregelde condities voor continuïteit ontbreken en op de korte termijn kunnen allerlei irrationele maatregelen dit soort initiatieven de nek omdraaien. Het beleid voor het regelen van deze condities is de laatste jaren verschaald, waardoor collectieve initiatieven, bijvoorbeeld in de achterstandswijken, niet meer tot ontwikkeling kunnen komen. De problemen met het financieel garanderen van de continuïteit van de STIOM in Den Haag spreken boekdelen.

We gaan richting eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid voor zorgvragers. Echter niet alle groeperingen van de bevolking kunnen “calculerend” met het PGB omgaan. Dit zal zeker niet makkelijk zijn voor ouderen die op zichzelf zijn aangewezen, of families van Marokkaanse of Turkse huize. Een deel van onze bevolking mist mijns inziens daarvoor de ervaring en het inzicht. Dit betekent, dat door het accent te leggen op het individuele een aantal mensen niet de zorg krijgt die ze nodig heeft en waarop ze recht heeft. Ze zijn in het nadeel bij de hoger



opgeleide Nederlanders. Via deze weg verschaalt gaandeweg de solidariteit tussen Nederlanders, die borg zou moeten staan voor een rechtvaardige verdeling van zorg. Dit is een impliciete ontwikkeling, die niet goed zichtbaar kan worden gemaakt. Vooral huisartsen hebben tot op heden deze verschraling ten dele weten te voorkomen.

Eigenlijk kun je twee bewegingen onderscheiden op ons gebied. De verzekeraar probeert steeds beter in te kopen. Voorbeeld is de verzekeraar, die voor zijn clientèle incontinentiemateriaal van goede kwaliteit tegen een lage prijs inkoopt volgens een aanbestedingsprocedure. De andere beweging is dat de verzekeren steeds meer zelf hun keuzes willen maken en zich niets laten voorschrijven. Op dat moment spelen andere voorkeuren dan de prijs een rol. De reden kan dan zijn dat het vooral het merk is dat aanspreekt.

De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland is over het algemeen goed. Sommige mensen hebben zich verbaasd over het feit, dat na de ramp in Volendam zoveel patiënten naar Duitsland en België zijn gebracht. Dit wijst niet op een te beperkte capaciteit of kwaliteit, maar eerder op goede afspraken bij rampen. Helaas is het imago dat de zorg omgeeft wel een probleem. Je ziet dat vooral bij de verplegenden en verzorgenden. De vraag is waar dat uit voortkomt. Heeft dat ook niet te maken met de bedrijfscultuur van zorginstellingen? Wordt er - naast het plannen van het werk - wel voldoende aandacht gegeven aan human resources-beleid? Of is het salaris structureel te laag? We hebben vanuit CVZ met de directie van IKEA uitvoerig gesproken over hun bedrijfscultuur. Ondanks de krapte op de arbeidsmarkt kunnen ze daar voldoende medewerkers aantrekken. Het belangrijkste is dat het werken bij IKEA leuk is. Daar hebben ze een hele filosofie over, die in praktijk wordt gebracht. Kunnen medewerkers zichzelf in zorginstellingen wel ontplooiën? Is er loopbaanperspectief? In hoeverre stralen medewerkers in de zorg een positief imago uit, zodat collega's worden aangetrokken? Over het land verspreid zijn er grote verschillen in de thuiszorg te vinden. In sommige regio's loopt het prachtig, in andere loopt het niet goed. Worden de regels wel op een creatieve wijze toegepast? Humanitas in Rotterdam is een goed voorbeeld. Door het creatief verbinden van regels uit de wereld van de gezondheidszorg en volkshuisvesting heeft men een geheel nieuwe voorzieningen weten op te bouwen. Waarom lukt dat elders niet?

Een probleem is dat de gemiddelde Nederlander niet weet wie wat in de gezondheidszorg betaalt. In eerste instantie denken mensen aan de nominale premie die ze betalen. Echter daarbuiten betalen we een deel via het inkomen, de werkgever betaalt een deel van de premie, en het Rijk betaalt een deel uit de belastingen. Gemiddeld kost de gezondheidszorg voor een gezin met twee kinderen minstens twintigduizend gulden (80 miljard gulden voor 16 miljoen inwoners). Wie beseft dat? Uiteindelijk betalen we met zijn allen de kosten. Als men praat over de "verschaalde zorg" die beter moet, moet men zich ook realiseren dat daar een prijskaartje aan hangt. In het debat over de toekomst moet men zich dat goed realiseren.

### *Nieuwe tendensen*

Het voordeel van het huidige accent op de individuele zorgvrager is, dat de vraag zelf meer voor het voetlicht komt. De afgelopen decennia was de zorg vooral gericht op het organiseren en beheersen van het zorgaanbod. De vraag moest zich hieraan ondergeschikt maken. Nu zien we dat zowel in de intramurale als in de extramurale zorg men moeite doet om vraag en behoefte beter in beeld te krijgen en hierop in te spelen.

Een andere niet onbelangrijke tendens is de wijziging in de personeelssamenstelling in de zorgsector. Er zijn bijvoorbeeld veel vrouwen ingestroomd als arts. Dat had onder andere tot gevolg dat de (soms extreme) werktijden onderwerp van discussie werden. Niet alleen hulpverleners in de intramurale zorg, maar ook veel huisartsen willen "normale" werktijden en deeltijd-mogelijkheden. De 24-uursbeschikbaarheid raakt uit de tijd. Dit heeft grote organisatorische consequenties. Dat heeft ook invloed op zowel de inkomenspositie als de kostenstructuur voor bijvoorbeeld huisartspraktijken. In dat licht is het goed, dat de commissie Tabaksblat (structuur en financiering huisartsenzorg) naar de zakelijke en organisatorische aspecten van de huisartsenzorg kijkt. Ook op andere fronten wordt onderzoek gedaan naar het inkomen van medici en de vergelijkbaarheid met andere groepen, zoals bijvoorbeeld academici of ambtenaren.

Met dit punt hangt ook samen de invulling van de avond- en weekenddiensten. Het lijkt erop, dat de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van huisartsen

buiten de kantooruren minder wordt. De verleiding is blijkbaar groot om linea recta naar de ziekenhuis-EHBO te gaan. Zeker in de grote steden speelt daarbij de onveiligheid mee voor patiënten en ook voor huisartsen zelf. Dit betekent dat in de avonduren en weekends de extramurale zorg zich naar het ziekenhuis lijkt te verplaatsen. Ziekenhuizen krijgen derhalve onder de huidige omstandigheden steeds meer een oneigenlijke vraag te behandelen.

### ***De toekomst***

In het licht van de bovengenoemde tendens is het interessant om een deel van de extramurale zorg "bij" het ziekenhuis te organiseren. Hiervan vinden we een voorproef in Maastricht, waar huisartsen een voorpost bij het Academisch Ziekenhuis ontwikkelden. Het is dan wel zaak om duidelijk te markeren wat "voorpost" is en wat "ziekenhuis". In de toekomst kunnen we, lijkt het, in grote steden met slechts enkele centrumziekenhuizen voor geavanceerde geneeskunde volstaan, met daarom heen een cirkel van zorgziekenhuizen. Deze kunnen dan weer samenwerken met extramurale samenwerkingsverbanden. We moeten zeker op basis van huidige en

toekomstige inzichten en nieuwe technische faciliteiten aan een nieuwe structuur van de gezondheidszorg werken.

Om de ontwikkeling hiervan vorm en inhoud te geven is wel een georganiseerde context in de grote steden nodig om hierover de nodige afspraken te maken. Maar los hiervan moeten we ook evenwichtig omgaan met de marktwerking in de gezondheidszorg. De zorgvrager zal zich - als consument - primair oriënteren op de premies voor de ziektekostenverzekering en voor de "scherpste aanbidding" kiezen. Overigens is het de vraag of daarmee zijn gezondheidsbelang is gediend, aangezien daarmee niet automatisch een regionaal goed afgestemd zorgaanbod voor hem is gegarandeerd. Dit is bijvoorbeeld voor een landelijk werkende verzekeraar zonder een regionaal dominante positie moeilijk te realiseren. We staan nog voor ingewikkelde dilemma's. Per saldo hoop ik dat - hoe we ons zorgstelsel ook formeel inrichten - de zorg voor iedereen toegankelijk is, van een kwalitatief goed niveau is en betaalbaar blijft. Belangrijk daarbij is dat we ruimte organiseren voor zorgvernieuwing.

---

# De deskundige gezondheids(zorg)beleid

**“Het is onzin om de problemen in de gezondheidszorg simpelweg te reduceren tot een tekort aan geld.”**  
**“Door de verbinding die ons Nederlandse begrip ‘markt’ heeft met solidariteit is het absoluut niet synoniem met het Amerikaanse begrip ‘market’.”**  
**“Als het de tendens wordt om steeds meer vanuit de Amerikaanse cultuur over te nemen, dan verandert er ook iets wezenlijks aan onze sociale verhoudingen.”**



*A.A. de Roo, hoogleraar gezondheidsbeleid TIAS Business School, Universiteit Brabant*

## **Actuele problemen**

Een recente problematische ontwikkeling in de gezondheidszorg betreft de verandering in het gevraagde management. Dit is overgegaan van het risicoloos beheren (administreren) van uitvoeringsorganisaties in de zorg (ziekenfondsen en zorginstellingen) naar het zelfstandig bedrijfsmatig handelen. Daarbij moesten de leidinggevenden zich als ondernemers gaan opstellen. In de fase van het risicoloze beheren lag het accent op het uitvoeren van strategische beslissingen, die elders werden genomen. De instelling was vooral gericht op de inhoud van de zorg. Nu moeten directies strategische beslissingen zelf nemen en uitvoeren. En die zijn intussen niet zonder risico. Het gaat om een ingrijpende transformatie, waarin de hoofdrolspelers voor ongekende vraagstukken worden geplaatst. Een belangrijk punt hierbij is dat veel vertrouwde probleemdefinities verwijzen naar soorten oplossingen, waarmee we vanwege deze transformatie niet meer uit de voeten kunnen. Ook vele gangbare concepten, die nog uit de beheersfase stammen, staan ons in de weg. Dit zijn wezenlijke problemen van nu. Daarom is het ook onzin om alle problemen in de gezondheidszorg simpelweg te reduceren tot een tekort aan geld.

