

Reeks GEZONDHEIDSBELEID

Nr. 2 onder redactie van

Drs. F. Schrameijer

Drs. J.M. Boot

E. Jurg

Drs. H. Saan

C. Tonnaer

J. van der Velden, arts, MSc



COU 180 00

14788
la

DE NOTA 2000 TER DISCUSSIE

Onder redactie van:

- F. Schrameijer Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NcGv
- J.M. Boot en
E. Jurg Rijksuniversiteit Utrecht – Vakgroep Algemene
Gezondheidszorg en Epidemiologie
- H. Saan Landelijk Centrum Dienstverlening GVO
- C. Tonnaer Nationaal Ziekenhuisinstituut NZI
- J. van der Velden Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

26 OKT. 1987

© 1987 J.M. Boot, E. Jurg, H. Saan, F. Schrameijer, C. Tonnaer, J. van der Velden
ISBN 90 6016 796 1

Auteursrechten voorbehouden.

Gehele of gedeeltelijke overneming of reproductie van de inhoud van deze uitgave, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrecht-hebbende(n) is verboden, behoudens de beperkingen bij de wet gesteld. Het verbod betreft ook de gehele of gedeeltelijke bewerking.

De uitgever is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17, Auteurswet 1912, en in het KB van 20 juni 1974 (Stb. 351, 1974) ex artikel 16b Auteurswet 1912, te innen of daartoe in en buiten rechte op te treden. Correspondentie inzake overneming of reproductie richten aan: Samsom Stafleu, Postbus 4, 2400 MA Alphen aan den Rijn.

Inhoud

Voorwoord van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Drs. D.J.D. Dees	7
Verantwoording van de redactie	9
Beschouwing over gezondheidsbeleid	11
I De Nota 2000 en de eerste lijn	15
II De Nota 2000 en de intramurale gezondheidszorg	77
III De Nota 2000 en de geestelijke volksgezondheid	127
IV GVO, preventie en facetbeleid in de Nota 2000	189
V De Nota 2000, bestuurlijke en institutionele aspecten	247
Epiloog	307
Lijst van afkortingen	318

Voorwoord

In april 1986 is de Nota 2000 uitgebracht. Met deze Nota is een nieuwe weg ingeslagen. Er werd een eerste aanzet gegeven voor een heroriëntatie binnen het huidige beleid, namelijk van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid.

De Nota 2000 is voor het grootste gedeelte een discussienota. In dit geval is dit letterlijk opgevat, omdat er in november '86 vijf studiedagen werden georganiseerd om de ideeën van de Nota meer bekendheid te geven en daarbij inzicht te krijgen in de gevolgen die het nieuwe beleid voor de bestaande situatie zou hebben. Tijdens deze dagen werd de Nota 2000 telkens vanuit één invalshoek belicht.

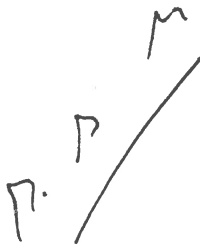
Erop terugkijkend, mogen de studiedagen als geslaagd worden beschouwd. Wetenschappers, personen vanuit de overheid, personen vanuit particuliere instellingen en organisaties, politici, zij allen hebben uitgebreid hun mening over de Nota 2000 gegeven. Daarbij is veel waardering geuit, maar er zijn ook veel kritische vraagtekens geplaatst. Al deze informatie zal in de komende tijd worden gebruikt bij de verdere uitvoering van de Nota 2000.

De studiedagen en het uitbrengen van dit boek mogen derhalve als belangrijke stappen in het ontwikkelingsproces van gezondheidsbeleid worden beschouwd.

Ik zou het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht willen bedanken voor het organiseren van deze dagen en het samenstellen van dit uitvoerige verslag.

Er is voortreffelijk werk geleverd, waar hopelijk velen hun voordeel mee zullen doen.

De STAATSSECRETARIS VAN WELZIEN,
VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

A handwritten signature in black ink, consisting of three stylized characters: 'D', 'J', and 'D', arranged vertically and slightly to the left of a diagonal line that extends from the bottom left towards the top right.

Drs. D.J.D. Dees

Verantwoording

In overleg met vertegenwoordigers van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en vijf landelijke instituten, werkzaam op verschillende terreinen van de gezondheidszorg, zijn vijf studiedagen georganiseerd over verschillende aspecten van de Nota 2000. Elk instituut is erin geslaagd om deskundige sprekers bereid te vinden een aspect van de Nota te behandelen. Zo ontstond een geheel van bijdragen die te zamen een breed beeld geven van hetgeen de Nota 2000 aan reacties heeft losgemaakt. Daarom is besloten de resultaten van de studiedagen tot één publikatie te bundelen.

Hiertoe werd een redactie gevormd met verantwoordelijken voor de inhoudelijke organisatie van de vijf dagen.

De lezingen zijn bewerkt en ingekort zonder de strekking ervan tekort te doen. De discussies werden samengevat. Elke bijeenkomst opende met een voordracht van een ambtenaar van WVC die steeds bestond uit een identiek algemeen deel dat eenmaal apart in deze bundel is opgenomen (blz. 11) en een specifiek deel dat telkens de eerste bijdrage van elk deel-onderwerp vormt.

De bundel besluit met een epiloog waarin de redactie heeft trachten weer te geven wat per saldo het oordeel van de verzamelde inleiders op de Nota is. Deze epiloog kan tevens dienen als gids voor degenen die in de veelheid van behandelde onderwerpen zijn weg zoekt. Tevens is een lijst opgenomen ter oriëntatie in het woud van afkortingen waar de gezondheidszorg ook in het jaar 2000 niet buiten zal kunnen.

De redactie,

Drs. F. Schrameijer

Nederlands centrum Geestelijke volks-
gezondheid

Drs. J.M. Boot en
E. Jurg

Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en
Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht

Drs. H. Saan

Landelijk Centrum Dienstverlening GVO

C. Tonnaer

J. van der Velden,
arts, MSc

Nationaal Ziekenhuis Instituut

Nederlands Instituut voor onderzoek van de
Eerstelijnsgezondheidszorg

Beschouwing over gezondheidsbeleid

Departementale voordracht

De kern van het gezondheidsbeleid bestaat uit de stelling dat het beleid zich meer dient te richten op de determinanten van gezondheid. Reeds in 1974 wees de toenmalige Minister van Volksgezondheid van Canada Marc Lalonde erop dat het Volksgezondheidsbeleid grotendeels de curatieve zorg betrof en niet zozeer de overige factoren die de gezondheid bepalen. Sindsdien wordt er dan ook wel gesproken over 'sickness care' in tegenstelling tot 'health policy'. Nu is het wel prikkelend om de gezondheidszorg als ziektezorg te bestempelen en vervolgens te zeggen: en van nu af aan gaan we ons bezighouden met iets anders, iets moois, namelijk met gezondheidsbeleid; maar zo simpel liggen de zaken niet. In de eerste plaats is in het model de curatieve zorg naast de overige factoren een determinant van de gezondheid. Het zorgsysteem wordt dus bepaald niet buiten het aandachtsveld geplaatst. In de tweede plaats hebben de ziektepreventie en de gezondheidsbevordering – de belangrijke speerpunten van gezondheidsbeleid immers – steeds een rol gespeeld in beleid en praktijk van de volksgezondheid. Men kan zich daarom met recht afvragen wat dan wel het nieuwe is aan gezondheidsbeleid. Is het niet zoiets als een nieuw wijsje voor een bestaand lied of, lettend op het model, een samenvoeging van reeds lang bestaande elementen en benaderingen?

Om met dat laatste te beginnen: ja, dat is juist: het model verenigt alle bekende relevante factoren en niet meer dan dat. Maar dit is nog niet eerder gedaan, althans niet in het overheidsbeleid.

De Volksgezondheidsnota 1966 geeft weliswaar een interessante en nog steeds boeiende beschrijving van factoren die de gezondheidszorg beïnvloeden, maar de Nota 2000 gaat een stap verder door die factoren in een samenhangend model te plaatsen waardoor het relatieve belang van de verschillende factoren wat duidelijker uitkomt.

Dan komen we nu op het tweede nieuwe element in de benadering. Voor het eerst wordt de gezondheidstoestand van de bevolking, ook wel de vraagzijde genoemd, heel expliciet gekozen als uitgangspunt voor beleid en interventies.

Die interventies, waar de curatieve gezondheidszorg, ook wel aanbodszijde genoemd, het leeuwedeel van uitmaakt, zouden een afgeleide moeten vormen van de gegevens over de gezondheidstoestand. Nu is planning op basis van behoeften een reeds lang gekoesterd ideaal in de gezondheidszorg, maar de resultaten op dit gebied zijn nog uiterst bescheiden. Daarvoor zijn wetenschappelijke en politiek-maatschappelijke redenen te noemen die ik hier moet laten rusten. De hernieuwde aandacht voor ontwikkelingen in gezondheidsproblemen en morbiditeitspatronen, en de studies over de invloeden daarop vanuit de omgeving en het gedrag, zijn dan ook een hernieuwde poging om dit uitgangspunt als het ware een hogere plaats op de beleidsagenda te geven. We zien deze trend ook bij verwante deelbenaderingen, zoals de voortgangsrapportages over kankerbestrijding en de binnenkort te verschijnen nota over preventie van aangeboren afwijkingen.

Wanneer dit uitgangspunt consequent kan worden volgehouden, bijvoorbeeld door middel van verbetering van de gezondheidsstatistieken – ook op regionaal niveau – en een voortzetting van de huidige, voorspoedige ontwikkelingen van scenariostudies, dan zal het inhoudelijke uitgangspunt steeds meer geloofwaardig en overtuigend worden. Het nieuwe van de Nota 2000 is dat er als het ware een voorschot wordt genomen op deze ontwikkeling en daarmee de gewenste situatie dichterbij komt.

Als derde nieuwe element zou de anticipering genoemd kunnen worden. Wanneer wij genoeg nemen met het gegeven dat uitspraken over de toekomstige gezondheidstoestand altijd een behoorlijke marge van onzekerheid bezitten, dan blijft over dat het best mogelijke gebruik van de beste beschikbare gegevens over toekomstige ontwikkelingen de beste benadering biedt voor langetermijnbeleid.

Langetermijnbeleid is een ideaal voor veel bestuurders en planners; een ideaal dat meestal een ideaal blijft omdat de problemen van iedere dag zich dwingend aandienen en om een oplossing vragen.

Denken over de toekomst kan dan een welkome afwisseling worden voor de harde werkelijkheid van bestuur en management; een soort ontspanningsoefening na een inspannende dagtaak. Zo'n benadering van het langetermijndenken propageert de Nota 2000 natuurlijk niet. Integendeel, de Nota vraagt, nadat een min of meer gedetailleerd plaatje is gegeven van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in 2000, om een beleid dat oplossingen biedt voor de gezondheidsproblemen die dan bestaan.

Daarbij zijn vooral van belang de verschuivingen omdat die een gro-

ter beleids- en uitvoeringsprobleem vormen dan de gezondheidsproblemen die min of meer stabiel blijven. Met het oog hierop is bij de concrete beleidsvoornemens van de Nota voorrang gegeven aan de uitwerking van preventie en facetbeleid voor kanker, hart- en vaatziekten, ongevalen en de gezondheidsproblemen verbonden met de vergrijzing en het alcoholmisbruik.

Juist de kennis dat er verschuivingen optreden die een verslechtering van de gezondheidstoestand in het algemeen betekenen, lokt een beleidsantwoord uit. Hij die meer weet, heeft meer te verantwoorden, zou men kunnen zeggen. Het wordt dan ook de grote uitdaging van de komende jaren om concreet beleid te ontwerpen voor de gezondheidsproblemen van 2000.

Een van de methoden die hiervoor nuttig kunnen blijken, is te werken met gezondheidsdoelen, eveneens een nieuw element in het volksgezondheidsbeleid. Het werken met gezondheidsdoelen dwingt een toekomstige gewenste situatie concreet te omschrijven en er een beleidsprogramma aan te verbinden. De omschrijving van het, veelal inhoudelijke, gezondheidsdoel maakt het mogelijk om na verloop van zekere tijd te toetsen of het doel bereikt is. Door te gaan werken met gezondheidsdoelen worden epidemiologie, sociale gezondheidszorg en politiek met elkaar verbonden. Het sturend vermogen van het beleid op basis van inhoudelijke uitgangspunten zal dan ook moeten toenemen.

De Nota 2000 vraagt in het beleidsdeel van de Nota* om de formulering van gezondheidsdoelen voor de zoëven genoemde gezondheidsproblemen van het jaar 2000.

Het feit dat we in Nederland nog geen ervaring hebben met het werken met gezondheidsdoelen, zal derhalve spoedig tot het verleden behoren.

Ten slotte moet als nieuw element in het beleid worden gewezen op de relatie tussen het volksgezondheidsbeleid in Nederland en de 'Health for all strategie' van de WHO in Europa. Nederland heeft zich verbonden de realisering van de 38 health targets – aangepast aan de nationale situatie en mogelijkheden – na te streven en heeft zich daarmee ook verbonden aan de 3-jaarlijkse toetsing van de vorderingen.

Daarmee krijgt het beleid er een nieuwe dimensie bij.

* Hoofdstuk 10; pag. 346/7, punt 10.3.1, ad 1 en ad 2.

Samenvattend kunnen we stellen dat er vijf nieuwe elementen in het gezondheidsbeleid voorkomen, namelijk

- ten eerste: alle relevante factoren zijn in één model verenigd;
- ten tweede: de gezondheidstoestand ('vraagzijde') is expliciet uitgangspunt in beleid;
- ten derde: het langetermijnbeleid staat centraal; met behulp van scenariostudies kan worden geanticipeerd op de toekomstige gezondheidstoestand;
- ten vierde: gezondheidsdoelen worden richtinggevend voor beleid;
- en ten vijfde geldt de samenwerking met de WHO.

DEEL I

De Nota 2000
en de eerste lijn

Studiedag gehouden
op 12 november 1986

1	De Nota 2000 en de eerstelijnszorg <i>E.W. Roscam Abbing</i>	17
2	Het falen van het structuurbeleid in de gezondheidszorg <i>J. van der Zee</i>	22
3	Het Kruiswerk in de eerste lijn <i>E. Veder-Smit</i>	33
4	Over de betekenis van de Nota 2000 voor het gezondheids- beleid <i>Ph.A. Idenburg</i>	39
	Discussie	49
5	Epidemiologie en volksgezondheid: de balans voor het jaar 2000 <i>H.A. Valkenburg</i>	52
6	De Nota 2000 en de implicaties voor de extramurale verpleegkundige zorgverlening <i>C.M.A. Frederiks</i>	56
7	Waar blijft de eerste lijn? <i>J.C. van Es</i>	64
	Discussie	74

Sprekers

- Prof. Dr. J.C. van Es, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Amersfoort; hoofdredacteur Medisch Contact
- Mw. Drs. C.M.A. Frederiks, universitair docent, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht
- Dr. Ph.A. Idenburg, voorzitter Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Den Haag
- Drs. E.W. Roscam Abbing, hoofddirecteur DGVGZ/Hoofddirectie Gezondheidszorg, Ministerie van WVC, Rijswijk
- Prof. Dr. H.A. Valkenburg, hoogleraar Epidemiologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam
- Mw. Mr. E. Veder-Smit, voorzitter bestuur Nationale Kruisvereniging te Bunnik; lid Eerste Kamer voor de VVD
- Dr. J. van der Zee, hoofd Inhoudelijke Zaken NIVEL, Utrecht

1 De Nota 2000 en de eerstelijnszorg

E.W. Roscam Abbing

1 Inleiding

De systematiek van de Nota 2000 – u zult dat hebben begrepen – is het leggen van het begin van de beleidsontwikkeling bij de toekomstige gezondheidsproblemen om van daaruit via het omschrijven van zorgbehoeften en -vragen en de daarop aansluitende functies of voorzieningen te komen tot concrete invulling van het zorgsysteem.

Voor de eerstelijnszorg zijn de belangrijkste te verwachten ontwikkelingen:

- toename van de bejaarde bevolking hetgeen onder meer inhoudt een toename van kankers, dementieën en psychosociale problemen bij bejaarden;
- onafhankelijk van de vergrijzingsproblematiek een toename van kankers en psychosociale problemen.

Deze ontwikkelingen betekenen een verzwaring van de last op de eerstelijnszorg met chronische aandoeningen en psychosociale problemen. Aansluitend bij de maatschappelijke opvattingen en het beleid van de afgelopen jaren, maar ook omdat de tweede lijn deze last niet kan opvangen, zal daarom gezocht moeten worden naar versterking van de verplegings- en verzorgingsfuncties in de wijk en verbetering van de diagnostisering en behandeling van psychosociale problemen door eerstelijns werkers. Dit laatste onderwerp wil ik vandaag laten rusten: de Nota 2000 sluit op dit punt aan bij de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984, en de daarin uitgestippelde beleidsvoornemens met betrekking tot de eerstelijnszorg worden op dit moment geleidelijk uitgevoerd.

2 Versterking verplegings- en verzorgingsfuncties in de wijk

Waar we ons in de komende tijd vooral mee bezig zullen moeten houden,

is het vinden van oplossingen voor versterking van de verplegings- en verzorgingsfuncties in de wijk. In de eerste plaats kan gedacht worden aan de verbetering van de mogelijkheden voor thuiszorg door middel van aangepaste opleidings- en bijscholingsprogramma's en verbetering en uitbreiding van de verplegingshulpmiddelen. Maar daarmee zijn we er nog niet.

In de Nota 2000 wordt nogal veel aandacht besteed aan het scheppen van intramurale verplegingsmogelijkheden in de wijk. Deze voor Nederland betrekkelijk nieuwe gedachte zou een oplossing kunnen zijn voor de behoefte aan verpleging dicht bij huis voor die categorieën van patiënten die geen verpleging in een algemeen ziekenhuis (meer) behoeven maar voor wie het aan de andere kant niet verantwoord is alleen thuiszorg te bieden. Zorg op maat dus. Indien we ons een wijk voorstellen als deel van een stad of een deel van het platteland met 10.000 tot 20.000 inwoners – maar onder omstandigheden kan ook met kleinere aantallen worden volstaan – dan zou een verplegingseenheid van ongeveer 30 bedden in de behoefte kunnen voorzien. De keuze van 30 bedden is ingegeven door praktische redenen: bij dat aantal kan nog net een bestaand groot pand worden gekozen en verbouwd. Een grotere omvang vraagt in ieder geval nieuwbouw. De organisatorische vormgeving kan variëren van een zelfstandige verpleegeenheid tot een dependance van een verpleeghuis respectievelijk algemeen ziekenhuis; maar ook kan gedacht worden aan gebruik van de verpleegafdeling van bejaardenhuizen. In dit laatste geval moet natuurlijk wel een oplossing worden gevonden voor niet-bejaarde patiënten; de geschetste verpleegeenheid is namelijk ook van betekenis voor alleenstaanden met ernstige aandoeningen.

De intramurale verpleging in de wijk is nog in het stadium van globale ideeën en er zijn zeker omstandigheden te noemen die zo iets onmogelijk maken. Laten we ons daardoor echter niet laten afschrikken en oplossingen bedenken die het wel mogelijk maken. Vanuit een dergelijke instelling is in de Nota 2000 het beleidsvoornemen opgenomen (p. 347 punt 10.3.2) om nog dit jaar advies aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid te vragen over de verschillende aspecten van onder meer deze nieuwe voorziening. Hierbij zal duidelijk worden of de ideeën van de Nota 2000 inderdaad aansluiten op zich wijzigende zorgbehoeften en wat de concrete uitvoeringsmogelijkheden zijn. Ik zou blij zijn indien in de discussies die vandaag gevoerd zullen worden ook een dergelijke vraagstelling zou worden gehanteerd.

Het idee van een intramurale verpleegeenheid in de wijk kan met

enig recht een voorbeeld worden genoemd van versoepeling van de grenzen tussen de eerste en tweede lijn. In de Nota 2000 worden hieraan beschouwingen gewijd (p. 226 en 237) die een pleidooi inhouden voor een dergelijke ontwikkeling. Hiermee wordt aangesloten bij feitelijke ontwikkelingen zoals gedeconcentreerde GGZ-voorzieningen, diagnostische centra buiten-poliklinieken en toepassing van nieuwe technologieën voor bij voorbeeld revalidatie, diagnostisering en verpleging die tot voorheen in het tweede echelon werden toegepast.

In de Structuurnota (1974) werd, zoals bekend, een strakke scheiding in echelons bepleit. Inmiddels is duidelijk geworden dat die scheiding genuanceerd dient te worden, iets wat past in het streven 'zorg op maat' te leveren. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (HRWB, 1986) heeft er onlangs op gewezen dat althans op het vlak van de geneeskunde de verschillen kleiner worden: de rollen van huisarts en specialist zijn complementair en kunnen variëren naar de omstandigheden. De Raad pleit dan ook voor onderzoek naar de verschuivingen in functies van de eerst en tweede lijn die de laatste jaren zijn opgetreden en stelt verder dat op het gebied van de thuiszorg eveneens sprake is van complementaire rollen. Want goede thuiszorg veronderstelt de aanwezigheid van intramurale zorg in verband met de mogelijkheden te kiezen voor één van beide, voor noodsituaties en vakantie-opvang. Het spreekt vanzelf dat voor 'intramurale zorg' ook de intramurale verplegingseenheid in de wijk kan worden ingevuld, zij het dat met het oog op mogelijk kwaliteitsverlies wel zorgvuldige indicering hiervoor gewenst is.

