

LITERATUURONDERZOEK
GEZONDHEIDSCENTRA

Gezondheidscentra in de Verenigde Staten

door

Mej. C.T. Feldmann, arts

1974

prijs f6,50

VOORWOORD.

Gezondheidscentra staan in Nederland sinds enige tijd in het centrum van de belangstelling. Men verwacht er veel van als mogelijkheid tot versterking van de hulpverlening in de eerste lijn. Misschien wel te veel als men constateert hoe moeizaam echt team-work in de praktijk van de grond komt. Zeker te veel als men nalaat de nodige structuurveranderingen door te voeren waardoor voor elk centrum opnieuw een ganse worsteling met wetten en andere formele bezwaren nodig is alvorens ook maar aan het opzetten van dit team-work begonnen kan worden.

Het N.H.I. heeft gemeend er goed aan te doen mej. C.T. Feldmann, arts, te verzoeken op basis van de in Nederland aanwezige literatuur te bestuderen wat de Amerikaanse ervaringen met gezondheidscentra zijn. Wij hebben het genoeg de lezer hierbij het resultaat van deze literatuurstudie aan te bieden. Mogelijkerwijs kan men er lering uittrekken.

Dr. R.A. de Widt,
afd. Samenwerkingsvormen van het N.H.I.

| | |
|---|------|
| INHOUDSOPGAVE: | Blz. |
| I. INLEIDING | 1 |
| II. DE NEIGHBOURHOOD HEALTH CENTERS - BEWEGING VOÓR 1940. . | 2 |
| III. DE RECENTE ONTWIKKELING VAN DE NEIGHBOURHOOD HEALTH CENTERS | 5 |
| IV. DOEL EN MIDDELEN | 10 |
| V. DE DIVERSE CATEGORIEËN HULPVERLENERS NADER BESCHOUWD. . | 13 |
| VI. TEAMLEIDING EN BESLISSINGSBEVOEGDHEID | 17 |
| VII. LEIDING EN BEGELEIDING | 21 |
| VIII. EVALUATIE | 25 |
| IX. DEELNAME VAN DE BEVOLKING | 28 |
| X. SAMENVATTING | 36 |
| LITERATUUR | 41 |

I. INLEIDING.

De opdrachtgevers - stafleden van het Nederlands Huisartsen Instituut - vroegen te zoeken naar informatie over de Neighbourhood Health Centers in Amerika wat betreft de volgende onderwerpen:

- organisatie
- team-work
- evaluatie
- delegatie van werk, o.a. aan non-professionals
- agogische begeleiding.

Uit het hier voor U liggende literatuur-onderzoek blijkt dat niet alle genoemde aspecten in gelijke mate uitgewerkt konden worden. Vooral doordat ze in de geraadpleegde literatuur zeer verschillende nadruk kregen.

Bij de literatuur-verzameling ben ik uitgegaan van een door het N.H.I. verstrekte lijst van recente publicaties. Van daaruit heb ik verder gewerkt via verwijzingen, waarbij ik me grotendeels beperkt heb tot de makkelijk bereikbare tijdschriften.

Toen bleek dat bepaalde tijdschriften, met name Medical Care, The Milbank Memorial Fund Quarterly en het American Journal of Public Health, bijzonder rijke bronnen waren, heb ik daarvan de laatste vier à zes jaargangen doorgewerkt, daarbij de artikelen uitkiezend die mij gezien de door de opdrachtgevers gezochte informatie het meest interessant leken. Daarnaast heb ik nog enkele bijzonder veelbelovende literatuurverwijzingen gevolgd, onder meer om een historische achtergrond te krijgen. Het hier gepresenteerde rapport is dus zeker niet een volledig overzicht, ook al omdat de onderzoeker een arts was, en voornamelijk tijdschriften op medisch gebied - in de ruimste zin van het woord - zijn geraadpleegd.

II. DE NEIGHBOURHOOD HEALTH CENTERS - BEWEGING VOOR 1940.

De gezondheidscentra waarover het in dit rapport grotendeels gaan zal, zijn vrijwel zonder uitzondering tot stand gekomen tussen 1965 en 1970. De beweging vanaf 1965 waarin gezondheidscentra werden gestimuleerd als wapen tegen de gevolgen van armoede, wij komen hierop uitgebreid terug, was niet de eerste in zijn soort.

Tussen 1910 en 1939 werd een vrij groot aantal plannen voor gezondheidscentra gericht op een van te voren omschreven bevolkingsgroep, uitgewerkt en ten dele gerealiseerd. Twee schrijvers, Stoeckle (8) en Rosen(9) geven een vrij uitvoerig, historisch belangwekkend, overzicht van deze "First health center movement".

Opvallend is dat de aanleiding en motieven voor deze eerste meer gecoördineerde aanpak van hulpverlening aan een bepaalde groep mensen, veel overeenkomst vertonen met de huidige. Het ging om grote groepen immigranten die in enkele stedelijke centra waren samengestroomd en een verpauperd bestaan leidden, met de kenmerken bijverschijnselen van ondervoeding, zuigelingensterfte, ziekte, verslaving en criminaliteit. Italianen, Oost-Europeanen, Joden, Ieren hadden ieder hun eigen woongebied, waar ze begrip en saamhorigheid vonden in de vreemde en vaak vijandige omgeving. De omstandigheden in deze immigrantenwijken waren schokkend voor de al langer ingeburgerde Amerikanen. Vooral de zuigelingensterfte was beschamend hoog. Tuberculose en venereïsche ziekten waren wijd verbreid. Vanaf ca. 1890 waren maatschappelijk werkers in de immigrantenwijken actief. Zij onderkenden de noodzaak van sociale integratie.

De eerste preventieve activiteit in de immigrantenwijken was de inrichting van z.g. melkstations, waar onbesmette melk werd gedistribueerd voor zuigelingen en kindervoeding. Pionier van de melkdistributie was Mathan Strautt, die in 1893 ermee begon. Een echtpaar met de naam Philips zette ook in 1907 in New York City een melkstation op. Het resultaat was onvoldoende, een meer directe aanpak was nodig.

De ideeën van het echtpaar Philips gingen verder dan alleen het beteugelen van de zuigelingensterfte. Armoede was voor hun een menonwaardige zaak, die alleen uitgeroeid kon worden door diepingrijpende sociale veranderingen. Een goed georganiseerd systeem van zuigelingenverzorging, gericht op moeder en kind, was voor hun een aangrijpingsmogelijkheid. In 1911 startte in een Pools-district van Milwaukee onder leiding van dit echtpaar het eerste preventieve gezondheidscentrum, een demonstratieproject in een areaal van 33 woonblokken met 16.000 bewoners waaronder 350 à 400 moeders en babies.

Er werd een bijzonder goede samenwerking met de moeders opgebouwd door instelling van blok-commissies, met voor ieder blok een "blok-werker" aan het hoofd - een eerste uitwerking van de "social-unit" ideeën. Het voornaamste streven was goede voorlichting. In 1912 werd het project afgebroken doordat het progressieve gemeentebestuur werd opgevolgd door een bestuur dat wantrouwig stond tegenover de aan dit project ten grondslag liggende filosofie.

Van 1917 tot 1920 functioneerde in Cincinnati een "Social Unit Organization", eveneens door Philips opgezet, die tot doel had "een soort de-

mocratische samenlevings-organisatie te bevorderen, waardoor de burgerij in zijn geheel direct deel kon hebben aan het beheer van die samenleving, daarbij voortdurend gebruik makend van de beste technische vaardigheden!.

Weer werden de bewoners georganiseerd via een systeem van blokraden en blokhoofden (meest vrouwen). Deze hadden tot taak een aantal gezinnen te bezoeken, geregeld contact te houden met de bewoners van het blok en specifieke problemen aanhangig te maken.

De "social Unit Organization" werkte samen met de meeste andere medische en maatschappelijke instellingen in de buurt en hield zich bezig met prenatale zorg, jeugdhygiëne, tuberculose-bestrijding, gebits-onderzoek, thuisverpleging, medische hulp tijdens de influenza epidemie en periodiek geneeskundig onderzoek van volwassenen. Het geheel was een poging tot gedeeltelijk lokaal zelfbestuur en wekte vooral daardoor groeiend verzet zowel bij de lokale overheid als bij de gemeentelijke sociale dienst en de medische beroepsorganisaties.

In 1920 werden de fondsen ingetrokken en het project beëindigd.

Er zouden meer voorbeelden te geven zijn, maar in dit kader is het misschien belangrijker een aantal algemene kenmerken te noemen van de eerste generatie gezondheidscentra. Wij komen dan tot de volgende punten:

- de situering in de arme wijken;
- het belang dat werd gehecht aan deelname van de bevolking;
- de nadruk op preventieve zorgverlening en voorlichting;
- de nadruk op coördinatie van de door verschillende instellingen verleende diensten, met dikwijls een onmiskenbaar bureaucratisch aspect, waardoor de nadruk kwam te liggen op coördinatie van de instellingen, in plaats van op coördinatie van de verleende diensten (8).

Stoeckle schrijft: "de efficiency ethiek, zo machtig in industriële arbeid, werd een nagenoeg centrale waarde in de gezondheidscentra beweging, en in de publieke opinie over sociale en medische diensten in het algemeen".

De projecten van Philips behoorden tot degene die het meest verweven waren met sociale veranderingsstrategieën - andere projecten die meer zuiver medisch en hygiënisch gericht waren, was een langer leven beschoren.

Het eind van de eerste "gezondheidscentra"-beweging kwam in de late dertiger jaren, toen door het opgroeien van de nakomelingen van de eerste generatie immigranten de Polen, Ieren, Joden en Italianen voor een belangrijk deel geïntegreerd waren geraakt in de Amerikaanse samenleving, en door beter sociaal-economische omstandigheden hadden kunnen wegtrekken uit de armenwijken naar de meer welvarende voorsteden. In de voorsteden waren wel particuliere artsen en de in Amerika opgroeiende generatie beschikte over voldoende geld om die te betalen. Dit proces werd versneld doordat aan het eind van de dertiger jaren, na de depressie, de algemene materiële welvaart weer groter werd, en bovendien verscheidene grotere werkgevers een collectieve ziekte-verzekering organiseerden voor hun werknemers. In dezelfde tijd nam de overheid een grotere financiële verantwoordelijkheid op zich voor de materiële welvaart van de burgers, en de belangstelling van de maatschappelijk werk instellingen verplaatste zich van maatschappijhervorming en sociale

problemen naar het individu. Late-work werd de nieuwe benadering, gebaseerd vooral op psycho-analytische theorieën (9).

Negatieve factoren in de vorm van politieke weerstand, tegenwerking van professionele groeperingen en, niet in de laatste plaats, het vaak achterwege blijven van betrokkenheid van de bevolking (9) - misschien mede omdat toch heel dikwijls de nadruk voornamelijk lag op de efficiënte organisatie - kregen daardoor de overhand.

De volgende getallen geven in enige mate een indruk van de omvang van de eerste "Health Center Movement":

In 1920 bestonden 72 centra in 49 gemeenten, waarvan 33 onder verantwoordelijkheid van de overheid en 27 onder die van particuliere organisaties; 16 werden door overheid en particulieren samengedreven. Nog 33 andere centra stonden op stapel in 28 verschillende gemeenten.

In 1930 waren er 1511 grotere en kleinere centra, ca. de helft hiervan werd beheerd door de overheid, de andere helft door particuliere instellingen.

Hierbij moet aangetekend worden dat de benaming "health center" voor zeer verschillende instellingen werd gebruikt, van consultatiebureaus voor zuigelingen tot poliklinieken verbonden aan ziekenhuizen. Davis (10) gaf als definitie: "A health center is an organization which provides, promotes and coordinates needed medical services for a specified district". Zoals hierboven vermeld was omstreeks 1940 de oorspronkelijke bevolking grotendeels verdwenen uit de "specified districts".

Men kan zich afvragen of er geen andere mensen in de plaats kwamen voor de weggetrokken Ierse, Joodse, Poolse en Italiaanse immigranten. Misschien de zwarten uit de zuidelijke staten? Gegevens hierover kwamen wij in ons onderzoek nier op het spoor.

Wat overbleef uit de periode van de eerste gezondheidscentra, waren een aantal groepspraktijken - pre-paid-grouppractices, voor een deel georganiseerd in het kader van de Kaiser Permanente Foundation en het Health Insurance Plan of greater New York, opgericht in 1933. (Deze plannen bouwden voort op een in 1920 gelanceerd idee van Hermann Biggs voor integrale gezondheidscentra, omvattende zowel een ziekenhuis als diverse poliklinieken en consultatiebureaus voor zuigelingen en zwangeren, tuberculose, geslachtsziekten en tandheelkundige verzorging).

III. DE RECENTE ONTWIKKELING VAN DE NEIGHBOURHOOD HEALTH CENTERS.

Misschien door de zeer snelle stijging van de welvaart van de gemiddelde Amerikaan dan wel doordat de aandacht vooral gericht was op herstel van de welvaart elders (Marshall-plan), een feit is in elk geval dat in de eerste twee decennia na 1945 weinig aandacht voor vernieuwing en verbetering van de gezondheidszorg viel te bespeuren.

De ghetto's koken over.

In 1964 echter verklaarde Amerika's president Johnson de oorlog aan de armoede in eigen land. Een van de wapens in de strijd moest zijn een betere gezondheidszorg voor de armen. Deze armen hebben hun eigen plaats binnen de Amerikaanse welvaartsmaatschappij, velen wonen in delen van de centra van de grote steden, door de meer bevoorrechten verlaten en verruild voor een woonplaats aan de rand van de stad. Deze centra worden algemeen aangeduid als ghetto's - inderdaad herbergen ze dikwijls grote concentraties van mensen van eenzelfde ras (Portoricanen bijvoorbeeld). De meerderheid van de ghettobewoners is zwart. De zwarte mensen die vanaf 1950 in noordelijke richting beginnen te trekken op zoek naar betere sociaal-economische omstandigheden en beter onderwijs, kwamen vooral in de grote steden terecht, Washington DC en New York kregen een zwarte meerderheid. Niet velen slaagden erin te ontkomen aan hun armoede (1).

Zoals de National Advisory Commission on Civil Disorders schreef in een rapport in 1969: "America is and always has been a racist society". Norman (1) haalt dit rapport aan in een artikel in het New England Journal of Medicine en voegt eraan toe: "... the medical problems of the ghetto have evolved and exist as monuments to one of the most unjust aspects of our society".

Doordat met de meer-kapitaalkrachtige bevolking, ook de dienstverleners, weggetrokken uit de binnensteden, werden de ghetto's niemandslanden wat betreft de hulp- en dienstverlening.

De National Advisory Commission on Civil Disorders maakte in haar rapport niet zomaar melding van civil disorders. De ghetto's waren explosief geworden - criminaliteit, verslaving, ontucht overschreden de grenzen van de "beruchte buurt".

De meer bevoorrechte Amerikanen beginnen zich bedreigd te voelen. De oorlog tegen de armoede was in de eerste plaats een verdedigingsoorlog.

Beschikbare vormen van primaire medische hulpverlening tot 1965.

Norman (1) beschreef de medische problemen in de ghetto's als monumenten van onrechtvaardigheid. Inderdaad zijn de ghetto's jarenlang rijke bronnen van zeldzame en interessante gevallen voor het medisch onderwijs geweest. In veel gevallen is dat nog zo.

Het ontbreken van een algemeen ziektekosten-verzekeringssysteem was voor allen, of althans voor de minder betaalden van doorslaggevende betekenis.

Traditioneel is de Amerikaanse gezondheidszorg in handen van particuliere ondernemers, die vrij zijn zich te vestigen waar zij willen.

Resultaat hiervan is dat in "rijke" gebieden de artsen-dichtheid 1 op 200 is, in de arme wijken daarentegen 1:10.000 (2).

Sinds de hervorming van het medisch onderwijs in 1912 (3) is bovendien het aantal specialisten relatief steeds toegenomen terwijl de huisartsen langzaam uitstierven, met als gevolg de huidige crisis in de primaire hulpverlening.