Al tien jaar geleden is uitgerekend, dat we anno 2001 een groot tekort aan werkers in de zorg zouden kennen. Je hoeft maar naar de instroom van het MBO en het HBO te kijken om te weten, dat dit tekort over tien jaar nog erger zal worden. In Den Haag zullen binnen afzienbare tijd 100.000 inwoners niet over

een huisarts kunnen beschikken. Het tekort bij specialisten neemt extra toe door het bekorten van de werktijden. Het aantal plaatsen voor assistenten in opleiding maakt duidelijk, dat het aantal specialisten in de toekomst nog verder te kort gaat schieten. Hoe passen we het onderwijs aan en verruimen we op korte termijn de plaatsen voor opleidingen? Dat aan het imago iets schort is niet verwonderlijk. Vergelijk alleen maar eens de stageplaatsen in de instellingen voor de gezondheidszorg met die in het bedrijfsleven. In de gezondheidszorg lijkt het wel of het de studenten zo onaangenaam mogelijk wordt gemaakt.

Dat de overgang naar een nieuwe fase tot problemen leidt komt vooral ook door de huidige overaccentuering van het economisch denken in de zorg. Alle handelingen dienen van a tot z te worden berekend en verantwoord. Economische criteria worden tot meetlat voor wat in het dagelijkse leven zinvol is en wat niet. Medische interventies veranderen in producten. Het resultaat wordt gewaardeerd naar (on)doelmatigheid en (on)doeltreffendheid. Het hieraan ten grondslag liggende utilitaristische (“nuttigheids”)denken doet ernstig schade aan de kern van de zaak in de gezondheidszorg.

In de psychotherapie in algemene zin leidt dit tot rampzalige gevolgen. Als iemand met een levensprobleem bij de huisarts komt vraagt hij of zij niet naar een product, maar om aandacht en hulp. In wezen streven mensen naar handhaving of verbetering van de kwaliteit van hun leven als ze een beroep doen op de zorg. En daarvoor hebben “economen” in

de zorg nu het meetbare begrip “qualy’s” uitgevonden. De uitkomsten van een handeling gericht op de verbetering van de kwaliteit van het leven zullen een verhoging in de “qualy’s” moeten opleveren. Dit is weer een (verkapt) denken in producten. Kwaliteit van leven of sociale kwaliteit raakt de gehele menselijke existentie en kan niet als een geobjectiveerde eenheid worden gemeten. Mensen brengen hun problemen of vragen weliswaar in geobjectiveerde taal, maar dat betekent nog niet dat het resultaat van hulp in objectiveerbare eenheden kan worden uitgedrukt.

De kwaliteit van de persoonlijke existentie heeft alles te maken met de kwaliteit van de sociale omgeving. Omdat deze samenhang tegenwoordig problematisch is voor gezondheid heeft public health zich daarop te concentreren. Daarom is het belangrijk dat de moderne invulling van public health tegenwicht biedt tegen het economiseren van het dagelijks leven. Universiteiten zie je sterk meegaan met de tendens van economisering van de zorg. In de Erasmus Universiteit is het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg hiervan een goed voorbeeld. Health Maintenance Organisations in de Verenigde Staten gelden daar bijvoorbeeld nog steeds als het grote voorbeeld voor ons land. Dit zijn vooral op medische interventies gerichte systemen van zorg en verzekering, die winst maken en zelfs beursgenoteerd zijn. Welke filosofie aan deze organisaties ten grondslag ligt en wat de gevolgen hiervan voor veel inwoners van de Verenigde Staten zijn doet niet ter zake. Als er maar kan worden geteld en gemeten.

### *Nieuwe tendensen*

Je ziet in ons land om je heen dat de “dorpsheid” van de sociale omgeving aan het verdwijnen is. De infrastructuur van winkeltjes, postkantoren en banken, allemaal belangrijk voor oudere en minder mobiele mensen, verschaalt zienderogen in onze steden. Het veroorzaakt een leeg gevoel en leidt tot een vermindering van plekken, waar men elkaar terloops ontmoet. Het is vooral Tonnies, die in het begin van de vorige eeuw al op deze ontwikkeling heeft gewezen. Met deze verschraling van lokale sociale verbanden lijkt ook de gebiedsgerichte oriëntatie in de gezondheidszorg aan belang in te boeten. Maar het verlaten van deze benadering wakkerd de verschraling nog eens extra aan. Je ziet dat sterk terug in de verzekering en financiering van de zorg. Het accent komt steeds meer te liggen op de

benadering van het individu. Een voorbeeld zijn de zogenaamde diagnose-behandel-combinaties (DBC's). Dit zijn op de individuele patiënt gerichte product-eenheden op basis waarvan verzekeraars afspraken maken met aanbieders over de zorg die moet worden verleend. Ze gaan als oriëntatiepunt voor de inhoud en de prijs van polissen functioneren. Gezondheidszorg wordt dan ook steeds meer vanuit een utilitair standpunt bekeken.

Dat de economen een steeds grotere rol in de gezondheidszorg zijn gaan spelen heeft te maken met het feit dat in de jaren zeventig de bomen tot de hemel leken te groeien. De feitelijke kosten werden verschoven naar de volgende generaties. Het kon niet op, totdat de depressie in de jaren tachtig noodzaakte om in de zorg financieel orde op zaken te stellen, “de kas weer kloppend” te maken. De toegenomen welvaart heeft vervolgens nieuwe perspectieven voor de individuele burger geboden. Dit heeft de aandacht op het eigen belang versterkt. Mensen die over geld en gezondheid beschikken kunnen zich dan ook bijna alles permitteren. Het hierop gebaseerde consumentengedrag heeft de bovengeschetste verschraling ook mogelijk gemaakt. Beide fenomenen spelen op elkaar in. De wijze waarop dit bij ons plaatsvindt heeft met de Nederlandse cultuur te maken. In de lage landen heeft het individuele belang van “de burger” altijd een voorname rol gespeeld. De solidariteit, die in het begin van de vorige eeuw opkwam in ons land, kan je dan ook zien als een solidariteit met een “calculerend” karakter. Het “verzekeren” stond daarin centraal. Het bood aanknopingspunten voor het indammen van de risico's van rampspoed in het dagelijkse leven. We neigen er toe om met elkaar zo zeker mogelijk te leven. Begrippen als “markt” en “solidariteit” zijn op deze wijze in onze cultuur goed te verbinden. In Amerika heeft het begrip “markt” een ander lading. Het is met transacties verbonden: hoe word je via transacties op de markt er zelf beter van. Heb je daar geld dan is het je eigen prestatie, heb je het niet, dan is het je eigen schuld. Door de verbinding die ons Nederlandse begrip “markt” heeft met solidariteit is het absoluut niet synoniem met het Amerikaanse begrip “market”.

Als het de tendens wordt in ons land om steeds meer vanuit de Amerikaanse cultuur over te nemen, dan verandert er ook iets wezenlijks aan onze sociale verhoudingen. Dan verdwijnt ook het streven naar

rechtvaardige verdeling. De Canadezen hebben daarvoor de term “equity”. Dat is essentieel anders dan het Amerikaanse geïndividualiseerde “gelijkheidsideaal”. Amerikanen zijn even gelijk om te slagen als te mislukken.

### ***De toekomst***

Belangrijk voor de toekomst is de positie van de verzekeraars. Misschien biedt de filosofie van het Haagse ziekenfonds Azivo goede aanknopingspunten voor een nieuw toekomstperspectief. [Het was destijds gebaseerd op de coöperatiegedachte, die in de vorige eeuw verbonden was met het “utopisch socialisme”.] Azivo probeert nog steeds flink te investeren in lokale netwerkrelaties van patiënten en aanbieders. Dit vormt hun vertrekpunt voor een moderne bedrijfsvoering, waarin dus ook risico's moeten worden genomen. Zo werk je het beste in Nederland. Je moet in persoonlijke relaties investeren. Grote verzekeringsmaatschappijen blijken toch ook nauwelijks te kunnen werken zonder regiomanagers, die in hun regio veel te zeggen hebben. Want die kennen de directies en besturen van instellingen en groepen, waarmee uiteindelijk zaken moeten worden gedaan. Weet je de netwerken goed te benutten, dan is er sprake van een effectieve regionale positionering en dan kunnen andere concurrenten moeilijk inbreken. Het is in ons land nu eenmaal minder open dan in Amerika. Azivo weet als regionale verzekeraar wie ze in het ziekenhuis “Westeynde” voor zaken of voor de behandeling van hun verzekerden moeten hebben. OHRA weet dat niet.

Deze manier van doen verwijst naar een vorm van maatschappelijk ondernemerschap, waarbij de gebiedsgerichte benadering goed tot ontplooiing kan komen. Het vereist samenwerking met vertegen-

woordigers van andere domeinen uit de samenleving. En hier zit ook een ernstig actueel probleem. De mensen uit de gezondheidszorg kennen hun collega's niet van volkshuisvesting, van sociale zekerheidsinstellingen en van diensten voor sociale zaken. Er wordt vooral gewerkt vanuit dichtgetimmerde en eenzijdige netwerken. En het gaat toch om nieuwe vormen van samenhang? En die kunnen niet op basis van eenzijdigheid gedijen. Er bestaat ook nog te weinig know-how over hoe coalities tussen diverse domeinen op te bouwen. Dit is belangrijk om nieuwe wijkgerichte faciliteiten van zorg voor huisartsen en andere extramurale hulp- en dienstverleners te ontwikkelen. Nog steeds heeft de managementcultuur in de zorg de voormalige administratieve trekken. Nog steeds is er een tekort aan maatschappelijk ondernemerschap. Velen zijn bang voor risico's. Het onbekende is vreemd. Maar bij Humanitas in Rotterdam hebben ze bijvoorbeeld wel lef voor het onbekende getoond.