3 Preventieve functie eerste lijn

Een aspect dat zeker genoemd dient te worden, is de preventieve functie van de eerste lijn. Zoals bekend, pleit de Nota 2000 voor een zichtbare versterking van preventie en facetbeleid. Wanneer ik me hier beperk tot de preventieve activiteiten, dan zou ik willen opmerken dat op dit terrein specifieke mogelijkheden voor de eerstelijns werkers liggen.

Ik denk daarbij uiteraard niet in de eerste plaats aan de collectieve preventie, die tot het werkerterrein van de basisgezondheidsdiensten wordt gerekend, maar aan vormen van vroegtijdige onderkenning, signalering van gezondheidsproblemen en individueel gerichte GVO.

Wanneer we ons bij voorbeeld de vergrijzende bevolking als doelgroep voorstellen, dan zou een benadering denkbaar zijn waarbij actief, 'outreaching' de bejaarden regelmatig thuis worden bezocht teneinde

hun zorgbehoeften te onderkennen en tijdig de nodige hulpverlening te organiseren. Een recent Deens onderzoek (Hendriksen e.a., 1984) wees bij voorbeeld uit dat op die manier de ziekenhuis- en verpleeghuisopnamen met 20 tot 30% konden worden gereduceerd. Het is een voorbeeld uit vele mogelijkheden. Waar het om gaat is dat de eerste lijn eigen preventieve mogelijkheden heeft en dat een concurrentie met de basisgezondheidsdiensten, waarvan immers soms sprake is, in het algemeen niet nodig is.

Wanneer we nu de zich wijzigende taakstelling voor de eerste lijn, op basis van de zich wijzigende zorgbehoeften, bezien, dan zal het duidelijk zijn dat de rollen van alle eerstelijns werkers – ik sluit nadrukkelijk de maatschappelijke dienstverlening in – zich zullen wijzigen.

Kort samengevat zullen de aspecten van geriatrische zorg, psychosociale zorg en preventie, steeds meer aandacht vragen. Daarnaast zullen voor alle eerstelijns werkers nieuwe vragen opdoemen rond versterking van de samenhang binnen de eerste lijn en een flexibele samenwerking met de tweede lijn.

Het is duidelijk dat een zodanig veranderingsproces de meeste kans van slagen heeft indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. De meeste hiervan heb ik in het voorgaande reeds genoemd. Ik zou nog willen toevoegen dat het essentieel is dat de noodzakelijke samenhang binnen de eerste lijn wordt bevorderd door een adequate plannings- en financieringswetgeving. Dit veelbesproken onderwerp heeft op dit moment nu de WGM is ingetrokken, een actuele betekenis.

4 Slot

De Nota 2000 is, dat zult U hebben begrepen, niet een eindproduct. Het overgrote deel van de Nota is discussienota en slechts een klein deel beleidsnota, dat wil zeggen een document met beleidsvoornemens voor de uitvoering waarvan de Staatssecretaris Dees het gezondheidsbeleid dan ook boven aan zijn programma heeft gezet. Verder heeft hij de Kamer toegezegd om vóór de UCV over de Nota 2000, welke in juni 1987 zal worden gehouden, een 'geannoteerd behandelingsvoorstel' in te dienen. In de notitie die voor deze gelegenheid zal worden opgesteld, zullen de invoeringsstrategie en de reacties van het veld een belangrijke plaats innemen. Het leidt dan ook geen twijfel dat de resultaten van de vijf studiedagen over de Nota 2000 met grote aandacht zullen worden gelezen en verwerkt.

Daarom hoop ik dat wij vandaag een vruchtbare discussie zullen hebben, een discussie die er toe zal leiden dat de Nota 2000 iets tastbaars, dat wil zeggen een deel van onszelf zal worden.

Literatuur

- Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Echelonnering in de gezondheidszorg*. Signalement nr. 24, 's-Gravenhage, 1986
- Hendriksen, C., E. Lund en E. Strømgard, Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *The British Medical Journal* 289, 1984, 1522–1524
- Ministerie van Volksgezondheid en Miliehygiëne, *Structuurnota*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974
- (Nieuwe) *Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 18 463 nrs. 1–2
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2

2 Het falen van het structuurbeleid in de gezondheidszorg

J. van der Zee

1 Inleiding

In het algemeen zou het van slechte retoriek getuigen als we uit de 200 000 woorden van de Nota 2000 één zinnetje zouden lichten en daar vervolgens 10 pagina's lang op terug zouden komen. Toch neem ik dit risico: het betreffende zinnetje staat namelijk ook in de samenvatting van de Nota en door zijn typografische eigenaardigheid is het bij mij blijven doorzeuren als een deuntje dat je 's ochtends bij het ontbijt op de radio hoort en dat je de hele dag niet meer loslaat. Het staat in het hoofdstuk over de organisatie van de gezondheidszorg, in de paragraaf over het 'huidige zorgbeleid': 'Essentieel is dat het «blijkbaar» in de gezondheidszorg moeilijk is om uitgangspunten om te zetten in concreet beleid' (p. 226). Let op de typografische relativering van het woordje 'blijkbaar'. Een soort typografische schouderophalen. «Blijkbaar» is het in de gezondheidszorg moeilijk om uitgangspunten om te zetten in concreet beleid. Het 'huidige zorgbeleid' dat is ingezet met de Structuurnota is «blijkbaar» slechts ten dele gelukt.

In hetzelfde hoofdstuk wordt geconstateerd, dat een van de hoekstenen van het beleid 'versterking van de eerste lijn' niet tot beteugeling van de tweedelijnszorg heeft geleid. Even afgezien van de vraag of de eerste lijn versterkt is – maar daar kom ik nog op terug – is de enige effectieve maatregel tot beteugeling van de tweedelijnszorg de in 1983 in gang gezette budgettering geweest (Bensing en van der Zee, 1986). Een maatregel, waarover Brian Abel-Smith opmerkte dat alles staat of valt met de aanvaarding van het principe dat het ziekenhuis binnen zijn budget moet blijven: 'the tactic of running into debt can frustrate the system' (Abel-Smith, 1984).

Krantieberichten over 300 instellingen die failliet dreigen te gaan of hun schulden op de stoep van het gemeentehuis deponeren, wijzen in een andere richting. Het is de vraag of de politiek deze druk kan weerstaan. Pas als budgettering over een langere periode blijkt te werken en als een oplossing is gevonden voor de evidente onrechtvaardigheid van

het 'historische kostprijs uitgangspunt', waarbij zuinige ziekenhuizen gestraft en verspillende beloond worden, kan men spreken van een succesvolle onderneming.

In de Nota 2000 wordt in ieder geval geconstateerd, dat financiering van eerste en tweede lijn geen 'communicerende vaten' vormt. Wat aan de ene kant wordt bespaard, komt niet aan de andere kant ten goede.

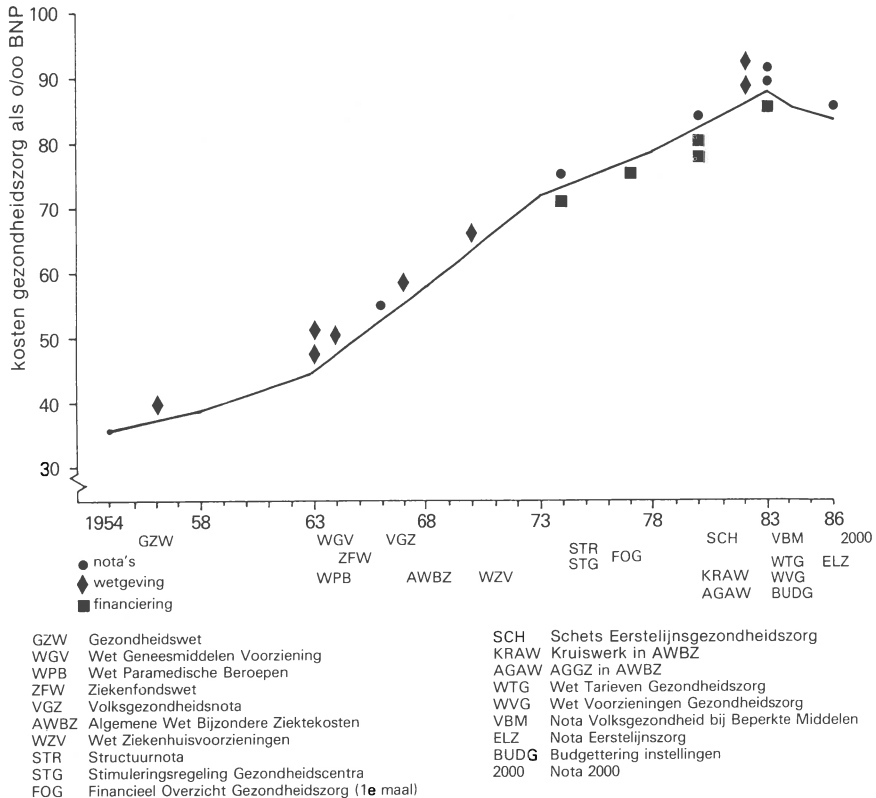
Toch is het nogal wat als de 'Rijksoverheid' dan vervolgens stelt dat het «blijkbaar» zo moeilijk is om beleid te voeren. Wie moet het dan namelijk doen?

2 Terugblik

Laat ons eerst eens kijken naar de hoofdlijnen van het beleid van de afgelopen decennia. In figuur 1 staat een grafiek van het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het Bruto Nationaal Produkt (BNP) en rondom deze lijn staan de verschillende 'beleidsvarianten' gegroepeerd.

Twee terzijdes. De eerste: – ik weet het – nota's zijn geen 'beleid'; ik spreek ook nadrukkelijk van *beleidsvoornemens*. De tweede: de keuze van de lijn in de grafiek – het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het BNP – is bewust. Ik heb niet geprobeerd een zelfde drapering van nota's en wetten te maken rond een aflopende lijn van zuigelingensterfte in dezelfde periode. De beschreven nota's, wetten en financieringsmaatregelen beoogden immers de kosten van de gezondheidszorg te beïnvloeden en niet (of zeker niet direct) de zuigelingensterfte. Ik spreek hier vooral over het 'structuurbeleid' en beschouw de gestadig toenemende levensverwachting vooral van de vrouwelijke bevolking en de afname van de sterfte aan hart-vaatziekten als tamelijk autonome, althans niet door de structuur van de gezondheidszorg beïnvloede ontwikkelingen. Uit de grafiek is af te leiden dat vooral de laatste jaren er een sterke toename van het aantal nota's is te bespeuren. Beleidsmatig is dat een veeg teken: een duidelijk scheve balans. Immers het *werkelijke* beleid begint pas met de aankondiging van wetten in het Staatsblad en zelfs dat geldt niet eens voor een kaderwet als de WGM, die pas met algemene maatregelen van bestuur tot leven komt.

We zien verder dat de ontwikkeling van de kosten het sterkst is in de periode 1965–1980. Daarna wordt de groei tot staan gebracht. Het is opvallend dat de Nota Volksgezondheidsbeleid 1966, waarop de huidige Nota 2000 sterk teruggrijpt, stamt uit een tijd van ongebreidelde groei.



Figuur 1 Uitgebrachte nota's, wetten en financieringsregelingen in het kader van de kosten gezondheidszorg.

Bezieet men de groei in internationaal verband, dan hoort Nederland bij de landen waar de stijging van de kosten het sterkst is geweest. Dit blijkt uit een recente OECD-publikatie (OECD, 1985), waar cijfers over de periode 1960–1983 worden gepubliceerd. In figuur 2 worden voor enkele (geselecteerde) landen de cijfers grafisch weergegeven.

Geselecteerd zijn enerzijds landen die in 1980 een hoog percentage van hun BNP aan gezondheidszorg uitgaven en in 1983 nog steeds (Zweden), en landen die in beide perioden betrekkelijk weinig uitgaven (Verenigd Koninkrijk, België), terwijl Canada in 1960 veel uitgaf en betrekkelijk weinig in 1980 en Nederland juist het omgekeerde patroon liet zien.

Politiek valt er helaas niet zoveel lering uit deze grafiek te trekken.

In de hoog/hoog groep zitten zowel de Zweedse staatsgezondheidszorg als het volledig vrije Amerikaanse systeem en in de laag/laag categorie treft men zowel het straatarme Griekenland als het Verenigd Koninkrijk aan; Canada zat hoog en heeft krachtig omgebogen vanaf 1971, vooral door financiering en planning in één hand te houden en geen andere financieringsbronnen toe te staan. Het schijnt overigens, dat de betreffende Canadese wetgeving met algemene stemmen in het parlement is aangenomen.

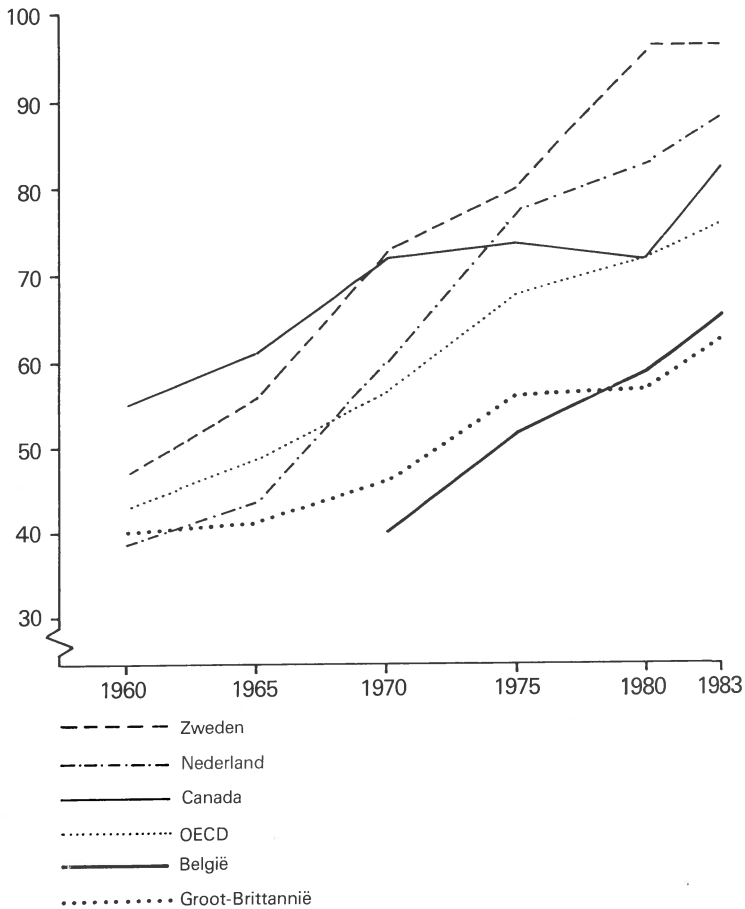
Het Nederlandse structuurbeleid is dus «blijkbaar» qua kostenbeheersing geen succes geworden, alhoewel sinds 1980 een kentering in de kostenontwikkeling te bespeuren valt.

3 Waaron nu is het beleid géén succes?

Evert Dekker, één van de auteurs en redacteurs van de Nota 2000, doet daarover opvallend openhartig – meestal krijgt men geen kijkje in de keuken van de departementale bureaucratie – en op persoonlijke titel een boekje open in een bijdrage die hij voor het tijdschrift *Gezondheid en Samenleving* omtrent de Nota ('2000 woorden over 2000') heeft geschreven.

Dekker stelt (hij noemt het zelf 'drieste uitspraken') 'dat uitvoerings- en beheerskwesties grotendeels het feitelijke beleid uitmaken, is niet alleen een kwestie van onvermogen om de diverse vertaalslagen tussen idee en uitvoering te maken, maar, althans in de gezondheidszorg, een direct gevolg van het feit dat veel beleid op het volksgezondheidsterrein wordt gemaakt buiten de sfeer van de overheid, namelijk in het zogenaamde maatschappelijke middenveld: de parastatale advies- en uitvoeringsorganen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Ziekenfondsraad, Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen) en landelijke koepels van beroepsbeoefenaars en instellingen'. Dekker vervolgt met de constatering dat *daar* beleidsvorming plaatsvindt en dat departementale beleidsvoornemens voorwerp worden van belangenbehartiging en belangenstrijd. Hij stelt: 'Dit kost altijd veel tijd en vaak ook de kern van het beleidsvoornemen!' (Dekker, 1986).

Maar ook binnen het departement blijken de meningen verdeeld: 'Ook treffen we inhoudelijken en instrumentalisten aan, met als bijzonderheid dat vooral de instrumentalisten nauwe werkrelaties onderhouden met (dat wat eufemistisch heet: 'secretariaten' van) de parastatale



Figuur 2 Aandeel kosten gezondheidszorg als promillage BNP in enkele OECD-landen 1960–1983.

organen, zodat gesproken mag worden van een coalitie van 4e en 5e macht' (Dekker, 1986).

Ik kan toch niet anders concluderen dan dat de auteur stelt dat het eigen departementale beleid zelfs van binnenuit wordt ondergraven in een eindeloze adviesprocedure tussen overheid en uitvoeringsorganen.

Het «blijkbaar» uit de inleiding zou wel eens op deze gang van zaken kunnen slaan. De onmacht om financiering en planning in één hand te krijgen is kenmerkend voor Nederland (Adviescommissie sanering plan-

procedures, 1985). Anderen (Van de Ven en Schut, 1986) noemen de macht van de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg of wijzen op de vereiste dat overheidsplanning integraal moet zijn en geen ontspanningsclausules moet bevatten (Hofland en Wilms, 1984) om effectief te zijn.

4 Oplossingen

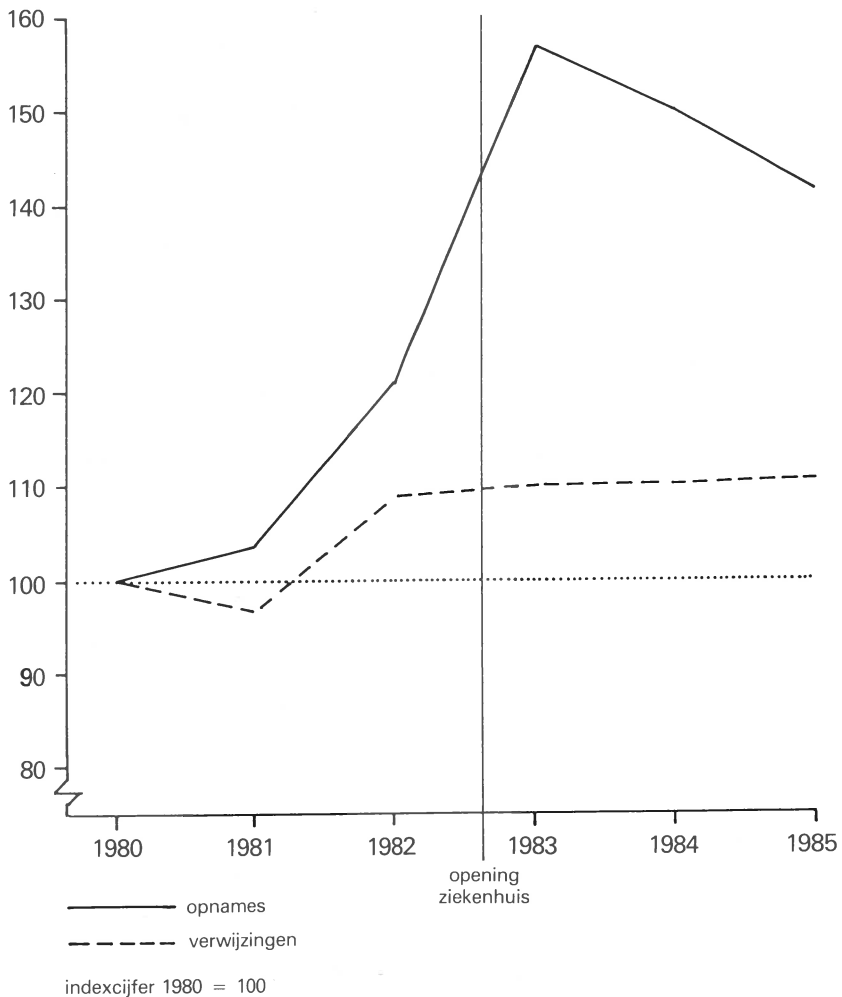
De Canadese econoom Evans noemt 'single source funding at an appropriate level of government' de oplossing (Evans, 1985). Financiering uit één enkele bron op het juiste bestuurlijke niveau. In het Canadese geval zijn financiering en planning in handen van de provincie. Het voorbeeld van Canada is zo aardig omdat er geen sprake is van een staatsgezondheidsdienst, maar wel van strakke en omvattende financiële kaders. Vooral door het budgetteren van de intramurale sector heeft men de kosten over een langere periode tot staan gebracht.

Wat Nederland betreft, is de strijd om de financiering van de gezondheidszorg lang en heftig geweest: de Duitsers hebben er nog aan te pas moeten komen om het ziekenfondsbesluit uit 1941 te nemen. Zelfs de WTG geeft blijkbaar onvoldoende houvast op de ontwikkelingen.

Misschien moeten we dan maar concluderen met de Nota 2000, dat de overheid geen effectief structuurbeleid kan voeren. Of toch misschien niet?

Het bloed kruipt waar het niet gaan kan. De Nota 2000 bevat aanzetten tot een nieuw beleid, vooral gericht op het verbeteren van de gezondheid van de bevolking door preventieve maatregelen. Daarnaast echter worden wel degelijk nieuwe structuren aangegeven, vooral rond de verhouding tussen de 'eerste lijn' en instellingen van (gezondheids)zorg als ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardenhuizen.