Continuïteit ontbreekt over het algemeen. Degenen die het betalen kunnen gaan naar de arts die zij op een bepaald moment menen nodig te hebben. In de meeste gevallen is dat een specialist, die zijn patiënten desnoods in een ziekenhuis kan laten opnemen en daar zelf doorbehandelen.

Degenen die het niet betalen kunnen - en vaak evenmin verzekerd zijn - zijn afhankelijk van grote, overbelaste poliklinieken van overheidsziekenhuizen, dikwijls verbonden aan medische opleidingen waar de technische kwaliteit van de hulp relatief goed is, maar continuïteit en een persoonlijke benadering volledig ontbreken. Een alternatief vormen de eerste hulpposten van ziekenhuizen in de buurt. Het is duidelijk dat de hier verleende hulp ook een onsamenhangend karakter draagt.

Daarnaast bestaan - sinds de grondlegging in 1933 van (3) het Kaiser Foundation Medical Care Program - de groepspraktijken (pre-paid group practices) die vrij specifiek op bepaalde midden-groepen van de bevolking gericht zijn. (Het Kaiser-plan was in eerste instantie bedoeld voor dokwerkers.)

In deze groepspraktijken werken algemene artsen (internisten en kinderartsen wordt ook algemene artsen genoemd) samen met specialisten. Zij verlenen zowel preventieve als curatieve diensten, ambulantly en klinisch op non-profit-basis.

De diensten worden verleend aan de ingeschreven leden, die per hoofd per jaar een vast bedrag betalen. Het is duidelijk dat de laagst betaalden en de werkelozen weinig kans hadden op een continue en persoonlijke gezondheidszorg van deze aard.

Wettelijke maatregelen.

De strijd tegen de armoede ging gepaard met intensieve wetgevende activiteiten.

In 1963 werd de Community Mental Health Centers Act aangenomen die een wettelijke basis gaf aan het streven vóór 1980 2000 Community Mental Health Centers te verwezenlijken. De Community Mental Health Centers zijn een hoofdstuk apart.

Sinds 1935 bestond de Social Security Act, een eerste begin van sociale zekerheid ook voor de niet draagkrachtigen.

In 1965 werden door het Congres Title 18 en Title 19 aanvaard als amendementen op deze Act, het ging om Medicare en Medicaid.

Johnson verhief deze amendementen tot wet: Medicare moest iedere Amerikaan boven de 65 de toegang waarborgen tot de gezondheidszorg. Medicaid garandeerde het recht op gezondheidszorg van de armen.

Bij de goedkeuring van de Medicare-wet stelde het Congres nadrukkelijk vast dat dit betalingssysteem niet gebruikt mocht worden om de organisatie van de medische dienstverlening te veranderen (4).

Het congres zag geen noodzaak voor reorganisatie. Bij de uitvoering van de Medicare- en Medicaid-wetten waren de Staten nauw betrokken, de Staat moest bepalen wie arm genoeg was om in aanmerking te

komen voor Medicaid. De Staat was voor ca. 50% aansprakelijk voor de kosten van de medische behandeling van zijn armlastige inwoners. Voor de andere 50% van de kosten was de federale overheid aansprakelijk. Mc. Verney (5) schrijft in een artikel in het American Journal of Public Health dat de beloften van de Medicaid-wet voor een groot deel zijn ondergegaan in de onoverzichtelijkheid van selectieprocedures en de beperktheid van de beschikbare middelen. Verondersteld wordt dat Medicaid in feite niet meer dan ca. 13 miljoen van de 30 à 40 miljoen Amerikaanse armen dekt. Behoudens een enkele uitzondering worden de dienstverleners via Medicare en Medicaid per verrichting betaald.

Gezondheidscentra als middel voor een betere gezondheidszorg.

In 1966 werd de Economic Opportunity Act uitgevaardigd en het office of Economic Opportunity ingesteld (3).

Dit office of Economic Opportunity startte een Community Action Program. Een van de onderdelen daarvan was een Comprehensive Health Services Program, dat in november 1966 werd goedgekeurd door het Congres. De verwezenlijking van deze integrale gezondheidsdiensten zag het OEO in de stichting van Neighbourhood Health Centers. Met steun van het OEO kwamen tussen 1965 en 1971 ca. 100 Neighbourhood Health Centers tot stand. Vanaf 1968 trok het Departement van Health, Education en Welfare eenzelfde lijn en verleende steun bij het tot stand komen van ca. 50 NHC's.

De hoop was dat na 3 tot 5 jaren de federale steun van het office of Economic Opportunity zou kunnen ophouden en de centra uit Medicare en Medicaid-bronnen gefinancierd zouden kunnen worden (6).

Eveneens in 1966 werd de Partnership for Health Act aangenomen, die een "major consumer role" eiste in de planning van de gezondheidszorg (7). In 1969 werd door de president een "Health crisis" geconstateerd, de groepspraktijk op basis van vooruitbetaling werd aangeprezen als de oplossing voor de crisis.

In 1970 werd het idee van de "Health Maintenance Organization" geboren, in 1971 werd dit uitgekristalliseerd in de "Health Maintenance Act".

De bedoeling was te komen tot een organisatie van alomvattende medische diensten, met gegarandeerde bereikbaarheid, voor een ingeschreven populatie, die vrijwillig voor dit systeem gekozen had. De ingeschreven leden betalen een abonnementsprijs en de werkers worden op contract-basis betaald in plaats van per verrichting, dit mede om preventieve activiteiten te stimuleren.

(3) Vanuit gevestigde medische kring kreeg het HMO-plan weinig steun, de AMA (American Medical Association) vond dat het programma zich eerst moest bewijzen.

Binnen het HMO-concept bestaan verschillende organisatiemodellen, dat van de pre-paid grouppractice gekoppeld aan een ziekenhuis, en het gedecentraliseerde. In de laatste opzet worden de diensten verleend in de eigen praktijkruimten van individuele artsen. Voor de armen is het gedecentraliseerde HMO-model van weinig waarde omdat de vrijgevestigde artsen de arme wijken verlaten hebben.

Er zijn onvoldoende stimulansen om het HMO-idee tot een voor ieder gelijkmatig toegankelijk systeem van gezondheidszorg te laten uitgroeien - een National Health insurance (3) wordt als noodzakelijke

voorwaarde genoemd om tot een rechtvaardiger verdeling van de voor gezondheidszorg beschikbare mankracht en middelen te komen. Op het vlak van de medische beroepsuitoefening zelf viel eveneens in 1970 een belangrijk besluit: "gezinsgeneeskunde" werd als specialisme erkend.

Relaties met andere instellingen.

We gaan nog wat nader in op het ontstaan van de Neighbourhood Health Centers zoals die sinds 1965 in het kader van de "War on poverty" zijn gesticht, financieel ondersteund door het "Office of Economic Opportunity (OEO)" en later ook door het Department of Health, Education and Welfare.

Daarnaast bestaan nog de field clinics voor migrerende landarbeiders en hun gezinnen, en free clinics voor jonge mensen, die bemand worden door professionele vrijwilligers. Tenslotte noemen we dan nog, nauw verwant met de NHC, de Community Mental Health Centers. De initiatieven (7) werden van verschillende kanten genomen - dikwijls vanuit medische opleidingen, speciaal door afdelingen "Community Medicine", maar ook door algemene en academische ziekenhuizen, gemeentelijke gezondheidsdiensten en reeds bestaande groepspraktijken.

De uitbreiding van bestaande groepspraktijken tot NHC was de meest eenvoudige procedure, bestaande faciliteiten werden ook opengesteld voor niet-betalende patiënten, de verrichtingen werden door Medicaid of Medicare betaald. Een enkele keer lukte het met Medicaid tot overeenstemming te komen voor jaarlijkse betaling van een abonnements-bedrag per hoofd. De grootste problemen traden op bij pogingen bestaande poliklinieken van ziekenhuizen te laten functioneren als wijkgezondheidscentra. Aan het probleem van de vanuit ziekenhuizen georganiseerde integrale zorg, wijden Goodrich (11) e.a. in meer algemene zin een artikel, waarin zij de ervaringen van twintig jaar evalueren. De schrijvers lopen vier, vanuit ziekenhuizen georganiseerde "comprehensive care"-projecten, na en constateren uit de rapportages dat die om diverse redenen als intrekking van de financiering, ruimtegebrek en organisatorische moeilijkheden zijn gestaakt.

Zelf zoeken zij de oorzaak van het falen echter dieper, namelijk in de spanning tussen de primair op onderwijs en research gerichte benadering van de polikliniek en de eisen die een werkelijk op de bevolking gerichte aanpak stelt (zie ook (37)). De poliklinieken hebben een lange voorgeschiedenis van voornamelijk te functioneren als schepnet voor interessant demonstratie-materiaal terwille van het medisch onderwijs. Bovendien komen werkwijze en bestaansgrond van de specialist in het gedrang als hij zich meer consultatief zou gaan opstellen. Schrijvers suggereren dat het wellicht een betere oplossing zou zijn als vanuit de samenleving een beroep wordt gedaan op het ziekenhuis voor noodzakelijke specialistische faciliteiten, in plaats van dat het ziekenhuis doorgaat zijn territorium uit te breiden. Een pleidooi voor de "population based approach".

De meeste Neighbourhood Health Centers zijn echter vrijstaande centra. Het vinden van een behuizing hiervoor was dikwijls bijzonder moeilijk, zowel financieel als ruimtelijk. Een groot aantal centra

zijn dan ook uiterst gebrekkig gehuisvest (7).

De niet aan ziekenhuizen verbonden centra ervaren soms grote moeilijkheden in hun relaties met de ziekenhuizen in de buurt, waardoor de continuïteit van de zorg in het gedrang kan komen.

De meeste Amerikaanse specialisten kunnen hun patiënten zowel poliklinisch als klinisch behandelen, doordat ze gebruik kunnen maken van een bepaald aantal ziekenhuisbedden. Artsen die alleen in dienst werken van de nieuwere health centers missen deze faciliteit en moeten een beroep doen op andere specialisten voor klinische behandeling. De geneigdheid om medewerking te verlenen is vaak niet groot.

Dit is een van de redenen waarom betrekkelijk weinig artsen animo hebben om in de Neighbourhood Health Centers te werken (6).

Andere redenen zijn de onaantrekkelijke situering en slechte publiciteit waardoor er weinig continuïteit is in de stafbezetting. Ook Geiger (12) noemt het probleem van de relatie tussen health center en ziekenhuis; de trend van de laatste 40 jaar is geweest steeds meer zorg naar het ziekenhuis toe te trekken. Volgens die opvatting is het wijkgezondheidscentrum een satelliet van het ziekenhuis. De bevolking beleeft de relatie echter omgekeerd. Voor hun is het ziekenhuis de satelliet, het gezondheidscentrum de primaire bron. Geiger bepleit een actief beroep van uit de wijkgezondheidscentra op de ziekenhuizen.

Het is tenslotte interessant te weten om welke aantallen het gaat. Uit een artikel van Daniel Zwick (7) blijkt dat tussen 1965 en 1971 ongeveer 100 centra zijn gesticht met OEO-steun en ongeveer 50 met HEW-steun.

De financiële bijdragen van HEW loopt van 0 in 1967 op tot tweederde van het OEO-aandeel in 1971. Opmerkelijk is dat, voor zover door ons nagegaan, vrijwel alle literatuur betrekking heeft op ongeveer een half dozijn centra.

IV. DOEL EN MIDDELEN.

Uiteraard is er een nauwe relatie tussen het doel dat men middels het scheppen van een organisatie wil bereiken en de aard van de ingezette middelen, alsmede de organisatie-vorm. Bij een nieuwe opzet, als er nog geen ervaring is, zal men echter verschillend denken over de meest geëigende middelen, ook bij een gelijke of ongeveer gelijke doelstelling.

Allereerst de wettelijk vastgelegde doelstellingen.

Sparer (13), werkzaam bij het Office of Economic Opportunity, noemt het volgende:

- het mogelijk maken van integrale gezondheidszorg (preventie, diagnostiek, behandeling, follow-up);
- zoveel mogelijk met gebruikmaking van aanwezige middelen;
- diensten van hoge kwaliteit tegen redelijke kosten;
- bereikbaar voor lage inkomensgroepen;
- beantwoordend aan hun behoefte en met hun deelname;
- daarnaast het bieden van werkgelegenheid, voorlichting, scholing en maatschappelijke begeleiding.

Er werden bij de opzet van diverse centra echter meer pretentieuze doelen geformuleerd. Sparer geeft de volgende:

- het elimineren van armoede;
- het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking;
- verandering van het systeem van gezondheidszorg.

De initiatiefnemers van het Columbia Point health center (12) stelden zich ten doel:

hulpverlening te gebruiken als middel om verdergaande sociale veranderingen opgang te brengen of te vergemakkelijken, teneinde de armoedecyclus te doorbreken.

Voor het Martin Luther King Health Center, geliëerd met het Montefiore (14) Hospital, werden de volgende doelstellingen geformuleerd:

- het uitbreiden van de dienstverlening van artsen en verplegers;
- het coördineren van preventieve, sociale en therapeutische aspecten;
- patiëntenzorg op basis van het gezin;
- het opzetten van een systeem van integrale zorg thuis, in het gezondheidscentrum en in het ziekenhuis.

Breslow (4) werkt in een artikel in het Milbank Memorial Fund Quarterly, een organisatie-model uit voor "personal health services".

Primaire hulp moet volgens hem beschikbaar zijn dichtbij de plaats waar mensen wonen of werken en kan waarschijnlijk het beste verleend worden door kleine teams, waarin 3 à 5 artsen, 1 à 2 tandartsen, verplegers, assistenten, technici en ander personeel. Ieder team werkt voor 4 à 6000 mensen. Als artsen komen in aanmerking de nieuwe gezinsartsen of bijgeschoolde huisartsen, internisten en kinderartsen. Belangrijk is een persoonlijke arts-patiënt-relatie, maar de mensen moeten weten dat de andere teamleden ook voor hun klaarstaan.

Verscheidene teams zouden in een centrum ondergebracht kunnen worden en dan aangevuld met bijv. obstetrici, chirurgen, laboratorium-werkers, administratief personeel en optometristen. Totaal zou een centrum dan voor 20.000 à 30.000 mensen werken.

Er moeten nauwe relaties zijn met o.m. maatschappelijk werkers.

Meerdere primaire teams moeten vaste relaties hebben met een algemeen ziekenhuis en verscheidene ziekenhuizen worden ondersteund door een health science center, annex "medical school".

Een soort regionalisatie-model dus.

Welke mensen en hulpmiddelen waren nu beschikbaar ter verwezenlijking van het gestelde doel?

Werkeenheid in vrijwel alle Neighbourhood Health Centers is het Family-care team of de Family-care group. Samenstelling en werkwijze verschillen per centrum.

Enkele voorbeelden: in het Columbia Point health center (Bellin, Geiger 9) New York werken voor een bevolking van ca. 5.500 mensen drie family health care groups, elk bestaande uit een internist, een kinderarts, verscheidene wijkverplegers, ziekenverzoekers, maatschappelijk werkers en uit de bevolking gerecruteerde "community health aides".

In het Martin Luther King Jr. project (Wise 32) werken voor 12.000 gezinnen acht teams bestaande uit 2 wijkverplegers, 6 family health workers, een internist, een kinderarts, daarnaast een "health-advocate" (een nieuw soort werker die is opgeleid door juristen, gezondheidsvoorlichting specialisten en opbouwwerkers) en een tandarts, gespecialiseerde ondersteuning door een part-time psychiater of psycholoog en een half-time vroedvrouw. Geen star team-model.

In het Rochester Neighbourhood Health Center (Hillman, 2) werken 5 teams, elk bestaande uit een internist, een kinderarts, een gynaecoloog, twee verplegers en vier à vijf family health assistants voor een bevolkingsgroep van 9.000 mensen - dit zijn degenen die voor Medicaid in aanmerking komen en zich in het centrum hebben laten registreren uit een geografisch areaal waarin 21.000 mensen wonen-.