Wel is het zo, dat voor het leggen van verbindingen tussen de gezondheidszorg en andere domeinen een bestuurlijke context nodig is, waar dit kan geschieden. Er die is er eigenlijk nog niet. De wereld van politici, van verzekeraars en grotere zorginstellingen slagen er nog niet in deze context gestalte te geven. Dit geldt op regionaal en landelijk niveau. De Sociaal Economische Raad heeft nu bijvoorbeeld een beslissend advies voor de stelselwijziging gegeven, omdat de direct betrokkenen er niet uitkwamen. In de wereld van de gezondheidszorg staat men vaak naar elkaar te kijken en houdt men vooral het eigen belang scherp in de gaten. Dit remt de mogelijkheden om samen te werken aan een nieuw toekomstperspectief.

# De Haagse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de nieuwe tijd

## *De interviews nader geïnterpreteerd*

*L.J.G. van der Maesen, H.G.J. Nijhuis*

### **Centrale thema's**

In de gesprekken zijn in ieder geval vijf thema's aangesneden, die van groot belang worden geacht voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg: de gebiedsgerichte of territoriale oriëntatie, het mensbeeld waar we vanuit gaan, de rol van professionals, de rol van verzekeraars en de rol van de overheid. We willen deze onderwerpen in de volgende paragrafen enigszins uitdiepen. Daarna eindigen we met enkele overwegingen over wat ons in de toekomst te doen staat. We hebben geprobeerd om in deze discussie zoveel mogelijk aan te sluiten bij de voorstelling van zaken en de opvattingen van onze gesprekspartners. We hebben onszelf beperkt tot het hier en daar toevoegen van beschouwingen vanuit een eigen interpretatiekader. Daarmee is een degelijke aanzet tot discussie gegeven, die wat ons betreft binnenkort zal worden vervolgd vanuit een voor het thema verhelderend theoretisch perspectief.

### **De territoriale oriëntatie**

Den Haag is geen eiland in Nederland. Nederlandse ontwikkelingen op politiek, economisch en sociaal terrein komen onverbloemd in deze grote stad tot uitdrukking. Zo neemt in Den Haag - evenals elders - in diverse opzichten het verschil tussen welgestelde en achterstandswijken toe. Verschillen in gezondheid als gevolg van verschillen in sociaal-economische situaties zijn in dit bulletin bij herhaling aan de orde gesteld (1). Maar er zijn ook algemene sociaal-culturele verschillen aan te wijzen, die kenmerkend zijn voor de huidige tijd. In de meer welgestelde wijken neemt bijvoorbeeld de oriëntatie

op de directe dagelijkse omgeving in de buurt sterk af. De buurt lijkt er als sociale omgeving steeds minder toe te doen. In minder welgestelde buurten lijkt dit veel minder het geval en blijft de buurt als leefomgeving essentieel.

Volgens Manuel Castells zien we in de westerse wereld een groeiende "gespletenheid" ontstaan tussen historisch bepaalde "lokale identiteiten" en het "abstracte instrumentalisme" van financiële en economische netwerken, die over de aarde heen flitsen (2). Volgens Zygmunt Bauman zal dit moderne patroon in de nabije toekomst een groot vraagstuk worden, met name voor de politiek. De politiek dient immers gericht te zijn - en krijgt uiteindelijk ook zijn betekenis - daar waar mensen hun dagelijkse leven slijten (3). Als deze plek, "het territoriale", door de steeds sterker wordende gespletenheid verschaalt, dan erodeert de betekenis van het politieke handelen. Met het territoriale wordt bedoeld het gehele fysieke en sociale complex van Haagse woonwijken en buurten, inclusief scholen, bureaus, winkels, maatschappelijke dienstverlening en zorgvoorzieningen. In deze omgeving worden mensen geboren, worden ze gevormd, bestaan ze en spelen ze zelf weer in op de hoedanigheid van deze omgeving (4).

Waarom te beginnen met deze theoretische inleiding als beschouwing op de dertien gevoerde interviews over knelpunten in de Haagse gezondheidszorg? De reden is, dat bijna alle gesprekspartners - bewust of onbewust - met het thema van het verdwijnen van de territoriale oriëntatie worstelen. Bijna allen legden het accent op de ingrijpende gevolgen van de veran-

---

*Over de auteurs:*

*Dr. L.J.G. van der Maesen, directeur European Foundation of Social Quality in Amsterdam en Dr. H.G.J. Nijhuis, hoofd Bureau Public Health, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn in Den Haag.*

derde tijdgeest voor de sociale verbanden in het leven van mensen en voor de sociale verhoudingen in en rondom de zorg. De sociale veranderingen raken ons voortdurend, of het nu gaat om het verdwijnen van buurtwinkels, het kleiner worden van gezinnen, de grotere mobiliteit van mensen, de fors toegenomen multiculturaliteit, de vereenzaming van veel ouderen. Maar in de gezondheidszorg zelf richten men volgens de gesprekspartners de blik eerder op gisteren dan op vandaag en morgen. Traditionele concepten en werkvormen die het handelen en de sociale verhoudingen in de gezondheidszorg in hoge mate bepalen, blijven onverminderd van kracht. Men doet alsof er niets aan de hand is. En hieruit komen veel van de actuele knelpunten voort.

Het beleid van budgettering vormt een goed voorbeeld van deze behoudzuchtige attitude en zijn negatieve gevolgen. Met scherp omschreven budgetten en producten voor instellingen heeft men lang getracht de situatie in de zorg economisch te beheersen en op die manier de discussie over een nieuwe toekomst buiten de deur te houden. Maar budgettering - zo luidt de stelling - heeft als sturingsinstrument zijn langste tijd gehad. Het blijkt een onwerkzaam beheersingsinstrument. En in de praktijk is gebleken, dat de budgetsystematiek tot onvermoede gevolgen leidt voor het functioneren van de instelling en de houding van professionals. Wanneer het budget op is, wordt het werk gestopt. En ziedaar één van de oorzaken van de wachtlijsten.

Een belangrijke kracht voor de verdringing van het territoriale is de dominantie van een moderne logica van het verzekeren. Door het accent te leggen op het verzekeren van individuen voor ziektes en calamiteiten dreigt de betekenis van het territoriale uit het oog verloren te gaan. Deze accentverschuiving is van groot belang voor activiteiten van gezondheidsbevordering en preventie. Belangrijke aangrijpingspunten hiervoor liggen immers in de leefwereld en de werkomstandigheden van mensen, dus voor velen in het territoriale. Door de verzekeringslogica drogen volgens veel gesprekspartners de geldbronnen hiervoor op en voelen verzekeraars zich hierbij niet betrokken. Op geleide van deze logica wachten we dus collectief af tot de problemen zijn ontstaan en gaan dan pas over tot (curatieve) actie. Het verzekeren van ziektekosten krijgt ook een steeds meer commerciële inkleuring. Verzekeren tegen ziekte komt geleidelijk aan gelijk te staan met het verzeke-

ren tegen welk soort andere schade dan ook. Wezenlijke aspecten van het menselijke bestaan worden opgedeeld in parten en zorgproducten worden gedefinieerd tot verhandelbare waar. En of de verzekeringsmaatschappij nu in Rotterdam, Groningen of Berlijn is gevestigd, het maakt blijkbaar niet meer uit. Wat telt is wie het meeste biedt tegen de geringste kosten. In de gesprekken werd daarentegen juist de nadruk gelegd op het belang van het benaderen van mensen als sociale wezens.

De betekenis van het territoriale is in de gesprekken bij allerlei onderwerpen aan de orde geweest. De gebiedsgerichte oriëntatie in de zorg komt volgens veel van de geïnterviewden in toenemende mate in de verdrukking. Het betekent in feite de sociale omgeving en het dagelijkse leven betrekken. Waarde hechten aan het territoriale is nauw verbonden met het benaderen van mensen als sociale wezens. Over welk mensbeeld als vertrekpunt dient voor het inrichten van onze samenleving, i.c. de gezondheidszorg, wordt doorgaans weinig nagedacht. Het blijkt echter volgens de gesprekspartners van groot belang voor het grondig oplossen van actuele problemen, en voor het ontwikkelen van een humane en ook effectieve zorg. Dit thema vraagt om bezinning, om het maken van keuzes en het trekken van consequenties hieruit. Alleen op die manier kan de wal het schip doen keren.

### *De mens als sociaal wezen*

Impliciet of expliciet werd er door gesprekspartners op gewezen, dat mensen sociale wezens zijn. Het zijn geen "atomen" binnen een samenleving, die slechts zijn gericht op het streven naar eigen voordeel en het voorkomen van eigen nadeel. Dit "atomistische" mens-beeld is afkomstig uit het zogenaamde "utilitarisme", een sociaal-politieke stroming uit de 19e eeuw. Deze opvatting geeft voeding aan de courante gedachte, dat het introduceren van marktwerking kan worden vereenzelvigd met liberaliseren (5). Als mensen dienen te worden gezien als sociale wezens kun je de gezondheidszorg niet ontwikkelen zonder navenant aandacht te besteden aan de consequenties van deze opvatting. Gezondheid en ongezondheid houden rechtstreeks verband met de kwaliteit van "het sociale", anders gezegd met de "sociale kwaliteit" van de samenleving (6).

In de geestelijke gezondheidszorg in Den Haag zijn ontwikkelingen gaande, die erop wijzen dat het

sociale als vertrekpunt een renaissance doormaakt. Door de deconcentratie van de hulpverlening naar werkplekken in de wijk komen menskracht en middelen beschikbaar om in de directe leefomgeving van hulpvragers zorg te bieden. Vanuit deze positie kan veel beter inzicht worden verkregen in de gevolgen van leefomstandigheden voor het psychisch welzijn van burgers. En dit inzicht biedt belangrijke aanknopingspunten voor preventie en gezondheidsbevordering.

Door de respondenten werd opgemerkt, dat in het denken over de toekomst van de structuur, de werkwijzen en de professionaliteit in de gezondheidszorg de sociale en culturele veranderingen van de afgelopen decennia veel te weinig aandacht hebben gekregen. Impliciet en met grote volharding gaan beleidsmakers in de meeste opzichten uit van sociale situaties van weleer: van goed functionerende sociale netwerken, grote families met krachtvolle onderlinge steun, gelijkgestemde normen en waarden.