De gedachte achter dit 'nieuwe' beleid is dat het strakke echelonneringsprincipe en de versterking van de eerste lijn te weinig invloed op de ontwikkelingen in de tweede lijn hebben gehad. De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid heeft dit thema in twee nota's verder uitgewerkt (HRWB, 1985 en HRWB, 1986). In de eerste nota werd bij voorbeeld op grond van de stijging van het ziekenfondsverwijscijfer 'aangetoond' dat substitutie tussen eerste en tweede lijn mislukt was. Ik heb naar aanleiding daarvan nog eens laten zien dat ondanks de continue daling van het aantal inwoners per specialist en de langzaam maar onverbidde-lijk toenemende vergrijzing en een slechts geringe daling in de gemiddel-



Figuur 3 Verwijs- en opnamecijfers van ziekenfondsverzekerden in Lelystad 1980-1985.

de grootte van de huisartspraktijk, het verwijscijfer vanaf 1974/1975 tamelijk stabiel gebleven is (Van der Zee, 1985).

Aan de eerste lijn ligt het dus waarschijnlijk niet, maar waar dan wel aan? Het ziekenhuis Lelystad, in 1982 geopend, heeft ons daarover inzicht gegeven. Het NIVEL heeft onderzoek gedaan, vooral erop gericht om te zien hoe nu precies de ook door ons verwachte stijging van

het verwijscijfer in zijn werk zou gaan. Zouden de huisartsen minder zelf doen of zou de bevolking eerder op een verwijzing aandringen? Niets van dat alles; het verwijscijfer is nauwelijks gestegen, het opnamecijfer echter sterk en dat nog wel in een ziekenhuis met specialisten in loondienst (Dopheide, 1985) (figuur 3).

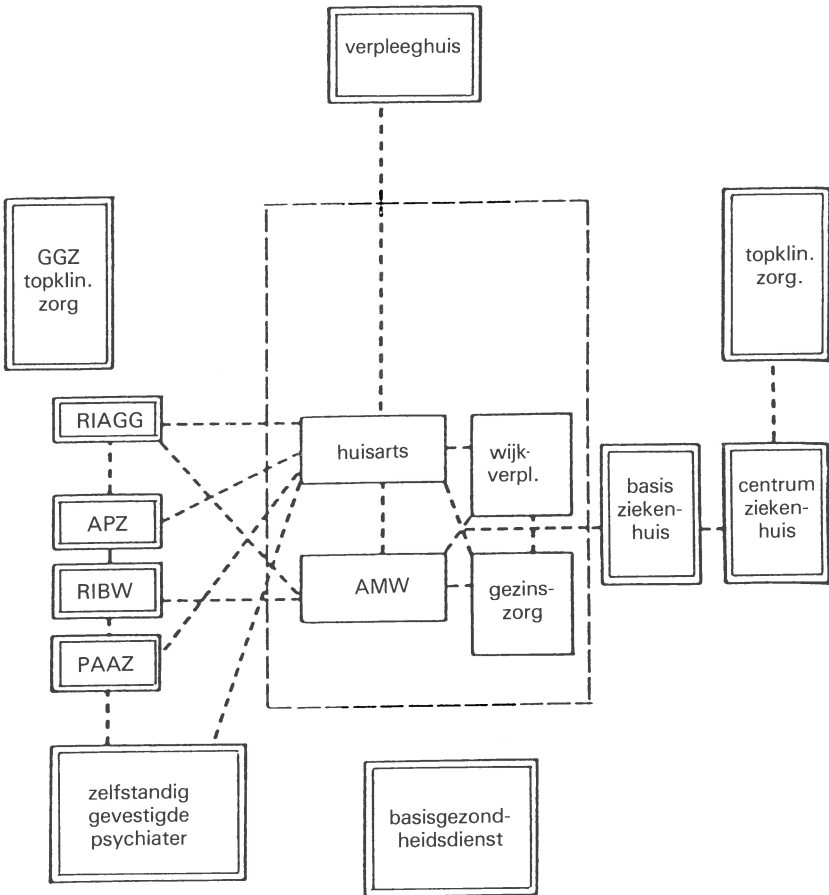
Moet je dat dan de eerste lijn in de schoenen schuiven, zoals in de HRWB-nota over 'echelonnering' wordt gesuggereerd? Of wordt het niet eens tijd om effectieve maatregelen ter voorkoming van deze ontwikkelingen te nemen? Het is namelijk de vraag of de plaatjes die in de Nota 2000 zijn geschetst wèl effectief zijn. Uitgaande van de huidige situatie, waarin de vier kerndisciplines omgeven zijn door verschillende soorten instellingen (figuur 4), worden varianten uitgewerkt, waarbij de instellingen een dependance in de wijk hebben. Ik heb voor het overzicht beide varianten in één plaatje gezet (figuur 5).

Dat ziet er niet gezellig uit voor de huidige eerste lijn. De hamvraag is echter of met zo'n constructie de kostenstijging van de tweede lijn wèl in bedwang kan worden gehouden. Of wordt nu gewoon een deel van het ziekenhuis en verpleeghuis 'eerste lijn' genoemd zodat precieze kostenplaatjes niet meer te maken zijn?

Hoe de organisatie en financiering van deze buiten de oever tredende ziekenhuizen moet worden geregeld, is nog onduidelijk. We hebben zojuist gezien dat iedere oplossing waar planning en financiering uit elkaar lopen, niet effectief is. De hier voorgestelde ontwikkelingen zullen zeker tegen dit criterium moeten worden getoetst.

5 Slot

Terugkomend op mijn uitgangspunt, wil ik nog toevoegen dat de grote verdienste van de Nota 2000 ligt in het benadrukken van het belang van de volksgezondheid als criterium voor het overheidsbeleid. Het kan niet vaak genoeg gezegd worden dat het voorkómen dat schoolkinderen gaan roken, de sterfte aan hart- en vaatziekten en nieuwvormingen veel effectiever beïnvloedt dan bij voorbeeld uitgebreide bevolkingsscreening op hypertensie. Overigens is het voorkómen dat scholieren gaan roken nauwelijks meer volksgezondheid te noemen – eindelijk een argument om wat van de begroting van WVC naar onderwijs over te hevelen. Als dat de winst is van de Nota 2000, dan is het een goede en nuttige Nota. Het is alleen jammer dat deze geschreven is uit onvrede met het beleid van de afgelopen jaren. Het is bovendien de vraag of het ministe-



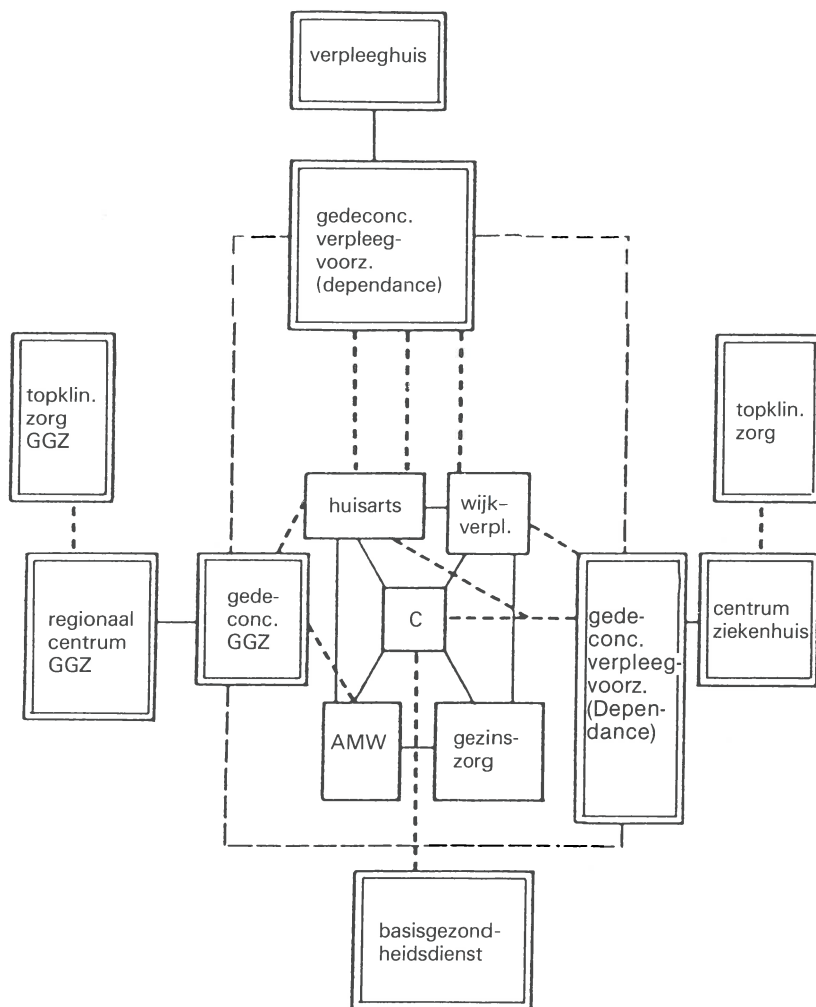
Toelichting:

- = grens van de wijk
- = formele, organisatorische samenwerking
- - - - - = niet geformaliseerde relatie, wel verwijzing en consultatie

Figuur 4 Bestaande relatie extra-intramuraal.

rie van WVC wel goede beleidsinstrumenten heeft in zijn strijd tegen hardnekkige menselijke eigenschappen als luiheid, domheid en gulzigheid. Maar dat zien we in het jaar 2000 wel.

P.S. Tussen het uitspreken van deze lezing en het drukklaar maken van



Toelichting:

- = grens van de wijk
- = formele, organisatorische samenwerking
- = niet geformaliseerde relatie, wel verwijzing en consultatie

Figuur 5 Voorgestelde varianten 'extramuralisering' van intramurale voorzieningen (Nota 2000).

de tekst verscheen een belangwekkende studie over kostenbeheersing in de gezondheidszorg (Algemene Rekenkamer, 1986). De Algemene Rekenkamer constateert dat, zeker de laatste jaren, de stijging van de kosten van de gezondheidszorg tot staan gebracht is, maar is tamelijk kritisch over de effectiviteit van de afzonderlijke stuurmiddelen, budgettering van intramurale instellingen uitgezonderd (p. 52–54). Bovendien waarschuwt de kamer voor de misvatting dat verschuiving van de collectieve naar de private sector niet met ‘ombuigingen’ verward moet worden. Het mislukken van het substitutiebeleid wordt eveneens onder de aandacht gebracht.

Literatuur

- Abel-Smith, B., *Cost containment in health care*. London, Bedford Square Press, 1984
- Adviescommissie sanering planprocedures, *Carnavalstocht der planprocedures*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985
- Algemene Rekenkamer, *Instrumenten en doelverzuiling kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie*. Twee Kamer, vergaderjaar 1986–1987, stuk 19 794, nrs. 1–2
- Bensing, J.M. en J. van der Zee, Het beleid is dood, leve het beleid, commentaar op de Nota 2000. *Gezondheid en Samenleving* 7, 1986, 187–190
- Dekker, E., Achtergronden van de Nota 2000 en de rol van de sociale wetenschappen. *Gezondheid en Samenleving* 7, 1986, 4, 4–10
- Dopheide, J.P. (red.), *Een ziekenhuis op nieuw land*. Utrecht, NIVEL, 1986
- Evans, R.G., The grass on our side is actually quite green – health care funding in Canada. *Gezondheid en Samenleving* 6, 1985, 245–255
- Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Herverkavelen in de gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, 1985
- Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, *Echelonnering in de gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, 1986
- Hofland, J. en P.J.M. Wilms, *Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, Instituut voor onderzoek van overheidsuitgaven, 1984
- Organization for Economic Cooperation and Development, *Measuring health care 1960–1983*, OECD, Parijs, 1985
- Ven, W.P.M.M. van de en F.T. Schut, Health maintenance organizations. *Economisch Statistische Berichten* 71, 1986, 892–898
- Zee, J. van der, Herverkavelen in de gezondheidszorg, belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering. *Medisch Contact* 40, 1985, 1265–1267

3 Het Kruiswerk in de eerste lijn

E. Veder-Smit

1 Inleiding

Bij het lezen van de Nota 2000 wordt men getroffen door de positieve toon en het reële taalgebruik. Dat is een verkwikking na de vele klaagzangen die we in de afgelopen jaren over de gezondheidszorg hebben moeten aanhoren.

De Nota ademt ook een zeker optimisme, gebaseerd op het voorneemen om voor de volksgezondheid een nieuwe aanpak te kiezen. Laten we proberen te genieten van dit optimisme, ook al kan men kanttekeningen plaatsen bij een aantal veronderstellingen waarvan de Nota uitgaat. Als voorbeeld noem ik de geraamde stijging van het volume van de gezondheidszorg met 1 à 1,5% per jaar, wat zou resulteren in een dalend aandeel van het BNP tot 8% in 1995 en 7,8% in 2000.

Uitermate waardevol vind ik, dat de Nota de stand van de wetenschap op een aantal terreinen bijeenbrengt, zodat een soort totaalbeeld ontstaat, ook voor de toekomst. Nieuw vind ik ook de grotere aandacht voor de sociaal-economische achtergronden van gezondheid en ongezondheid.

Een aantal denkbeelden uit vorige kabinetperiodes, zoals de nieuwe definitie van gezondheid, de aandacht voor de plichten van de patiënt, en het van toepassing verklaren van de wet inzake de afnemende meeropbrengst, zie ik met voldoening terug in nieuwe bewoordingen.

Met bijzondere belangstelling volg ik het streven, om in het beleid meer uit te gaan van gezondheidsbehoeften dan van gezondheidsvoorzieningen. De Nota zelf slaagt daar nog maar ten dele in.

2 De eerste lijn

De eerstelijnsgezondheidszorg mag zich verheugen in een voortzetting van het beleid, dat deze lijn wil versterken. Nieuw in dit beleid zou men de volgende elementen kunnen noemen:

1. grotere aandacht voor de gegevensverwerking in de extramurale gezondheidszorg,
2. een concretere aanpak van de preventie,
3. een sterk centraal stellen van de wijk.

Op deze drie punten zou ik nader willen ingaan, vooral vanuit de gezichtshoek van het kruiswerk.

2.1 Het kruiswerk heeft zich in de laatste twee jaren toegelegd op verbetering en uitbreiding van de *registratie en rapportage*. Het zogenaamde WAS-systeem, het wijkadministratiestelsel, is vernieuwd en wordt nu algemeen doorgevoerd. De inhoud daarvan is echter beperkt en daarom is bovendien een systeem van peilstations in het leven geroepen. Door deze peilstations komen meer gegevens in sneller tempo beschikbaar. Dit alles kost geld en mankracht, maar voldoet wel aan de toegenomen behoefte aan informatie over wat er zich in feite in bijvoorbeeld de wijkverpleging en in de consultatiebureaus afspeelt. Naast deze registraties zijn er ook onder andere registratiesystemen voor de kraamzorg en het voedings- en dieetadministratiesysteem.

Laat het departement en het parlement vooral duidelijk en tijdig weten aan welke informatie men nog meer behoefte heeft. Gelukkig zijn wij als kruiswerk in staat, in goed overleg met de lid-instellingen, mede op grond van deze registratie een behoorlijk onderbouwde meerjarenraming te geven.

2.2 *De preventie*. De nota stelt, dat het aandeel van de preventie ten opzichte van de curatieve sector in relatieve en absolute zin zou moeten worden vergroot. Al moet men bedenken, dat preventie en curatie niet altijd volledig inhoudelijk en financieel onderscheiden kunnen worden, een sterker accent op de preventie is ongetwijfeld noodzakelijk.

Het kruiswerk neemt daarin een belangrijk aandeel. De activiteiten van het kruiswerk op het gebied van zwangerschapszorg, kraamzorg, zuigelingen- en kleuterbureaus (denk bij voorbeeld aan de vaccinatie en de VTO), voedingsvoorlichting en patiëntenvoorlichting, zijn waarschijnlijk voldoende bekend. Uit recente gegevens blijkt echter, dat de toenemende druk op de wijkverpleging (veroorzaakt door de capaciteitsreductie in de intramurale zorg en de dubbele vergrijzing) een vermindering van het aantal GVO-contacten met ruim 15% ten gevolge heeft gehad.

Uiteraard kan van het kruiswerk niet geëist worden dat het en de

preventieve activiteiten en de curatieve zorg aanmerkelijk uitbreidt, wanneer de volumegroei daarvoor niet wordt toegekend. Alleen al voor de voedingsvoorlichting wordt door de overheid verwacht dat tussen nu en 1997 een 200-tal extra diëtisten worden aangesteld. Tegelijkertijd moet in snel tempo de 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid over het hele land worden ingevoerd, hetgeen uiteraard meer mankracht (of liever vrouwkracht) vergt.

Als het de overheid ernst is met de preventie, en dat neem ik graag aan, dan moet de volumegroei die daarvoor nodig is, ter beschikking worden gesteld. Als men bedenkt, dat 2% volumegroei voor het kruiswerk 15 miljoen gulden kost, dan gaat het hier om relatief bescheiden bedragen. Het kruiswerk rekent daarom na 1987 graag op de noodzakelijke volumegroei van 4,9% per jaar tot 1992.

2.3 De voorstellen van de Nota 2000 om de echelonnering uit de Structuurnota van Hendriks wat af te zwakken en een nieuwe indeling te maken op grond van bij voorbeeld de intensiteit van zorg, lijkt wat in tegenspraak met het streven om *de wijk* in de eerste lijn centraal te gaan stellen.

Als dit zou doorgaan op die manier die de nota stelt, is dit inderdaad nogal ingrijpend. Ik noem als voorbeeld: één coördinatiepunt voor de vier kerndisciplines, een kleinschalige, zelfstandige verpleegeenheid van ongeveer 30 bedden, overal dagverpleging, beschermd wonen, sociaal-psychiatrische begeleiding. Steeds meer wijkverpleging in bejaardenoordelen, terwijl dat volgens de regels niet mag.

Een aantal van deze beleidsvoornemens vind ik wat theoretisch, en lijken mij niet goed realiseerbaar. Dat bijvoorbeeld het wijkgebouw uitstekend zou kunnen dienen voor een verpleegeenheid van 30 bedden, ook al zou het gaan om een noodvoorziening, lijkt mij een vergissing. Een arbeidsintensieve voorziening als de dagbehandeling van verpleeghuizen lijkt me ook niet in elke wijk realiseerbaar. Bij het begrip 'wijk' wordt gedacht aan eenheden van 10 000 of 20 000 inwoners, maar in de praktische toepassing leidt dat tot heel verschillende gebieden (ook dorpen!) met zeer verschillende populaties.

Toch geloof ik dat de versterking van de wijkfunctie ook heel goede elementen bevat. De wijkfunctie sluit heel goed aan bij veel van wat er in feite al binnen het kruiswerk gebeurt.

Het streven naar meer hulp thuis kan vorm krijgen op wijkniveau. Terwijl in de tweede lijn van de gezondheidszorg de diagnostiek en de behandeling plaatsvindt, moet de eerste lijn zich in de wijk concentreren

op goede verpleging, verzorging en behandeling in de thuissituatie.

De Nota geeft een compacte maar zeer goede beschrijving van de verandering in onze demografische opbouw, de beroemde vergrijzing, en het toenemend aantal gehandicapten, die het beeld van meer chronisch zieken, meer hulpbehoevende gehandicapten en meer terminale patiënten te zien geeft. Dit beeld komt overeen met de ervaring die de wijkverpleging opdoet: de chronisch zieken maken nu al 20,6% van het totale cliëntenbestand uit, en van het totaal aantal individuele contacten wordt 58% onderhouden met cliënten ouder dan 60 jaar. Nog een ander gegeven: 81,8% van de individuele contacten van de wijkverpleging waren contacten met zieken en gehandicapten. En tenslotte: vooral terminale patiënten en chronisch zieken maken gebruik van avondzorg.

Kort samengevat houdt dit in, dat een toenemend aantal chronisch zieken, gehandicapten en terminale patiënten thuis verzorgd en verpleegd zal moeten worden, en dat het kruiswerk in zijn wijkverpleging daarop wordt aangesproken.

Het kruiswerk is bereid deze uitdaging te aanvaarden, als het daartoe in staat wordt gesteld.

Ik wil aan het slot van mijn betoog nu enkele opmerkingen maken over het kruiswerk als geheel, en zijn plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg.

3 Het kruiswerk

Het kruiswerk is al meer dan een eeuw oud, maar desondanks geweldig in beweging. Na ontzuiling, schaalvergroting, overschakeling op AWBZ-financiering en invoering van budgetfinanciering is er nu een nieuwe schaalvergroting (mede op aandrang van de VNZ) aan de orde. Dit alles ging gepaard met intensivering van de zorg en toenemende professionalisering.

De intensivering van de zorg heb ik al vrij uitvoerig beschreven. De professionalisering komt tot uiting in betere registratie en rapportage, een sterker management en een verduidelijking van de positie van de verschillende beroepsgroepen. Ik noem de opstelling van beroepsprofielen (ik denk aan de hoofdwijkverpleegkundige en de adjunct-leidster/docente kraamzorg), en een studie over de positie van de wijkziekenverzorgende. Verder de uitvoering van een bedrijfsscholingsprogramma, de ontwikkeling van protocollen voor kwaliteitsbevordering, de opstelling van een onderzoeksprogramma.