Een heel andere opzet heeft het Albany Medical College Community Medical Care program (Brunetto) 48). In dit project wordt gewerkt met Primary Care Teams waarin zes "primary-care nurses", zes "primary-care assistants", drie "health assistants", een maatschappelijk werker, een voedingsdeskundige, een part-time fysiotherapeut, administratieve krachten en een full-time internist, een full-time kinderarts en een part-time gynaecoloog. Iedere primary care nurse heeft de zorg voor 1.000 patiënten. In deze opzet zijn de primary nurses de teamleiders, zij hebben een centraliserende en coördinerende taak.

Enige overeenkomst hiermee vertoont het door Golden (38) beschreven non-physician family health team een resultaat van gezamenlijke inspanning van de East Baltimore Community Corp. en het John Hopkins Medical Institute.

In dit team verlenen drie algemene werkers, een family health advocate, een family health assistant en een family health associate primaire hulp.

Artsen werken voornamelijk consultatief, de family health associate bepaalt wanneer verwezen moet worden. Alleen de associate heeft een volledige opleiding als verpleger, of als lid van een militair medisch legeronderdeel gehad. De andere twee hebben een beperkte, gerichte opleiding.

Torrens (6) noemt een aantal voorwaarden voor family medical care, het hele gezin is geregistreerd bij het centrum, er is een vaste coördinerende arts voor het hele gezin, alle gezinsleden worden na inschrijving onderzocht, er is een goed functionerende gezinskaart. Zijn ervaring is dat veelal aan die voorwaarden niet wordt voldaan. De gezinsleden laten zich pas inschrijven bij acute ziekte, van geneeskundig onderzoek na inschrijving komt meestal weinig terecht, laat staan

van onderzoek van alle gezinsleden. De artsen zijn meestal specialisten en daardoor niet in een positie om alle gezinsleden te behandelen en een effectieve en makkelijk te hanteren gezinskaart is nog niet uitgevonden.

Verder constateert hij dat het concept van "team medical care" in de zin van een vast team voor een vaste bevolkingsgroep, met vaste wekelijkse teambesprekingen, veelal is verlaten. Er wordt steeds meer gewerkt met ad hoc teams, d.w.z. een team gegroepeerd zondom de problematiek van een bepaald gezin.

V. DE DIVERSE CATEGORIEËN HULPVERLENERS NADER BESCHOUWD.

Alvorens zinvol in te kunnen gaan op zaken als de relaties in de hierboven zo belangrijk gebleken teams, de taakverdeling, kwesties van delegatie etc. is het nodig wat langer bij de diverse categorieën werkers stil te staan. Mede omdat een vergelijking met de Nederlandse situatie niet altijd mogelijk is.

De verplegers.

In het Martin Luther King Jr. Health Center (14) is de public health nurse practitioner een soort wijkverpleeger, degene die het "family care plan" opstelt, afspraken maakt voor routine-onderzoek en de gezinskaarten bijhoudt. Zij organiseert de team-besprekingen en zit ze voor, en coördineert activiteiten van het team met die van andere medische en sociale instellingen. Ze heeft de supervisie over de family health workers, die ze ook soms vergezelt op huisbezoeken. Bovendien is ze opgeleid voor het uitvoeren van de jeugdhygiëne; de normale prenatale en postnatale zorg (uitgezonderd het eerste onderzoek) en van preventief onderzoek van volwassenen (zoals het opdracht geven voor thorax-foto's). Ook kan ze hulp verlenen in psychiatrische crisissituatie en heeft ze chronische zieken in zorg.

In het Rochester Neighbourhood Health Center (23) doen de verplegers jeugdhygiëne en zwangerschapsconctrôle. Verder verlenen ze hulp bij ziekte, voornamelijk informatief en helpen ze bij het oplossen van bijkomende sociale, psychische en economische problemen. Ze leggen contacten met instanties, maken afspraken en lopen die na, en organiseren vervoer naar het gezondheidscentrum.

In het Columbia Point Health Center (12) is de klassieke scheiding tussen public health nurse (wijkverpleger) en health center nurse opgeheven ten einde van alle verplegers "community health nurses" te maken.

In het Community Medical Care Program van het Albany Medical College functioneert de "primary care nurse" als "primary health care nurse" (15), vertrouwenspersoon in eerste instantie dus. De omschrijving van de rol van deze persoon luidt: een gediplomeerde gezondheidswerker die verantwoordelijk is voor de medische hulpverlening aan individuen, die daarbij een onafhankelijke beslissingsbevoegdheid heeft en een beoordelingsbevoegdheid binnen de grenzen van zijn kennis en vaardigheid. Hij vraagt raad of medebehandeling aan mensen met een andere opleiding als dat voor de patiënt nodig is.

De primary care nurse werkt samen met de arts wat betreft het bewaken van de gezondheid, het definiëren van problemen en de directe hulpverlening. De primary care nurses zijn de coördinatoren van de hulpverlening en de leiders van de "primary care teams".

Hun taken zijn onderverdeeld in een categorie die ze onafhankelijk kunnen uitvoeren, een categorie die samen met anderen wordt verricht en een categorie waarbij directe supervisie van anderen vereist is. Onder de taken die de primary care nurse onafhankelijk kan uitvoeren, vallen coördinatie van de zorg voor chronisch zieken. Huisverpleging, volledige anamnese en onderzoek van gezonde babies en volwassenen, ongecompliceerde pre- en postnatale zorg, informatie over family planning, oriënterend onderzoek bij acute gevallen, telefonisch advies

en verwijzing, onderwijs aan en supervisie van de para-professionele en administratieve staf, uitvoering of delegatie van onderzoek als venapuncties, audiometrie, cytologisch onderzoek etc.

Samen met anderen neemt de beslissingen over plaatsing van patiënten in instituten, stelt ze een hulpverleningsplan op en geeft ze steun en advies aan gezinnen met problemen.

Onder directe supervisie bedrijft ze ook medische diagnostiek van acuut zieken, neemt de beslissingen over therapie, geeft ze psychotherapie en advies aan mensen met emotionele- of gedragsstoornissen, regelt ze ziekenhuisopnames etc.

De beschrijving betreft een eerste groep zorgvuldig geselecteerde, volledig gekwalificeerde verplegers, die gedurende drie maanden aan een intensief trainingsprogramma deelnamen. Drie maanden bleek te kort, de primary care nurses voelden zich in het begin nog te onzeker in het hanteren van hun nieuw verworven kundigheden.

Ook in het Harvard Community Health Plan (36) hebben verplegers een belangrijk deel van de taken van artsen overgenomen: 70-80% van de ambulante hulpvragen worden door verplegers afgehandeld. Ook alle telefoontjes worden persoonlijk door een verpleger aangenomen en beoordeeld. De verplegers hanteren hierbij door de medische staf opgestelde richtlijnen. De toegankelijkheid van het centrum zou hierdoor belangrijk groter geworden zijn voor de patiënten.

De artsen.

De rol van de artsen is in de beschreven gevallen - in theorie althans min of meer complementair aan die van de verplegers.

In het Martin Luther King Center (14) werken de artsen als raadgevers, leraren en primaire hulpverleners, met en zonder afspraak. In het Albany Med. College Community Med. Care Program hebben de artsen een "open" dagindeling. Alle afspraken worden in eerste instantie met de primary care nurse gemaakt, zij roept, als ze dat nodig vindt, de hulp van de arts in. Op deze wijze doet de arts werk wat meer in overeenstemming is met zijn opleiding.

Adamson (18) haalt een analyse van de taken van een arts aan, gemaakt door Kittick (21): volgens Kittick besteedt een arts gemiddels ongeveer 2% van zijn werk aan het soort gevallen dat het hoofdbestanddeel uitmaakt van zijn opleiding. (De vraag lijkt ons dan wel om wat voor soort artsen het hierbij gaat, mede gezien de in de Verenigde Staten ver voortgeschreven specialisatie.)

De maatschappelijk werkers.

In de doorgenomen artikelen komt de rol en taak van maatschappelijk werker in gezondheidscentra weinig uit de verf. Alleen in het artikel van Bauta en Fox (16) wordt hun functioneren in het Columbia Point Health Center enigszins duidelijk. De gegevens voor dit artikel zijn verkregen uit interviews met alle werkers, over een twee jaar tevoren afgesloten periode. Ten tijde van het onderzoek werkten de maatschappelijk werkers geen van allen meer in Columbia Point, velen van de andere werkers nog wel. De maatschappelijk werkers zagen zichzelf vooral als psychiatrische case-workers of gezins case-workers. Hun voornaamste interesse was de psycho-dynamiek van het gezin. Hun contacten kwamen vrijwel steeds tot stand via verwijzingen door artsen

of wijkverplegers. De maatschappelijk werkers weigerden echter vaak op de verwijzingen in te gaan, wat aanleiding gaf tot irritatie. Ze hadden er bezwaar tegen dat ze overwegend instrumenteel werden gebruikt, bijv. om uitkeringen of een betere behuizing los te krijgen bij instanties.

Het meest werden de maatschappelijk werkers gewaardeerd om hun adviezen aan andere werkers (consultatie).

Dat de case-work oriëntatie van het maatschappelijk werk moeilijkheden zou kunnen opleveren in wijkgezondheidscentra was al eerder, in 1961, onderkend door de organisatoren van het "Gouverneur Health Services Program" (35) van het Beth Israel Medical Center, New York.

(Dit programma was de voorloper van het office for Economic Opportunity.)

De maatschappelijk werkers in dit programma werden geacht verantwoording op zich te nemen voor ieder aangeboden probleem, zonder selectie; aantekeningen maakten zij direct op de patiëntenkaarten, ze hadden dus geen aparte registratie; er moest een directe toegankelijkheid zijn voor cliënten, zonder wachtlijst; de maatschappelijk werkers moesten een open oog hebben voor de onmiddellijke noden van hun cliënten, niet afdwalen in abstracties; en er moest actieve "agressieve" hulp geboden worden gericht op het veranderen van de omgeving.

Light (35) stelt dat dit in feite een terugkeer zou betekenen naar de oorspronkelijke grondprincipes van het maatschappelijk werk, "van voor de dagen van zijn pre-occupatie met zijn eigen professionele status en zijn overdreven aandacht voor een plaats gelijkwaardig maar apart van de medische".

De oorspronkelijke grondprincipes van het maatschappelijk werk waren volgens Light:

- geloof in het recht op zelfbeschikking van ieder individu;
- bescherming van de weerlozen tegen de macht van de instituties;
- gelijke bereikbaarheid van de diensten voor allen;
- geloof in zelfhulp;
- verandering van de maatschappelijke omgeving d.m.v. sociale actie in samenwerking met de cliënt.

De artsen-assistenten.

Zwick (7) schrijft in zijn overzichtsartikel dat nurse-practitioners en andere physician expanders steeds meer werk overnemen van artsen. De ervaringen zijn gunstig.

In landelijke gebieden werken nurse-practitioners soms zelfstandig in satelliet-poliklinieken.

Adamson (18) geeft in een artikel "Critical issues in the use of physician associates en physician assistants" een overzicht van de verschillende manieren waarop en kaders waarin "physician expanders" werken.

Physician associates noemt ze werkers die onafhankelijk kunnen oordelen door een hogere opleiding en zelfstandig adviezen kunnen geven. Onder deze categorie vallen ook de hiervoor genoemde nurse-practitioners en public health nurse practitioners.

Physician assistants zijn werkers die de productiviteit van het medische systeem verhogen, doordat ze routine-matig en technische taken kunnen overnemen. Het idee is afkomstig uit de militaire geneeskunde. Er worden drie typen assistenten onderscheiden:

type A - een "generalist", die samenwerkt met een plattelandsarts;
type B - die samenwerkt met een specialist en een aantal nauw omschreven, technische taken uitvoert; en
type C - ook een algemene werker, maar tot minder zelfstandigheid opgeleid dan type A.

Er is voor deze werkers een 2-jarige opleiding gecreëerd. Kandidaten voor de opleiding zijn goed getrainde, onafhankelijke militaire verzorgers. De universiteit van Duke heeft een programma opgezet, wat tot doel heeft de assistenten voor te bereiden alles te doen waartoe de arts hem zou kunnen programmeren.

Het Redex-programma (Washington) leidt speciaal het type A assistenten op, in verband met het tekort aan artsen in de staat Washington buiten de steden. Over het werk van de assistenten merkt Adamson op dat een systematische kwaliteitscontrole en evaluatie nodig is. Bovendien moet gewaakt worden voor overproductie van deze werkers maar dat zal wel meevallen, omdat met het ophouden van de Amerikaanse participatie in de Vietnam-oorlog de aanvoer van militairen met een medische basistraining is opgehouden.

Daarnaast is de vraag hoe het publiek reageert. Gebleken is dat de acceptatie het grootst is in de middengroepen, de lagere klassen begrepen de rol van de assistent niet, de hogere klassen gaven de voorkeur aan direct contact met een arts. Een goede instructie bleek van doorslaggevend belang.

VI. TEAMLEIDING EN BESLISSINGSBEVOEGDHEID.

Vrijwel in elke organisatie kan men een onderscheid maken tussen de formele organisatie en de informele organisatie.

De eerste betreft de organisatie systematiek zoals die officieel is vastgesteld. Papier is echter geduldig en in feite zien we veelal een grotere of kleinere afwijking van het officiële schema. Het is wenselijk dat de verschillen zo gering mogelijk zijn. Zulks vermindert de kans op onduidelijkheid en fricties.

Uit de geraadpleegde literatuur komt naar voren dat er in de centra ook sprake is van verschillen tussen hetgeen men afspreekt of in theorie nastreeft t.a.v. de leiding en hetgeen de praktijk te zien geeft.

Uit een overzichtsartikel van Torrens (6) valt op te maken dat de feitelijke leiding dikwijls bij een arts berust als onderdeel van het concept "family medical care" ziet hij een arts die de zorg voor een heel gezin coördineert. Geiger (12) schrijft dat in het Columbia Point NHC nadrukkelijk gepoogd is de family health care group te maken tot iets anders dan het klassieke, door artsen geleide, team.

In het Martin Luther King Jr. Health Center (14) is de centrale, coördinerende rol toebedacht aan de public health nurse practitioner (dit is een soort wijkverpleegster met uitgebreide bevoegdheden).

Een overeenkomstige centrale en leidende rol heeft de primary care nurse in het Albany Med. College Comm. Med. Care Program (15).

Uit een bijzonder lezenswaardig artikel van Bauta en Fox (16) in Social Science and Medicine blijkt dat het leiderschap niet altijd terecht komt waar het bedoeld was, volgens hun antwoorden in interviews afgenomen na 3 jaar functioneren van het Columbia Point Health Center voelden de artsen in het Columbia Point Health Center zich in het algemeen wel degelijk de leiders van de teams. En met name door de maatschappelijk werkers werden de artsen als autoritair aangeduid.

Beckhard (17) legt er in een artikel over organisatorische aangelegenheden de nadruk op dat het doorbreken van de klassieke hiërarchische relaties tussen verschillende werkers in de gezondheidszorg problemen oproept, en geleerd moet worden.

Wie spreekt over leiderschap en beslissingsbevoegdheid wordt direct geconfronteerd met het probleem van delegatie omdat het in elke organisatie van enige omvang onmogelijk is dat de leider er van alle beslissingen neemt en de anderen alleen als uitvoerders functioneren.

De problematiek van delegatie heeft veel facetten waarop wij hier uiteraard niet in extenso in kunnen gaan.

Naast efficiency overwegingen spelen wensen t.a.v. inspraak van beneden af, werkmotivatie, belang van de cliënt/patiënt, snelheid van handelen e.d. een grote rol.

In de bedrijfseconomische theorie gebruikt men bij het benaderen van de delegatie-problematiek vaak twee ingangen. In delegatie ziet men dan in de eerste plaats een mogelijkheid om de spanwijdte van de leiding te vergroten (enlarging the span of control). Het gaat er dan om dat grote organisaties toch beheersbaar blijven door de leiders te ontheffen van alle niet essentiële taken.