De laatste jaren is echter weliswaar op één dimensie van de sociaal-culturele veranderingen wel sterk het accent gelegd. Vanuit het politieke beleid is men mensen steeds meer gaan zien als "calculerende burgers". Dit beeld lijkt nauw samen te hangen met de opmars van de moderne verzekeringslogica. De afhankelijke en gedweë patiënt van weleer heeft zich in deze beeldvorming ontpopt tot een bewuste consument, die al calculerend de voor- en nadelen afweegt. Vanuit dat perspectief gewaardeerd moet de "aanbod-gestuurde" hulpverlening veranderen in een "vraag-gestuurde". Maar de kwestie is of "de vraag" als een op zichzelf staand gegeven in beeld kan worden gebracht, waarop kan worden gestuurd. Er is altijd sprake van een complexe wisselwerking tussen vraag en aanbod, zodat de aard van de vraag steeds verandert. En juist vanwege de combinatie van marktwerking en andere regelingen, alsook de enorme invloed van moderne media op de beleving van ziekte en gezondheid wordt deze wisselwerking nog complexer. Simpelweg spreken over vraaggestuurde zorg zonder dit erbij te betrekken is een grove versimpeling van de werkelijkheid. In de gesprekken werd bijvoorbeeld vaak opgemerkt, dat de door moderne media toegenomen doch onvolledige kennis over gezondheidszaken de onzekerheid bij hulpvragers eerder heeft versterkt dan verminderd. Dit fenomeen komt in een ééndimensionale vraaggestuurde benadering totaal niet tot zijn recht. Termen

als "vraaggestuurd" of "de klant is koning" blijken in de praktijk goed te gebruiken als smeerolie voor de logica en verdere commercialisering van de zorgverzekering.

Voor problemen met sociaal-emotionele componenten en initiatieven van preventie en gezondheidsbevordering, waarbij de leefomgeving is betrokken, is de trend om de zorgvraag zo ééndimensionaal en beperkt op te vatten desastreus. Wat te doen met de toegenomen vereenzaming onder oudere mensen? Wat te doen met de enorme toename van éénpersoons-huishoudens, met de toegenomen mobiliteit en de grote verschillen in culturele achtergronden, normen en waarden? De huisarts, de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorger kennen de dagelijkse leefsituatie van patiënten steeds minder. Door toegenomen werkdruk en veranderingen in hun werkwijzen neemt het zicht hierop af. Voorheen kwam de dokter regelmatig bij zijn patiënten aan huis, nu ontvangt hij op zijn spreekuur. Deze onderwerpen raken alle de sociale en emotionele aspecten van de zorg en van de maatschappelijke dienstverlening. Daarom neemt - juist onder de gegeven maatschappelijke tendensen - het belang om te werken aan sociale kwaliteit toe.

Er werd ook frequent op gewezen hoe hardnekkig de verkoking tussen onderdelen van de gezondheidszorg en tussen de zorg en andere maatschappelijke domeinen is. Hoe is het samenspel met betrokkenen uit de wereld van de sociale zekerheid of de huisvesting? Welke samenwerking komt er met leerkrachten en politie van de grond? Houden we met de ruimtelijke inrichting van onze steden rekening met de sociale kwaliteit, door plekken of centra te creëren waar de samenhang tussen verschillende domeinen vorm kan krijgen?

### ***De rol van professionals***

In de gesprekken werd regelmatig de professionele autonomie van werkers in de gezondheidszorg als belangrijk onderwerp aangesneden. Verpleegkundigen, huisartsen, specialisten en thuishulpverleners hebben de laatste jaren steeds meer aan bevoegdheden om naar eigen inzichten te kunnen handelen, moeten inleveren. Men moet steeds meer tellen, registreren, regels en standaarden volgen en een vastgestelde productie halen. De werkdruk neemt daardoor sterk toe. Aan de andere kant van de toon-



bank krijgt de opstelling van patiënten steeds meer de kenmerken van de eisende consument. Men wil waar voor zijn geld en op de achtergrond staan letseladvocaten klaar om de fouten van de aanbieders in behandeling te nemen. Zowel aan de aanbodzijde als aan de vraagzijde is het karakter van de zorg veel zakelijker geworden. De hulpverlener moet zijn productie in getal en maat verantwoorden. De klant calculeert of hij wel waar voor zijn geld heeft gehad. Economen en managers hebben op leidinggevende posities de plaats ingenomen van professionals.

Volgens enkele gesprekspartners had er de afgelopen tien jaar iets geheel anders moeten gebeuren. Het ware beter geweest om professionals zelf te vormen en dan aan te stellen als managers. Dan was het management ten dienste komen te staan van het professionele handelen in de zorg. Nu zien we over de gehele linie, dat dit handelen ondergeschikt wordt gemaakt aan de logica van het bedrijfsmanagement. De professionele creativiteit op de werkvloer dreigt onder de gegeven omstandigheden op te drogen. De systeemlogica van de autofabricage is nu in ziekenhuizen en in de thuiszorg geïntroduceerd. Terwijl Taylor reeds afgedaan heeft in de autobranche, is hij in de gezondheidszorg alsnog tot God verklaard. En dit is volgens nagenoeg alle geïnterviewden één van de belangrijkste achtergronden van de personeelsproblemen, waar we op dit moment in de zorg voor staan.

Er werd vaak op gewezen, dat het budgetteringssysteem de bovenbedoelde verdringing van het professionele heeft versterkt. Het huidige nagenoeg obsessieve focussen op het wegwerken van wachtlijsten versterkt de positie van managers bij het oplossen van de actuele problemen nog eens. Terwijl er eigenlijk geen goed zicht bestaat op wie er eigenlijk op de wachtlijsten thuis horen en waar ze uiteindelijk vandaan komen. Wachtlijsten uitsluitend herleiden tot een capaciteitskwestie van instellingen is volgens velen kortzichtig. En uitsluitend geld geven voor het wegwerken ervan blokkeert het opnieuw doordenken van wat er - onder moderne omstandigheden - tot stand kan worden gebracht met moderne medische en communicatie-technologieën, en met nieuwe werkwijzen en samenwerkingsverbanden van professionals.

De vertrouwde concepten over “de huisarts”, “het ziekenhuis” en “de thuiszorg”, waar nog steeds over-

wegend mee wordt gewerkt, dateren uit de jaren vijftig en zestig. Toen konden zorgprofessionals - gegeven de bestaande sociaal-maatschappelijke context - inderdaad op basis van die concepten handelen. Maar deze concepten blijven ook nu nog tegen wil en dank van kracht. De huidige management-logica gaat hieraan voorbij. Zij is daardoor zelf een sta in de weg voor wezenlijke veranderingen van de gezondheidszorg. In de gesprekken werd er regelmatig voor gepleit om het roer volledig om te gooien: zorg dat de professionals weer bekwaam worden om - in dialoog met de mensen die zich aan hen toevertrouwen - de zorgvraag van mens tot mens te kunnen beantwoorden. Nu dreigen ze het vermogen te verliezen om de zorgzame aandacht, de kleine attentie en het uitsteken van de helpende hand waar te maken. In situaties waar professionals zich uitsluitend als ondernemer dienen te gedragen zijn ze teveel gevangen in bedrijfsmatige opvattingen en daarop gebaseerde handelingen.

In dat licht is het - zoals in één van de gesprekken werd opgemerkt - tekenend, dat de Sociaal Economische Raad onlangs een gezaghebbend advies heeft uitgebracht over de verandering van het zorgstelsel. De gezondheidszorg vormt uiteraard ook een aanzienlijke economische factor. Opmerkelijk is echter, dat dit advies in vergelijking met andere, door koepels en adviesraden uitgebrachte adviezen, als buitengewoon belangrijk is ontvangen door media, politiek en samenleving. Het is tekenend voor het gezag, dat in onze huidige tijdgeest uitgaat van economisch georiënteerde uitspraken. De sociale partners uit het bedrijfsleven geven aan hoe de toekomst van de gezondheidszorg eruit moet zien. Maar ten dienste waarvan staat de gezondheidszorg dan eigenlijk?

### ***Schadeverzekering of regionale ziektekostenverzekering?***

Het is duidelijk dat het domein van de gezondheidszorg sinds de jaren tachtig steeds meer wordt gezien als een “markt”. Het introduceren van marktmechanismen voor bepaalde onderdelen van de gezondheidszorg werd in de gesprekken absoluut niet afgevoerd: het in de jaren zeventig ontbreken van voldoende economische sturing in de gezondheidszorg was wel degelijk aan revisie toe. De markt is bij uitstek een effectief instrument om een doelmatige en doeltreffende distributie van “verhandelbare waar” te regelen.

De markt kan goed werken voor bepaalde onderdelen of producten van zorg. Het gaat dan vooral om objectief definieerbare en standaardiseerbare verrichtingen, bijvoorbeeld bepaalde medische verrichtingen of diagnose-behandel-combinaties. Maar cruciale aspecten van zorg vallen niet onder de categorie verhandelbare waar. Problemen, die nauw zijn verweven met de menselijke existentie en met emoties laten zich niet inpassen in het sjabloon van objectivering van vraag en aanbod of in scherp omschreven voor- en nadelen. Dit betekent dat er naar een subtiel evenwicht moet worden gezocht tussen datgene wat via de markt en datgene wat niet via de markt kan worden geregeld. Dit evenwicht is dan uiteraard niet uitsluitend te baseren op economische principes.

Het gaat dan ook niet aan om de introductie van marktprincipes in de gezondheidszorg op te vatten als een vorm van "liberalisering". Dit begrip heeft immers in sociaal-politieke zin betrekking op voorwaarden, waaronder mensen zich als burgers van de samenleving kunnen ontplooiën. Zij doen dat onder andere met behulp van de gezondheidszorg door hun ontplooiingsmogelijkheden, hun angsten en welbevinden, hun lijden en geluk steeds met elkaar in evenwicht te brengen.

En is de zorgverzekering in ons land niet van oudsher gefundeerd op "solidariteit". Wanneer we klakkeloos Amerikaanse modellen van schadeverzekering overnemen doen we onvermijdelijk afbreuk aan dit oer-Nederlandse sociaal-politieke uitgangspunt. Wat te denken van verzekeringspakketten, waarin - vanwege goedkopere premies - wel of niet kan worden gekozen voor verloskundige zorg?