De professionalisering gaat door en draagt bij tot de kwaliteitsverbetering van het werk van de organisatie.

4 Samenwerking binnen de eerste lijn

Eén ding is nog volledig in ontwikkeling, een ontwikkeling waarvan het eind nog niet in zicht is. Ik bedoel de samenwerking binnen de eerste lijn.

Binnen de eerste lijn kennen we de samenwerking tussen de vier kerndisciplines op landelijk niveau, en een veelheid van samenwerkingsvormen op uitvoerend en ondersteunend niveau. Die veelheid van samenwerkingsvormen op uitvoerend niveau is enerzijds een gevolg van de zeer uiteenlopende omstandigheden, en anderzijds een uiting van de behoefte van ons volk aan eigen oplossingen, veelzijdigheid en pluriformiteit. Het is gewoon niet denkbaar, dat we de eerste lijn zouden kunnen gieten in de vorm van één uniform systeem. Je kunt toch nooit hetzelfde patroon gebruiken voor een dorp in Friesland, een wijk in Amsterdam of een eiland in Zeeland?

Daar staat tegenover dat het huidige systeem wel een bonte verzameling vormt en voor de bevolking zeer onoverzichtelijk is. Mijn persoonlijke visie is, dat je de diverse samenwerkingsvormen zou kunnen indelen in een paar hoofdgroepen of modellen, die herkenbaar en registreerbaar zijn, en waaruit de bevolking en de individuen een keuze kunnen maken. Dat zou al een veel grotere duidelijkheid geven.

De Nota 2000 komt tot een soortgelijke conclusie, als men voorstelt om het aantal samenwerkingsvormen dat subsidiabel is, uit te breiden. Ook daarmee zou men een zekere standaardisering kunnen bereiken, zonder uniformiteit na te streven.

De verdere concrete maatregelen die de Nota voorstelt, zoals afstemming van werkgebieden, afstemming van taken, overlegprocedures, worden graag door het kruiswerk onderschreven.

Voor het kruiswerk in het bijzonder ligt er de taak om de relatie tussen wijkverpleging en huisarts te verbeteren, en de samenwerking met de gezinsverzorging te intensiveren. Gelukkig zijn er zeer kort geleden gesprekken op landelijk niveau op gang gekomen, waarbij we kunnen steunen op veel initiatieven en ervaringen in het veld. Naar de mening van de Nationale Kruisvereniging kan op verschillende terreinen in de samenwerking aanzienlijke 'gezondheidszorgwinst' worden behaald.

Mijn laatste opmerking gaat over die samenhang, die al bestaat.

Namelijk de samenhang binnen het kruiswerk als zodanig. Juist op wijk-niveau bestaat die samenhang, doordat de wijkverpleging en het consultatiebureau de wijk kennen en de ontwikkelingen daar met elkaar in verband kunnen brengen. Als men die samenhang verbreekt, gaan we niet vooruit naar het jaar 2000, maar terug naar het jaar 1000!

Literatuur

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Structuurnota Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974

Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2

4 Over de betekenis van de Nota 2000 voor het gezondheidsbeleid

Ph. A. Idenburg

1 Inleiding

Er is mij gevraagd mijn oordeel te geven over de betekenis van de Nota 2000 voor het te voeren gezondheidsbeleid in de toekomst. Ik doe dat vanuit een blijvende waardering voor de Nota sedert ik er voor het eerst kennis van nam. Nadat we gedurende 10 jaar bijna uitsluitend over structureren en financiering spraken, komt hier een Nota die over de inhoud van het volksgezondheidsbeleid spreekt.

Met een beroep op de zo noodzakelijke herstructurering en bezuiniging in de gezondheidszorg is er veel verwarring in het land geschapen. Beleid dat zich in termen kleedt die weinig met de inhoud van het dagelijkse werk te maken hebben, kan niet altijd overtuigen. Daarin kan nu door een visie wellicht enige orde komen. Daarmee zeg ik niet dat ik het met de inhoud eens ben. Daar gaat het me niet om. Ik probeer het belang te onderstrepen dat het politieke gesprek over het gezondheidsbeleid aan inhoud wint omdat de regering inhoudelijke stellingen betreft.

Het heeft mij dus verbaasd dat ik, nog voor dat politieke gesprek begonnen is, al zo veel kritiek hoor op deze Nota ... totdat mij duidelijk werd dat vele denken dat dit nu zo gerealiseerd gaat worden; dat het hier om een beleid zou gaan. Die gedachte moet echter op een misverstand berusten, want een beleidsnota is de Nota 2000 nauwelijks. De betekenis van de Nota schuilt in het perspectief op de gezondheidszorg dat hier wordt gepresenteerd. Perspectief en beleid moeten daarbij goed worden onderscheiden.

Vanuit dat inzicht wil ik een bijdrage geven aan deze bespreking, die aansluit bij eerdere opmerkingen van mijn kant over deze Nota 2000 (Idenburg, 1986).

2 Onderscheid perspectief en beleid

Om duidelijk te maken wat ik bedoel met het onderscheid van perspectief en beleid moet ik eerst het volgende uitleggen. In het sociaal en cultureel beleid hebben we, anders dan bij voorbeeld in het verkeersbeleid, te maken met een groot aantal actores. Het is hier niet zo dat alle voorzieningen van de overheid zijn, de overheid alles financiert en alle regelingen vaststelt en dat de meeste beroepskrachten in overheidsdienst zijn. De betrokkenheid van de overheid met het gezondheidszorgbeleid is nog steeds marginaal en dan ook nog maar van betrekkelijk recente datum. Van oudsher heeft de overheid wel enige bemoeienis gehad met de kwaliteit. De betrokkenheid is echter pas echt belangrijk geworden toen de gezondheidszorg effectief begon te worden en er dus een vraagstuk van verdeling van schaarse goederen en gelijke rechtsbedeling aan de orde kwam, en toen de gezondheidszorg steeds meer publieke middelen begon te kosten. De kosten worden gemaakt door tienduizenden artsen, ziekenhuisbesturen, enzovoort terwijl de overheid de verantwoordelijkheid heeft over een groot deel van de middelen.

Net als in het onderwijsbeleid na de pacificatie van 1917, heeft de overheid zich in haar bemoeienis met het gezondheidszorgterrein beperkt tot het aangeven van randvoorwaarden. Een gesprek over de inhoud van het terrein is vooral een zaak van de meest betrokken maatschappelijke groepen.

Voor zoverre de overheid echter verantwoordelijkheden heeft, stelt zij een gezondheidszorgbeleid vast. Zoals dat beleid bij voorbeeld geformuleerd is in de Structuurnota van Hendriks, gaat het daarbij om randvoorwaarden voor de eigenlijke activiteiten: de financiering, en de structurering.

Deze formule, waarbij de overheid randvoorwaarden regelt en de inhoudsvragen aan maatschappelijke groeperingen worden overgelaten, gaat niet langer op. Het overheidsbeleid heeft immers steeds meer directe gevolgen voor het werk van de beroepsbeoefenaren en voor de patiënten. De overheid heeft daardoor ook direct invloed op de inhoud van de beroepsbeoefening en de kwaliteit ervan. Vaak herkennen de werkers zich niet in de maatregelen, terwijl ze er in vele gevallen helemaal niet mee overweg kunnen. Maar een gemeenschappelijk beeld over waar het om gaat, ontbreekt door de pacificatie.

Wil er sprake zijn van enige mogelijkheid om een toekomstgericht beleid te voeren, dan is er grote behoefte aan een gemeenschappelijk

<i>Perspectief</i> moet uitgewerkt vraagt om: verbreiden delen	<i>Beleid</i> beperkt opties vraagt om: besluiten gaat om: structuur geld personeel regelingen
<ul style="list-style-type: none"> - stimuleert creativiteit maakt zoeken mogelijk - denken - uitnodigend - inhoud - toekomst - open, onzekerheid - inclusief denken - roept beelden op - rechtvaardigt beleid - wijzigt zich geleidelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - legt verantwoordelijkheden vast - streven, handelen - beheersen, verbinden - besluiten - heden - gesloten, omgrenzend - domein denken - ontwerpen - concretiseert perspectief - verandert stapsgewijs

Figuur 1 Lijsten begrippen m.b.t. perspectief en beleid.

perspectief op taak en plaats van de gezondheidszorg of, zoals de Nota 2000 stelt, het gezondheidsbeleid.

Je kunt de betekenis van een perspectief en een beleid voor het handelen typeren in de volgende begrippenlijsten (figuur 1). De betekenis van een gedeeld perspectief is dus in de eerste plaats dat mensen weer gecoördineerd kunnen handelen. Omdat hun kijk op en verwachtingen van de dingen overeenkomen, kunnen ze elkaars gedrag beter begrijpen en verstaan ze elkaar beter. Een dergelijke verandering in attitudes is uiteraard in de volksgezondheid van grote betekenis, omdat daarin zoveel verschillende actrices, onder de druk van de omstandigheden vaak eerder tegenover dan naast elkaar staan. Denk aan financiers en uitvoerende werkers, aan artsen en patiënten, aan ziekenhuisbesturen en de overheid enzovoort.

Behalve deze invloed op attitudes van mensen die betrokken zijn bij de volksgezondheid, is een gedeeld perspectief uiteraard ook een voorwaarde voor het ontwikkelen van beleid. Beleid waaraan zo'n perspectief ontbreekt, is vaak ineffectief.

3 Perspectief en beleidsconsequenties

Met deze interpretatie bekeken, vind ik dat de Nota 2000 in de eerste plaats zo'n perspectief geeft. De beleidsconsequenties ervan zijn nog maar heel spaarzaam uitgewerkt. Niet ten onrechte, want er gaan daar drie vragen aan vooraf.

1. De algemene politieke vraag: hoe ver kan en mag de overheid gaan in het aangeven van een inhoudelijk perspectief?
2. Is het gegeven perspectief zinvol; wordt het gedeeld? Moet het geamendeerd?, enzovoort.
3. Welke beleidsgevolgen kunnen uit dit perspectief getrokken worden, en zou daar een politieke meerderheid voor te vinden zijn?

3.1 *Mag/kan een overheid een dergelijk perspectief schetsen?*

Mag en kan de overheid een inhoudelijk toekomstperspectief schetsen? Nee, menen velen. Het gaat hier immers om zeer persoonlijke zaken. Die zijn geen onderwerp van publieke discussie. Een moderne versie van het argument is dat de Nota 2000 ten onrechte een maakbaarheidsfilosofie aanhangt, namelijk dat de gemeenschap, vertegenwoordigd door de overheid, gezondheid zou kunnen produceren. Hoe juist deze argumenten ook zijn, ik ben het er niet mee eens. Ieder overheidsbeleid is gebaseerd op een perspectief; het is zinvol als de beleidsvoorbereider dat onderwerp maakt van politieke bespreking.

We mogen ons bij deze discussie ook wel realiseren dat de overheid in het verleden allerminst voldeed aan het afstandelijke beeld dat daarvan vaak wordt geschetst. Wat het personenrecht – om slechts een voorbeeld te noemen – allemaal bevat aan normen over samenlevingsvormen gaat veel verder dan wat dezer dagen bekritiseerd wordt. De overheid is altijd normstellend ten aanzien van het gedrag van zijn burgers. Alleen ... die normen kunnen in onze huidige samenleving op veel minder instemming rekenen. Daarmee komen we echter op een inhoudelijke argumentatie ... onderwerp van de tweede vraag:

3.2 *Wat is de waarde van dit perspectief?*

De eerste opmerking die hierover gemaakt kan worden, betreft het denkmodel waarop de redeneringen in de Nota 2000 berusten. Het gehanteerde gezondheidsmodel wijkt daarbij niet af van het huidige ziektemodel als het er van uitgaat dat kennis van de ziekmakende facto-

ren in de samenleving het enige uitgangspunt is voor het juiste beleids-handelen op dit terrein. Op zich een terechte veronderstelling. Alleen, de causaliteitenketens worden steeds langer. Denk bij voorbeeld aan een argumentatie dat de verhoging van de tarieven voor het openbaar vervoer slecht zijn voor de volksgezondheid, omdat per 100 000 vervoerde passagiers er meer ongelukken zijn bij het particuliere dan bij het openbare vervoer. Verhoging van tarieven zal veel mensen stimuleren tot eigen vervoer.

Anders gezegd, voor er aan te verbinden beleidsgevolgen maakt het nogal wat uit dat we over het gebruik van cyaankali kunnen zeggen dat het dodelijk is en over roken slechts dat er een statistisch vaststelbare relatie met longkanker is. Verbod van verkoop van cyaankali is zinvol en legitiem. Maar bij minder direct aanwijsbare causale relaties sluipt er een onzekerheidsfactor in. Ook als ze effectief zijn voor het bestrijden van ziekte of het bevorderen van gezondheid, worden voorzieningen in het beleid immers bij voortduring onderling en tegen andere voorzieningen afgewogen. Begrijpelijk, want gezondheid moge hoog scoren in enquêtes naar na te streven doelstellingen voor welzijnsbeleid, gezondheid is niet het enige nastrevenswaardige goed.

Waarom wordt die relativiteit dan niet ook in het perspectief van de Nota 2000 onderkend? Aan gezond leven zijn bijvoorbeeld tal van kosten verbonden: kosten in geld, in aandacht, in tijd en vrijheid, in verspeelde mogelijkheden voor genot etcetera. Onder welke voorwaarden worden die kosten te hoog en moeten andere waarden de voorrang hebben? De nota gaat voorbij aan die gedachte.

De grote waarde van het perspectief is dat het de aandacht verlegt van de bedoelingen van gezondheidszorgbeleid naar de beoogde effecten ervan in de gezondheid. Wat gezondheid is, dient kwalitatief gewogen te worden en, zoals gezegd, niet alle kosten wegen bij voorbaat op tegen die effecten, hoe wenselijk op zich ook. Zo roept het medische bedrijf bij mij – en ik denk ook een heleboel andere mensen – irritatie op, om niet te zeggen angst vanwege het feit dat het de patiënt – mijzelf – onmondig maakt, tot een object van handelingen waarover ik te weinig zeggenschap heb. Met de bedoeling van hulpverlening en een beroep op mij onbekende wetmatigheden en met als legitimering het gezondheidsbelang dat ik er bij zou hebben wordt er met mij “gedaan”. Hoeveel mensen zijn bij het ondergaan van medische zorg niet als de dood dat hen de vrijheid om te leven en te sterven ontnomen wordt.

Als in de Nota 2000 gezegd wordt: kijk nu eens naar de werkelijke gezondheid, wat werkelijk van invloed is op mensen, dan vind ik dat

hartverwarmend, omdat het de hoop wekt dat het bij het gezondheidsbeleid in de toekomst weer veel meer zal gaan over mijn belang als subject van gezondheid in plaats van als object van gezondheidszorg.

Het is een essentieel gevoel, maar neemt niet de vraag weg of de Nota zijn perspectief zo polair moet presenteren tegenover het traditionele ziektemodel. Zou het niet ook mogelijk kunnen zijn te zeggen wat gezegd moet worden naast het bestaande in plaats van tegenover het bestaande? Dan zou de Nota zich niet zo kwetsbaar maken voor kritiek

- dat hij de zieken verwaarloost ten bate van de gezonden, en
- dat hij de werkers in de gezondheidszorg niet serieus lijkt te nemen, terwijl zij toch de eersten zijn die de gedachten uit de Nota zullen moeten helpen verwezenlijken.

Zou de Nota minder kritisch staan ten opzichte van het bestaande, dan zou er naar mijn mening ook meer hoop zijn dat de barrières tussen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening geslecht zouden worden. Dan zou er een hulpverlening kunnen komen die meer ruimte laat voor sociale en psychologische factoren en cultuur en zingevingsmomenten in het gangbare mensbeeld.

Een punt van kritiek op de Nota is ook dat gezondheid als object van beleid (in plaats van de bestrijding van ziekte) oeverloos is. Als het hier om beleid zou gaan, zou deze Nota totalitaire gevolgen hebben.

Een voorbeeld: sportbeoefening, voedingsgewoonten, een goede vakantiebesteding, huwelijkstrouw, regelmatige kerkgang, een goede nachtrust en veel lichaamsbeweging ... deze en vele andere factoren mogen van invloed zijn op de gezondheid. Het is belangrijk dat te weten. Die informatie is van betekenis voor de houding van mensen ten aanzien van hun eigen gezondheid. Maar als uitgangspunt voor beleid is dit soort informatie irrelevant, omdat de staat niets te maken heeft met het leefgedrag van onderdanen. Ook als hij van mening zou zijn dat ander leefgedrag in het belang van de burgers zou zijn. Zou de staat zich in zo verregerende mate met het leven van zijn onderdanen bemoeien, dan worden grondrechten aangetast.

Nogmaals: gezondheid mag dan bovenaan het wensenlijstje staan van een meerderheid van de bevolking; er zijn andere waarden waar met minstens zoveel passie naar gestreefd is, zoals gerechtigheid en vrijheid. Die zijn dan toch zeker op zijn minst randvoorwaarden ten aanzien van een gezondheidsbeleid. Zoals de Nota het lijkt te bekijken, is bijna alles

onder de zon een onafhankelijke dat wil zeggen met het oog op gezondheid te beïnvloeden variabele geworden. Dat is een zo gereduceerd wereldbeeld, dat daarom de derde vraag die rijst, namelijk die naar de beleidsgevolgen, ook de belangrijkste wordt:

3.3 *Welke gevolgtrekkingen kunnen we maken uit het perspectief van de Nota 2000?*

De Nota 2000 wordt gepresenteerd als een beleidsnota. Dat is omdat de politiek zich alleen wendt te storen aan voornemens tot handelen. Het gevolg is dat er hier een hele dikke nota ligt met slechts een heel bescheiden beleidsparagraaf. En terecht. Want daar ligt de betekenis ook niet. Voor het beleid is het veeleer van belang dat de meest betrokkenen zich bezinnen op hun eigen verantwoordelijkheid in een groter geheel. Thans is het maar al te vaak zo dat de politieke gemeenschap, meestal vertegenwoordigd door de staatssecretaris van volksgezondheid, beslissingen moet nemen over moeilijke vraagstukken van ethische of technische aard, waarvoor een veel breder draagvlak nodig is. Ik zie de betekenis van de Nota dus in zijn indirecte bijdrage aan het beleid en niet in zijn bescheiden geformuleerde beleidspretenties.

Anders ligt dat met het gevoerde beleid. Het is bepaald problematisch dat de Nota dat gevoerde beleid gewoon onbesproken laat. Bezuinigingen en andere ingrijpende maatregelen gaan gewoon door, maar er valt niet vast te stellen hoe die maatregelen in het vervolg verbonden zullen worden met het gestelde in de Nota. En dat, waar belangrijk beleid momenteel door de commissie-Dekker ontworpen wordt. Voor de geloofwaardigheid van de Nota 2000 als ... laat ik nu maar zeggen ... beleidsperspectief, is het een eis dat van nu af aan alle voorgestelde beleid niet er uit wordt afgeleid, maar wel er aan getoetst. Ik zie dat nog niet zo snel gebeuren, waardoor op zijn minst kansen gemist worden.

Maar laten we ons niet doodstaren op deze kritiek. Als je kijkt naar de daadwerkelijke resultaten van de pogingen tot beleidsvoering uit het verleden, moet je vaststellen dat ook een beleidsnota als de Structuurnota goeddeels als perspectief heeft gewerkt. Van de wetgevingsconceptie is weinig gerealiseerd en van de structureringsprincipes evenmin. Het beleid dat op basis van deze nota ontworpen is, wordt telkens weer niet gerealiseerd, tot en met de WGM toe. Wel is het zo dat door deze nota niemand er meer aan lijkt te twifelen dat ook op gezondheidsterrein de bomen niet tot de hemel groeien. En dat is een ingrijpende verandering,

want ik denk niet dat zo'n tien jaar geleden meer dan een kleine minderheid van de werkers in het volksgezondheidssterrein ooit over het kosten-vraagstuk had nagedacht.

4 Slot

Het zal u inmiddels wel duidelijk zijn geworden dat ik er positief tegenover sta dat er nu een echte perspectiefnota is. Daarom ook vind ik het erg belangrijk om de begrippen perspectief en beleid te onderscheiden. Immers, als dat niet gebeurt zullen de gevolgen van de Nota overwegend negatief zijn. Dan zal hij een legitimatie bieden voor allerlei nieuwe claims op het collectieve budget in de sfeer van eerstelijnsvoorzieningen, preventie, enzovoort, terwijl de bestaande voorzieningen bij het oude blijven. Dan wordt het gewoon nieuw beleid naast oud.