De tweede ingang vormen efficiency-overwegingen, waarbij uiteraard ook kosten-overwegingen een grote rol spelen: geen eenvoudig werk laten doen door "dure" krachten. Overwegingen van de laatste soort treffen wij ook aan in de geraadpleegde literatuur.

Beckhard (17) schrijft: "De organisatie-effectiviteit is maximaal als de beslissing genomen wordt zo dicht als mogelijk is bij "de bron" van het probleem".

Geiger (12): "Beslissingen moeten worden genomen afhankelijk van de aard van het probleem door de persoon die de meeste kennis van zaken heeft".

Ook hier blijkt de praktijk nogal eens anders dan de theorie, ook omdat geen van de werkers voor dit soort team-work is opgeleid (14).

Bij delegatie gaat het om overdracht van taken van boven naar beneden van de top in de hiërarchie naar de basis. Dit in tegenstelling tot "taakverdeling". Taken kunnen verdeeld worden tussen mensen die naast elkaar staan dus in een horizontale organisatie.

Uiteraard kan men nooit meer overdragen dan men zelf heeft en hoort bij de overdracht van de taak de overdracht van een passende bevoegdheid, niet meer en niet minder. Degeen aan wie de taak wordt overgedragen wordt ook verantwoordelijk voor dat werk en de goede uitvoering daarvan. Degeen die delegeert blijft echter (ook) zelf verantwoordelijk. Maar primair wordt hij verantwoordelijk voor het kiezen van de juiste man c.q. vrouw op de juiste plaats.

Verder is een onderscheid mogelijk tussen wat we een "overall"-delegatie zouden kunnen noemen waarbij alle eenvoudige bestanddelen van een taken-pakket worden overgedragen en een delegatie van zeer nauwkeurige omschreven taken (wat niet wegneemt dat ook in het eerste geval goed omschreven moet worden welke touwtjes degeen die delegeert in handen blijft houden). Ter verduidelijking: in het eerste geval kan men denken aan de onder een directeur staande bedrijfsleider of aan de relatie van de arts tot physician's assistants hiervoor genoemd of tot de elders functionerende feldsher (Rusland), barefoot doctor (China) of medical assistant (Afrika).

In het tweede geval aan de relatie huisarts-laborante in een groepspraktijk of huisarts-vroedvrouw. De deeltaak zal in het laatste geval door meer routine en specifieke opleiding door degeen aan wie die is opgedragen vaak beter worden vervuld dan in de oorspronkelijke situatie (vandaar dat huisartsen met weinig bevallingen per jaar er vaak terecht mee stoppen).

Wat de delegatie in de medische setting in de V.S. in het algemeen betreft - uit een enquête door Coye (20) aangehaald door Adamson (18) - blijkt dat weinig Amerikaanse artsen geneigd zijn taken te delegeren. Een oorzaak hiervoor zoekt Adamson in de wil van de artsen om het gezondheidszorg-systeem te blijven beheersen. Delegatie van een taak zou machtsoverdracht kunnen betekenen en eventueel verlies van inkomsten. Coye redeneert dat, aangezien het inkomen van een arts nauw samenhangt met wat hij doet, economische overwegingen hem beïnvloeden om zoveel mogelijk taken vast te houden.

Kittick suggereerde dat vrouwenartsen in de V.S. de best betaalde vroedvrouwen ter wereld zijn.

In dit verband is interessant de opmerking van Beckhard (17) dat nagedacht moet worden over de consequenties voor de salariëring als dezelfde taken door verschillende personen verricht kunnen worden.

Lewis en Betnik (22) hebben in hun artikel "Nurse Clinics and Progressive Ambulatory Care" een poging gedaan de taakverdeling tussen artsen, verplegers en patiënten te systematiseren: artsen zijn nodig in het acute, intensieve stadium van een ziekte, verplegers in een tussentijdse bewakingsfase in een eventueel chronisch stadium moet de patiënt zichzelf grotendeels kunnen helpen.

In zijn al eerder aangehaalde artikel beklemtoont Beckhard (17) dat er sprake is van tegenstrijdige of onverenigbare verwachtingen ten aanzien van de prestaties van bepaalde teamleden binnen een team. In overleg moeten prioriteiten worden gekozen als de verwachtingen de capaciteit van een persoon te boven gaan. Een omschrijving van de eigen werkzaamheden, naast een beschrijving van de gewenste situatie, kan een goed middel zijn om te komen tot alternatieven van de klasieke situatie waarin (medische) hulpverlening althans in principe een artsen-zaak is. De veranderingen zullen zowel verschuivingen binnen het beschikbare potentieel betreffen alsook uitbreidingen van het totale dienstenpakket.

De uitbreidingen komen meestal voort uit het streven naar een betere, meer continue, meer preventief gerichte gezondheidszorg. Voor de verschuivingen blijkt heel dikwijls het motief te zijn dat bepaalde taken net zo goed door minder dure krachten dan artsen verricht kunnen worden (18) (7) waardoor op grote schaal bezien de artsenschaarste minder nijpend wordt en de beschikbare mankracht effectiever gebruikt. Bovendien zou op den duur de kostenstijging in de gezondheidszorg worden beteugeld. Termen als physician-extenders (19), physician-expanders (7) physician-associates en physician-assistants wijzen duidelijk in deze richting en hebben betrekking op de hierboven als eerste beschreven vorm van delegatie. Illustratief is de inleidende zin van een artikel van Golladay (19) onder de titel "Allied Health Manpower Strategies, Estimates of the potential gains from efficient task delegation": "In deze studie wordt de mogelijke betekenis van "physician-extenders" voor de productiviteit van de eerstelijns hulp geanalyseerd, en worden de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de toekomstige behoefte aan mankracht overwogen. Het model toont (met wiskundige berekeningen) aan dat "physician-extenders" de productiviteit van een representatieve huisartsenpraktijk met ruim 70% zouden kunnen verhogen".

Er blijkt in de verwachtingen ten aanzien van verplegers een discrepantie te bestaan tussen die van de American Medical Association (AMA) en de American Nursing Association. De AMA staat een ontwikkeling van de verplegersrol voor in de richting van "extending the hands of the physician" - verlengstuk van de handen van de arts (het washandje van de dokter). Voornaamste eis aan de opleiding is dat de verpleger zich vrijwillig leert voegen naar de wensen van de arts. De American Nursing Association daarentegen (Adamson (18)) wil verplegers opleiden in gespecialiseerde instituten voor hogere scholing. Behalve dat verplegers genoemd worden als goedkope vervangers van artsen, komt ook hun unieke "psychologische bijdrage" in de medische hulpverlening aan de orde. (Adamson(18)). De feitelijke ontwikkeling gaat in deze richting. Bijvoorbeeld bestaat er als afdeling van de California School of Medicine een opleiding voor een "Family Health Practitioners Masters Degree".

Wat betreft de specifieke taak van het maatschappelijk werk en wat

hier in feite van terecht is gekomen verwijzen we naar hetgeen daarover te berde gebracht zal worden in het volgende hoofdstuk "Leiding en begeleiding".

Terzijde vermelden we nog dat onze indruk met de literatuur is dat in de meeste gezondheidscentra de geestelijke gezondheidszorg zwak vertegenwoordigd is.

Terugkijkende in de geschiedenis valt op dat de beroepen die de arts ten dele vervangen in de Amerikaanse samenleving vooral ontwikkeld zijn ten behoeve van de zorg voor de armen (18).

Hierboven werd ook genoemd de verbetering (uitbreiding) van het dienstenpakket.

Als een belangrijk manco in de Amerikaanse gezondheidszorg werd reeds genoemd het gebrek aan continuïteiten van de zorg, met name voor de armen. Vergroting van die continuïteit is een hoge prioriteit in alle beschreven projecten.

Dit betekent ook dat zoveel als mogelijk gestreefd wordt naar continuïteit in de persoon van de hulpverlener, vooral van de arts (4), (7) (13). Alleen in het Albany Community Medical Care Programma is deze eis verschoven naar de public health nurse practitioner.

Uit het artikel van Zwick (7) blijkt wel dat van deze continuïteit niet altijd veel terecht komt, van de totaal ca. 1000 artsen die in Neighbourhood Health Center werken, zijn er slechts 35 à 40% in volledige dienst en de wisseling van staf is hoog. De halfwaardetijd is ongeveer 2 jaar.

Lewis en Betnik (22) hebben in hun artikel "Nurse Clinics and Progressive Ambulatory Care" een poging gedaan de taakverdeling tussen artsen, verplegers en patiënten te systematiseren: artsen zijn nodig in het acute, intensieve stadium van een ziekte, verplegers in een tussentijdse bewakingsfase in een eventueel chronisch stadium moet de patiënt zichzelf grotendeels kunnen helpen.

In zijn al eerder aangehaalde artikel beklemtoont Beckhard (17) dat er sprake is van tegenstrijdige of onverenigbare verwachtingen ten aanzien van de prestaties van bepaalde teamleden binnen een team. In overleg moeten prioriteiten worden gekozen als de verwachtingen de capaciteit van een persoon te boven gaan. Een omschrijving van de eigen werkzaamheden, naast een beschrijving van de gewenste situatie, kan een goed middel zijn om te komen tot alternatieven van de klasieke situatie waarin (medische) hulpverlening althans in principe een artsen-zaak is. De veranderingen zullen zowel verschuivingen binnen het beschikbare potentieel betreffen alsook uitbreidingen van het totale dienstenpakket.

De uitbreidingen komen meestal voort uit het streven naar een betere, meer continue, meer preventief gerichte gezondheidszorg. Voor de verschuivingen blijkt heel dikwijls het motief te zijn dat bepaalde taken net zo goed door minder dure krachten dan artsen verricht kunnen worden (18) (7) waardoor op grote schaal bezien de artsenschaarste minder nijpend wordt en de beschikbare mankracht effectiever gebruikt. Bovendien zou op den duur de kostenstijging in de gezondheidszorg worden beteugeld. Termen als physician-extenders (19), physician-expanders (7) physician-associates en physician-assistants wijzen duidelijk in deze richting en hebben betrekking op de hierboven als eerste beschreven vorm van delegatie. Illustratief is de inleidende zin van een artikel van Golladay (19) onder de titel "Allied Health Manpower Strategies, Estimates of the potential gain from efficient task delegation": "In deze studie wordt de mogelijke betekenis van "physician-extenders" voor de productiviteit van de eerstelijns hulp geanalyseerd, en worden de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de toekomstige behoefte aan mankracht overwogen. Het model toont (met wiskundige berekeningen) aan dat "physician-extenders" de productiviteit van een representatieve huisartsenpraktijk met ruim 70% zouden kunnen verhogen".

Er blijkt in de verwachtingen ten aanzien van verplegers een discrepantie te bestaan tussen die van de American Medical Association (AMA) en de American Nursing Association. De AMA staat een ontwikkeling van de verplegersrol voor in de richting van "extending the hands of the physician" - verlengstuk van de handen van de arts (het washandje van de dokter). Voornaamste eis aan de opleiding is dat de verpleger zich vrijwillig leert voegen naar de wensen van de arts. De American Nursing Association daarentegen (Adamson (18)) wil verplegers opleiden in gespecialiseerde instituten voor hogere scholing. Behalve dat verplegers genoemd worden als goedkope vervangers van artsen, komt ook hun unieke "psychologische bijdrage" in de medische hulpverlening aan de orde. (Adamson(18)). De feitelijke ontwikkeling gaat in deze richting. Bijvoorbeeld bestaat er als afdeling van de California School of Medicine een opleiding voor een "Family Health Practitioners Masters Degree".

Wat betreft de specifieke taak van het maatschappelijk werk en wat

hier in feite van terecht is gekomen verwijzen we naar hetgeen daarover te berde gebracht zal worden in het volgende hoofdstuk "Leiding en begeleiding".

Terzijde vermelden we nog dat onze indruk met de literatuur is dat in de meeste gezondheidscentra de geestelijke gezondheidszorg zwak vertegenwoordigd is.

Terugkijkende in de geschiedenis valt op dat de beroepen die de arts ten dele vervangen in de Amerikaanse samenleving vooral ontwikkeld zijn ten behoeve van de zorg voor de armen (18).

Hierboven werd ook genoemd de verbetering (uitbreiding) van het dienstenpakket.

Als een belangrijk manco in de Amerikaanse gezondheidszorg werd reeds genoemd het gebrek aan continuïteiten van de zorg, met name voor de armen. Vergroting van die continuïteit is een hoge prioriteit in alle beschreven projecten.

Dit betekent ook dat zoveel als mogelijk gestreefd wordt naar continuïteit in de persoon van de hulpverlener, vooral van de arts (4), (7) (13). Alleen in het Albany Community Medical Care Programma is deze eis verschoven naar de public health nurse practitioner.

Uit het artikel van Zwick (7) blijkt wel dat van deze continuïteit niet altijd veel terecht komt, van de totaal ca. 1000 artsen die in Neighbourhood Health Center werken, zijn er slechts 35 à 40% in volledige dienst en de wisseling van staf is hoog. De halfwaardetijd is ongeveer 2 jaar.

VII. LEIDING EN BEGELEIDING.

In verband met de vele strubbelingen wordt ten onzent veel nadruk gelegd op de agogische begeleiding van de teams. Zoals uit het voorgaande blijkt zijn de moeilijkheden waarmee werkers in wijkgezondheidscentra te maken krijgen, in de V.S. evenmin gering als in Nederland. Bezien wij vervolgens wat de geraadpleegde literatuur oplevert over het fenomeen begeleiding.

Zwick (7), die vanuit zijn positie bij het Departement of Health, Education and Welfare met veel centra contact heeft gehad, signaleert een algemeen tekort aan gekwalificeerde managers. Hij vindt dat de medische opleidingen en grote ziekenhuizen in deze te weinig steun verlenen.

Beckhard, consulent van de organisatorische studiegroep van de Sloan School of Management aan het Massachusetts Institute of Technology, pleit er voor dat in de gezondheidszorg meer gebruik zal worden gemaakt van organisatorische deskundigheid, vooral in nieuwe projecten. Volgens hem zou ook in de medische opleiding meer aandacht gegeven moeten worden aan de ontwikkeling van organisatorische kwaliteiten. Opvallend is dat in de taakomschrijving die hij geeft voor de organisatorische leider in bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum, puur organisatorische taken voorkomen naast (agogisch) begeleidende. Hij moet "zorg dragen voor een proces van geïntegreerde diagnostiek en behandeling van complexe problematiek. Hij moet wrijvingen opvangen en zorgen dat beslissingen op de juiste plaats genomen worden, door degene die het best op de hoogte is, dat er een goede informatie overdracht is, dat er bescholings- en trainingsprogramma's komen, evenals groepstraining, en hij moet een op de patiënten gerichte hulpverlening in stand houden."

Beckhard (17) wijst er op het belang van de communicatie. Een veelvoorkomend model is dat waarin gerapporteerd wordt langs verticale, hiërarchische lijnen, binnen een "specialisme" - dit houdt in dat de uiteindelijke verantwoording bij de topmensen ligt, en dat door hen de belangrijke beslissingen genomen worden. Bijvoorbeeld: de verpleegster rapporteert aan de eerste verpleegster, zij aan de hoofdverpleegster en die weer aan de medisch directeur. (We vinden dit ook bij het klassieke defensie-apparaat terug met de onderdelen leger, vloot en luchtmacht naast elkaar, vaak met een gebrek aan coördinatie op allerlei niveaus.)

In een gezondheidscentrum werkt dit model wel bijzonder slecht. Het is strijdig met de team-opzet en werkt fragmentatie van de hulpverlening in de hand. (Bijzonder gecompliceerd wordt de situatie als er ook een relatie met een (groot) ziekenhuis is.)

Een beter model is wat Beckhard noemt het "marktgerichte" model. Het team heeft een eigen verantwoordelijkheid en brengt rapport uit aan een "unit manager", die verder de relaties met de grotere organisatie(s) regelt. Alle beschikbare specialisten ondersteunen het team. Daarnaast is er sprake van beroepsmatige begeleiding voor ieder teamlid.