Essentieel voor een goed functionerende markt is verder ook, dat de distributie plaatsvindt zonder monopolievorming. De landelijke - en straks mogelijk ook internationale - fusiebewegingen van verzekeraars, en ook het samengaan van zorginstellingen op regionaal niveau geven wat dit betreft serieus te denken.

Interessant in dit licht is de filosofie van Azivo. De "zorg voor de gezondheid" dient volgens zijn opvatting niet alleen uit te gaan naar het verzekeren en genezen van ziekten van individuele personen, maar ook naar de omstandigheden waarin mensen qua gezondheid verkeren. Om die reden wil Azivo een

regionaal georiënteerde ziektekostenverzekeraar blijven. Hij wil oog voor en betrokkenheid bij het territoriale blijven houden. Hierin liggen immers de aangrijpingspunten voor gezondheidsbevordering en preventie van ziekte.

En ook de sociaal-emotionele aspecten van ziektes en medische ingrepen vragen aandacht voor de persoonlijke omstandigheden, waaronder de genezing plaatsvindt, hetzij in een ziekenhuis hetzij in de thuissituatie. Dit is vaak even belangrijk als de verrichte medische interventie zelf. Deze aspecten vallen niet onder de categorie verhandelbare waar. En hierbij gemaakte kosten kunnen niet worden gefinancierd via verzekeringen voor "schade" bij personen. In hoeverre Azivo erin slaagt om zijn territoriale beleid - onder de gegeven markt-omstandigheden - ook daadwerkelijk in praktijk te brengen is niet duidelijk.

De territoriale oriëntatie van Azivo staat haaks op actuele tendensen in binnen- en buitenland. In de gangbare tendens komt het verzekeren tegen ziektes steeds centraler te staan en is de markt voor deze business geografisch niet begrensd. Voor het College voor Zorgverzekeringen vormt deze ontwikkeling een grote zorg. In de aanstaande verhoudingen verdwijnt de aandacht voor de dagelijkse leefomgeving van de agenda. Veel gesprekspartners menen daarom, dat de totale "economische liberalisering" op de lange duur desastreuze gevolgen zal hebben, voor de sociaal-emotionele kwaliteit, de preventie, alsook voor de economie van de zorg. Men heeft daarbij vooral de ongunstige ontwikkelingen in de Verenigde Staten voor ogen. De territoriale oriëntatie van verzekeraars vraagt de grootste aandacht. De opstelling van Azivo biedt een belangwekkend toekomstperspectief.

### ***De politiek en de gemeentelijke overheid***

Thema's als de kwaliteit van het dagelijkse bestaan, de sociale kwaliteit van zorgsystemen, solidariteit en rechtvaardige verdeling zijn traditioneel onderwerp van politieke discussie en besluitvorming. In de politiek kan immers de zeggenschap van de burger tot zijn recht komen. De afgelopen decennia is er wereldwijd sprake van een terugtrekkende overheid. Voor het evenwicht tussen de gebieds- dan wel individu-gerichte oriëntatie van de zorg betekent dat een ingrijpende verandering. Het betekent dat de invloed van de politiek om de zorg georiënteerd te houden

op het territoriale en het sociale, steeds verder afneemt.

Voor steden is de gemeenteraad het belangrijkste politieke forum voor zeggenschap inzake gezondheid en zorg (7). Daar zou met name de discussie kunnen plaatsvinden over bovengenoemde sociale aspecten van de gezondheidszorg. In de praktijk echter debatteren in ons land de leden van de raad vooral over gezondheidszaken die door de gemeente zelf worden gefinancierd: "wie betaalt, die bepaalt". De aspecten van volksgezondheid, waarvoor de gemeente wettelijk geregelde, directe financiële verantwoordelijkheid draagt (bijvoorbeeld WCPV-taken) vormen echter slechts een fractie van wat zich in de stad aan gezondheidszorg afspeelt. Verder vindt men in het algemeen, dat gemeenten een rol toekomt bij het ontwikkelen van intersectorale samenwerking (facetbeleid) en de bouw- en huisvestingsaspecten van zorgvoorzieningen. Voor deze rollen wordt zij echter van rijkswege nauwelijks geïnstrumenteerd.

De facto wordt onder het huidige politieke klimaat het lokale politieke forum in grote steden als Den Haag, Amsterdam, Rotterdam en Utrecht in feite in de zijlijn van de gezondheidszorg geplaatst. Het domein van de gezondheidszorg raakt gaandeweg "ontpolitiseerd". Er gebeurt van alles en de burgers staan erbij en kijken er naar. Bij de meeste gesprekspartners werd dit politieke thema niet aangeroerd. Blijkbaar heeft het denken over de betekenis van de lokale politiek voor de inhoud van de gezondheidszorg geen plek in het denken van aanbieders en verzekeraars.

Vaak wordt door zorginstellingen en verzekeraars het belang van politieke bemoeienis met sociale kwaliteitsaspecten van de zorg niet begrepen of als onwenselijk ervaren. Velen vinden dat in de regio aanbieders en verzekeraars het zelf het beste kunnen regelen. Dit standpunt is - gezien de huidige tijdgeest - wel te begrijpen. De primaire oriëntatie is immers de individu-gerichte zorg. En voor verzekeraars werkt, omdat zij zich steeds meer staande moeten houden in een open markt de gerichtheid op en betrokkenheid bij het sociale en territoriale ook verwarrend. Hetzelfde geldt in feite voor instellingen en professionals in de curatieve en de care-sector. Zij moeten met zorgverzekeraars afgesproken zorgproducten leveren. En op de achtergrond schitteren in de beroepsopleidingen en in de uitvoeringspraktijk

de maatschappelijke en politieke aspecten van de gezondheidszorg door afwezigheid. Het sterke accent bij professionals op de biomedische aspecten van gezondheid blijft het sociale naar de zijlijn verdringen.

In het gegeven politieke klimaat wordt het ook voor het Rijk, in casu het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), steeds lastiger om zijn eindverantwoordelijkheid voor het geheel van de zorg voor de gezondheid in het dagelijks leven te nemen. Het heeft veel verantwoordelijkheden gedelegeerd naar particuliere instellingen en koepelorganisaties van verzekeraars en aanbieders. Dit maakt het lastig om vanuit de landelijke politiek de aandacht voor het sociale en het territoriale te stimuleren, laat staan te regelen. In het Grote Steden-beleid, dat in feite gericht is op de verbetering van het dagelijkse leven in de grote stad, wordt al jaren geaccepteerd, dat de maatschappelijke gezondheidszorg hiervan geen onderdeel uitmaakt (8).

De bescheiden rol van de gemeentepolitiek in de gezondheidszorg staat in schril contrast met de maatschappelijke verhoudingen in de 19e en begin 20e eeuw, toen juist vanuit de gemeenteraden de public health van die dagen gestalte kreeg (9). Aan deze tegenstelling is niet alleen de gespletenheid tussen het territoriale en de explosie van mondiale netwerken debet. Politieke partijen lijken er ook steeds meer op uit te zijn om van hun ideologische veren te worden verlost. Volgens Zygmunt Bauman hebben we daarentegen juist nu sterke ideologisch bepaalde perspectieven nodig om met elkaar richting te kunnen geven aan ons leven (10). En aandacht voor het sociale in de gezondheidszorg is in veel opzichten ideologisch gekleurd. Het houdt immers verband met de kwaliteit van het dagelijkse leven, met sociale verschillen, solidariteit, menswaardigheid, cultuurverschillen en emancipatie. De ontpolitiserings van de gezondheidszorg op landelijk en lokaal niveau maakt het werken aan deze kwaliteitsaspecten buitengewoon lastig.

In de gevoerde gesprekken werd in dit verband de vooral op economische principes gebaseerde Europese integratie aan de orde gesteld. De ont-ideologisering van de gezondheidszorg wordt - zo werd gesteld - door deze ontwikkeling alleen maar versterkt. Nu al dreigen op Europees niveau richtlijnen te ontstaan, die oer-Nederlandse grondslagen van

gezondheidszorg, bijvoorbeeld het solidariteitsprincipe, met voeten treden. Stel dat de accentverschuiving naar het territoriale essentieel is voor de ontwikkeling van een humane en sociale gezondheidszorg. Stel dat de wijkgerichte oriëntatie van samenwerkingsverbanden (centra voor zorg) in de eerste lijn daarvoor een voorwaarde is. Het Europese mededingingsrecht verbiedt de District Huisartsen Verenigingen, gemeenten of andere lokale bestuurlijke organisaties om een hierop gericht vestigingsbeleid van huisartsen uit te voeren. Over de consequenties van deze ontwikkelingen wordt weinig gesproken. We lijken met het ontpolitiseren van de gezondheidszorg voor wezenlijke aspecten collectief de kop in het zand te steken. De complexe wisselwerking tussen politiek, markt, professionals en verzekeraars voor de kwaliteit van zorg vormt - zo blijkt - een thema, dat veel meer discussie en opheldering vraagt.

### ***De huisarts als voorbeeld***

Met name de huisarts dreigt op dit moment de dupe te worden van de knelpunten, die onder andere ontstaan door de frictie tussen moderne tendensen en de traditionele uitvoeringspraktijk. Hij blijft als eindverantwoordelijke zitten met patiënten, die hij elders niet meer kwijt kan. Hij ervaart dagelijks het onvermogen om met complexe, sociale gezondheidsproblematiek in goed bereikbare samenwerkingsverbanden adequaat om te gaan. Door de werkdruk komt het er niet meer van mensen thuis te bezoeken en wordt hij meer en meer teruggedrongen in zijn spreekkamer.

De gevolgen van de bestaande situatie komen met name op de rug van de huisarts terecht, omdat juist hij met zijn patiënten werkt op het snijvlak van medische zorg en sociale aandacht. In termen van Jürgen Habermas opereert de huisarts met één been in een systeemwereld en het andere in de leefwereld van mensen (11). En dat is onder de huidige omstandigheden blijkbaar niet meer te doen. Omdat de huisarts het sprekende voorbeeld vormt van de negatieve consequenties van de discrepantie tussen uitvoeringspraktijk en moderne tendensen is aan de hand van zijn werk wellicht het beste een aanzet tot een nieuw toekomstperspectief te ontvouwen.