Dan geeft dit perspectief, in strijd met zijn pretentie, helemaal geen antwoord op de kritiek op het bestaande systeem. Omdat het het bestaande negeert, betreft het de mensen die het meeste hebben nagedacht ook niet bij de vertaling. Anders gesteld, het positieve effect van de Nota is dat hij de politieke vraag stelt: kijk nu eens wat we aan het doen zijn. Is het nu werkelijk zinvol zo veel aandacht te geven aan hoogtechnologische geneeskunde, terwijl als het om gezondheid gaat hele andere zaken belangrijk zijn. Het grote punt is uiteraard hoe de rethorische vraag in de praktijk tot een beleid moet worden vertaald. Wat betekent deze Nota voor de ontwikkelingen in de gezondheidstechnologie, wat voor de thuiszorg, voor de samenwerking van medische en niet-medische hulpverleners, voor het onderwijs, enzovoort? Allemaal vragen die niet vandaag beantwoord kunnen worden en dat ook niet moeten. Als ik de Nota goed lees, gaat het om een fundamentele heroriëntatie op een ontwikkeling die, in de vorige eeuw begonnen, nu uit de hand lijkt te lopen. Ik vind daarom ook dat de Nota juist in zijn beleidsgedeelte ongeloofwaardig wordt. Het stuk wekt de indruk dat er zo nodig nog iets beleidsmatig in moest staan, omdat anders de politiek de Nota niet serieus neemt. Terwijl naar mijn mening het omgekeerde bereikt wordt. De volksvertegenwoordiging kan nu te gemakkelijk zeggen dat hier een hele dikke Nota wordt gepresenteerd waaruit nauwelijks serieus te nemen beleidsbeslissingen voortvloeien. Dat geldt al helemaal als geconcludeerd wordt tot een facetbeleid. Een facetbeleid is immers een legitimering voor de vertegenwoordiger van dit beleid om zich met alles en iedereen te bemoeien. Dat is ten principale niet de Minister van Volksgezondheids-

zorg. Eigenlijk kan het alleen de Minister-president zijn, omdat vrijwel alle overheidsbeleid wel effecten heeft voor gezondheid. Facetbeleid is niet alleen bemoeizuchtig. Het is ook centralistisch, dreigt mensen uit te sluiten omdat het over territoriumgrenzen heen gaat en roept daardoor juist verzet op tegen wat het beoogt. Facetbeleid is bovendien inflexibel omdat het geen oog heeft voor de betekenis van een variëteit aan – wellicht zelfs tegengestelde – oplossingen voor vraagstukken.

Samenvattend meen ik dat deze Nota er aan kan bijdragen dat de vele betrokkenen in de gezondheidszorg weer een gemeenschappelijk perspectief ontwikkelen. Daarachter ligt zijn betekenis voor de verbreding van het te voeren beleid. Dat vraagt dan wel om een decentralisatie van het thans gevoerde beleid, dat in de verkramping van de financiële gedachtengang steeds centralistischer dreigt te worden; steeds minder uitnodigend voor creativiteit, het op een andere wijze invullen van de eigen verantwoordelijkheid van de honderdduizenden werkers in de hulpverlening.

We moeten ons wel realiseren dat die verbreding niet betekent dat we meer kunnen gaan doen. Je zou kunnen zeggen dat de Nota 2000 ons als het ware op een verhoogd uitzichtpunt zet. Het is fascinerend een veel breder landschap te kunnen overzien. Dingen krijgen er ook een andere context door. We zien andere verbanden en perspectieven. Voor een gemeenschappelijke wandeling is dat van grote betekenis. We kunnen echter niet een langere wandeling maken. Onze capaciteiten blijven beperkt.

Zeker in dit terrein moeten we ons realiseren dat doelstellingen van overheidsbeleid slechts bescheiden kunnen zijn. De bevordering van volksgezondheid is door zijn complexiteit aan acties en middelen en doelstellingen maar in zeer beperkte mate aan te sturen. Een beleid zal dus altijd marginaal blijven, achter de feiten aanhollen. Nu de vraagstukken betreffende het bestaande gezondheidszorgsysteem door ontwikkelingen in de economie (de kosten), de gezondheidstechnologie en de demografie (vergrijzing) zo groot worden, is de betrokkenheid van iedereen, die verantwoordelijkheid op dit terrein draagt, vereist. Die kan alleen verkregen worden als iedereen mee kan denken over het eigen handelen vanuit een gedeeld perspectief op de ontwikkelingen. De Nota 2000 kan zo'n perspectief niet opleggen. Maar hij kan wel het gesprek erover – dat zich op dit moment inhoudelijk alleen lijkt te voeden aan de discussie over euthanasie, en in mindere mate aan die over alternatieve geneeskunde – helpen vorm geven. Uiteraard kan het daar niet bij

blijven. Er zal ook wat moeten gebeuren. De Nota 2000, met al zijn aanvechtbare kanten, of wellicht juist daardoor, biedt als te bespreken perspectief een vertrekpunt voor een betere beleidsvoering in de toekomst.

Literatuur

- Idenburg, Ph.A., *Lange Termijndenken en Beleidsadvisering: over de relevantie van een overkoepelende visie*. In: E. Dekker en B. Wijnberg (red.) *Gezondheidsbeleid over de grenzen van de gezondheidszorg*. Samsom Stafleu, Alpen aan den Rijn, 1986, 48–61
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Structuurnota Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2

Discussie

In het forum ten behoeve van deze discussie hadden zitting:

C. Glerum, JOINT, Den Bosch

Drs. B.T.M. van Hoey, Centrale Raad voor de Gezinszorg, Utrecht

W.H. Huiskes, Nederlands Genootschap Fysiotherapie, Amersfoort

Dr. Ph.A. Idenburg, voorzitter Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Ministerie van WVC, Rijswijk

Dr. P. Lens, arts (forumvoorzitter), Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Leiden

H. Mäkel, arts, Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht

Drs. E.W. Roscam Abbing, hoofddirecteur DGVGZ/Hoofddirectie Gezondheidszorg, Ministerie van WVC, Rijswijk

Mw. Mr. E. Veder-Smit, voorzitter bestuur Nationale Kruisvereniging te Bunnik; lid Eerste Kamer voor de VVD

A. Vrij, arts, Geneeskundige Hoofdinspectie, Den Haag

Dr. J. van der Zee, hoofd Inhoudelijke Zaken NIVEL, Utrecht

Dat de eerste lijn een gistend vat is, werd tijdens een discussie van forum en zaal eens te meer duidelijk. Een forum waarin belangenbehartigers – in de zaal bleken die ook nog aanwezig – nogal eens genuanceerd werden door meer wetenschappelijk denkenden en de ministeriële vertegenwoordiger versterking van de eerste lijn nog wel expliciet maar minder impliciet propageerde. Daartegenover stond eensgezindheid over het feit dat de eerste lijn een goed produkt levert maar dit niet effectief aan de man weet te brengen waardoor met name de patiënt te weinig het aanbod vanuit de eerste lijn kent. Dat het nog veel beter kan, is ook iedereen met elkaar eens maar de oplossingen worden vooral in het eigen belangengebied gezocht, getuige de volgende reeks pleidooien. Als de huisarts wijkgericht zou moeten gaan werken, hetgeen door Mäkel een terechte ontwikkeling wordt genoemd, dan zou deze ook weer als CB-arts kunnen gaan werken, maar dit wordt afgewezen door mw. Veder-Smit die een pleidooi houdt voor een te verbeteren relatie tussen huisarts en CB-werk. En passant onderstreept zij het belang van de 4,9% volumegroei ten

behoefte van het kruiswerk, op basis van de in de Nota aangegeven extra aandacht voor preventie.

Vervolgens vindt Hoey dat de Nota vanuit de thuis(zorg)situatie geschreven had moeten worden, met de erkenning dat dan meer gezinsverzorging nodig zou zijn. Daarop volgend verklaart Huiskes dat fysiotherapeuten niet alleen behandelingen, maar ook meer diagnostiek zouden moeten kunnen doen, gelijk de medisch specialisten. Vanuit de zaal wordt door een vertegenwoordiger van het NIP een ruimere plaats voor de psycholoog in de eerste lijn geclaimd, maar in het forum vindt men dat eerst experimenten afgewacht dienen te worden. Een vertegenwoordiger van het NCA is tot slot het radicaalst: een belangrijke taak is in de Nota weggelegd voor GVO, dat voor een groot deel in de eerste lijn uitgevoerd zal gaan worden. Maar dit zou vooral een taak van niet-medici dienen te zijn, waarbij zelfs gepleit wordt voor stopzetting van de opleiding tot huisarts. Er wordt voor dit pleidooi steun verkregen aan de kant van het forum: een afrekening met het professie-centrisme wordt gewenst geacht. Anderen vinden dat GVO alleen effectief kan zijn als er een latente behoefte aan bestaat. Een behoefte die met name tijdens ziekte naar voren blijkt te treden en hulpverleners blijven dan de beste signaalgevers. Een gezamenlijk optrekken van hulpverleners en GVO'ers wordt verstandiger geacht dan het vervangen van elkaar.

Aan de organisatorische kant wordt een meer bedrijfsmatige aanpak van de eerste lijn bepleit: binnen een door de overheid geschapen kader moeten de eerstelijns disciplines concurrerend opereren waarbij failliet gaan zou moeten kunnen. Binnen een dergelijke aanpak moet het solidariteitsprincipe wel overeind blijven. De overheid behoudt de taak de kwaliteit van het gebodene te bewaken. Deze aanpak wordt voorgestaan omdat op deze wijze een sterk machtsblok tegenover de tweede lijn gecreëerd kan worden, aangezien deze laatste bij inperking van haar budget onherroepelijk uitbreiding van haar marktsegment binnen de eerste lijn zal nastreven.

Overigens is men wel van mening dat er meer communicatie tussen eerste en tweede lijn dient plaats te vinden. Een beter georganiseerde eerste lijn met tegelijkertijd een afgrenzing van taken tussen eerste en tweede lijn, wordt eveneens gewenst, maar op meer inhoudelijke gronden: als we preventie serieus willen nemen, en de eerste lijn biedt volop de mogelijkheden waar de tweede lijn preventie stiefmoederlijk bedeeft, dient aan beide zaken voldaan te worden.

Van WVC-zijde wil men juist bestaande grenzen tussen eerste en tweede lijn verleggen. Huidige, summiere, contacten tussen ziekenhuis

en eerste lijn moeten vice versa uitgebouwd worden. Machtsblokvoorming dient vermeden te worden. Het forum is het daarmee wel eens, maar wijst op de totaal verschillende produkten die eerste en tweede lijn leveren, welke ook verschillend management vereisen. Kortom: twee verschillende (denk)werelden.

Dat eerste en tweede lijn inderdaad vrij autonome systemen zijn, blijkt uit het onderzoek in Lelystad: niet de verwijzingen van de huisartsen, maar de diagnostiek van specialisten dreef consumptie van zorg (èn kosten) binnen dit nieuwe ziekenhuis op.

Naast de pleidooien voor meer structuur en coördinatie binnen de eerste lijn, wordt ook gepleit voor het behoud van een 'lokale souplesse' ten aanzien van het aanbod van de eerstelijnsdienstverlening, want daarin ligt haar huidige kracht vooral. Zeker als je het stelt tegenover de meer rigide organisatiestructuur van de tweede lijn. Patiënten laten zich niet makkelijk persen in welke (eerstelijns) structuur dan ook. Zij wensen juist géén structuur maar wel meer overzicht van die eerste lijn. Het dilemma om een juiste organisatievorm voor de eerste lijn te kiezen, wordt nog vergroot door de huidige manier van werken binnen de geneeskunde in het algemeen, welke mensen afhankelijk maakt, preventie slechts ziet als voorkómen van ziekten en niet het respect voor de mogelijkheden van het eigen lichaam centraal stelt.

De centrale vraag bij dit alles blijft evenwel hoe de overheid met deze en andere dilemma's om dient te gaan: is haar taak het schetsen van perspectieven of het maken van beleid?

Aangezien deze vraag niet eenduidig beantwoord kan worden, wordt de suggestie gedaan om de Nota zoveel mogelijk binnen een voor de eerste lijn relevante volksvertegenwoordiging (gemeenteraden) te bespreken, om er in ieder geval achter te komen: 'is deze Nota 2000 het perspectief dat we als Nederlands volk delen over de toekomst van onze gezondheid?'

5 Epidemiologie en volksgezondheid: de balans voor het jaar 2000

H.A. Valkenburg

1 Inleiding

Ik ben als epidemioloog gevraagd commentaar te geven op de Nota 2000. De organisatoren van deze studiedagen hebben zelfs een fraaie titel voor dit commentaar bedacht, die mogelijk verwachtingen bij u oproept ten aanzien van de bijdrage die mijn vakgebied aan het verwezenlijken van de toestand in het jaar 2000 zou kunnen leveren. Ondanks het feit dat de epidemiologie regelmatig in de Nota 2000 wordt genoemd, moet ik u eerlijk bekennen er grote moeite mee te hebben mijn discipline in deze futurologische beschouwingen onder te brengen. De reden hiervoor is gelegen in de primaire doelstelling van de epidemiologie, te weten de bestudering van de distributie en determinanten van ziekten bij de mens. De epidemioloog houdt zich het liefst bezig met ziekte in zijn verscheidenheid van uitingsvormen. De dood, als uiterste verschijningsvorm van ziekte, is dan aanzienlijk minder interessant.

2 De voorspellende waarde van scenario's

Scenarioschrijvers baseren hun toekomstverwachtingen op ontwikkelingen vanuit het verleden naar het heden toe om die ontwikkelingen vervolgens te extrapoleren naar de toekomst. Dit laatste – het extrapoleren – herbergt grote risico's. Het zou namelijk wel eens zo kunnen zijn dat scenarioschrijvers in het jaar 2000 evenals economen gedefinieerd zouden kunnen worden als mensen 'die morgen kunnen verklaren waarom datgene dat zij gisteren voorspelden, vandaag niet is uitgekomen'.

Het feit dat scenarioschrijvers vanuit historische ontwikkelingen toekomstverwachtingen proberen te voorspellen, impliceert dat er cijfers moeten zijn waaraan die ontwikkelingen kunnen worden afgelezen. Helaas zijn de enige cijfers die ons over langere periodes ter beschikking staan, sterftcijfers. Sterftetrends dienen dan om voorspellingen te doen over veranderingen in het ziektepatroon in een bevolking. Te zamen met

demografische trends moeten zij ons het plaatje van de toekomst verschaffen. U zult begrijpen dat dat zeer betrekkelijk is. Er zijn vele ziekten die niet primair dodelijk zijn. Verder zou men zich kunnen voorstellen dat de sterfte van bepaalde ziekten effectief zou kunnen worden teruggedrongen, maar dat dat op het moment van waarzeggerij nog in het geheel niet te voorspellen is. Anderzijds zullen op leeftijd gekomen scenarioschrijvers voornamelijk geïnteresseerd zijn in dodelijke aandoeningen, die ook bij hen kunnen toeslaan. Dit blijkt ook uit deze nota. Chronische invaliderende ziekten, zoals die van het bewegingsapparaat, komen nauwelijks aan de orde.

Maar laten wij eens naar die sterfte kijken. Het eerste deel van mijn stelling luidt: afgemeten aan de gestandaardiseerde sterfte kan de Nederlandse bevolking nauwelijks meer gezonder worden. Nederland heeft praktisch de laagste zuigelingensterfte van de wereld. Sterfte op de kinder- en jong volwassen leeftijd is eveneens laag en die sterfte kan effectief worden bestreden door meer aandacht – en dus geld – te besteden aan de voornaamste oorzaak van die sterfte, ongevallen. Aan het eind van de levenslijn lijkt de sterfte aan de tweede belangrijkste doodsoorzaken – al dan niet door menselijk ingrijpen – af te nemen. Alhoewel door de gestage vergrijzing de bruto sterfte toeneemt, neemt de voor de leeftijd gestandaardiseerde sterfte nog steeds af, zoals Coebergh enige tijd geleden kon aantonen. Nederland is dus blijkbaar een zeer gezond land. Kan het nog gezonder?

Aan de perinatale sterfte zal waarschijnlijk nog wel iets gedaan kunnen worden, maar de belangrijkste winst die wij de laatste honderd jaar hebben geboekt, is gelegen in de sterfte op de kinderleeftijd, terwijl verwacht mag worden dat de sterfte op hoge leeftijd eerder nog zal toenemen.

Wat willen we dan eigenlijk? Twee honderd jaar oud worden? De biologie en de genetica leren ons dat het menselijk leven evenals het dierlijk duidelijk beperkt is. Een muis wordt 3 jaar oud, de huiskat of hond zo'n 15 jaar en de mens 100 jaar. Met incidentele uitschieters naar boven, waarbij we ons moeten realiseren, dat selectiemechanismen ten aanzien van de sterfte op jonge leeftijd een belangrijke rol kunnen spelen bij de verklaring waarom in primitieve volken soms de fitste overlevenden zeer oud kunnen worden.

In ons streven *gemiddeld* ouder te worden, moeten we ons realiseren, dat de overlevingscurve nauwelijks verder naar rechts (dat wil zeggen

naar de leeftijd van 100 jaar) kan worden opgeschoven. Idealiter wordt ieder mens 100 jaar oud om dan plotsklaps aan ‘veroudering’ te sterven zonder voordien ziek te zijn geweest. Dit lijkt nu bijzonder onwaarschijnlijk. Net als bij onze huisdieren zullen we er rekening mee moeten houden dat sommige verouderingsziekten inherent zijn aan het leven en mede samenhangen met de erfelijke constitutie. Het ligt dan meer in de verwachting dat het effectief bestrijden van de sterfte aan sommige van deze ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker, gepaard zal gaan met het optreden van nieuwe ziekten bij voorbeeld van het zenuwstelsel. Om daar scenario’s voor te schrijven, lijkt niet een taak voor de mens van vandaag.

3 Van sterfteanalyse naar morbiditeitsstudies

Indien we dus kans zien sterfte terug te dringen, dan zal steeds meer door ziekten die niet met de dood gepaard gaan een beroep gedaan worden op ons gezondheidszorgsysteem. Dit zijn bij voorbeeld de aandoeningen van het bewegingsapparaat, die als gevolg van veroudering steeds meer in absolute zin gaan optreden, maar ook andere aandoeningen van de oude dag, zoals afnemende geestelijke vermogens, uitval van zintuigen enzovoort. Aangezien dergelijke aandoeningen niet primair dodelijk zijn, geven sterftecijfers geen inzicht in veranderingen in dit morbiditeitspatroon en zullen dergelijke veranderingen alleen maar bestudeerd kunnen worden aan het natuurlijk beloop van dergelijke ziekten in relatie tot het zich wijzigende leefmilieu. Dit is het tweede deel van mijn stelling. Indien we deze morbiditeit effectief kunnen terugdringen, zal dat van duidelijke invloed zijn op de kosten van ons zorgsysteem. Maar het vereist wel, dat we veel meer aandacht zullen moeten gaan besteden aan het opzetten van systemen die het verloop van de morbiditeit tegen de tijd registreren en ons beter inzicht verschaffen in het natuurlijk beloop van invaliderende aandoeningen van de verschillende orgaansystemen. Tevens kan dan worden bestudeerd hoe deze aandoeningen ‘zich door ons zorgsysteem bewegen’, kan een effectieve aanpak van het klachtenpatroon worden onderzocht en kunnen – onder omstandigheden – preventieve maatregelen worden voorgesteld.

Literatuur

Coebergh, J.W.W., Discussie Grenzen van de Gezondheidszorg: de sterfte daalt, de grenzen verschuiven. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 62 (1984) 4, 160–2

Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500 nrs. 1–2

6 De Nota 2000 en de implicaties voor de extramurale verpleegkundige zorgverlening

C.M.A. Frederiks

1 Inleiding

De Nota 2000 is één van de vele nota's die de overheid de laatste decennia over de gezondheidszorg heeft uitgebracht. Deze nota onderscheidt zich echter van de voorafgaande door het centraal stellen van gezondheid en het presenteren van een gezondheidszorgbeleidsmodel. De consequenties van deze nieuwe benadering voor de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland worden hierin uitgewerkt. Deze bijdrage gaat in op de implicaties van de Nota voor de extramurale verpleegkundige zorg. Het lijkt relevant na te gaan wat de meerwaarde van deze nieuwe benadering is voor de extramurale verpleegkundige zorg, in vergelijking met eerder verschenen nota's. Deze vraagstelling wordt op de volgende wijze uitgewerkt.

- De Schets Eerstelijnsgezondheidszorg en de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen zijn op het punt van implicaties voor de extramurale verpleegkundige zorg bekeken.
- De nieuwe benadering van gezondheidszorg in de Nota 2000 is geanalyseerd.
- De Nota 2000 is bestudeerd op de implicaties voor de wijkverpleegkundige.
- De meerwaarde van het gezondheidsbeleidsmodel ten opzichte van de vorige benaderingen is getaxeerd.

2 De extramurale verpleegkundige zorg in recente nota's

In de *Schets Eerstelijnsgezondheidszorg* wordt, wat begrijpelijk is, het belang van de eerste lijn benadrukt.

Wanneer gezondheid opgevat wordt als 'de toestand waarin het individu met zijn specifieke lichamelijke en geestelijke mogelijkheden, in harmonie verkeert met zichzelf en in evenwicht met zijn omgeving' zal

immers gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de eigen omgeving van de burgers plaats dienen te vinden.

Op grond van kenmerken van de eerste lijn worden in de Schets ook de gezinszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de bejaardenzorg betrokken bij de beschrijving van de eerste lijn.

In één paragraaf wordt aangestipt dat er de laatste decennia belangrijke verschuivingen in mortaliteit en morbiditeit van de bevolking hebben plaatsgevonden en dat daardoor de behoefte aan gezondheidszorg ook veranderd is.

Specifieke ziekten komen niet in deze Schets aan de orde. Wel wordt een toename van chronische ziekten genoemd, met als consequentie een verschuiving van 'cure' naar 'care'. Ook wordt gewezen op de multicausale oorsprong van veel ziekten en het daardoor te kort schieten van het monocausale verklaringsmodel. Op grond van de legitimatie van de eerste lijn, demografische verschuivingen en de gehanteerde opvatting over gezondheidszorg komt men tot een aanbeveling om de dan geldende normen van 1 wijkverpleegkundige op 3450 inwoners of op 3000, voor leden van een eerstelijnsamenwerkingsverband, binnen vijftien jaar te brengen op 1 wijkverpleegkundige op 2500 à 2000 inwoners.