Aparte aandacht moet er binnen de organisatie zijn voor persoonlijke ontwikkeling en carrièreplanning, en voor toekomstplanning van de organisatie als geheel.

Hiervoor zijn andere communicatielijnen nodig dan voor het dagelijks

functioneren - maar de coördinatie hoort tot de taken van de algemene organisatorische leider. Dit geldt ook voor onderwijs en bijscholing, waarvoor een strategie ontwikkeld moet worden die er op gericht is dat ieder de additionele informatie krijgt die hij nodig heeft.

In alle centra is sprake van team-overleg, maar de wijze waarop en de frequentie waarmee zijn niet dezelfde.

Torrens (6) schrijft in zijn artikel over bestuurlijke problemen dat de vaste wekelijkse team-besprekingen voornamelijk nuttig blijken voor onderlinge bijscholing en ter onderlinge stimulering (educational and morale building), niet zozeer voor de directe hulpverlening. De communicatieproblemen zijn vaak groot, o.a. doordat de beste geïnformeerde mensen soms over minder verbale vermogens beschikken.

Ook in het Martin Luther King Jr. Health Center (14) was de wekelijkse team-bespreking meestal niet effectief voor het verbeteren van de communicatie. De moeilijkheden om een dergelijke bijeenkomst goed te laten verlopen, waren formidabel.

De "primary care groups" in het Columbia Point Health Center (12) kwamen dagelijks bijeen om de afspraken van die dag door te nemen, evenals de eerste hulp bezoeken van de vorige avond en om speciale problemen te bespreken. De leden van deze "primary care groups" vormden wel vaste teams.

Pogingen om de communicatie binnen en de effectiviteit van de teams te vergroten zijn er zeker gedaan.

Pleidooien voor hulp bij en meer aandacht voor het vergroten van de team-effectiviteit zijn echter talrijker dan verslagen van processen van team-begeleiding.

Beckhard (17) stelt algemeen dat hulp nodig is bij het vergroten van de team-effectiviteit.

Wise (14) citeert een van de medewerkers van Sloan School: "Het is naïef een zeer heterogene groep mensen bijeen te brengen en te verwachten dat ze door een team te noemen, zich ook als een team zullen gaan gedragen. Er zit een zekere ironie in als je je realiseert dat een voetbalteam 40 uur per week besteedt aan het oefenen van teamsamenwerking terwille van de twee uur op zondagmiddag dat hun teamwork er werkelijk op aan komt. Teams in organisaties besteden zelden twee uur per jaar aan training, terwijl hun vermogen op als team te functioneren 40 uur per week van belang is".

Ook Torrens (6) noemt de moeilijkheden die het goed functioneren van de teams in de weg staan.

In hun artikel dat gebaseerd is op interviews met stafleden van het Columbia Point gezondheidscentrum stellen Bauta en Fox dat tien tot twintig procent van de tijd besteed had moeten worden aan het vergroten van de team-effectiviteit.

Ook concluderen zij dat gezamenlijke training tijdens de studie noodzakelijk is.

Rubin en Beckhard (32) schrijven onder de titel "Factors influencing the effectiveness of health teams": "Het team heeft twee even belangrijke taken: het geven van gezondheidszorg, en het voortdurend eraan werken om zichzelf te ontwikkelen tot en te handhaven als een goed functionerend team, teneinde de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen".

Ditzelfde artikel is het enige dat wij vonden dat een procesbeschrij-

ving geeft van een poging tot verhoging van de team-effectiviteit. Het beschreven proces is de "action-research approach". Het gaat over de tussenkomst van deze twee Sloan-school consultants in een vastgelopen team. De consultants begonnen de problemen te inventariseren door middel van vraaggesprekken met alle teamleden afzonderlijk. Uit deze vraaggesprekken maakten zij een samenvatting, die, zonder dat namen werden genoemd, aan het hele team werd voorgelegd. Het team stelde vervolgens in overleg een volgorde van belangrijkheid vast in de aangereikte problemen. Daarna werden beslissingen genomen hoe andere mogelijkheden konden worden gezocht, wat veranderd moest worden, wie welke verantwoordelijkheden op zich zou nemen en hoe de vooruitgang gemeten kon worden.

Een probleem dat in de beschreven situatie (het Martin Luther King Jr. Health Center) sterk naar voren kwam, was het onbevredigende verloop van de wekelijkse team-besprekingen. Er werden een actieplan opgesteld om tot verbetering te komen, dat onder meer inhield: straffere agendering, roterend voorzitterschap, instelling van commissies voor bepaalde onderwerpen, aanwijzing van waarnemers van het teamgebeuren en regelde evaluatie.

Rubin en Beckhard noemen als belangrijke criteria in een groepssituatie: de gestelde doelen, de rolverwachtingen, zowel intern als extern, de beslissingsprocedure, de communicatiepatronen, het leiderschap en de groepsnormen. Aan al deze factoren zal aandacht besteed moeten worden. "Hierbij kan", aldus Rubin en Beckhard, "aanvankelijk de hulp van een buitenstaander nodig zijn, maar het team kan veel dingen zelf leren doen. Het team moet een zichzelf vernieuwend organisme worden, door te experimenteren met nieuwe werkwijzen - het dient zichzelf als "een patiënt" te beschouwen".

Moeilijkheden die zich in de teams voordoen zijn onder meer: onzekerheid ten gevolge van doorbroken klassieke hiërarchische patronen (14) en onbehagen over het onbedoeld voortbestaan van dezelfde hiërarchische patronen (16) en communicatieproblemen tussen verschillende beroepsgroepen - de communicatie binnen eenzelfde beroepsgroep verloopt dikwijls makkelijker (6). Grote solidariteit binnen een beroepsgroep kan het team-functioneren ondermijnen; in Columbia Point was dit volgens Bauta en Fox (16) het geval met de maatschappelijk werker. Hun samenvatting van retrospectieve interviews is wel de rijkste bron om een inzicht te krijgen in het praktisch samenwerken van een dergelijke groep.

Een ander punt dat zij noemen is onbehagen over het vage en grote doel van "interventie in de armoedecyclus", dit was voornamelijk het doel van enkele leiders, de stafleden konden er weinig mee beginnen. Daarnaast signaleren zij problemen die min of meer gebonden zijn aan de wijze van beroepsmatig werken zelf.

De maatschappelijk werkers verwijten de artsen en de wijkverpleegsters als groep dat ze vooral uit zijn op snelle oplossingen. De artsen neigden ertoe zich schuldig te voelen, ze wilden goede dokters zijn en daarvoor beloond worden. De maatschappelijk werkers stelden zich ten doel mensen zoveel mogelijk te helpen zichzelf te helpen, de wijkverplegers waren meer geneigd aan iedere hulpvraag gehoor te geven. De wijkverplegers hadden wel het gevoel dat de bewoners bijzonder veeleisend tegenover hen waren.

De maatschappelijk werkers waren sterk selectief in hun hulpverlening,

ook dat gaf wrijvingen. Zij wilden bij voorkeur niet instrumenteel gebruikt worden, d.w.z. voor het verkrijgen van geld of behuizing. Er ontstond een duidelijke rivaliteit tussen de wijkverplegers en de maatschappelijk werkers over de terreinafbakening, en op grond van de zeer verschillende benadering. Dit kwam ook tot uiting in de wijze van persoonlijke betrokkenheid: de wijkverplegers vonden de maatschappelijk werkers te weinig betrokken en daardoor weinig effectief. De maatschappelijk werkers waren opgeleid tot introspectie en objectiviteit - hun benadering was die van het "detached concern" - van een afstand meevoelend toekijken. Voor de wijkverplegers daarentegen was een directe emotionele betrokkenheid van groot belang, wel hadden ze het daardoor vaak bijzonder moeilijk met hun gevoelens. Voor alle werkers in Columbia Point was het wonen ter plaatse een bijzonder zware belasting, er was geen mogelijkheid om tijdelijk te ontsnappen, en geen duidelijke afbakening tussen professioneel en privé functioneren, ook niet tegenover de bewoners. Bauta en Fox doen tenslotte een aantal aanbevelingen zoals: van het begin af aandacht voor te anticiperen rolverwarringen en hulp van objectieve derden bij het laten functioneren van de teams. In Columbia Point zijn in een later stadium experts in proefprocessen in de teams opgenomen.

VIII. EVALUATIE.

De roep om evaluatie is in veel artikelen over gezondheidscentra te beluisteren. Gezien de verstrekkende politieke belangen die op het spel staan is dat geen wonder.

Het vinden van goede evaluatiemethoden blijkt echter geen eenvoudige zaak te zijn.

Bovendien kan met heel verschillende perspectieven geëvalueerd worden. Bijvoorbeeld kan men proberen een antwoord te geven op vragen als:

- hoe is de gezondheidstoestand van de bevolking veranderd onder invloed van het centrum?
- hoe worden de verleende diensten gewaardeerd?
- welke diensten worden nu verleend, die er voor de komst van het centrum niet waren?
- wordt van bepaalde andere diensten minder gebruik gemaakt sinds de komst van het centrum?
- wat is het effect op de algemene sociale situatie in de wijk?
- wat is er terechtgekomen van de samenwerking?
- tenslotte: wat is de verhouding tussen kosten en baten?

De belangstelling gaat in de eerste plaats uit naar het effect op de gezondheidstoestand, maar juist dit blijkt bijzonder moeilijk meetbaar te zijn. De meeste evaluatie-pogingen beperken zich dan ook tot aard, omvang e.d. van de geleverde diensten.

Voordat ooit iets over de verhouding tussen kosten en baten gezegd kan worden, zal omschreven moeten worden welke "baten" men van belang acht en hoe men e.e.a. onder één noemer kan brengen.

Torrens (6) schrijft in zijn artikel over bestuurlijke problemen dat over de verhouding tussen kosten en baten nog weinig bekend is, maar dat met dergelijke analyses wel begonnen moet worden.

Zwick (7) wijst erop dat het maken van kostenvergelijkingen moeilijk is, omdat de diensten die door de centra verleend worden niet dezelfde zijn als in een andere situatie.

Met betrekking tot de Health Maintenance Organization stelt Saward (3) ook dat evaluatie met het oog op de gestelde doelen (vermindering van de morbiditeit, minimalisering van ongemak, voorkoming van vroegtijdige dood) moeilijk is - wel mogelijk is het doen van beperkte research - naar de technische prestaties en naar de acceptatie door de bevolking. Sparer (13) rekent het leggen van verbanden tussen de medische dienstverlening en de gezondheidstoestand van de bevolking, of de vorderingen van de strijd tegen de armoede, nadrukkelijk tot het terrein van de research: "een van de moeilijkste taken waarmee medische economen zich geconfronteerd zien....", en research moet duidelijk onderscheiden worden van evaluatie.

"In 1967", schrijft Sparer, "ontbrak het instrumentarium voor project-analyse vrijwel volledig, er waren geen gegevens over de patiënten en over het gebruik van medische voorzieningen, er bestond vrijwel geen instrumentarium om de kwaliteit te meten en er was geen verantwoording beschikbaar van de kosten van de ambulante gezondheidszorg".

Het Office of Economic Opportunity (OEO) (13) ontwikkelde een minimum evaluatieprogramma, waarin de volgende vragen werden gesteld:

- 1: Worden de concept-programma's uitgevoerd?
- 2: Wie worden bereikt en wie niet?

- 3: Welke diensten worden verleend en aan wie?
- 4: Hoe is de kwaliteit van de diensten?
- 5: Wat zijn de kosten?
- 6: Hoe zijn de relaties met de bevolking en hoe accepteert de bevolking de diensten?
- 7: Welke veranderingen zijn opgetreden in het gebruik?
- 8: Vergelijking tussen verschillende projecten wat betreft eigenschappen van de cliënten, wijze van gebruik, kosten.
- 9: Vergelijking met andere systemen van dienstverlening.

Om antwoorden te krijgen op de gestelde vragen, maakte het office of Economic Opportunity gebruik van verschillende technieken: inspectie ter plaatse; verzameling van getallen betreffende hospitalisatie, invaliditeit, preventieve diensten; vergelijkend kwaliteitsonderzoek, waarbij scores werden toegekend voor het in meerdere of mindere mate hebben van bepaalde kwaliteiten; rapportage over het gebruik, hiervoor is een standaard rapportagesysteem ontwikkeld; kostenrapportage; beperkte specifieke onderzoeken: bijvoorbeeld om een indruk te krijgen welke mensen worden bereikt, welke diensten worden verleend, hoe de acceptatie door de bevolking is, en wat voor invloed het centrum heeft op het functioneren van gezinnen.

Bellin en Geiger (28) beschrijven een evaluatiepoging van het Columbia Point Health Center. Zij hebben al voor het centrum van start ging een serie evaluatiecriteria opgesteld en hier onderzoek naar gedaan vlak voor de opening, en twee jaar later.

De criteria waren:

- 1: De snelheid van inroepen van medische hulp in geval van stoornissen in de gezondheid.
- 2: Frequentie van periodiek geneeskundig onderzoek.
- 3: De kwaliteit van de artsen.
- 4: Attitude van de artsen.
- 5: Waardering voor medische hulp in het algemeen.
- 6: Vergelijkende waardering voor wijkgezondheidscentrum.

De gegevens werden verkregen door bewoners lijsten met vragen voor te leggen en te laten invullen (zelfrapportage dus).

Een meer op de werkers gerichte evaluatie-methode hebben Irene Butter (33) e.a. gebruikt in het Bunker Hill Health Center.

Zij analyseerden het mankrachtgebruik aan de hand van registratie van patiëntcontacten en van tijdschrijfformulieren. Door middel van de gemaakte analyses wilden zij komen tot vergelijkingen tussen verschillende afdelingen aangaande het mankracht gebruik en tot inzicht in de optimale en de daadwerkelijke werkbelasting. Daarnaast was het de bedoeling een relatie te leggen tussen de gestelde prioriteiten en de feitelijke tijdsbesteding en een analyse te maken van de kosten van activiteiten buiten de directe patiëntenzorg.

Het Bunker Hill Health Center verleent zowel algemene als specialistische medische hulp en er zijn afdelingen voor fysiotherapie en voor maatschappelijk werk.

De onderzoekers gebruiken het aantal contacten als maat voor de geleverde productie, zij erkennen zelf ook dat de zo verkregen informatie onvolledig is.

Zij vroegen de diverse afdelingshoofden wat naar hun mening het opti-

male aantal patiënten-contacten was voor hun afdeling en vergeleken dit met het werkelijke aantal.

Het bleek dat bij uitspraken over het optimale aantal contacten vaak geen rekening werd gehouden met de tijdsinvestering in zaken als bijscholing, overleg, opleiding van anderen, en ook niet met onafgesproken consulten en niet nagekomen afspraken. Bovendien bestond er dikwijls geen overeenstemming over de prioriteiten voor een bepaalde afdeling, laat staan voor het centrum als geheel.

De schrijvers constateren dat meer nadruk moet worden gelegd op het ontwikkelen van procedures voor het omschrijven van doelstellingen, het meten van prestaties en het toetsen van de prestaties aan tevoren vastgestelde criteria. Bovendien moet volgens hun het ontwikkelen van meetmethoden voor "non-patient care activities" en van betere meetmethoden voor de patiëntenzorg met hoge prioriteit worden nagestreefd.

De evaluatie-afdeling van het Albert Einstein College of Medicine heeft een bijdrage geleverd tot het ontwikkelen van methoden voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking (Morehead (34)).

Een van hun gerichte onderzoeken betrof kwaliteitsvergelijking van preventieve zorg voor zuigelingen, jonge moeders en volwassenen.

Een moeilijkheid waar zij op stuitte was dat zo weinig onderzoek was gedaan naar vragen als het effect van de organisatie op de kwaliteit van de medische zorg, de niveauverschillen tussen dienstverleners binnen eenzelfde organisatievorm, en het aangeven van normen waarmee de bevindingen vergeleken kunnen worden.