Voor de toekomst staan wat de gesprekspartners betreft de bestaande concepten en werkvormen ter

discussie. Geldt bijvoorbeeld de traditionele invulling van de huisarts in deze tijd nog als passend? Kan hij met zijn huidige professionele uitrusting en takenpakket en als solist nog wel eindverantwoordelijke, spil en poortwachter in de gezondheidszorg zijn? Wat is de kern van dit vak? Is het vak huisartsgeneeskunde in essentie niet een medisch-technisch beroep? En vraagt het onder de huidige omstandigheden niet andere aanvullende functies (praktijkverpleegkunde) voor eenvoudige zorg en begeleiding (diabetes), voor sociale aspecten van zorg (ouderen), voor preventie (screening en voorlichting) en voor liaisonfuncties (met ziekenhuis, thuiszorg, wonen, enzovoort)? Wordt het niet tijd om het takenpakket van de huisarts-"geneeskunde" als één van de onderdelen van de huisartsen-"zorg" in bredere zin te definiëren?

### ***Nogmaals de territoriale gerichtheid***

Voor een toekomstige huisartsenzorg dienen bij onze tijdgeest passende concepten en werkvormen te worden ontworpen. Deze zijn niet op voorhand te bedenken. Daarvoor zijn de voortdurend veranderende en op elkaar inwerkende omstandigheden te complex en onvoldoende begrepen. De aangewezen weg is om de toekomst op basis van met elkaar afgesproken uitgangspunten en een visie gaandeweg op te bouwen. Onze gesprekspartners gaven aan dat een accentverschuiving naar het sociale een uitgangspunt zou moeten zijn in zo'n visie. Voor veel mensen in de stad betekent dit de herwaardering van gerichtheid op het territoriale. Dezelfde opvatting komt tot uitdrukking bij de in gang gezette deconcentratie van specialistische en ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg naar stadsdelen of wijken.

Er is een herordening nodig naar een situatie van enkele medisch-technische "high-tech"-locaties, die goed zijn verbonden met decentrale "zorg"-locaties in de nabijheid van het dagelijkse leven. Er zullen deconcentratie-ziekenhuizen komen waar eenvoudige en poliklinische medische zorg wordt geleverd. Daarnaast zullen er nieuwe "centra voor zorg (en welzijn)" ontstaan, waar huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, specialisten, sociaal raadslieden, maar ook vrijwilligers, imams, onderwijskrachten en politie elkaar kunnen treffen. En waarom zou een dergelijke locatie voor zorg, als het zo uit komt, ook niet een trefpunt, café of restaurant herbergen voor de buurt. In zo'n loca-

tie zouden gezondheidsbevordering en vermaatschappelijking van zorg als wezenlijke aspecten van het grote-stedenbeleid pas daadwerkelijk handen en voeten krijgen.

Hoe dergelijke locaties in de wijk er precies uit zullen zien valt niet op voorhand te zeggen. Verschillende locale situaties, bijvoorbeeld in de Schilderswijk, in stadsdeel Escamp of in Segbroek - die ieder een eigen sociaal-demografisch patroon en traditie en ordening van voorzieningen hebben - zullen verschillende uitwerkingen te zien geven. In de ene situatie is een centrum voor zorg bij een verzorgingshuis dan wel een verpleeghuis of een school een interessante optie, in een andere een zelfstandig centrum, waarin huisartsen, paramedische krachten, maatschappelijk werk, thuiszorg en diverse vormen van welzijnswerk samenwerken.

### *Haagse "agents of change"*

Er werd in de gesprekken regelmatig gewezen op het belang van enkele bestaande initiatieven in Den Haag, die als change agents fungeren om aan een nieuwe toekomst van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening te kunnen bouwen. De Stichting Den Haag Transmuraal is in die zin opgericht om de verstoorde samenhang tussen het ziekenhuis, andere intramurale instellingen en extramurale hulpverleners op moderne leest te schoeien. Het blijkt een onmisbare katalysator te zijn, van waaruit - bijvoorbeeld door zorgketens te organiseren - nieuwe antwoorden worden gegeven op tekorten in de patiëntenzorg voor en na opnames.

De Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) in Haagse stadsdelen is opgezet als katalysator voor verbetering van de samenhang en sociale kwaliteit van zorg en welzijn. De resultaten van dit werk waren - bij gelegenheid van het eerste congres van de STIOM in december 1999 - aanleiding voor de Minister van VWS om te stellen, dat in haar ogen dit Haagse voorbeeld kan dienen als bron van inspiratie voor het gehele land. De heer W. Deetman zette bij dezelfde gelegenheid uiteen, dat dit soort initiatieven van vernieuwing van zorg en welzijn belangrijke aanknopingspunten vormen om de sociale kwaliteit van de infrastructuur van grote steden te verbeteren. Ze vormen een adequate invulling van het Grote Steden-beleid.

Ook volgens de gesprekspartners biedt de STIOM een belangwekkend eigentijds perspectief om met actuele vraagstukken om te gaan. In de afgelopen zes jaren heeft deze organisatie laten zien, dat nieuwe verbindingen tussen huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, sociaal raadslieden, maatschappelijk werkers, leerkrachten en politie tot stand kunnen komen (12). Door het werk vanuit deze invalshoeken met elkaar in verband te brengen ontstaan rondom de STIOM geheel nieuwe inzichten in de aard van problemen en de sociale context waarin ze ontstaan. En op de STIOM-werkplaatsen ontstaan vanuit de dagelijkse praktijk ook nieuwe ideeën over adequate moderne invullingen van zorg-beroepen. Het gevoel er niet alleen voor te staan blijkt verder een belangrijke kracht tegen burn out-gevoelens. Deze verbeteringen zijn het resultaat van de door de STIOM tot stand gebrachte continue "communicatieve interactie" tussen betrokkenen (13). Met zijn territoriale oriëntatie blijkt deze organisatie een belangrijk instrument te zijn om te werken aan samenhang en aan het sociale in de zorg voor de gezondheid.

In dezelfde zin is ook de oprichting van het Bureau Public Health van de gemeente op te vatten. "Public" verwijst wat betreft het werk van dit bureau naar het sociale als bron van gezondheid, ziekte en welzijn. Deze moderne invulling van het begrip en het werk van public health wijkt nogal af van de traditionele opvatting over public health. Hierin staan eerder medisch-biologische en fysieke gezondheidsrisico's en de preventie hiervan centraal. Het door de gemeente Den Haag gehanteerde nieuwe concept van public health vraagt om verdere theoretische onderbouwing. Het kan heel adequaat wetenschappelijk worden ondersteund aan de hand van een op Europese basis in ontwikkeling zijnde theorievorming over "social quality" (14).

### *Toekomstperspectieven*

In de gesprekken werd de veronderstelling gedaan, dat er met de geschetste accentverschuiving en toekomstige opzet beter kan worden gewerkt met persoonlijke aspecten van zorg en beter kan worden ingespeeld op de leefomgeving van burgers. Maar de hypothese was ook dat met nieuwe bij de tijdgeest passende invullingen van zorgberoepen als de huisarts en de verpleegkundige de verschraling een halt kan worden toegeroepen. Wat dit betreft dienen passende antwoorden te worden gevonden op de logica

van technische specialisatie en de noodzaak om in de leefomgeving van patiënten generalistisch te werk te kunnen gaan. In ieder geval zal een succesvolle nieuwe invulling van zorgberoepen het werkplezier terug kunnen brengen en daardoor een gunstige invloed kunnen hebben op de arbeidsmarkt. De krapte op de arbeidsmarkt - zo werd benadrukt - is immers niet alleen een kwestie van geld.

Dat actuele problemen, waaronder de wachtlijsten, in de zorg niet kunnen worden opgelost met geld, maar andere werk- en organisatievormen vragen, werd onlangs ook uitgesproken door het landelijke Platform Aanpak Wachttijden: "Wellicht bestond in 1998 het idee dat het terugdringen van de wachtlijsten een kwestie van geld was en minder van organisatie (...). In de afgelopen jaren is er wel veel geld gekomen en aangewend. Maar de beperkende regels en mentaliteit zijn wellicht nog onvoldoende veranderd. Dat blijft in ieder geval een punt van aandacht voor de toekomst." (15).

Hoe nu verantwoord aan deze toekomstperspectieven te werken? Het is immers niet op voorhand duidelijk welke consequenties de accentverschuivingen hebben voor de zorgkwaliteit, de beroepsinvulling, en de verzekering, financiering en regelgeving. Ook is niet helder hoe de regionale bestuurlijke betrokkenheid moet worden geregeld van verzekeraars, instellingen, burgers en de lokale politiek. De onduidelijkheid hierover speelt slagvaardige ontwikkelingen parten en is daarom op dit moment een "hot issue" in ons land.

Welke toekomst de juiste is is niet op voorhand in een grand design te ontwerpen. De aangewezen weg om op dit complexe domein van (maatschappelijke) gezondheidszorg en welzijn verantwoorde voortgang te boeken is stap voor stap bij wijze van experimentele ontwikkeling: vanuit een visie projectmatig experimentele situaties creëren, deze onderzoeken op inhoud en voorwaardelijke aspecten en dan op basis hiervan nieuwe werkvormen opbouwen. Deze processen van research en development op deelgebieden dienen vanwege hun onderlinge samenhang in eenzelfde gebied met elkaar in verband te worden gebracht om de meerwaarde te demonstreren. Vanwege de aanwezigheid van enkele gunstige voorwaarden (onder andere de STIOM) heeft de Minister van VWS voorgesteld Den Haag als "proeftuin maatschappelijke gezondheidszorg" voor het land te

gebruiken. Het Ministerie en ook andere financiers (onder andere het College voor Zorgverzekeringen) hebben onlangs voor de "proeftuin" medewerking en ook financiën toegezegd.

Voor de Haagse gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening ligt er met andere woorden een schitterende gelegenheid om in de nabije toekomst met de geschetste nieuwe perspectieven actuele knelpunten - in het licht van moderne tendensen - grondig aan te pakken. Door op deze wijze in de praktijk te werken aan verbeteringen en deze in onderlinge samenhang te evalueren, ontstaan de juiste ideeën, waar we het in de aanhef van deze bijdrage genoemde vervolg van de discussie mee kunnen voeren.