In de *Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen* krijgt de ombuiging van financiën een centrale plaats. De Nota stelt prioriteit aan thuiszorg boven intramurale zorg om zowel humanitaire als financiële redenen.

Zelfstandigheidsbevordering staat hoog in het vaandel van het gezondheidszorgbeleid. Zelf- en mantelzorg worden aangemoedigd. De conclusie ten aanzien van de wijkverpleegkundige zorg is dat 'tegen de verdrukking in' er jaarlijks 4% extra voor deze zorgvorm beschikbaar dient te zijn. Deze groei wordt verantwoord door de verschuiving van intra- naar extramurale zorg en de toenemende vergrijzing. Aan veranderingen in het morbiditeitspatroon wordt verder geen aandacht besteed.

3 De Nota 2000: een nieuw model (?)

In de Nota 2000, bedoeld om over langere termijn het gezondheidszorgbeleid uit te zetten, wordt uitgegaan van een gezondheidsbeleidsmodel. Kort samengevat geeft de Nota over dit model en de voorafgaande analyses het volgende weer.

Gezondheidsbeleid speelt in het algemeen in op:

- gezondheidbeïnvloedende factoren;

- de organisatie van de gezondheidszorg;
- de middelen;
- de voorzieningen.

Ten aanzien van het begrip gezondheid worden vier groepen erop inwerkende factoren onderscheiden: de biologische en erfelijke factoren, de omgevingsfactoren, de leefwijze en de gezondheidszorg. Deze factoren worden vervolgens besproken en er wordt aangegeven hoe gezondheid, door manipulatie van de factoren, beïnvloed kan worden. Daarbij wordt opgemerkt dat voor verschillende gezondheidsproblemen de verschillende factoren anders inwerken.

Voorgestelde interventies bij bepaalde leefwijzen worden niet alleen op geleide van een epidemiologisch model, maar tevens op geleide van een emancipatoir model ontwikkeld. Mensen dienen zelf hun keuzes te maken, de preventie mag niet ontaarden in curatie.

Vervolgens wordt de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking geanalyseerd vanuit drie gezichtspunten, namelijk die der leeftijdscategorieën, die der ziektecategorieën en die der risicocategorieën.

Deze uitgebreide epidemiologische beschrijving van de gezondheidstoestand roept grote verwachtingen op: op grond van de verdeling van ziekten binnen de populatie, kan de behoefte aan gezondheidszorg bepaald worden waarop vervolgens planning van gezondheidszorgvoorzieningen zou moeten plaatsvinden.

Voor een bepaald ziektebeeld op een bepaald moment is dit goed uitvoerbaar *wanneer* men overeenstemming heeft over de *zorg* die nodig is bij een bepaald ziektebeeld. Dit laatste is echter alweer een keuze die bepaald wordt door de opvattingen die men heeft over zorg en door de financiële kaders.

Veel moeilijker wordt de planning wanneer men de gezondheid in z'n geheel, als optelsom van vele gezondheidsproblemen, wil benaderen en wanneer men over een langere periode wil plannen. Het terugdringen van bepaalde ziekten zal immers weer andere ziektebeelden oproepen. Zo kan een gedeelte van de langdurige chronische ziekten, die we nu bij ouderen zien, verklaard worden uit het drastisch afnemen van een aantal, vaak dodelijk verlopende, infectieziekten. Deze 'competing causes of death' zullen een verschuiving in het morbiditeitspatroon teweegbrengen die de langetermijnplanning kan vertroebelen. Bovendien wordt deze wat betreft de wijkverpleegkundige zorg bemoeilijkt doordat het ontwikkelen van 'verpleegkundige diagnoses', waarin gezondheidsproblemen gerelateerd kunnen worden aan de te verlenen (wijk)-verpleegkundige zorg, nog lang niet voltooid is.

Wanneer de beschrijving van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking nader bekeken wordt, dan blijkt dat deze

- ± 80% van de doodsoorzaken,
- ± 80% van de verloren levensjaren,
- ± 25% van het ziekteverzuim,
- ± 50% van de ziekenhuisopname,
- ± 80% van de WAO-gevallen

bestrijkt. Daarmee lijkt de Nota de meest essentiële ziektecategorieën beschreven te hebben.

Bij de beschrijving van de gezondheidstoestand per leeftijdscategorie is voor de wijkverpleegkundige zorg de groep ouderen het meest relevant en worden hier alleen over deze groep enkele bevindingen uit de Nota weergegeven. Bij de mortaliteit van de groep ouderen spelen hart- en vaatziekten en kanker de belangrijkste rol: 75% van de sterfte wordt erdoor verklaard. Kenmerkend voor de morbiditeit van deze groep is dat een belangrijk deel van de ziekten bij ouderen gerekend moet worden tot de chronische degeneratieve ziekten, welke een *langdurige zorg* vereisen. Verder is de combinatie van aandoeningen bij één patiënt een belangrijk kenmerk van oudere patiënten. Ten aanzien van de psychische problematiek wordt gesteld dat vergrijzing van de bevolking, gecombineerd met toenemende isolatie van ouderen bij ongewijzigd beleid en omstandigheden, een stijging zal veroorzaken van psychosociale en ernstige psychische problematiek. Er is op grond van dit morbiditeitspatroon bij ouderen nu al een grote behoefte aan verpleging. Bij een tekortschieten van de zelfzorg van ouderen is er namelijk lang niet altijd opvang van de mantelzorg. Steeds meer ouderen zullen niet meer gehuwd zijn en de kinderen van de zeer ouden zijn zelf op een leeftijd waarbij zorgbehoefte begint.

Voor het jaar 2000 wordt nog een absolute toename van de aandoeningen van 5% per jaar verwacht. Het aandeel van de chronische aandoeningen daarbij zal steeds groter worden. Het aantal ouderen met dementie zal relatief en absoluut toenemen. Ten aanzien van de voorzieningen in het jaar 2000 wordt in dit gedeelte van de Nota zowel een groei- als een krimpscenario gepresenteerd.

Ten slotte wordt als doelstelling voor het jaar 2000 voor ouderen genoemd: enerzijds verbetering van de gezondheidstoestand door daling van de sterfte en anderzijds verbetering in de kwaliteit van leven door vergroting van de zelfstandigheid casu quo vermindering van de afhankelijkheid van voorzieningen. Er wordt gestreefd naar een daling van 10% van de sterfte en een toename van het aantal bejaarde patiënten in

thuiszorg ten opzichte van intramurale zorg.

Deze doelstelling frappeert: op de bladzijde ervoor wordt nog geen substantiële verandering in de gezondheidstoestand van ouderen verwacht. De vraag rijst of dit optimisme niet eerder door WHO-slogans dan door rationele verwachtingen wordt ingegeven.

Samenvattend zijn daarom – naast bewondering voor de uitgebreide analyse van de gezondheidstoestand – enkele kritische opmerkingen over de mogelijkheid om op grond van deze analyse het gezondheidszorgbeleid uit te stippelen, op zijn plaats.

- Er is te weinig aandacht besteed aan de ‘competing causes of death’ en de daarmee gepaard gaande verschuiving in morbiditeit. Bestrijding van bepaalde ziekten uit zich niet vanzelfsprekend in minder vraag naar voorzieningen; het tegendeel lijkt waar. Paul van der Maas spreekt in dit verband van de grote paradox van de gezondheidszorg: ‘De huidige gezondheidszorg leidt tot een toename van ziekte in de bevolking bij een waarschijnlijk betere gezondheidstoestand. Deze ontwikkeling is een *gewenst* gevolg van de vooruitgang in de medische wetenschap, de geneeskunde en de gezondheidszorg’. Met andere woorden: gezondheid is moeilijk te benaderen als een som van al dan niet aanwezige ziektebeelden; maten die functionele capaciteit of validiteit aangeven, doen dit wellicht beter, maar deze lenen zich weer slecht voor de planning van medische zorgverlening.
- Voor (wijk)verpleegkundige zorgverlening is de beschrijving van morbiditeit en mortaliteit slechts indirect te gebruiken. Zorgvuldige beschrijvingen van zorgbehoefte kunnen beter van verpleegkundige diagnoses afgeleid worden. De ontwikkeling daarvan staat echter ook nog maar in de kinderschoenen.
- Zorgbehoefte, hetzij medisch hetzij verpleegkundig, wordt niet alleen bepaald door ziekte of zo men wil validiteit, maar ook door normen en waarden die aan verandering onderhevig zijn. Daarnaast wordt zij ook door financiële kaders, die verschuiven en momenteel lijken te krimpen, beïnvloed. Dit wordt mijns inziens in de Nota onvoldoende duidelijk gesteld.

4 De Nota 2000 en de wijkverpleegkundige zorg

Ten aanzien van de wijkverpleegkundige zorg zijn de volgende in de Nota gepresenteerde prognoses c.q. opmerkingen uiterst relevant:

- De groep die nu al de meeste zorg vraagt, de ouderen, neemt sterk in omvang toe (28% meer in het jaar 2000).
- Er zijn eerder aanwijzingen voor een toename dan voor een afname van chronische aandoeningen.
- De behandelingsmogelijkheden zullen in het algemeen niet noemenswaardig verbeteren.
- De enige interventie die als redelijk succesvol wordt genoemd is de beïnvloeding van het (sociale) milieu. Dit is een bij uitstek verpleegkundige taak (Florence Nightingale).
- De 'care' moet worden opgewaardeerd.
- De tweede lijn moet worden teruggedrongen.
- De mogelijkheden tot mantelzorg lijken uitgeput.
- Het belang van preventie wordt onderstreept.

Wanneer deze feiten uit de analyse worden overzien, dan is geen andere conclusie mogelijk dan dat er een enorme toename van wijkverpleegkundige zorg verwacht mag worden voor het jaar 2000. Er mogen zelfs taakhoudelijke aanbevelingen, bij voorbeeld over de verdeling van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, verwacht worden. En is het niet de hoogste tijd om voor de wijkverpleegkundige zorg een leeftijdsspecifieke norm aan te bevelen?

De Nota 2000 vermeldt over de wijkverpleegkundige zorg: 'De vergrijzing van de Nederlandse bevolking, gecombineerd met het extramuralisatiebeleid, leidt tot taakverzwaring van met name het kruiswerk'. Een streefnorm van 1:2500 wordt realistisch genoemd. Dit is precies (of zelfs wat krapper) de norm die de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg geeft. Daarnaast staat in de Nota een moeilijk te interpreteren opmerking over bijstelling van die norm, in het licht van gedeconcentreerde verpleeghuisvoorzieningen.

Verder wordt samenwerking aanbevolen, maar de Nota bevat geen nieuws over taakomschrijving. Een duidelijke koppeling aan de bevindingen uit de analyse ontbreekt, evenals enige inhoudelijke opmerkingen over bij voorbeeld bijscholing. Ook over de wenselijkheid verpleegkundige zorg kwalitatief en kwantitatief te kunnen meten en over onderzoek in de verpleging wordt niets weergegeven.

Kortom, na de hooggespannen verwachtingen een flinke teleurstelling. Temeer daar in het rapport 'Kruiswerk in beweging' (Nationale Kruisvereniging, 1986) wèl een aanbeveling tot versnelde groei (4,9% per jaar vanaf 1988) op basis van uitleg en onderbouwing wordt gegeven, en er ook het onderzoeksrapport van het NIVEL 'Behoeftes aan wijkver-

pleegkundige zorg bij veranderend beleid' (NIVEL, 1986) ligt, waarin trouwens voor de behoeftemeting wel al van functionele capaciteit in plaats van morbiditeit wordt uitgegaan.

5 De meerwaarde van het gezondheidsbeleidsmodel

Wanneer we de concrete aanbevelingen voor de wijkverpleegkundige zorg beschouwen, zijn nauwelijks verschillen met aanbevelingen uit eerdere nota's te ontdekken. Er kan dus voor de wijkverpleegkundige zorg nauwelijks van een meerwaarde gesproken worden. Trouwens, door de Nota heen zijn ook verder geen spectaculaire plannen of ombuigingen te ontdekken.

Hoewel niet expliciet geformuleerd, hangt de planning van gezondheidszorgvoorzieningen nu ook al voor een groot deel af van de vraag en is de gezondheidsbenadering niet wezenlijk nieuw. Bovendien verschilt de gezondheid anno 2000 niet zóveel van de huidige gezondheidstoestand dat op grond daarvan schokkende ombuigingen verwacht kunnen worden. Verder dient planning van gezondheidszorgvoorzieningen ook altijd binnen gestelde financiële kaders plaats te vinden.

Is er dan wel een meerwaarde?

Misschien nu nog niet. Waarschijnlijk is de zeer uitgebreide analyse nog niet in één model te vangen en lijken de aanbevelingen daardoor wat uit de lucht te komen vallen.

Misschien kan na verloop van tijd wèl planning op grond van zo'n uitgebreide analyse plaatsvinden. Wat dat betreft is de toezegging de Nota 2000 elke vier jaar bij te schrijven bemoedigend.

Bovendien kunnen allerlei gezondheidszorgvoorziening hun beleid uitstippelen op grond van deze analyse.

De vraag blijft of door scholing in uiterst gecompliceerde modelontwikkeling tegen het jaar 2000 niet het grote inzicht doorbreekt dat Bradford Hill als volgt verwoordde:

'Indeed I believe that multicausation is generally more likely than single causation, though possibly, if we knew all the answers we might get back to a single factor.'

Literatuur

- Hill, A.B., The environment and Disease Association or Causation. *Proc. Royal. Soc. Med.* 58 (1965) 295–300
- Maas, P. v.d., Mythen over vergrijzing en volksgezondheid. *T. Soc. Geneesk.* 60, 1982, 23, 711–721
- Nationale Kruisvereniging, *Kruiswerk in Beweging* Bunnik, 1986
- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. *Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid*. NIVEL, Utrecht, 1985
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2
- Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg*. Tweede Kamer vergaderjaar 1979–1980, 16 066 nrs. 1–2
- Volksgezondheid bij beperkte middelen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 18 108 nrs. 1–2

7 Waar blijft de eerste lijn?

J. C. van Es

1 Inleiding

Bezien we het naoorlogse volksgezondheidsbeleid, dan kunnen daarin drie perioden worden herkend, elk van tien tot vijftien jaar: de periode tot 1960, de jaren tussen 1960 en 1975, en het tijdvak 1975–heden.

De eerste periode – tot 1960 – werd gekenmerkt door zuinigheid: Nederland was door de oorlog verarmd, het land moest worden opgebouwd, de handen ineengeslagen, er moest hard worden gewerkt, het huishoudboekje in de gaten gehouden en dus was er slechts ruimte voor een goedkope gezondheidszorg. Door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering was bovendien de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen gelijk. Die tijd roept bij mij een herinnering op van enthousiast, idealistisch, hard werken onder sobere omstandigheden.

De tweede periode – ongeveer van 1960 tot 1975 – werd gekenmerkt door toenemende kennis en vaardigheden, die – dank zij toenemende welvaart – tot uitdrukking konden worden gebracht in een geneeskundige zorg die in materieel opzicht geen grenzen leek te kennen. Midden in die periode kwam de Volksgezondheidsnota uit, waarin de gezondheidszorg en de gezondheidsbescherming beide waren opgenomen.

De derde periode begint met de verschijning van de Structuurnota 1974, waarin werd getracht de wildgroei die de tweede periode kenmerkt, te fatsoeneren en te ordenen. Enkele jaren eerder was al duidelijk geworden dat de grenzen van de groei waren bereikt, het was al bezuinigen wat de klok sloeg, terwijl met zeer veel moeite en pijn werd getracht de consequenties van de Structuurnota verder gestalte te geven. Teleurstellingen bleven niet uit en met name de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, een centraal punt in de Structuurnota 1974, leverde niet dat op wat men ervan hoopte.

En nu zijn we dan geconfronteerd met de Nota 2000, die belangrijke accentverschuivingen in het gezondheidszorgbeleid beoogt te bewerkstelligen. De Nota wil ook bijdragen tot een beleid waarin wordt geanti-

cipeerd op toekomstige ontwikkelingen; een bezinning op de positie van de volksgezondheid wordt voorts onmisbaar genoemd.

Uitgangspunt van de Nota is echter een heroriëntatie van het beleid op gezondheid.

De Nota 2000 is geschreven op verzoek van de Tweede Kamer, die wel eens beleid op lange termijn wilde zien. Maar ook moest Nederland voldoen aan een in de WHO gemaakte afspraak dat alle landen hun doelstellingen met betrekking tot de gezondheid voor het jaar 2000 zouden formuleren.

Zo is er een nota tot stand gekomen die in veel opzichten bijzonder sympathiek is. Het is goed dat een optimale gezondheidstoestand van alle in Nederland wonenden wordt nagestreefd. Het is zeer goed dat wordt onderkend dat sociale verschillen ook binnen de Nederlandse samenleving van elkaar afwijkende ziekte- en sterftcijfers veroorzaken. Het is goed dat wordt geanticipeerd op de toenemende vergrijzing van de bevolking, op een stijging van het aantal maligne aandoeningen en op een toename van het aantal overlevenden op deze ziekte, dat wordt onderkend dat het aantal chronische zieken zal toenemen en dat er veel psychische problemen zijn, en zo veel meer. De erkenning van de noodzaak van een facetbeleid, waaronder dan wordt verstaan het beleid dat op andere terreinen dan dat van WVC ten aanzien van de gezondheid moet worden gevoerd, geeft een aantal gezondheidsaspecten de juiste proporties. Landbouw en industrie bepalen voor een belangrijk deel niet alleen het milieu waarin wij leven, maar ook de stress waaronder mensen leven, hun levensgeluk, hun identiteit. De inkomsten van de Staat worden voor een deel bijeengebracht door verslaafden aan alcohol en nicotine. Terecht pleit de Nota 2000 ervoor dat het effect op de gezondheid van talloze maatregelen het beleid op die gebieden moet meebepalen. De Nota betreft dergelijke aspecten in het beeld dat van de samenleving wordt geschetst, en dat is goed.

2 Wat is gezondheid?

In de Nota 2000 speelt het begrip 'gezondheid' een centrale rol. Nu weten we dat gezondheid een van de begrippen is die moeilijk zijn te omschrijven, net zoals begrippen als 'leven', 'liefde', 'geluk'.

Over één ding zijn we het wel eens als we over gezondheid spreken:

het is een positief geladen begrip. Etymologisch kan het worden teruggevoerd op begrippen als 'zijnde', 'waarheid', 'snelheid', 'stevigheid'. De betekenis van het begrip 'gezondheid' is echter afhankelijk van degene die het hanteert en van de context waarin dit gebeurt. Gezondheid kan zowel positief als negatief worden omschreven: als een toestand van *homeostase* of 'inwendig evenwicht' enerzijds of als het afwezig zijn van ziekte of *dysfunctie* anderzijds. Heeft men meer oog voor *heel de mens*, dan zal het oordeel anders kunnen uitvallen dan wanneer men slechts naar delen kijkt.

Gezondheid is een begrip dat moeilijk operationeel kan worden gemaakt: het is eerder een richtinggevend begrip voor ons denken en handelen. De gezondheidszorg kan trachten bijdragen te leveren voor een grotere gezondheid van individuen en van de bevolking in haar geheel. En, zo hebben we in de Nota 2000 al gezien, andere gebieden van ons bestaan kunnen dat evenzeer.

3 Eigen verantwoordelijkheid

In de Nota 2000 wordt óók een definitie van het begrip 'gezondheid' gegeven, te weten: 'Gezondheid kan worden gezien als een situatie van evenwicht dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met hulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen'. Déze definitie geeft aan dat een zwaar accent wordt gelegd op de eigen activiteiten en de eigen verantwoordelijkheden van de betrokken mensen. In de Volksgezondheidsnota 1966 lag het accent weliswaar ook hierop, maar mèt de mogelijkheid die zorg aan anderen over te dragen wanneer men wordt geacht er zelf niets aan te kunnen doen. Ook de Structuurnota 1974 ging hier van uit en beoogde juist daarvoor goede structuren aan te brengen. Nu het accent steeds meer op de eigen verantwoordelijkheid wordt gelegd, lijkt de belangstelling bij de overheid voor de structuur van de gezondheidszorg af te ebben. Daarop ga ik straks verder in.

Bij het leggen van zo'n sterke nadruk op de eigen verantwoordelijkheid, wil ik de volgende kanttekeningen plaatsen. In de eerste plaats moeten we goed beseffen dat dit wordt gedaan in een fase waarin het aantal mensen toeneemt dat niet in staat is die verantwoordelijkheid zelf te dragen en niet in staat is tot een complete zelfzorg te komen. Het aantal zeer bejaarden neemt toe, de psychogeriatrische problematiek

rijst de pan uit, het aantal chronisch zieken stijgt, steeds meer mensen overleven het kankerproces waaraan zij lijden of de nierinsufficiëntie die met dialyse of transplantatie wordt behandeld. Met andere woorden: steeds meer mensen worden permanent in een afhankelijkheidssituatie geplaatst. In de tweede plaats wordt het pleidooi voor een zorgzame samenleving, een pleidooi dat samenhangt met het pleidooi voor eigen verantwoordelijkheid, gevoerd op een moment waarop tal van oude maatschappelijke structuren, zoals gezin en buurt, niet meer functioneren als weleer in een agrarische gemeenschap. Uit idealistisch oogpunt zijn dit voortreffelijke doelstellingen, maar als een overheid die vooral bezuinigen in haar vaandel voert hiervoor pleit, is dat op zijn zachtst gezegd verdacht. En als men dan weet dat deregulering een ander Leitmotiv van de overheid is, dan is het goed extra op zijn hoede te zijn.