In het eigen onderzoek naar kwaliteitsverschillen koos de "Evaluation Unit" ter vergelijking van de prestaties van verschillende typen van medische dienstverlenings instituten als norm het niveau van zorg in de poliklinieken van opleidings ziekenhuizen (wat uiteraard belangrijk lager bleek te liggen dan wat ideaal geacht kon worden).

De gegevens werden verkregen door retrospectief onderzoek van patiëntenkaarten (waardoor een extra-variabele werd toegevoegd, namelijk de kwaliteit van de registratie, naast de kwaliteit van de daadwerkelijk geleverde diensten. T.F.)

Per onderdeel werd de verwachte zorg omschreven en vergeleken met de verleende zorg - het quotiënt van beide leverde een bepaalde score. De score werd per instituut en per onderdeel voor alle patiënten opgeteld en gemiddeld, en ieder onderdeel kreeg een bepaald gewicht toegerekend, uitgedrukt in een cijfer.

Zo was het tenslotte mogelijk een inzicht te krijgen in de sterke en de zwakke kanten van alle onderzochte instituten en daaraan veronderstellingen te verbinden over het effect van de organisatievorm. Het bleek dat de OEO-centra wat betreft het leveren van preventieve gezondheidszorg volgens bepaalde normen behoorlijk uit de bus kwamen. Het uit retrospectieve interviews samengestelde artikel van Bauta en Fox is al eerder ter sprake gekomen. Het lijkt erop dat hier iets is gebeurd wat iedere groep die iets dergelijks begint, op gezette tijden zelf zou moeten doen, namelijk zich afvragen of wat ze aan het doen zijn nog steeds in de lijn ligt van wat oorspronkelijk de bedoeling was, waar de oorspronkelijke ideeën misschien voor sommigen te ver van de realiteit verwijderd waren of wat een betere verwezenlijking van de gestelde doelen in de weg staat.

IX DEELNAME VAN DE BEVOLKING.

Algemeen

Deelname van de bevolking is van het begin af een van de centrale doelen geweest zowel in de eerste als in de tweede Health Center Movement in de Verenigde Staten.

In het OEO comprehensive Health Service program staat dat de dienstverlening moet plaatsvinden "op de wijze die het meest beantwoordt aan de behoeften van de wijkbewoners en met hun deelname".

In de richtlijnen bij het OEO-programma (van 1967) worden een adviesraad genoemd, waarin bewoners minimaal de helft van het ledental uitmaken, of een bestuur, waarin zij minimaal 1/3 van de zetels bezetten. In 1966 werd, behalve de Economic Opportunity, ook de Partnership for Health Act aangenomen door het congres.

De Partnership for Health Act eist een "major consumer role in health planning" (zie o.m. Zwick (7), Brieland (24)).

En inderdaad (7) hebben consumenten een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van bijna alle centra.

Hun activiteiten waren o.m.:

- de selectie van belangrijke stafleden;
- het vaststellen van prioriteiten in de dienstverlening;
- adviseren over openingsuren;
- het recruterende van mensen voor huisbezoeken;
- het recruterende van ander personeel uit de bevolking;
- het formulerende en aanhangig maken van klachten.

De consumenten nemen echter op geheel verschillende wijzen deel in de Amerikaanse gezondheidscentra namelijk:

1: als medewerkers bij de hulpverlening;

2: als mede-beslissers.

Aangezien het hier over twee verschillende soorten van inbreng gaat, zal aan elk apart een paragraaf van dit hoofdstuk gewijd worden.

Bewoners als medewerkers.

Het idee om medewerkers uit de bevolking te recruterende stoelt op twee gronden.

In de eerste plaats was bestrijding van de werkeloosheid in de armoede-wijken en rehabilitatie van de bewoners een onderdeel van het programma. Opnemen van betaalde hulpverleners in de teams uit de bevolking zelve gerecuteerd pastte in deze gedachtengang.

Daarnaast bleek al spoedig dat de communicatie met de ghettobevolking niet eenvoudig was voor de professionele hulpverleners uit de gegoede middenklassen, vaak van een ander ras en met een andere omgangstaal. Uit de bevolking gerecuteerde werkers werden in veel gevallen onmisbare verbindingschakels tussen beide groepen burgers.

De uit de wijk afkomstige medewerkers kregen benamingen als "Family Health workers", "Family Health assistants", "Primary care assistants". Hoe de juiste mensen te kiezen, hoe ze te trainen, waren problemen die niet eenvoudig oplosbaar bleken. Ook de rol die de "Family health workers" heeft in het gezondheidscentrum was niet zonder meer duidelijk en kon tot wrijvingen aanleiding geven.

In zijn al eerder aangehaalde artikel over bestuurlijke problemen noemt echter Torrens (6) de family health worker het grootste licht-

punt van de hele wijkgezondheidscentrum-beweging.

Callan (25) werkt een "raamwerk ter overweging" uit voor de inschakeling van medewerkers uit de bevolking. Hij bepleit een planmatige aanpak. Eerst komt een plannings-fase, waarin prioriteiten worden gesteld, de emotionele en rationele behoeften van de betrokkenen worden gepeild, het doel wordt omschreven en de middelen nodig om het te bereiken geïnventariseerd. Er moeten een taakanalyse en werkbeschrijving gemaakt worden.

Dan volgen de vragen als wat voor mensen moeten worden aangetrokken, mannen of vrouwen. Uit een bepaalde ethnische groep of niet? Met een bepaalde vooropleiding? Wordt routinewerk of meer verantwoordelijk werk van hun verwacht?

Als deze beantwoord zijn kan overgegaan worden tot recruteringswerk, waarbij de vraag in het geding komt op welke eigenschappen moet worden geselecteerd. Communicatieve eigenschappen en motivatie lijken van bijzonder belang.

Daarna volgt de trainingsfase. De training van supervisors moet echter voorafgaan aan die van de health aides zelf. (Deze supervisie bleek essentieel.)

Aard en duur van de training hangen natuurlijk af van de taakomschrijving. Na afloop van de eerste opleidingsperiode moeten geregeld "terugkom-dagen (quarterly seminars) georganiseerd worden, waarin vooral een informeel en niet-bedreigend klimaat van belang is.

Van de supervisie hangt erg veel af. Het gaat erom dat mensen zichzelf leren kennen, anderen en zichzelf leren accepteren, gevoeligheid ontwikkelen voor de behoeften van anderen. Bovendien is een goede communicatie met de andere medewerkers van groot belang, en het creëren van een goede team-geest.

Tenslotte is evaluatie nodig - niet als een spel met getallen maar meer diagnostisch: in hoeverre is de gewenste gedragsverandering bereikt? Ook moet de vraag gesteld worden of het gekozen doel achteraf juist was, of niet mogelijk andere doelstellingen prioriteit verdienen.

De concrete werkbeschrijvingen van "health aides" lopen nogal uiteen. De Family Health assistants in het Rochester Neighbourhood Health Center (23) maken afspraken, regelen vervoer en kinderoppas, schrijven nieuwe patiënten in, geven uitleg over beschikbare diensten, helpen bij het oplossen van sociale, psychologische en economische problemen, en leggen contacten met financiële instanties. Ook springen ze bij in geval van ziekte.

Naar de bevolking toe bleek vooral de functie van afspraken maken over te komen, niet zozeer de hulp bij niet-medische problemen.

In het Martin Luther King Kr. Health Center (14) heeft de uit de bevolking gerecruteerde family health-workers een bijzonder veel omvattende taak. Na een zes maanden lange algemene opleiding in thuisverpleging, gezondheidsvoorlichting en sociale bijstandsverlening, assisteert zij de arts en de wijkverpleger, ze neemt een routine anamnese af, controleert het gebruik van medicijnen en geeft een samenvatting

van de belangrijkste problemen in een gezin. Daarnaast geeft ze verpleegkundige hulp aan chronische zieken thuis, doet ze zuigelingen controles, controleert ze diëten en medicijnen, houdt ze contact met ontslagen psychiatrische patiënten, en geeft ze advies bij revalidatie en reconvalescentie. Injecties geeft zij echter niet.

Ze heeft ook een belangrijke bemiddelende rol bij het maken van afspraken, het organiseren van ziekenhuisopname, het helpen bij onderhandelingen met diverse instanties. Ze doet onderzoek naar het ongevalsgevaar in huizen, ze helpt bij het organiseren van de bewonersraad, ze geeft informatie over familyplanning, voeding en acute gezondheidsproblemen.

In het primary care team van het Albany Medical College Community Medical Care Program (15) werken de "Primary Care nurses" samen met zes Primary Care assistants en drie Health assistants.

De Primary Care assistants zijn uit de bevolking gerecruteerde werkers die een gerichte opleiding hebben gehad en op huisbezoek gaan. Onder supervisie van een primary care nurse brengen zij huisbezoeken om na te gaan of adviezen worden opgevolgd, of waarom afspraken niet worden nagekomen. Ze doen eenvoudige klinische observaties, helpen bij het oplossen van hygiënische, sociale en persoonlijke problemen, doen onderzoek naar ongevalsgevaar en geven eenvoudige eerste hulp. Ze helpen de kloof tussen patiënten en professionele werkers te overbruggen.

De Health assistants zijn ook uit de bevolking gerecruteerd en fungeren meer als doktersassistenten. Ze verlenen assistentie aan de primary care nurses en de artsen in het gezondheidscentrum. Ze zijn opgeleid om de onderzoek- en behandelruimte in gereedheid te brengen, metingen te verrichten bij patiënten, monsters af te nemen voor onderzoek, routine administratie te doen, ECG's te maken, en te assisteren bij andere administratieve taken.

Bij het tewerkstellen van uit de plaatselijke bevolking gerecruteerde mensen doen zich uiteraard een aantal problemen voor.

De eerste moeilijkheid is het overdragen van een deel van het eigen werk aan iemand die geen jarenlange beroepsopleiding heeft gehad. Geiger (12) schrijft: "Gezien de grote behoefte aan zorg, en het algemene tekort aan professionele krachten, is de recrutering en training van plaatselijke bewoners als "sub-professionals" in uiteenlopende rollen, als "family health aide", samenlevings-opbouwwerker, maatschappelijk werk assistent, verpleeg-assistent, en voor het verrichten van specifieke technische taken als voet-verzorging, gehoor- en visieonderzoek, laboratorium en geneesmiddelen bereiding, kennelijk wenselijk. We hebben echter ontdekt dat ieder een groot voorstander is van de sub-professional voor een ander beroep dan zijn eigen".

De beroepskracht ziet niet gaarne dat een ander met succes, of zelfs beter, een deel van zijn werk doet, zonder de investering vooraf van zoveel tijd, energie en geld.

"Een aanwijzing hiervoor is de bezorgdheid over "verantwoordelijkheid" en "vertrouwelijkheid" alsof deze eigenschappen alleen bij professionele werkers voorkomen".

In het Columbia Health Point Center (16) was er een langdurig conflict over de vraag of de Family Health workers al of niet deel moesten uitmaken van de teams. Na ruim een jaar werden ze tenslotte in de teams opgenomen.

Er traden grote rolverwarringen op, waar veel stafleden moeilijk een weg in konden vinden. Eenzelfde Family Health worker kon voor een staflid een collega zijn, patiënt, familielid van een patiënt, een vertegenwoordiger van de bewoners, en een supervisie pupil.

In hetzelfde Columbia Point Health Center waar Geiger over schrijft, werd de geheimhouding door bijna alle stafleden als een probleem gezien (Bauta, 16). Er werkten veel buurtbewoners in het centrum en van de kant van de stafleden bestond de vrees dat informatie over patiënten werd gebruikt als stof voor roddelpraat. Patiënten gaven dezelfde vrees te kennen.

Bauta oppert de mogelijkheid dat deze omstandigheid heeft bijgedragen tot de wantrouwende houding van de bevolking tegenover het gezondheidscentrum.

Wat de "geheimhouding" en de "vertrouwelijkheid" betreft - dit zijn in wezen bij gezamenlijke hulpverlening algemene kwesties, die echter in de Amerikaanse literatuur wel specifiek in relatie met niet-professionele werkers gezien worden.

Torrey, Smith en Wise schreven een evaluerend artikel over de family health worker na 5 jaar. (39).

Een aantal verwachte problemen betreffende verantwoordelijkheid, acceptatie, geheimhouding en loyaliteitsconflicten bleken zich niet te hebben voorgedaan.

Zaken die wel moeilijkheden opleverden waren: het zelfrespect als werker, de mogelijkheid voor opwaartse mobiliteit, het paternalisme van de professionele werkers, en het uitblijven van goede evaluatie. In het Martin Luther King Jr. Health Center lijken de Family Health workers (F.H.W.) meer vanzelfsprekend als leden van het primary care health team te functioneren. Wise (14) meldt echter toch moeilijkheden in verband met de Family Health workers, bijvoorbeeld doordat zich verwarringscheppende moeder-dochter-verhoudingen ontwikkelden tussen de Family Health workers (F.H.W.) en de wijkverpleegster. De wijkverpleegster meende vanwege haar langere opleiding soms recht te hebben op de moederrol, maar de F.H.W., over het algemeen een oudere vrouw met kinderen, eiste vaak van haar kant de "moederrol" op.

Torrens meldt in zijn algemene artikel (6) de communicatieproblemen die ontstonden door verschillen in verbale vermogens. De F.H.W., die de meeste informatie had over patiënten, was soms onvoldoende in staat die informatie adequaat over te dragen, door minder training in zakelijke, verbale communicatie.

Bewoners als medebeslissers.

Actieve deelname van de bevolking in de beleidsvoering is in alle Neighbourhood Health Centers en zeker in degene die onder auspiciën van het OEO werden opgezet, op een of andere wijze gezocht. (Economic Opportunity Act, Partnership for health Act).

Het idee is niet nieuw, er zijn altijd "leken" lid geweest van "hospital board" en "community councils". Wél nieuw is dat het nu gaat om actieve deelname in de beleidsbepaling door mensen uit de lage inkomensgroepen (7). Campbell (26) stelt het zo: "De programma's in buurten waar de armste, ziekste en meest gefrusteerde mensen wonen, moeten bijdragen aan een doorbraak van de historisch gegroeide apathie van de armen t.a.v. hun eigen lotsbestemming."

Er zijn ook minder verstrekkende argumenten aan te voeren, bijvoorbeeld dat actievere deelname leidt tot vermindering van de weerstand tegen veranderingen (26).

Een vergaande vorm van deelname van de bevolking is "community control" - gemeenschapscontrole - waarvoor in de Verenigde Staten een niet gering aantal voorvechters te vinden is.

Jonas (27) heeft een bloemlezing van definities van "community control" gemaakt:

Burlage - het leggen van belangrijke verantwoordelijkheden voor planning, beleid en beheer bij breed samengestelde representatieve wijkgezondheidsraden, met plaatselijke bestuurders. Actiegroepen tegen het Lincoln Hospital verstaan eronder: "De macht om alle stafleden, met inbegrip van de professionele dienstverleners, in dienst te nemen en ontslaan, en om alle afdelingen te beheren, inclusief de poliklinieken".

Prof. Haynes - gemeenschapscontrole houdt in dat aan de gemeenschap het definitieve beslissingsrecht wordt voorbehouden. Zij hebben de uiteindelijke macht.

Een min of meer algemeen aanvaarde definitie luidt als volgt:

"Gemeenschapscontrole is de methode waardoor instituten voor gezondheidszorg openlijk aanspreekbaar en toegankelijk zullen worden, en de medische diensten in overeenstemming zullen zijn met de rechten van individuele patiënten en met het volledige recht op gezondheid voor allen".

Jonas (27) stelt zich een aantal fundamentele vragen betreffende de controle van de gemeenschap over het functioneren van instituten voor gezondheidszorg. Hij vraagt zich af of het concept van "community control", zoals gehanteerd door de voorvechters, zinvol is, en of de strijd voor "community control" iets oplevert. Tenslotte stelt hij de vraag: welke rol kunnen professionele dienstverleners spelen in de strijd voor "community control".