#### Referenties:

1. Enkele voorbeelden:
  - Avezaat JJM. Gezondheidsproblemen van migranten: ulcus pepticum bij jonge mannen. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 3: 7-10.
  - Nijhuis HGJ. Importziekten; Leefgewoonteziekten; Existentiële crisisproblemen; "Onaangepastheid" van zorg. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 3:11-8.
  - Haverkate I, Struben HWA. Sterfte per buurt en sociaal-economische status: een vergelijking tussen de vier grote steden. *Epidemiol Bul Grav* 1994; 29 nr 1: 34-6.
  - Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen?: onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr 1: 19-33.
  - Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers: verontrustende ziekte- en sterftegevallen. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr 2: 5-11.
  - MORE onderzoekscmissie. Haagse harddruggebruikers en het bereik van verslavingszorg en politie. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr 1: 20-9.
2. Castells M. *The Informaton Age: Economy, Society and Culture*. Volumes 1; 11 en 111. Oxford: Blackwell Publishers, 1996.
3. Bauman Z. In: *Search of Politics*. Cambridge: Policy Press, 1999.
4. Het betreft de reciprociteit tussen de "oikos" ofwel de intimiteit van de huisgezinnen en de "ecclesia" ofwel de plaats waar het politieke denken en handelen tot zijn recht komt. Deze reciprociteit krijgt gestalte in de "agora", ofwel het privaat/publieke domein, zie noot 3.
5. Taylor C. Hegel. Londen/New York: Cambridge University Press, 1997.
 

Deze Canadese politiek filosoof heeft het debat tussen de "utilitaristen" en de "expressionisten" in het begin van de 19e eeuw opnieuw voor het voetlicht gebracht. Hij bestrijdt de mechanistische opvatting over het menselijk wezen ("utilitaristen"), als atomen van de samenleving. Het was een pleidooi tegen het Thatcherisme in Groot Brittannië, waarin de opvattingen over het "sociale" overeenkomstig het oordeel van neomonetaristen, tot onzin is verklaard. Je kunt het niet zien, niet tellen, niet wegen, dus het bestaat niet (deze filosoof is niet

- dezelfde vooroorlogse organisatiedeskundige Taylor uit de USA).
6. Beck W, Maesen LJG van der, Walker A (eds). *The Social Quality of Europe*. Den Haag: Kluwer Law International, 1997 and Bristol: Policy Press, 1998. In dit boek is aan de hand van Europese ontwikkelingen sinds de laatste tien jaar het begrip "social quality" geïntroduceerd om via een theoretische weg aan de dominantie van de economisch bepaalde doelstellingen van de Europese integratie een halt toe te roepen. Beck W, Maesen LJG van der, Thomess F, Walker A (eds.). *Social Quality: a Vision for Europe*. Den Haag: Kluwer Law International, 2001. In dit tweede boek is, op basis van hierin gepubliceerde commentaren op het eerste boek en nieuwe trends in Europa, het begrip "social quality" verder ontwikkeld. In het derde boek zal de toepasbaarheid van het begrip centraal staan.
  7. In de studie over "Moderne Public Health in Den Haag", zie noot 14, komt wethouder Jetta Klijnsma hierop terug in haar bijdrage: "Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid vroeger en nu" (p6-13). Zij merkt op, dat "in onze tijd is opnieuw een intensieve bemoeienis van de gemeente met een breed scala van gezondheidszaken belangrijk. Deze bemoeienis gaat dus verder dan hetgeen de WCPV ons dicteert. In het veld van zowel de volksgezondheid als de gezondheidszorg doen zich in deze tijd veel ingrijpende ontwikkelingen voor. Deze nopen ook gemeenten om zich opnieuw te bezinnen op bij deze tijd passende rollen en instrumenten om de gezondheid van burgers te bevorderen" (p7).
  8. Tijdens het eerste lustrum-congres van het STIOM op 1 december 1999 heeft burgemeester Deetman van Den Haag een pleidooi afgestoken om het aspect maatschappelijke gezondheidszorg tot een kernzaak van de aandacht voor de sociale infrastructuur van het Grote Stedenbeleid te maken. De lessen van STIOM zijn volgens de burgemeester ook lessen voor andere grote steden en middelgrote steden. Baboeram D. De Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM): feiten, ervaringen en verwachtingen na vijf jaar. *Epidemiol Bul Grav* 2000; 35 nr 1: 2-12.
  9. Nijhuis HGJ. *Voorwaarden voor vernieuwing van Public Health*. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Delft: ELMAR, 1994.
  10. Zie noot 3. Hij merkt hierover op dat "those, who are proud of what we, perhaps, should be ashamed of, living in the post-ideological or post-utopian age of not concerning ourselves with any coherent vision of the good society and of having traded off the worry about the public good for the freedom to pursue private satisfaction" (p8).
  11. Zie noot 9. *Voorwaarden voor vernieuwing van Public Health*. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Delft: ELMAR, 1994 (p162)
  12. *Vijf jaar STIOM: ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn*. Den Haag: Amrit Consultancy, 1999.
  13. Het begrip "communicatieve interactie" is ontleend aan de Duitse sociaal-filosoof Jürgen Habermas. Het geldt als een sleutelbegrip in de theorievorming over "social quality", zie noot 8.
  14. Maesen LJG van der, Nijhuis HGJ. *Continuing the Debate on the Philosophy of Modern Public Health: Social Quality as a Point of Reference*. *J Epidemiol Comm Health* 2000; 54 nr 2: 134-42. In deze studie is mede aan de hand van ervaringen in Den Haag (stadsdeel Centrum) een poging gedaan tot begrip te komen van "modern public health", ter ondersteuning van de "traditional public health", dat gebaseerd is op een biofysiologisch vertrekpunt. Nodig is in de nieuwe tijd een oriëntatie op basis van een "social quality" vertrekpunt, aldus de auteurs. Dit vertrekpunt kan tevens de aanknopingspunten bieden voor het verder te ontwikkelen Bureau Public Health in Den Haag. Zie verder: Nijhuis HGJ, *Public Health in Den Haag*, anno 1998: over de aard van eigentijdse gezondheidsproblemen en een daarbij passende nieuwe aanpak. In: Kerkhoff AHM, Klijnsma J, Maat TGM van der, Maesen LJG van der en Nijhuis HGJ. *Moderne Public Health in Den Haag*. Bureau Public Health. Den Haag, maart 1999 (p28-52).
  15. *Platform Aanpak Wachtlijden*. *Aanpak wachtlijsten: het resultaat geldt*. Den Haag, 29 januari 2001 (p18).

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Minder hartinfarcten door afname van transvetzuur in voeding

De hoeveelheid transvetzuur in voeding is in Nederland vanaf 1985 meer dan gehalveerd. Onderzoekers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de Universiteit Wageningen en TNO Voeding, hebben berekend dat deze daling de kans op hartinfarcten met ongeveer 23% heeft verminderd. Een gunstige samenstelling van voedingsvetten door een gewijzigd productieproces kan dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de volksgezondheid.

Transvetzuren zijn een bepaald soort onverzadigde vetzuren. Het is al enige jaren bekend dat transvetzuren een ongunstig effect hebben op het cholesterolgehalte. Hoe hoger het cholesterolgehalte, hoe groter de kans op een hartinfarct. Door een verbetering van de samenstelling van voedingsmiddelen, zoals een lager transvetzuurgehalte, kan op een relatief eenvoudige wijze het aantal hartinfarcten in Nederland aanzienlijk afnemen.

Veel voedingsmiddelenproducenten hebben hun productieproces-

sen aangepast waardoor het transvetzuurgehalte in een groot aantal voedingsmiddelen is gedaald. De inname van transvetzuur is afgenomen van 4,3% van de totale energie-inname in 1985 naar 1,9% van de totale energie-inname in 1995.

Producten die de grootste veranderingen hebben ondergaan zijn die met geharde plantaardige oliën zoals margarines. Samen met producten die worden bereid met geharde vetten, zoals koek, gebak en snacks, leveren zij 66% van de totale transvetzuurinname in 1995. Vervanging van transvetzuren kan de gezondheidstoestand nog verder verbeteren. Transvetzuren komen ook voor in rund- en schapenvlees en zuivel, zij het in mindere mate. Bij veel voedingsmiddelen staat op het etiket aangegeven hoeveel transvetzuren het product bevat.

Deze bevindingen zijn het resultaat van onderzoek onder ruim 900 mannen in Zutphen die 64-84 jaar waren bij aanvang van het onderzoek in 1985. In de opeenvolgende tien jaar ondergingen de deelnemers drie maal een lichamelijk onderzoek. Tevens werden zij uitgebreid ondervraagd over hun voedingsgewoonten. Daarnaast stelden de onderzoekers vast of zij tussen 1985 en 1995 ziek werden of overleden. In die periode kregen 98 mannen een hartinfarct.

## Erratum

In het Epidemiologisch Bulletin nummer 2, jaargang 25, 2000 is in het overzicht Aangifte Infectieziekten op bladzijde 29 een fout geslopen. In het 1e kwartaal van 2000 staat bij Virale hemorrhagisch koorts een aantal van 28 vermeld. Dit getal moet echter staan achter Voedselvergiftiging of voedselinfectie.

In het overzicht op pag. 65 is dit gecorrigeerd.