Men krijgt daardoor zeer *ambivalente gevoelens*: wat stáán er een goede dingen in de Nota 2000, wat góéd om de preventie zoveel nadruk te geven – overigens niet nieuw, want dat gebeurde in de Volksgezondheidsnota uit 1966 ook, maar toch – en wat góéd om aan de patiënt meer zeggenschap te willen geven. *Als* het het ministerie van WVC zou lukken bij de andere departementen gehoor te krijgen, *als* de Minister van Volkshuisvesting bij het bouwen van nieuwe stadswijken, de Minister van Economische Zaken bij het stimuleren van het bedrijfsleven, de Minister van Verkeer en Waterstaat bij het kiezen tussen openbaar vervoer en het aanleggen van wegen, niet alleen financieel-economische overwegingen tot gelding zouden brengen, maar zich evenzeer zouden laten leiden door overwegingen ten gunste van de gezondheid, en *als* de Minister van Financiën zou leren ook naar het effect van zijn maatregelen op de gezondheid van de bevolking te kijken, dan zou er al veel zijn gewonnen. Ik vraag me dan wel af of die andere departementen het ministerie van WVC dergelijke bemoeienissen erg in dank zullen afnemen.

Echter: het ministerie van WVC is toch in het bijzonder betrokken bij het reilen en zeilen van de gezondheidszorg in engere zin. En hoe men het ook wendt of keert: voor de invulling daarvan is dit ministerie in hoge mate verantwoordelijk. Als ik mij dat voor ogen houdt, dan ontstaat bij mij naast alle bewondering voor de Nota 2000 grote zorg over de gevolgen die deze Nota voor de gezondheidszorg in engere zin zal hebben. Die zorg wordt alleen al gewekt door het feit dat tegenover 340 bladzijden met informatie slechts 5 bladzijden met beleidsvoor-nemens staan.

Beperken we ons tot de eerstelijnsgezondheidszorg, waarover we vandaag in het bijzonder praten, dan zie ik het volgende.

4 Uitgangspunten en concreet beleid

Op grond van de Structuurnota 1974 werd een beleid in gang gezet waarin op basis van een echelonnering van de gezondheidszorg de eerstelijnsgezondheidszorg zou worden versterkt. Dit werd onder andere gedaan om een rem te zetten op de snel toenemende kosten van de gezondheidszorg, die grotendeels werden veroorzaakt door een toenemende vraag naar en aanbod uit de tweedelijnsgezondheidszorg. Over de resultaten van dit beleid is men – terecht – niet tevreden. In de beschrijving van het huidige zorgbeleid in hoofdstuk 6.3 wordt geconcludeerd dat ‘... het beleid, gericht op versterking van de extramurale gezondheidszorg (...) slechts (heeft) geleid tot handhaving van de relatieve positie. Dit is een onbevredigend resultaat’.

Men komt tot de conclusie dat ‘... het “blijkbaar” in de gezondheidszorg moeilijk is om uitgangspunten om te zetten in concreet beleid’. Met een zekere openhartigheid wordt erkend dat een aantal beleidsnota’s, waaronder de Nota Eerstelijnszorg, de daarin neergelegde denkbeelden niet konden realiseren omdat: ‘... de randvoorwaarden, in casu het vigerende plannings-, financierings- en besturingsstelsel (...) in de meeste gevallen zodanig sterk verankerd (bleken) dat een fundamentele beleidswijziging op zorg op inhoudelijke gronden moeilijk te verwezenlijken was’.

Inderdaad is dit zo. Men kan waardering hebben voor het feit dat het wordt erkend, maar het is wel een erkenning dat het gezondheidszorgbeleid in deze heeft gefaald: er is inderdaad niet gewerkt aan het vervullen van de benodigde randvoorwaarden. Waar moeten we daarbij aan denken? Enkele zaken worden al in de Nota 2000 aangegeven: het honoringsstelsel van huisartsen en specialisten staat een herschikking van taken in de weg. In financieel opzicht wordt het overdragen van taken van de eerste aan de tweede lijn louter aangemoedigd. Ook het ontbreken van een goede, effectieve structuur van de eerste lijn, het ontbreken van formele relaties tussen huisartsen en specialisten en het achterwege blijven van een verbeterde scholing van huisartsen zijn factoren die een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de daarmee beoogde verlegging van het zwaartepunt in de gezondheidszorg in de weg hebben gestaan.

De spijtige toon waarop de mislukking wordt aangegeven, is een uiting van zelfinzicht, maar de Nota in haar geheel doet vervolgens het ergste vrezén. Wat is namelijk het geval? In hoofdstuk 6.4.3 wordt een aantal criteria aangegeven voor het toekomstige zorgsysteem. Dit zorgsysteem moet flexibeler zijn en het moet voldoen aan de normen en waarden van de samenleving. Dit laatste betekent, aldus de Nota, een effectieve, efficiënte en menselijke zorgverlening, een democratische zorgverlening voor mondige burgers. Verder moet het systeem gericht zijn op de behoefte aan zorg. Hieraan worden de volgende consequenties ontleend: een regionale indeling, meer aandacht voor preventie en nazorg, en een relatie tussen de ernst van het probleem en de mate van institutionalisering die daarbij wordt toegepast, of, eenvoudiger gezegd: een piramidale opbouw van de gezondheidszorg; ten slotte, maar niet het minst belangrijk: een omwerking van de echelonnering tot een wat verfijnder onderverdeling van bij voorbeeld de intensiteit van de zorg. Dit laatste houdt in dat een verschuiving van taken en functies mogelijk moet zijn. Een gevolg zou zijn een vervaging van de grenzen tussen de echelons, verandering van wet- en regelgeving, en bewaking van de kwaliteit van de zorg, die moet worden afgewogen tegen de gewenste flexibiliteit van de zorg. Aldus de Nota 2000.

5 Consequenties voor de eerste lijn

In theorie kan ik me hier heel mooie dingen bij voorstellen: een betere communicatie tussen huisarts en specialist, die samen overleggen over wie wat doet; het verdelen van de taken bij iedere patiënt, al naar de ernst van de aandoening; en zo meer. Dit vraagt dan wel om een zorgvuldig, doelgericht en effectief beleid. Kijken we nu naar de vijf bladzijden met beleidsvoornemens, dan lezen we daar dat het toekomstige beleid de volgende vier beleidsaccenten zal bezitten:

1. versterking van preventie en facetbeleid;
2. voorzieningenbeleid op basis van de gezondheidstoestand van de bevolking;
3. stelselwijzigingen; en ten slotte
4. krachtige ontwikkeling van informatievoorziening ten behoeve van het gezondheidszorgbeleid.

Vooraf de punten 2, 3 en 4 kunnen consequenties voor de eerstelijnszorg hebben. Ten aanzien van het voorzieningenbeleid worden geen concrete beleidsvoorzieningen vermeld; alleen zal een adviesaanvraag hierover

aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid worden gezonden, met aandacht voor organisatorische, personele, financiële en bouwkundige aspecten. Dit beleidsvoornemen lees ik dan met verbijstering. Heeft men dan niets geleerd van de mislukte versterking van de eerste lijn en van de oorzaken van die mislukking? Zou men dan niet moeten verwachten dat één van de *eerste* beleidsvoornemens zou moeten zijn een verandering van de *honoreringsstructuren* van huisarts en specialist te bewerkstelligen? De honorering van huisartsen zou zó moeten worden gestructureerd dat zij worden gestimuleerd om meer zorg zelf te verlenen. Dit zou kunnen geschieden door bij voorbeeld een laag abonnementstarief in te voeren plus een betaling van die activiteiten die men vooral door huisartsen wil laten verrichten. En als tweede is noodzakelijk het aanbrengen van *structurele samenhangen* in de eerstelijnsgezondheidszorg, waardoor huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en gezinsverzorgende in één organisatorisch verband worden ondergebracht. Dit vergt een vèrgaande herstructurering van huisartspraktijk, kruisvereniging, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinszorg. Hiertegen zullen wel politieke krachten in het geweer komen, maar zonder samenhang in de eerste lijn blijft de gezondheidszorg een reus op een lemen voet. Verder zal de samenhang tussen eerste en tweede lijn ook duidelijk moeten worden gestructureerd, bij voorbeeld via contracten tussen ziekenhuis en daarmee samenwerkende huisartsen.

Dit alles is niet nieuw: het is al honderdmaal gezegd. Ik ben van oordeel dat een bewindsman die er alleen in zou slagen de honoreringsstructuur in bovengenoemde zin te veranderen, méér tot stand zou brengen dan vele van zijn voorgangers. Het ontbreken van zelfs aanzetten in deze richting kan erop wijzen dat men òf geen vertrouwen heeft in het welslagen van dergelijke plannen, òf dat men niet meer díe betekenis aan een versterking van de eerste lijn hecht als voorheen.

Als men ernst zou maken met het bevorderen van een krachtige, dat is dus ook: een deskundige, eerste lijn, dan zou in de beleidsvoornemens zeker aandacht moeten zijn gegeven aan de *opleiding van huisartsen*. Immers: verwezenlijking van het idee een aantal taken die nu door specialisten worden uitgevoerd in de toekomst – weer – door huisartsen te laten verrichten, vereist een grotere deskundigheid van huisartsen op een aantal terreinen. Hierover leest men in de Nota 2000 echter geen woord.

Er zijn meer motieven in de Nota 2000 te vinden die pleiten voor extra aandacht voor de opleiding van huisartsen. Zeer terecht wordt geanticipeerd op een toekomst waarin hart- en vaatziekten, kanker en in

het algemeen chronische ziekten en ziekten bij ouderen een groter deel van het morbiditeitspatroon voor hun rekening zullen nemen. Als men een logische, piramidale opbouw van de gezondheidszorg nastreeft, waarin datgene wat *frequent* voorkomt zoveel mogelijk aan de basis wordt geholpen en het *zeldzame* aan de top, dan zal men huisartsen goed moeten voorbereiden op het vervullen van hun taak aan de basis. Eveneens terecht wordt gepleit voor een flexibele gezondheidszorg. Dat vergt zowel flexibele mensen als flexibele structuren. Dit betekent in ieder geval dat men ernaar zal moeten streven de centrale doelstellingen te verwezenlijken, zoals we die al jaren geleden in Kenmerken van de Huisarts – II hebben geformuleerd: ‘De hoofddoelstelling van de opleiding tot huisarts is hem te leren beschikken over die kennis, vaardigheid, inzichten en attitude, die noodzakelijk zijn voor een verantwoorde uitoefening van het beroep van huisarts en hem ertoe te brengen voortdurend op een creatieve wijze deel te nemen aan het veranderingsproces in de geneeskunde en de maatschappij, opdat hij op een professionele wijze kan bijdragen tot het welzijn van hulpvragenden’. Als het de overheid ernst is met die flexibiliteit, dan zullen de huisartsen, maar ook de andere werkers in de gezondheidszorg, daartoe moeten worden opgeleid – onderwijskundig gezien geen sinecure.

Ten aanzien van de *informatievoorziening* voor het opbouwen van gezondheidszorgstatistieken die voor het beleid onmisbaar zijn, kan men analoge opmerkingen maken. Het voornemen de verzameling van relevante informatie uit te bouwen, is volkomen terecht. Men moet zich dan echter wel goed voor ogen houden dat de verzameling van gegevens in de intramurale gezondheidszorg al goed op gang is gekomen, maar in de extramurale gezondheidszorg nog niet. Dáár is een inhaaleffect nodig en dat zou in de Nota 2000 moeten zijn aangegeven. Het ontbreken van enigerlei opmerking hierover doet vermoeden dat dit probleem onvoldoende wordt onderkend of dat de betekenis van de extramurale gegevens wordt onderschat. In ieder geval levert eenzijdige gegevensverzameling een eenzijdig, scheef beeld van de werkelijkheid op. Maar ook blijft door het ontbreken van statistische gegevens de eerste lijn buiten het zicht van de beleidsmakers; daarmee wordt dan de circulus vitiosus van: niet gezien worden – niet meedoen – niet gezien worden, gesloten. Het is toch duidelijk dat een deel van de gezondheidszorg: de eerste lijn, dat gezien de krachtsverhoudingen tussen eerste en tweede lijn in een ongunstige situatie verkeert, maar dat wel als waardevol wordt beschouwd, extra steun en aandacht nodig heeft?

6 Het kan ook anders

Dat een gezondheidszorgnota ook anders kan worden geschreven, blijkt uit 'Swedish Health Services in the 1990's', een rapport dat de grondslag vormde voor de gezondheidszorgwet die de Zweden vorig jaar hebben aangenomen. In dit rapport, dat uitgaat van de gedachte dat de ongelijke kansen op gezondheid zoveel mogelijk moeten worden weggenomen, worden drie centrale thema's aangegeven:

- a. een op preventie gericht gezondheidszorgbeleid;
- b. een structuur voor het gezondheidszorgsysteem;
- c. 'manpower-planning' en opleiding.

In de paragraaf over de eerstelijnszorg wordt gesteld dat de individuele zorg voor patiënten de meeste aandacht vraagt; in dat kader worden doelstellingen geformuleerd als:

- de coördinatie van de hulpverleners in de eerste lijn;
- het verlenen van eerstelijns hulp in gezondheidscentra, bij de patiënt thuis en in plaatselijke verpleeghuizen;
- een optimale toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg, onder andere door 24-uurs bereikbaarheid;
- het verzamelen en analyseren van gegevens in de eerste lijn als grondslag voor het beleid.

In een ander hoofdstuk wordt sterk de nadruk gelegd op het feit dat 75% van de kosten voor de gezondheidszorg personele kosten zijn. De consequentie hiervan is dat aan de kwaliteit van het gezondheidszorgpersoneel de grootste aandacht moet worden besteed door een adequate basis- en beroepsopleiding, door postacademisch onderwijs en door 'refresher-courses'. Het streven naar een flexibele gezondheidszorg, waarover in de Nota 2000 wordt geschreven, vergt onherroepelijk een permanente aandacht voor de opleiding voor alle werkers in het veld.

7 Slot

Kort samengevat luidt mijn conclusie: de Nota 2000 is een werkstuk met zeer veel goede ideeën, met een open oog voor de huidige situatie en voor toekomstige ontwikkelingen, maar ook een werkstuk dat geen lering trekt uit vroegere ontwikkelingen. Als de Nota 2000 zonder verdere strategische handen en voeten als een soort ideologie wordt gehanteerd, kunnen daar ongewenste ontwikkelingen uit voortvloeien. Er is echter veel te redden als men op Volksgezondheid bereid en in staat zou

zijn een aantal strategische lijnen uit te zetten, alvorens adviezen over deelprojecten te vragen. Eerst zal het ministerie zelf met een 'masterplan' moeten komen, teneinde de adviserende organen een kader te bieden waarbinnen zij moeten adviseren: alleen dán zal een samenhangend beleid mogelijk zijn.

Literatuur

- Es, J.C. van, R.A. de Melker en F.C.L. Goosmann, *Kenmerken van de huisarts – II*. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1983
- Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, *Structuurnota*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974
- Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, *Volksgezondheidsnota 1966*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1966
- Ministry of Health, *Swedish Health Services in the 1990's*. Stockholm, 1986
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs 1–2

Discussie

In het forum ten behoeve van deze discussie hadden zitting:

Prof. Dr. J.C. van Es, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Amersfoort; hoofdredacteur Medisch Contact

Dr. G.M. van Etten, hoofd Stafbureau Beleidsontwikkeling van het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid, Ministerie van WVC, Rijswijk

Mw. Drs. C.M.A. Frederiks, universitair docent, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

Drs. P.H. Jonkergouw, Kruisvereniging, Breda

Dr. P. Lens, arts (forumvoorzitter), Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Leiden

Dr. P.C.J. van Loon, arts, Den Haag

Drs. R. Meijer, Stichting Hulp en Huisvesting Bejaarden, Nieuwegein

Prof. Dr. H.A. Valkenburg, hoogleraar Epidemiologie, Erasmus Universiteit, Rotterdam

J. v.d. Wilk, Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, Baarn

Met een aantal 'werkers uit het veld' in het forum ontstond snel eenstemmigheid over het feit dat vooral gekeken moet worden in hoeverre in de Nota 2000 de patiënt als uitgangspunt is genomen. De grote meerderheid in het forum is van mening dat de Nota hierin te kort geschoten is. Bij voorbeeld: de zorgvraag van de meeste patiënten is 'niet-ziekte' georiënteerd, terwijl de Nota 2000 juist morbiditeitspatronen als uitgangspunt van toekomstig beleid neemt. Het gezondheidsdenken van de Nota wordt wel begrijpelijk gevonden, maar zou wel vanuit de hulpzoekende mens geformuleerd moeten worden. Iets wat nu totaal ontbreekt: de gezondheidszorg dient dusdanig van opzet te zijn, dat de zelfstandig functionerende patiënt ondersteuning vanuit die zorg kan ontvangen wanneer dat nodig mocht zijn. Dus ook niet meteen met aanbodplaatjes komen, zoals de Nota doet. Van de kant van het ministerie van WVC wordt beaamd dat de rol van de patiënt/consument in de Nota marginaal is, hetgeen op een bewuste keuze berust om een zo neutraal mogelijke

beschrijving van de gezondheidssituatie in Nederland, met wat perspectieven voor het jaar 2000, te geven. Op andere actoren in de gezondheidszorg is evenmin ingegaan, al werpen anderen op dat toch teveel de huidige structuur als uitgangspunt in de Nota gekozen is, een bepaald niet neutraal gegeven.

Als we nu de patiënt als uitgangspunt voor ons gezondheidssysteem willen nemen, dienen we 'zorg op maat' te leveren, zoals de Nota ook aangeeft, waarbij kwaliteit van leven, zeker voor de groter wordende groep bejaarden, als essentieel criterium voor het handelen gehanteerd moet worden. Is deze 'zorg op maat' nu wel gegarandeerd? Gevreesd wordt van niet, vooral omdat de visie op de maatschappelijke functie van de gezondheidszorg weinig tot uiting komt in de Nota. Bovendien kan de noodzakelijke flexibiliteit voor 'zorg op maat' ook niet op nationaal niveau gecreëerd worden en is het ook zeer de vraag of deze 'zorg op maat' geleverd kan worden door een eerste lijn die te versnipperd is en teveel territoriumgevechten kent om effectief te kunnen opereren, terwijl tegelijkertijd de werkdruk in die eerste lijn alleen maar groter zal worden (b.v. 24-uurs thuiszorg). Daartussendoor speelt het probleem dat het huidige financieringssysteem ook averechts werkt voor de eerste lijn en de patiënt, wat alleen maar zal verergeren als de plannen voor meer eigen bijdragen doorgevoerd gaan worden. Men constateert dan ook een grote discrepantie tussen wat de Nota 2000 voorstaat en het huidige beleid. De overheid heeft in dezen een januskop, waarmee ze het voor de patiënten heel moeilijk begint te maken. Van de kant van WVC legt men daarop uit dat het accent in deze Nota op een nieuwe benadering voor het beleid ligt, die nu globaal is, niet sector-gericht, maar die na een maatschappelijke en politieke discussie voorzien zal worden van een strategie over hoe we van dit moment tot het jaar 2000 komen. Daarbij wordt niet vergeten dat de knelpunten op het terrein van planning en financiering bijzonder groot zijn en het overheidsbeleid dienaangaand sinds 15 jaar nauwelijks opgeschoten is. Maar, reageert het forum: als de overheid een versterking van de eerste lijn nastreeft, dan moet toch een gemengd honoreringssysteem voor huisartsen of samenwerking in de eerste lijn door die overheid afgedwongen kunnen worden? WVC erkent wel dat op basis van de Nota de eerste lijn versterkt zou moeten worden, al staat dat niet in de Nota expliciet vermeld, maar dat de problemen in de financieringsstructuren bij Volksgezondheid te groot zijn om deze doelstelling zomaar te halen. Maar als deze situatie zomaar geaccepteerd wordt, zal volgens het forum intramurale zorg in de wijk in feite niet anders betekenen dan een nieuwe markt voor

intramurale voorzieningen oftewel een annexering van eerste door tweede lijn. Dit staat weer diametraal op het streven naar versterking van de eerste lijn, want dan moet je juist van onderaf, van patiëntenzijde, beginnen.

Er wordt moedeloos geconstateerd dat WVC in feite het bijtje er wat de versterking van de eerste lijn betreft bij neergegoid heeft, zeker als men ook nog het accent van beleid naar inhoud gaat verleggen. Vanuit WVC duidt men aan dat beide sporen gevolgd zullen blijven worden, maar dat de aandacht tot op heden te eenzijdig op de bestuurlijke problematiek is gericht geweest. In de zaal wordt betoogd dat vooral de ingewikkelde structuur waarin de Nederlandse gezondheidszorg opereert, problemen voor het beleid vormt en niet een vermeende mindere aandacht voor gezondheid. De overheid heeft echter een grondwettelijke taak ten aanzien van gezondheid en ten aanzien van bestrijding van ongelijkheid in deze. Maar realiseert de overheid zich dan wel dat door het huidige beleid een verspilling van middelen optreedt die vooral aan de basis geconstateerd wordt en daar veel frustraties oproept, terwijl door datzelfde beleid zomaar ineens weer bejaardenverzorgingsplaatsen worden opgegeven. Wat wil de overheid nu? WVC: In de eerste plaats vooral een verschuiving van beleid, welke echter alleen kan plaatsvinden door ook veranderingen in plannings- en financieringsstructuren door te voeren. Blijven met dit nieuwe beleid eerder vastgelegde maatregelen ten aanzien van de eerste lijn en basisgezondheidszorg van kracht? Dan kan nu niet zonder meer gezegd worden, maar de kostenparagraaf van de Nota 2000 geeft hiervoor wel een positieve indicatie, omdat deze gebaseerd is op de normen afkomstig uit de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg.