De schrijver haalt dan Weirnerman aan: de hoekstenen van een institutie op het gebied van de gezondheidszorg zijn: de wijze van financiering, de grootte van het beschikbare budget en de kwantiteit en de kwaliteit van de bemanning. Het individuele instituut is een onderdeel van een systeem van gezondheidszorg, waar bij cardinale punten zijn: de organisatie, de financiering en de werkwijze. Het systeem bepaalt de speelruimte voor beheerders en medewerkers.

De praktijk-uitoefening nu wordt grotendeels bepaald door het systeem van honorering per verrichting, instand gehouden door de beroepsorganisaties. Organisatie en financiering worden bepaald door de regering en de particuliere sector (verzekeringsbedrijven, banken, particuliere ziekenhuizen, universiteiten, de beroepsorganisaties).

Zelfs volledige zeggenschap van de bevolking over een aantal instituten verandert weinig aan het hele systeem. In het licht van de brede strijd voor sociale veranderingen, is de strijd voor "community control" weinig zinvol, of zelfs energie verspillend.

"... om negatieve elementen als de Vietnamoorlog, werkeloosheid, racisme, vervreemding, milieuvervuiling, onnuttige productie uit te bannen uit de Amerikaanse samenleving, zou de zeggenschap over prioriteiten

en aanwending van beschikbare middelen in andere handen moeten komen ...". In de strijd voor "community control" vechten arbeiders en armen tegen bestuurders die in wezen machteloos zijn. Volgens Jonas zouden zowel de korte termijnstrijd voor meer voorzieningen als de lange termijnstrijd voor zeggenschap over het staatsapparaat het best gevoerd kunnen worden door allianties van patiënten, gemeenschaporganen, vakbonden en gezondheidswerkers. Deelname van de bevolking in planning en beheer van instituten voor gezondheidswerk kan wel leiden tot een groter inzicht in de reële machtsituatie, en tot een betere verstandhouding tussen werkers en bevolking.

Campbell (26) is ook een pleitbezorger van deelname van de bevolking, hij vindt een adviserende rol voor gebruikers onvoldoende. Hij ziet relaties tussen gebruikers en dienstverleners op brede basis als noodzakelijk - zowel in de fase dat de plannen worden gemaakt, als in de uitvoeringsfase. En dan zowel op het niveau van de beleidsvoering als van de uitvoering.

Brieland (24) vindt ook een adviserende stem voor vertegenwoordigers van de bevolking onvoldoende. Zij zouden een duidelijke beleidsbevoegdheid moeten hebben. De term "advisory board" wil hij liever vervangen zien door "community policy board". Maar de grenzen van de beleidsbevoegdheid van de bewoners moeten duidelijk gesteld worden.

Voordat de bevolking kan deelnemen, moeten representatieve vertegenwoordigers gevonden worden, wat vaak niet eenvoudig is.

In de eerste Health Center Movement werden de vertegenwoordigers gekozen door middel van verkiezingen per woonblok.

Het houden van verkiezingen in de wijk is een van de methoden die nog wel gehanteerd wordt, maar de belangstelling is vaak gering en o.a. afhankelijk van de publiciteit (24).

Een andere methode is het aantrekken van mensen op individuele basis, na consultaties in de wijk (sleutelfiguren). Verkiezingen blijken echter meer vertrouwen te wekken.

In beide gevallen worden de leden van een advies- of bestuursraad meestal gekozen omdat ze beschikbaar zijn en zich verantwoordelijk voelen. Het gevaar is dat een kleine elite, zonder contact met anderen, voor de hele bevolking spreekt of meent te kunnen spreken (24).

Belangrijk is dat niet steeds dezelfde mensen in een dergelijke raad zitten. Campbell (26) benadrukt het belang van een wisselende vertegenwoordiging. Bovendien moeten niet alleen de meest actieve bewoners gerecruteerd worden, maar juist degenen die geneigd zijn zich meer op de achtergrond te houden.

Maximum feasible participation.

Brieland (24) formuleert een aantal grondprincipes. Vastgesteld moet worden waar de zeggenschap van bewoners begint en ophoudt - zij moeten bijvoorbeeld niet aandringen op illegale acties, en de ethische principes van de dienstverleners aanvaarden. Ze moeten onafhankelijk kunnen functioneren, dat wil zeggen dat ze beschikking hebben over een eigen kantoorruimte, en dat ze direct rapport kunnen uitbrengen aan de betrokken overheidsinstanties. Bij voorkeur moeten ze mede verantwoordelijkheid dragen voor financiële aangelegenheden. Betaling voor de

geinvesteerde tijd vindt hij niet wenselijk, wel vergoeding van gemaakte kosten.

De inbreng van vertegenwoordigers uit de bevolking loopt per situatie sterk uiteen.

Hilleman (23) rapporteert een onderzoek vanuit het Rochester Neighbourhood Health Center, waaruit bleek dat 9% van de bevolking voor gemeenschaps controle over het gezondheidscentrum was, en slechts één gezin uit een steekproef van 100 gezinnen wist van het bestaan van de adviesraad van consumentenvertegenwoordigers.

Bellin (28) en Geiger (12) melden dat de Columbia Point Health Association ten dezen goed functioneert. Deze gekozen raad neemt deel in beleidsbeslissingen, organiseert onafhankelijk preventieve programma's en geeft adviezen aan de stafleden.

Hij heeft een onschatbare bijdrage geleverd bij het oplossen van problemen als de organisatie van pediatrie hulp vroeg in de avonduren, de aanstelling van bewoners in het gezondheidscentrum, de organisatie van gehoor- en gezichtsonderzoek bij kinderen.

Campbell (26) beschrijft hoe in het Hough-Norwood Health Center, Cleveland, Ohio, het wijkgezondheidsadviescomitee zich inwerkte. De comiteelieden werden rondgeleid in het centrum, ze inspecteerden alle afdelingen, ze woonden stafbesprekingen bij, ze lieten zich als patiënt inschrijven zonder zich bekend te maken als comiteelid, ze organiseerden een klachtencommissie en hoorzittingen waaraan stafleden en bestuursleden deelnamen.

De drie voornaamste probleemvelden die hierbij naar voren kwamen, waren:

- 1: de vraag of de spreekuren open moesten zijn of op afspraak;
- 2: de verhouding tussen de vraag naar en het aanbod van diensten;
- 3: de tegenstrijdigheid van de vraag naar acute, episodische diensten en de wens continue, integrale hulp te verlenen.

Door actieve reclame voor het maken van afspraken werd op een ogenblik de vraag te groot en daardoor de wachttijd te lang - wat weer leidde tot meer niet-afgesproken bezoeken en meer klachten.

Campbell werpt een aantal vragen op:

- kunnen prioriteiten gesteld worden, als de vraag het aanbod overtreft? Zo ja, hoe dan?
- wie stelt die prioriteiten vast?
- kan het inloopp probleem effectief worden opgelost?
- wat te doen met het conflict tussen de verantwoordelijkheid voor continue, integrale hulp, en de vraag naar acute, episodische zorg?

Wilson (29) schrijft in een artikel over de perikelen bij de opzet van een programma voor integrale gezondheidszorg van uit een universitaire afdeling "gezinsgeneeskunde" dat tussen universiteit en bevolking duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over de aard van de te verlenen diensten, de openingsuren (ook voor EHBO) en over de gerichtheid op gezinnen of individuen.

In Chicago (30) werd het initiatief van een groot ziekenhuis om een wijkgezondheidscentrum op te zetten, na een conflict bij de eerste communicatiepogingen met de bevolking, tenslotte geheel overgenomen door een bewonersorganisatie, waarbij het betrokken ziekenhuis zich dienstverlenend ging opstellen.

Volgens Zwick (7) betroffen de eisen van de bewoners voornamelijk de noodzaak van een meer-omvattende dienstverlening, meer tandheelkundi-

ge hulp, meer controle op drug-misbruik, meer openingsuren, betere transportfaciliteiten, meer kindersprekuren. Bovendien was er een algemene bezorgdheid voor de instelling en de gevoeligheid van de artsen en andere werkers. Aan persoonlijke georiënteerde hulp werd grote waarde gehecht.

Wij beëindigen dit hoofdstuk met het releveren van enkele, wat algemeen, problemen in de relatie met de bevolking die wij in de onderzochte literatuur tegenkwamen.

Geiger (12) geeft een bijzonder open beschrijving van de problemen in de beginfase van Columbia Point.

Er waren van weerskanten twijfels. Bij de stafleden of de bewoners wel enige kijk hadden op medische aangelegenheden. En bij de bevolking of de staf werkelijk een actieve bijdrage van die kant wenste. Een bewoner drukte het zo uit: "You know when you first came, we figured it would be the same old deal - you 'd run the services and permit us to provide the illnesses".

Een ander punt is de machtsstrijd die vaak optrad tussen de bewonersraad en de financierende instantie (6). De staf liep de kans tussen beide pressiegroepen beknelde te raken.

Ook konden conflicten ontstaan tussen verschillende bewonersgroeperingen, zoals bijvoorbeeld gebeurde tussen de wijkgezondheidsadviesraad en de Community Opportunity Board die een meer regionale taak had in het kader van het OEO-programma (26).

Een gevaar dat Brieland (24) signaleert is dat de leidende figuren uit een gemeenschap worden "ingepakt", door ze hun energie te laten opgebruiken in inefficiënte, bureaucratische procedures bij probleemoplossing.

Ook kunnen de leden van een bewonersraad geleidelijk hun eigen heldere kijk verliezen, of hun belangstelling.

De leden van een bewonersraad moeten getraind worden en leren de kwestie in een breder verband te zien. Volgens Brieland zijn bewoners meestal wel in staat het verschil te zien tussen training en brainwashing.

De agressie van bewonersgroepen heeft de staf van gezondheidscentra voor problemen gesteld.

Interessant zijn in dit verband de observaties van Mary Moore (31), die zij deed door een tijdlang deel te nemen in de bijeenkomsten van verschillende "community health advisory groups".

Zij constateert dat professionele buitenstaanders er in de bijeenkomsten van de adviesraden dikwijls op uit zijn agressieve uitbarstingen te bedwingen en te voorkomen. Het bleek haar dat naarmate de agressie meer werd onderdrukt, de groepen minder productief werden - dat wil zeggen, zij slaagden er minder in de wensen van de gebruikers naar voren te brengen. De agressieve groepen stelden ook eisen op punten die behoorden tot het heiligdom van de professionals: een stem bij de aanstelling van stafleden zeggenschap over de salarissen.

Militante eisen bleken uiteindelijk tot resultaten te leiden en de onderlinge samenhang van de groep te vergroten.

X. SAMENVATTING.

Samenvatting.

Na een kort inleidend hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk een schets gegeven van de eerste "Health Center Movement" in de Verenigde Staten tussen 1910 en 1939. De centra van toen, vooral gesitueerd in de binnensteden, waren in de eerste plaats bedoeld voor de immigranten uit Oost-Europa, Italië en Ierland die daar waren samengestroomd en in vaak erbarmelijke omstandigheden leefden. Vanwege de hoge zuigelingssterfte werd begonnen met de distributie van melk, en later met jeugdhigiëne in ruimere zin.

Algemene kenmerken van de eerste "Health Center Movement" waren: de situering in arme wijken, het belang dat gehecht werd aan deelname van de bevolking, de nadruk op preventie en voorlichting, en de nadruk op organisatorische coördinatie.

Door verschillende oorzaken kwam de beweging omstreeks het begin van de tweede wereldoorlog tot een eind.

Dat de beweging niet onbelangrijk was, blijkt uit enkele getallen: in 1920 was er sprake van 12 health centers, in 1930 werden er 1511 geregistreerd. Hierbij moet wel worden aangetekend dat deze getallen onvergelykbaar zijn met die van de tweede health center movement waar het in dit rapport grotendeels over gaat, omdat zeer verschillende instellingen, van consultatiebureaus voor zuigelingen tot poliklinieken van ziekenhuizen erin begrepen waren.

Het enige dat uit deze eerste beweging overblijft zijn een aantal grote organisaties waarvan "pre-paid group practices" deel uitmaken (o.m. Kaiser Permanent Foundation).

Het derde hoofdstuk geeft in het kort enkele achtergronden weer van de tweede Health Center Movement, die omstreeks 1965 begon.

In 1964 verklaarde Johnson de oorlog aan de armoede, en daarmee kwam er nieuwe aandacht voor de gezondheidszorg voor de armen in eigen land. Opnieuw waren de armen merendeels te vinden in bepaalde delen van de centra van de grote steden. Het betrof nu echter niet nieuwe immigranten, maar in belangrijke mate de nakomelingen van in vroegere eeuwen uit Afrika geïmporteerde slaven, en Porto Ricanen.

Voor hen bestond geen sociale zekerheid en een persoonlijke, continue gezondheidszorg was voor hen niet beschikbaar. Zij waren aangewezen op instellingen waar massaal incidentele hulp werd verleend.

In de loop van de zestiger jaren werden een aantal wettelijke maatregelen genomen die tot meer sociale zekerheid voor de 30 à 40 miljoen Amerikaanse armen moesten leiden. Op het gebied van de gezondheidszorg waren de belangrijkste de invoering van Medicare (voor alle Amerikanen boven de 65) en Medicaid (voor de groep beneden een bepaalde inkomensgrens).

In feite profiteert (in 1971) slechts ongeveer een derde gedeelte van de in aanmerking komende mensen van deze voorzieningen.

In 1966 werd het Federale Office of Economic Opportunity ingesteld, dat een Community action Program ontwierp en steun verleende bij het tot stand brengen van ca. 100 Neighbourhood Health Centers (NHC) tussen 1965 en 1971. Een vijftigtal andere kwam tot stand met steun van het Federale departement voor "Health, Education and Welfare" (HEW).

Initiatieven voor de oprichting van Health Centers werden genomen zowel vanuit medische opleidingen, als door ziekenhuizen en bestaande groepspraktijken. In dit kader komt onder meer de relatie aan de orde tussen eerste lijns hulp en ziekenhuizen. Bijvoorbeeld wordt overwogen waar het zwaartepunt moet liggen in deze relatie. Het gevaar van territoriumuitbreiding door het ziekenhuis, waarbij het gezondheidscentrum gezien wordt als satelliet van het ziekenhuis, wordt gesignaleerd. De betrekkingen tussen artsen in de centra en specialisten in de ziekenhuizen zijn dikwijls moeizaam.

In het vierde hoofdstuk komen de doelstellingen aan de orde, zowel de officiële als de individuele. De gestelde doelen bestrijken een gebied van "verbetering van de beschikbare gezondheidszorg voor de uitgekozen bevolkingsgroep" - waarbij vooral het persoonlijke aspect en de continuïteit zwaar wegen -, tot "veranderingen van het systeem van gezondheidszorg in zijn geheel" en "doorbreking van de armoedecyclus". Wat betreft de mankracht: in bijna alle centra wordt gewerkt met "family care teams" of "family care groups" - meestal rondom enkele artsen georganiseerd, soms echter met een "primary care nurse" als centrale coördinator. De teamsamenstelling is lang niet altijd constant.

In het vijfde hoofdstuk komen de werkers achtereenvolgens per categorie aan de orde. De taak van de verpleger in het team is vaak aanzienlijk uitgebreider dan die van de wijkverpleegkundige in Nederland - soms reikt die tot ver binnen wat hier het taakgebied van de huisarts is.

De artsen krijgen soms een meer raadgevende rol als steun voor degenen die de eerste opvang doen, en concentreren zich verder op gevallen die een meer specifiek geschoolde aanpak behoeven. Er zijn wat dit betreft grote verschillen tussen de diverse beschreven centra. Over de inbreng van de maatschappelijk werkers in de gezondheidscentra is in de doorgewerkte literatuur weinig te vinden. In een artikel dat samengesteld is op basis van interviews met de werkers van een centrum, wordt wel vrij uitvoerig aandacht besteed aan moeilijkheden en wrijvingen, onder meer tussen maatschappelijk werkers en andere werkers. Verschillende benaderingen in de historie van het maatschappelijk werk komen kort aan de orde.