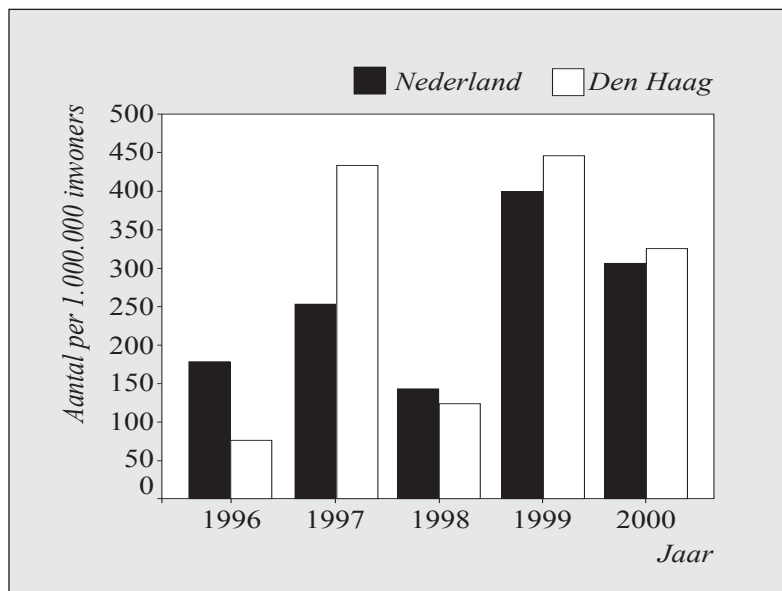
## Actuele informatie

### Reuma in een toekomstperspectief

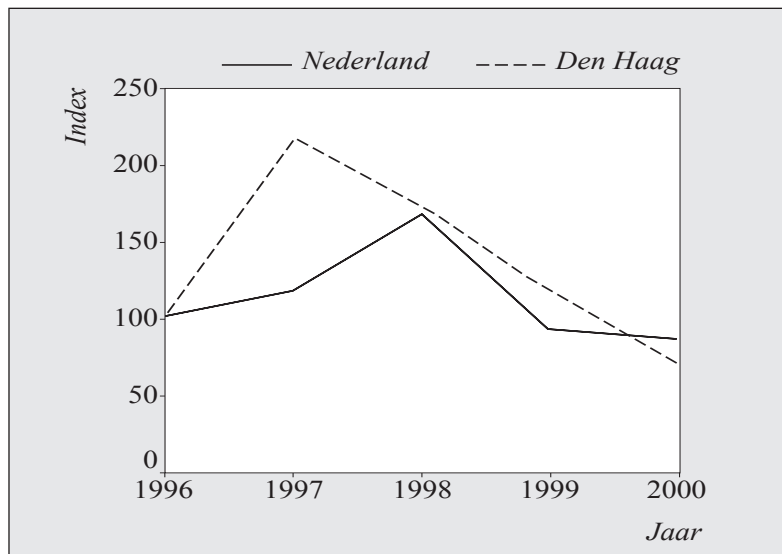
Het Nationaal Reumafonds en de patiëntenorganisaties vieren in 2001 een dubbel jubileum: 75 jaar reumabestrijding en 25 jaar reumapatiëntenemancipatie. Hoogtepunt vormt het jubileumcongres op woensdag 26 september 2001 in Den Haag.

De reumabestrijding heeft de laatste jaren een enorme sprong voorwaarts gemaakt. De ontwikkelingen binnen het wetenschappelijk onderzoek, het onderwijs en de behandelmethoden, maar zeker ook de patiëntenemancipa-





**Figuur 1** Aangifte kinkhoest 1996-2000 per 1.000.000 inwoners.



**Figuur 2** Aangifte hepatitis A 1996-2000 (index 100=1996).

**Tabel 1** Aantal meldingen van hepatitis A. Den Haag 1996-2000\*.

\* (Over 1998 geen gedetailleerde gegevens beschikbaar.)

Hepatitis A	1996	1997	1999	2000
<b>Patiënt met autochtone naam</b>				
aantal	25	21	25	7
percentage	46	17	37	20
gemiddelde leeftijd	23 jr	20 jr	25 jr	34 jr
<b>Patiënt met allochtone naam</b>				
aantal	30	101	43	28
percentage	54	83	63	80
gemiddelde leeftijd	9 jr	12 jr	10 jr	14 jr
<b>Totaal aantal</b>	<b>55</b>	<b>122</b>	<b>68</b>	<b>35</b>

tie, hebben er voor gezorgd dat de positie van de reumapatiënt heden ten dage aanmerkelijk is verbeterd.

Wat zijn nu, anno 2001, vanuit het perspectief van patiënt, specialist behandelaar, politiek en verzekeraar de verwachtingen en wensen voor de toekomst? Hoe ziet het zorginstituut van de toekomst eruit?

Tijdens het congres kunt u luisteren naar de visie van een aantal specialisten op dit gebied en actief uw mening geven over dit onderwerp.

De toegang tot het congres is gratis. Voor aanmelding en inlichtingen: Nationaal Reumafonds, Pia Westgren, tel.: 020 - 589 64 62; e-mail: p.westgren@reumafonds.nl; internet: www.reumafonds.nl.

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 65 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit nummer is de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

### Kinkhoest:

Het aantal gevallen van kinkhoest in Den Haag kent sinds 1996 een schommelend verloop. Deze schommelingen in de aangifte van kinkhoest zijn over heel Nederland geconstateerd. De ver-

klaring hiervoor is niet duidelijk. De incidentie van nieuw gemelde gevallen per 1.000.000 inwoners is sinds 1998 even hoog als in de rest van het land (zie figuur 1). Kijkend naar de gemiddelde leeftijd (ongeveer 15 jaar in 1996-1999, 17 jaar in 2000) kan men vaststellen dat het vooral gaat om mensen die al geruime tijd geleden waren gevaccineerd. Als men de leeftijdsverdeling in ogenschouw neemt kan men sinds 2000 een duidelijke verschuiving waarnemen: de leeftijdscategorie beneden 5 jaar is sterk afgenomen. Dit zou het gevolg kunnen zijn van de invoering van een vernieuwd vaccin enkele jaren geleden.

#### *Hepatitis A:*

Het aantal gevallen van hepatitis A schommelde van 1992-1996 in Den Haag tussen 19 en 60 per jaar. In 1997 was er een grote toename, waarna zich een blijvende dalende trend heeft laten zien. Deze trend heeft zich met één jaar vertraging ook in de rest van Nederland laten zien. Tot 1999 blijkt het aantal autochtone gevallen constant, terwijl de schommelingen duidelijk in de allochtone aangiften te vinden zijn. In 2000 is ook het aantal autochtonen fors teruggelopen (zie tabel 1), moge-

lijk mede als gevolg van de daling in het aantal allochtone gevallen. Het aantal gevallen in Den Haag is in 2000 nog 70% van het aantal in 1996, terwijl dit voor heel Nederland nog bijna 86% is (zie figuur 2). De dalende trend van de laatste jaren zou mede te danken kunnen zijn aan de zomercampagne "Gezond op reis", welke in 1993 van start is gegaan. Gedurende deze campagne wordt onder andere vaccinatie tegen hepatitis A aangeboden aan kinderen van migranten die hun vakantie gaan doorbrengen in het land van herkomst.

#### *Hepatitis B:*

In 2000 is in Den Haag het aantal gemelde gevallen van hepatitis B toegenomen. De meerderheid van de gevallen wordt gevormd door chronische dragers van allochtone oorsprong (86%). Deze allochtonen zijn veelal uit gebieden afkomstig waar hepatitis B endemisch is. De gemiddelde leeftijd schommelt rond de 33 jaar. Vermoedelijk zal in de toekomst het aantal ontdekte gevallen van hepatitis B nog toenemen, aangezien er nu meer getest gaat worden op deze aandoening bij zwangere vrouwen en bij bezoekers van de geslachtsziektenpoli's.

#### *Hepatitis C:*

In 2000 is het aantal gemelde gevallen van hepatitis C in Den Haag toegenomen. Het grootste deel van de gevallen (67%) is gevonden naar aanleiding van een onderzoek onder intraveneus druggebruikers. Het gaat uitsluitend om chronische gevallen. Het uitwisselen van niet-steriele spuiten onder druggebruikers is een beruchte transmissieweg voor deze aandoening. De gemiddelde leeftijd schommelt rond de 41 jaar.

#### *Voedselinfecties:*

Het aantal voedselinfecties dat bij de GGD Den Haag wordt gemeld, neemt sinds een aantal jaren toe. Er is geen reden om aan te nemen dat er daadwerkelijk meer mensen ziek worden. Vermoedelijk gaat het hier om een verhoogde aandacht voor deze aandoeningen, waardoor meer gemeld wordt.

---

#### *Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster;*

*Mw. P. van Leeuwen;*

*Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;*

*Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);*

*K.B. Yap (GGD West-Holland).*

## Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	Den Haag 2000	West-Hol- land 2000	Rijs- wijk 2000	Tot. regio 2000	1e kw regio 2000	2e kw regio 2000	3e kw regio 2000	4e kw regio 2000
mens	inhalatie	difterie (B)								
		mazelen (B)	71	2		73	72	1		
		meningokokkose (B)*	9	4		13	3	2	4	4
		kinkhoest (B)**	143	85	13	241	73	44	40	84
		rodehond (C)								
		tuberculose (B)	119	18	1	138	26	23	45	44
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	72	4	7	83	28	14	18	23
		hepatitis C (B)	24	5	5	34	8	15	8	3
	faecaal/oraal	bacillaire dysenterie (B)(3)	27	12		39	5	15	7	12
		hepatitis A (B)(3)	39	1	1	41	8	11	7	15
kinderverlamming (A)(2)										
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithose/psittacose (C)	3			3		2	1	
Q-koorts (C)(4)		1			1				1	
insectenbeet	febris recurrens (B)									
	gele koorts (C)									
	malaria (C)	36	3	1	40	5	6	18	11	
	virale hemorrhagische koorts (B)									
	vlektyfus (B)									
beet/speeksel	hondsdolheid (B)									
	pest (B)									
aanraking	brucellose (C)(4)									
	miltevuur (C)									
omgeving	inhalatie	legionellose (B)	3	3	3	9	1	3	2	3
consumptie	botulisme (B)(5)									
	buiktyfus (B)									
	cholera (B)									
	E.coli 0157 (C)		1		1		1			
	paratyfus A (B)									
	paratyfus B (B)	2	2		4	1	1	1	1	
	paratyfus C (B)									
	trichinose (C)									
voedselvergiftiging of voedselinfectie (B)	61	5	10	76	28	9	10	29		
contact (water/grond/dier)	leptospirose (C)	1			1				1	
<b>totaal</b>			<b>611</b>	<b>145</b>	<b>41</b>	<b>797</b>	<b>258</b>	<b>147</b>	<b>161</b>	<b>231</b>

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding

\* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

\*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(5) ook wondbesmetting