In de Verenigde Staten is een nieuwe groep beroepen ontstaan die hun inhoud ontleen aan het artsenberoep: de "physician-assistants", "physician-associates", "physician-expanders" of "physician-extendors". Zij hebben een afgeleide taak en verantwoordelijkheid, waarin verschillende gradaties bestaan van zeer gespecialiseerd tot zeer ruim. Naar gelang de taak ruimer is, is meestal de zelfstandigheid groter.

In hoofdstuk VI komen enkele aspecten van de interne organisaties aan de orde. Wat de teamleiding betreft blijkt er nogal eens een discrepantie te bestaan tussen gemaakte afspraken en de feitelijke situatie. In meerdere centra is gepoogd de teams niet rondom de artsen te organiseren, maar dikwijls heeft men ervaren dat vertrouwde hiërarchische verhoudingen moeilijk zijn uit te roeien.

In dit kader wordt ook ingegaan op de problematiek rond het delegeren van taken, waarbij verschillende motieven hiervoor worden onderscheiden, en verschillende soorten delegatie naast elkaar worden gezet. Illustratief zijn de uiteenlopende opvattingen die de American Medical

Association en de American Nursing Association hebben over de opleiding van verplegers.

In het hoofdstuk "Leiding en begeleiding" wordt in de eerste plaats het tekort aan goedgeschoolde organisatorische leiders voor gezondheidscentra naar voren gebracht. Enkele schrijvers pleiten ervoor dat een beter gebruik gemaakt wordt van ervaringen uit het bedrijfsleven. Ook worden ideeën aangedragen over hoe de organisatie en de communicatie verbeterd zouden kunnen worden. Beschreven wordt als voorbeeld van slechte interne organisatie het verticale of hiërarchische model - en als beter alternatief het "marktgerichte" model. Het belang van carrièreplanning voor individuele werkers en van toekomstplanning voor de organisatie als geheel worden genoemd. Ook onderwijs en bijscholing moeten niet vergeten worden.

In de geraadpleegde literatuur wordt een minder strikt onderscheid gemaakt tussen leiding en begeleiding dan in Nederland meestal het geval is. Het leggen van het organisatorisch leiderschap in de handen van een ander dan een van de uitvoerende dienstverleners, komt min of meer als een vanzelfsprekendheid naar voren, maar geschikte figuren voor een dergelijke taak zijn schaars. Dat een groep totaal verschillend opgeleide mensen niet vanzelf als team gaat functioneren, hebben ook de Amerikaanse pioniers gemerkt. De beschreven wrijvingen over rollen en taakafbakening moeten een schokje van herkenning betekenen voor dienstverleners die in Nederland in samenwerkingsverbanden werken of die van nabij kennen.

Het wordt een van de taken van de Amerikaanse manager geacht dat hij zijn team wel als team laat functioneren.

Enkele methoden voor het vergroten van de teameffectiviteit worden beschreven, de "action-research-approach", en het vergelijken van gestelde doelen en prioriteiten met de werkelijke tijdsbesteding. Het team moet het als een van zijn taken gaan zien om zijn eigen functioneren kritisch te bezien en voortdurend te verbeteren. In het begin is daar misschien speciale hulp bij nodig, in een wat later stadium kan het team zichzelf leren helpen. Een gedeeltelijk gemeenschappelijke opleiding van mensen die later zullen moeten samenwerken, zou veel moeilijkheden kunnen voorkomen.

In hoofdstuk VIII volgt, na een korte uiteenzetting over evaluatie in het algemeen, een overzicht van een aantal evaluatiepogingen die in de Verenigde Staten gedaan zijn met betrekking tot gezondheidscentra.

Evaluatie aangaande de betekenis van de health centers voor de gezondheidstoestand van de betrokken bevolkingsgroep blijkt nog onuitvoerbaar te zijn. Wat er gebeurt aan evaluatie is het vergelijken van bescheidener geformuleerde, concrete doelstellingen met wat verwezenlijkt is na enkele jaren. Vooral blijkt van groot belang het van te voren omschrijven van evaluatiepunten en het nadenken over de uitvoerbaarheid van de evaluatie.

Evaluatie zou een meer continu proces moeten zijn, gedragen door de keuze voor bepaalde menselijke waarden.

Voor zover nagegaan blijken de gebruikers in meerderheid tevreden over de door de Centra geboden dienstverlening, met name de grotere

bereikbaarheid, de persoonlijke benadering en aandacht en de kwaliteit van de hulp worden met waardering genoemd. Een minderheid heeft overigens juist op dezelfde punten kritiek (28). Opvallend is dat nergens het recht van de hulpvrager om te kiezen tot wie hij zich voor hulp wil wenden, ter sprake komt.

In het laatste hoofdstuk komt de deelname van de bevolking aan de orde. Deelname van de bevolking is van het begin af een van de centrale doelen geweest in de "Health Center Movement" vanaf 1965, en is ook wettelijk vastgelegd. Onderscheiden worden "deelname als medebeslissers" en "deelname als medewerkers". Eerst wordt vrij uitvoerig ingegaan op de figuur van de uit de bevolking gerecruteerde, betaalde medewerker - die in de Nederlandse situatie geen tegenvoeter heeft. Mogelijkheden en problemen komen aan de orde. Problemen als selectie, opleiding en geheimhouding van in vertrouwen gegeven informatie. In het kort wordt beschreven wat deze medewerkers - meest vrouwen van middelbare leeftijd - in een aantal centra doen.

Ook aan de bewoners als medebeslissers worden eerst een aantal algemene overwegingen gewijd, afkomstig van een vrij grote verscheidenheid van schrijvers. Daarna worden de beleidsbijdragen van bewoners in diverse centra enigszins uitgewerkt, en wordt ingegaan op moeilijkheden die zich voordoen.

Tot slot het volgende citaat dat een algemene karakteristiek van "het" Neighbourhood Health Center geeft, zie Torrens' artikel in Medical Care (6):

- Het centrum verleent diensten aan een goed omschreven populatie binnen bepaalde geografische grenzen en is gevestigd binnen die grenzen. Het wordt meestal gesponsord door een organisatie of instelling voor gezondheidszorg.
- Het is meestal geassocieerd met een ziekenhuis of meerdere ziekenhuizen.
- De financiering geschiedt tijdelijk (3 à 5 j.) door de federale regering (OEO), in de hoop dat na die tijd een andere instantie (Medicare, Medicaid) de financiering overneemt.
- Er is meestal sprake van een bewonersraad, met adviserende of besturende functie.
- De staf is vaak afkomstig uit de omgeving.
- Er is een trainingsprogramma voor buurtbewoners.
- Door multidisciplinaire teams wordt hulp verleend aan gezinnen.
- Er zijn meestal een eigen apotheek, laboratorium en röntgenafdeling.
- Er wordt gewerkt met nieuwe categorieën gezondheidswerkers.
- Er is een sterke betrokkenheid op sociale veranderingen.

Conclusies.

De Amerikaanse situatie vergelijkend met die in Nederland, vallen een aantal overeenkomsten op. Zowel daar als hier zijn zeer ongelijksoortige beweegredenen te vinden voor de ontwikkeling van het idee van wijkgezondheidscentra: naast de noodzaak van beteugeling van kostenstijgingen in de gezondheidszorg en de coördinatie van een gefragmenteerde dienstverlening, wordt de noodzaak gezien van emancipatie van bepaalde bevolkingsgroepen. In de Verenigde Staten gaat het specifiek

om de 30 à 40 miljoen armen, die een bedreiging zijn gaan vormen voor de bewoners buiten de bijna vergeten ghetto's van dit welvarende land. Als een rode draad loopt door de literatuur over de Amerikaanse Neighbourhood Centers de vrees dat de Centers gestigmatiseerd zullen worden als "charity medicine" - als een vorm van dienstverlening speciaal voor de armen. Die vrees lijkt ingegeven door een al bestaande realiteit - de centra hebben zich alleen daar kunnen ontwikkelen waar het particulier ondernemerschap zich heeft teruggetrokken, omdat er niets te halen viel. Door voorstanders wordt het Neighbourhood Health Center wel aangeprezen als model voor een algemene reorganisatie van de gezondheidszorg, ingepast in een trapsgewijs geregionaliseerd systeem met het hooggespecialiseerde Health Science Center aan de top, maar de kans dat de medische beroepsorganisaties zich vrijwillig met een dergelijk model accoord zouden verklaren lijkt niet groot. De enige hoop die de voorvechters van een meer integrale, meer continue dienstverlening hebben, is het argument van de kostenbesparing: zowel in het Kaiser-plan als onder de patiëntenpopulatie van Health Centers blijkt het aantal ziekenhuisopnames lager te zijn dan het gemiddelde (7) (23). De strijders tegen de armoede raken wat vermoeid en ontmoedigd na een aantal jaren, mede doordat in meerdere gevallen de door de overheid gestelde fondsen belangrijk zijn ingekrompen.

In Nederland gaat het niet zozeer om een bepaalde, aanwijsbare bevolkingsgroep, hoewel bijvoorbeeld de "critische artsen" in 1971 (1) wel de negentiende eeuwse wijken van de grote steden genoemd hebben als voorkeursplaatsen voor wijkgezondheidscentra.

Sindsdien heeft echter in kringen die niet argumenten van efficiënte organisatie en bundeling van zoveel mogelijk technische vaardigheden het zwaarst laten wegen, de doorbreking van de scheiding tussen professioneel en niet-professioneel een belangrijker accent gekregen.

De Amerikaanse ervaringen hiermee zijn bijzonder leerzaam.

De geraadpleegde literatuur overziende, valt het op dat er verhoudingsgewijs erg weinig geschreven is over het daadwerkelijk functioneren van de centra, veel daarentegen over sociale, economische en politieke implicaties als relatie met de bevolking, evaluatie, organisatie, schaarste aan middelen en relatie met het totale systeem van gezondheidszorg. Bij alles wat hier gezegd wordt dient de lezer wel in het oog te houden dat de gegevens grotendeels afkomstig zijn van een klein aantal centra.

LITERATUUR:

- 1: John C. Norman Medicine in the ghetto. (N.Engl.J.Med.281:
1271-1275, dec.1969)
- 2: George Baehr Some popular delusions about (Am.J.Public Health
health and medical care. 61:582-585, 1971)
- 3: Ernest W. Seward ea. Health policy and the HMO. (Milb.Mem.Fund Quart.
50,2:147-176, 1972)
- 4: Lester Breslow The organization of personal (Milb.Mem.Fund Quart.
health services. 50,4:365-386, 1972)
- 5: Walter J.Mc.Nerney Health care reforms-the (Am.J.Public Health
myths and realities. 61:222-232, 1971)
- 6: Paul R. Torrens Administrative Problems of (Medical Care 91:
Neighbourhood Health Centers. 487-496, 1971)
- 7: Daniel Zwick Some accomplishments and (Milb.Mem.Fund Quart.
findings of Neighbourhood 50:4, 387-420, 1972)
Health Centers.
- 8: John D. Stoeckle en The Neighbourhood Health Cen- (New Engl.J.Med. 280:
Lucy M. Candib ter-reform ideas of yester- 1385-1391, 1969)
day - today.
- 9: George Rosen The first Neighbourhood (Am.J.Public Health
Health Center Movement - its 61: 1620-1637, 1971)
Rise and Fall.
- 10: Michael M. Davis Goal Post and Yard Sticks (Am.J.Public Health
in Health Center Work. 17: 433-440, 1927)
- 11: C.H. Goodrich, ea. Hospital based comprehensive (Medical Care 10:
care - is it a failure? 363 - 368, 1972)
- 12: H. Jack Geiger The Neighbourhood Health (Arch. of Environm.
Center. Health, 14, may 1967)
- 13: Gerald Sparer Evaluation of OEO Neighbour- (Am.J. Public Health
hood Health Centers. 61,5: 931-942, 1971)
- 14: Harold Wise The primary Care Health (Arch. Int.Med.Vol.
team. 130, sept. 1972)
- 15: Eleanor Brunetto ea. The Primary Care Nurse - the (Am.J.Public Health
Generalist in a structured 62,6: 785 - 794, 1972)
health team.
- 16: David Bauta,
Renée Fox Role strains of a Health Ca- (Soc.Sc. and Med.Vol,
re team in a Poverty Commu- 6: 697-722, 1972)
nity.
- 17: Richard Beckhard Organizational Issues in the (Milb.Mem.Fund Quart.
Team Delivery of Comprehen- 50,3: 287 - 317, 1972)
sive Health Care.
- 18: T. Elaine Adamson Critical issues in the use (Am.J.Public Health
of physician associates and 61: 1765 - 1779, 1971)
assistants.

- 19: Fred A. Golladay Allied Health Manpower (Med.Care 11,6:
Strategies. 457 - 469, 1973)
- 20: R. Coye ea. The medical assistant - A (JAMA 209: 529 - 533,
survey of Physician Expanders. 1969)
- 21: W.L. Kittick Health Manpower in Transi- (Milb.Mem.Fund Quart.
tion. 46,1: 225, 1968)
- 22: C. Lewis, B. Resnik Nurse Clinics and Progressive (N.Engl.J.Med. 277:
Ambulatory Patient Care. 1236 - 1241, 1967)
- 23: Bruce Hillman ea. A Neighbourhood Health Center (Med. Care 10:
- What the patients know and 336 - 344, 1972)
think of its operation.
- 24: Donald Brieland Community Advisory Boards (Am.J.Public Health
and Maximum feasible partici- 61: 292 - 296, 1971)
pation.
- 25: Laurence B. Callan A conceptual Framework for (Am.J.Public Health
consideration in the utili- 61: 979 - 987)
zation of Health Aides.
- 26: John Campbell Working Relationships between (Am.J.Public Health
Providers and Consumers in a 61: 97 - 103, 1971)
Neighbourhood Health Center.
- 27: Steven Jonas A theoretical approach to (Am.J.Public Health
the Question of Community 61: 916 - 921, 1971)
Control of Health Services
Facilities.
- 28: Seymors, Bellin ea. The Impacts of a Neighbour- (Med. Care 10:
hood Health Center on Pa- 224 - 239)
tients' Behaviour and Attitu-
des relating to Health Care.
- 29: Glenn Wilson The organizational structure (Am.J.Public Health
of a Comprehensive Medical 61: 957 - 961)
Care Program in a University
Medical Center.
- 30: Morton C. Creditor The Neighbourhood Health (Am.J.Public Health
Center - where does the hospi- 61: 807 - 813)
tal fit?
- 31: Mary L. Moore The Role of Hostility and (Am.J.Public Health
Militancy in Indigenous Com- 61: 922 - 930, 1971)
munity Health Advisory Groups.
- 32: Irwin Rubin ea. Factors influencing the ef- (Milb.Mem.Fund Quart,
fectiveness of Health Teams. 50: 317 - 335, 1972)
- 33: Irene Butter ea. Effects of Manpower Utiliza- (Milb.Mem.Fund Quart.
tion on Cost and Productivi- 50: 421 - 452, 1972)
ty of a Neighbourhood Health
Center.

- 34: Mildred Morehead Comparisons between OEO (Am.J.Public Health
Neighbourhood Health Cen- 61: 1294 - 1306)
ters and other Health Care
Providers of Ratings of the
Quality of Health Care.
- 35: Harold H. Light Social Work in Neighbour- (Bull.N.Y.Acad.Med.
hood Health Centers. 44,11: 1378 - 1380,
1968)
- 36: Barbara Bates Nursing in a Health Mainte- (Am.J.Public Health
nance organization. Report 62: 991 - 994, 1972)
on the Harvard Community
Health Plan.
- 37: Peter J. Lewis With Gun and Net through (Am.J.Public Health
the Health Establishment. 61,5: 949-956, 1971)
- 38: Archie S. Golden Non physician health teams (Am.J.Public Health
for health maintenance or- 63: 732 - 736, 1973)
ganizations.
- 39: E. Fuller Torrey ea. The familt health workers (Am.J.Public Health
revisited. 63: 71-74, 1973)