DEEL II

De Nota 2000
en de intramurale
gezondheidszorg

Studiedag gehouden
op 18 november 1986

1	De Nota 2000 en de intramurale gezondheidszorg <i>J.F.G.M. de Beer</i>	79
2	Wie helpt de zieken en hulpbehoevenden? <i>D. van der Meer</i>	84
3	Zorgverleners in het perspectief van 2000: kanttekeningen bij een gemiste kans <i>M.G. Boekholdt</i>	93
4	Structuur en planning in de Nota 2000 <i>V.F.J. Baalman</i>	102
5	Het economische aspect in de Nota 2000 <i>A.P.W.P. van Montfort</i>	110
	Discussie	120

Sprekers

Ir. V.F.J. Baalman, beleidscoördinator Kwaliteit van zorg, Nationaal ziekenhuisinstituut, Utrecht

Drs. J.F.G.M. de Beer, hoofd-directeur Directoraat Generaal Volksgezondheid en Hoofddirectie Financiering en Planning, Ministerie van WVC, Rijkswijk

Dr. M.G. Boekholdt, beleidscoördinator Management en Organisatie, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht

Dr. D. van der Meer, directeur Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht

Prof. Dr. A.P.W.P. van Montfort, beleidscoördinator Management-ondersteuning en bedrijfsvoering/Financierings- en verdeelsystemen/ Beleidsinformatie en Statistiek, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht

1 De Nota 2000 en de intramurale gezondheidszorg

J.F.G.M. de Beer

De systematiek van de Nota 2000 is het leggen van het begin van de beleidsontwikkeling bij de toekomstige gezondheidsproblemen om vandaaruit via het omschrijven van zorgbehoeften en -vragen en de daarop aansluitende functies of voorzieningen te komen tot concrete invulling van het zorgsysteem. Een functionele benadering, waarin de begrippen functieplanning en functionele budgettering reeds enige tijd aandacht krijgen.

Met functieplanning duiden we een vorm van planning aan, waarbij niet langer alleen gekeken wordt naar de capaciteit van instellingen in de vorm van aantallen bedden/verzorgingsplaatsen, maar vooral naar de dienstverlening die van de instellingen uitgaat. Dit gebeurt door in een plan aan te geven welke functies of taken door een bepaalde instelling worden uitgevoerd.

Bij de budgettering gebeurt hetzelfde, omdat bij de vaststelling primair moet worden gekeken naar de functies en taken die de instelling beoogd of geacht wordt uit te voeren.

Het beleidsinhoudelijke argument om – zowel voor de planning als de budgettering – over te stappen op deze functiegerichte benadering, telt in het kader van de Nota 2000 zwaar. Door uit te gaan van de functies, dat wil zeggen de inhoud van de zorgverlening, kan het beleid beter afgestemd worden op de gezondheidstoestand van de bevolking, dan wanneer men enkel zou kijken naar capaciteiten. Men weet dan immers nog niet welke zorg met behulp van die capaciteiten wordt geleverd.

Om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen die zich afspelen binnen een bepaald gebied, bij voorbeeld regio's, zullen gezondheidsprofielen worden opgesteld. Dit zijn verzamelingen van gegevens over gezondheid en ziekte, aan de hand waarvan prioriteiten kunnen worden gesteld en functies kunnen worden gepland.

In de komende periode zal getracht worden een oplossing te vinden voor de manier waarop de koppeling van gezondheidsprofielen aan de planning moet worden gerealiseerd. Met name de basisgezondheidsdien-

sten met haar epidemiologische taken zullen hierbij een belangrijke rol spelen.

Bij functieplanning blijken méér argumenten dan alleen het beleidsinhoudelijke te tellen om hierop over te gaan, zoals:

- *Het beheerstechnische argument.* De functionele benadering geeft betere beheersmogelijkheden. Kosten worden immers niet zozeer bepaald door de capaciteiten, maar vooral door wat met die capaciteiten wordt gedaan. Een bed als zodanig zegt nog niet zoveel. Het gaat erom voor welke soort zorgverlening het wordt gebruikt.
- Een ander argument is een *eerlijke verdeling van middelen*. Instellingen die in gelijke omstandigheden verkeren, hebben in beginsel recht op eenzelfde budget. Gelijke omstandigheden zullen met name kunnen worden bepaald door de functionele kenmerken. Door bij de budgetvaststelling hierop te letten, zal een eerlijker verdeling van middelen over de instellingen worden bereikt dan op dit moment kennelijk gebeurt.
- Verder geldt een *grotere flexibiliteit*. Door uit te gaan van functies ontstaat grotere flexibiliteit met betrekking tot de organisatie van de zorg in de regio. Zo ging men vroeger bij de ziekenhuisplanning uit van het stratificatiemodel (een ziekenhuis kon of topziekenhuis of centrumziekenhuis of basisziekenhuis zijn). Nu dat model is vervangen door functieplanning, ontstaat de mogelijkheid dat elk ziekenhuis een eigen functiepakket heeft, toegesneden op zijn situatie en op die van de regio. Ook de mogelijkheden om te komen tot functieverdeling binnen de regio nemen toe. Dit betekent tevens dat er een versoepeling van de echelonnering mogelijk is.
- Een laatste argument voor een functionele benadering is een *betere afstemming van de planning en financiering*.

Door functieplanning en functionele budgettering tegelijkertijd te ontwikkelen, wordt tevens bereikt dat planning en budgettering van eenzelfde uitgangspunt uitgaan. In beide gevallen komen functies, plannings- en budgetteringsbeslissingen op één lijn te liggen. Om al deze redenen is het departement warm voorstander van functieplanning en functionele budgettering.

Het is de bedoeling dit systeem geleidelijk aan tot ontwikkeling te brengen. Eerst voor die sector waar functieplanning het hardst nodig is, de ziekenhuizen. Dit zal gebeuren op basis van de WZV en de WTG. Daarnaast zal in de integrale invoeringsgebieden WVG verder worden

gegaan met proefnemingen met functieplanning, maar dan voor alle voorzieningen.

Uit het voorafgaande mag blijken dat functieplanning en -budgettering voor de invoering van gezondheidsbeleid van wezenlijk belang is. Vandaar dat bij de concrete beleidsvoornemens van de Nota 2000 (hoofdstuk 10), de voorwaarde staat dat de wettelijke planningsinstrumenten in de toekomst mogelijk moeten maken dat het voorzieningenbeleid primair gebaseerd dient te worden op de gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. Gelet op de vele praktische problemen die hiervoor nog moeten worden overwonnen, ligt hier een grote uitdaging.

1 Versoepeling echelonnering

Een belangrijk uitgangspunt is dat in de toekomst, met behulp van de functionele benadering, tegemoet wordt gekomen aan het streven de zorg meer flexibel te maken, meer 'zorg op maat' te leveren. Een minder strikte scheiding tussen het eerste en tweede echelon is hierbij noodzakelijk. Het omwerken van echelonnering naar een wat verfijndere onderverdeling op grond van bij voorbeeld intensiteit van zorg zou een oplossing kunnen zijn. In dit kader heeft de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid er onlangs op gewezen dat althans op het vlak van de geneeskunde de verschillen kleiner worden. De rollen van de huisarts en specialist zijn complementair en kunnen variëren naar omstandigheden. De Raad pleit dan ook voor onderzoek naar de verschuivingen in functies van de eerste en tweede lijn die de laatste jaren zijn opgetreden en stelt dat op het gebied van de thuiszorg eveneens sprake is van complementaire rollen. Want goede thuiszorg veronderstelt de aanwezigheid van intramurale zorg in verband met de mogelijkheden te kiezen voor één van beide, voor noodsituaties en vakantie-opvang. Het spreekt vanzelf dat voor 'intramurale zorg' ook de intramurale verplegingseenheid in de wijk kan worden ingevuld. Van belang hierbij is de toename van de bejaarde bevolking en de kankers, die leiden tot toename van de functies verpleging en verzorging op wijkniveau. Het mogelijk maken van verschillende varianten van verpleegfunctie op wijkniveau is een duidelijke stap in de richting van vervaging van de grenzen tussen de eerste en tweede lijn.

Uit verschillende initiatieven, onder meer van het NZI, blijkt al dat het verpleeghuis ondersteunend wil zijn naar de eerste lijn en de thuis-

situatie van ouderen; andersom vervult de wijkverpleging in toenemende mate diensten binnen het bejaardenoord. In dit geval kan men spreken van een behoefte aan deconcentratie van zorg. Anderzijds wordt er in de Nota 2000 een verdergaande concentratie van topklinische zorg wenselijk geacht om onder meer het gebruik van apparatuur zo efficiënt en effectief mogelijk te kunnen benutten. Wil de operatie van min of meer gelijkvallende processen van deconcentratie (met haar verschuiving van klinische naar poliklinische zorg) en concentratie slagen, dan zal in de sfeer van bestuur en management een krachtiger potentieel aan instrumenten moeten worden ontwikkeld.

2 Marktgerichte benadering

In de beschrijving in de Nota 2000 van het bestuurlijk stelsel en de financiering in de gezondheidszorg worden onder meer de voor- en nadelen van een marktgerichte benadering gegeven. Een marktgerichte benadering als alternatief voor overheidsregulering zou zich globaal kunnen kenmerken door een (gedeeltelijk) herstel van de relatie gebruik-betaling aan de consumentenzijde, maar vooral ook een herstel van de relatie productie-betaling aan de producentzijde.

Doel is een grotere bewustheid van producent en consument van de consequenties van respectievelijk aanbod van en vraag naar gezondheid. Dit kan met zich meebrengen dat de inrichting van het aanbod van de zorg niet alleen als gevolg van een verhoogd kostenbewustzijn bij de hulpvrager, maar vooral ook door een betere afstemming van de hulpaanbieder op de patiëntenpopulatie, op een meer doelmatige wijze tot stand komt. Uiteraard zal de overheid zo'n ontwikkeling naar doelmatigheid graag volgen, maar er zal tegelijkertijd scherp gelet moeten worden op de voorwaarden waaronder de markt dient te functioneren. De overheid dient een nader af te spreken pakket van voorzieningen te garanderen en de kwaliteit en toegankelijkheid van de voorzieningen te blijven bewaken en bevorderen.

Waar het om gaat, is dat de inhoud van het beleid centraal staat. Als bekend is wat men inhoudelijk wil, kan vervolgens worden bekeken hoe het zorgsysteem het beste georganiseerd kan worden. Dit zou tevens inhouden dat overheid en parlement inhoudelijke prioriteiten gaan stellen, welke vervolgens vertaald worden in een voorzieningenpakket en binnen zekere voorwaarden op de markt van instellingen, beroepsbeoefenaren en financiers voorwerp van onderhandelingen worden.

Resumerend kan gesteld worden dat de overheid bereid is experimenten te stimuleren, mits de eerder genoemde voorwaarden in acht worden genomen.

Gezondheidsbeleid is dus bepaald ook voorzieningenbeleid. Dat er naast de zorg andere factoren een rol spelen, betekent niet dat voorzieningenbeleid verwaarloosd wordt of als achterhaald wordt beschouwd. Integendeel, het onderdeel van de Nota 2000 dat het meeste is geconcretiseerd gaat over het zorgsysteem (hoofdstuk 6); preventie en facetbeleid kregen een dergelijke uitwerking nog niet.

Tot slot nog een opmerking over het proces.

De Nota 2000 is geen eindprodukt. Het overgrote deel van de Nota is discussienota en slechts een klein deel beleidsnota, dat wil zeggen een document met beleidsvoornemens. De Kamer is toegezegd dat voor de Uitgebreide Commissievergadering (UCV) over de Nota 2000, welke in juni 1987 zal worden gehouden, een 'geannoteerd behandelingsvoorstel' ingediend zal worden. In de voor die gelegenheid op te stellen notitie zullen de invoeringsstrategie en de reacties van het veld een belangrijke plaats innemen. Het lijkt dan ook geen twijfel dat de resultaten van de vijf studiedagen over de Nota 2000 met grote aandacht zullen worden gelezen en verwerkt.

2 Wie helpt de zieken en hulpbehoevenden?

D. van der Meer

Ondanks de omvang van de Nota 2000 wordt niet zoveel aandacht geschonken aan de vraag in de titel van deze bijdrage. Voor mensen uit de gezondheidszorg is dit vreemd. Die zien het immers als hun taak om zieken en hulpbehoevenden te helpen. En die verwachten dan dat een nota van het ministerie van WVC daarover zal gaan. De Nota 'behandelt' de zieken en hulpbehoevenden wel, maar alleen als een reeks indrukwekkende trends en analyses over ziektebeelden, de toename van de vergrijzing, de grote toename van de zorgvraag, de toename van de mogelijkheden van diagnose en therapie, de toename van technische hulpmiddelen die het mogelijk maken hulpbehoevende mensen langer zelfstandig te laten functioneren. Maar het komt niet tot uitdrukking in het beleid, terwijl daar toch alle reden toe lijkt als je de analyses en de trends bekijkt. Hoe komt het dat dit niet gebeurt?

Daarvoor moeten wij naar de taak van het ministerie van WVC kijken. Eén van zijn taken is om de mensen gezond te houden. Wat is het meest effectief om dit te bereiken? Welke maatregelen en voorzieningen slagen er het beste in om mensen gezond te houden? Hoe kan met de minste middelen de meeste gezondheidswinst worden bereikt? Op de eerste pagina van de Nota blijkt al dat je niet moet denken dat je de mensen gezond houdt door veel geld in de gezondheidszorg te stoppen, want hier geldt, zoals herhaaldelijk in de Nota wordt opgemerkt, de wet van de verminderde meeropbrengst. We stoppen er wel veel geld in, maar wat levert het eigenlijk op? Zijn wij zoveel gezonder geworden? Leven wij opeens zoveel langer? En mocht dit al zo zijn, dan is dat niet te danken aan de gezondheidszorg, maar veel meer aan de maatregelen die genomen zijn op het gebied van hygiëne, schoon drinkwater, rioleering, betere voeding, enzovoort. Is het niet zo dat de ziekten waaraan wij thans lijden eigenlijk welvaartsziekten zijn, die ontstaan door onze slechte leefstijl of door arbeidsomstandigheden?

Dat betekent dat als men echt de gezondheidstoestand van de bevolking wil verbeteren, men zich moet richten op de zogenoemde determinanten van gezondheid, zoals leefgewoonten, het milieu, en het maat-

schappelijk bestel. Daar moet je je beleid op richten, en daarin speelt gezondheidszorg helemaal niet zo'n belangrijke rol.

Kort samengevat: Volksgezondheid wil de mensen gezond houden. Het beleid heet dan ook voortaan 'gezondheidsbeleid'. Dat wil zeggen: Volksgezondheid richt zich op *gezonde* mensen. De gezondheidszorg richt zich echter op zieken en hulpbehoevenden, wat een heel andere manier van kijken is.

Misschien wordt die gezondheidszorg in de Nota toch te negatief afgeschilderd met betrekking tot haar bijdrage aan de gezondheidswinst. Soms slaagt ze er namelijk wél in om mensen beter te maken of door middel van vroegtijdige opsporing van ziekten en tijdige behandeling te voorkomen dat mensen vroegtijdig overlijden. Soms is het mogelijk door middel van operatief ingrijpen te voorkomen dat mensen blind worden of niet meer kunnen lopen. Soms kan een hulpbehoevende worden geleerd om op adequate manier met zijn handicap om te gaan, zodat hij zich weer zelfstandig kan redden. Dat betekent gezondheidswinst, al uit zich dat natuurlijk niet allemaal in vermindering van sterftecijfers.

Zo zouden vanuit de gezondheidszorg aanbevelingen kunnen worden gedaan met betrekking tot de preventie, gericht op het verminderen van bepaalde problemen in de gezondheidszorg. Bij voorbeeld in verband met de indrukwekkende gevolgen van de verslaving voor de gezondheidszorg, die in de Nota overigens voortreffelijk worden gesignaleerd.

1 Confrontatie van doelstellingen

Helaas maakt de Nota 2000 de problemen van de gezondheidszorg niet tot inzet van het beleid. Men hanteert niet de zienswijze: 'voor welke problemen staan we in de gezondheidszorg en welke bijdrage kan Volksgezondheid leveren om die problemen te verminderen?' Nee, men reikt verder en wil alle gezonde mensen gezond houden.

Dat is ook wel juist. De taakstelling van Volksgezondheid mag niet alleen worden bepaald door de problemen in de gezondheidszorg. Als voorkomen kan worden dat er minder verkeersdoden komen, levert dat een heleboel 'winst' op. En zo zijn er nog meer voorbeelden te noemen.

Maar evenmin kan de taakstelling van de gezondheidszorg worden afgeleid uit de taak om de gezondheid van de burgers te bewaken. *En daar maakt de Nota 2000 een principiële denkfout. Het doel van Volksgezondheid, mensen gezond houden, is een heel ander doel dan dat van de*

gezondheidszorg. Dat doel luidt namelijk: het helpen van zieke en hulpbehoevende mensen. Men doet net alsof de doelstelling van Volksgezondheid ook de doelstelling van de gezondheidszorg is. De maatstaf 'waar kunnen wij met de minste middelen de meeste gezondheidswinst behalen' wordt ook de maatstaf waarmee de gezondheidszorg wordt gemeten. Als wij ons realiseren wat dat betekent, is dat op een aantal punten griezelig en beangstigend.

Ten eerste met betrekking tot de middelen die nodig zijn voor de gezondheidszorg. De analyse in de Nota 2000 toont aan dat er een grote toename in de zorgvraag is te verwachten. Maar de financiële middelen houden daar geen gelijke tred mee.

Ten tweede met betrekking tot de verdeling van financiële middelen binnen de gezondheidszorg. De Nota stelt dat meer rekening moet worden gehouden met efficiency en effectiviteit van de ingezette middelen, waarbij de bijdrage aan de gezondheidswinst de maatstaf is. Zo wordt gepleit voor meer flexibiliteit bij de in te zetten middelen, bij voorbeeld door verzekeringsgelden te gebruiken voor preventie. Daar denkt men immers de meeste gezondheidswinst te behalen!

Ten derde met betrekking tot de zorg aan zwakzinnigen en hulpbehoevende ouderen. Denkt u zich eens in wat de maatstaf van maximalisering van gezondheidswinst voor hen betekent. Daar is niet veel gezondheidswinst te halen. Ook zonder uitgebreide programma-evaluaties durven wij dat wel toe te geven. We geven alleen niet toe, dat het wel met minder kan.

2 Probleemanalyse ten behoeve van volksgezondheid

In de Nota 2000 wordt gezegd dat de probleemanalyse van de Structuurnota 1974* toch niet helemaal juist was. Die was sterk gericht op de structuur van de gezondheidszorg. In de Structuurnota wordt geconstateerd dat de gezondheidszorg bestond uit een ondoelmatig en onsamenvattend stelsel van voorzieningen en dus om wetgeving vroeg. De lokale en provinciale overheden waren de meest geëigende organen om de samenhang te bewaken en te realiseren. De planning moest gebeuren op basis van de behoeften en je kon aan alle behoeften tegemoet komen door middel van een goede planning. Dat wordt in 1986 toch wat proble-

* Ministerie van Volksgezondheid en Miliehygiëne, *Structuurnota Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

matisch, omdat teveel gekeken is naar de aanbodzijde. Een goede probleemanalyse behoort te starten bij de vraagzijde, die volgens de Nota 2000 moet worden geanalyseerd vanuit de gezondheidstoestand. Hoe is de gezondheidstoestand van de bevolking? Hoe komt het dat zoveel mensen problemen met hun gezondheid hebben? Welke factoren, determinanten, bepalen de gezondheidstoestand? Dat zijn leefstijl, milieu en maatschappij. Het beleid moet zich richten op deze determinanten, zodat voorkomen kan worden dat mensen ziek worden. En voorkomen is beter dan genezen.

3 Health for all in the year 2000

Je kunt ook nog naar de World Health Organization (WHO) verwijzen. Die heeft immers het programma 'Health for all in the year 2000' opgezet, op basis van de werkzaamheden in de ontwikkelingslanden. Wil je daar de gezondheid van de mensen bevorderen, dan moet je geen grote ziekenhuizen bouwen, maar aandacht schenken aan de voedselproductie, hygiëne, schoon drinkwater, verbetering van de riolering, enzovoort. Dat heet facetbeleid. En de gezondheidszorg kan wel volstaan met de primary health, de huisarts en de wijkverpleegkundige. Veel aandacht voor preventie, inentingsprogramma's. Daarmee behaal je met enkele dollars per ingezetene een grote gezondheidswinst. De president en de enkele rijken kunnen voor hun medische consumptie wel naar het buitenland. Een heldere redenering. Op die basis is gesproken over het recht op gezondheid in plaats van het recht op gezondheidszorg. Dat kun je immers in de ontwikkelingslanden niet garanderen en daar kun je vanuit de WHO ook niet veel aan doen. En aan de gezondheid kun je nog wel heel wat verbeteren.

De grote gezondheidsverschillen in de wereld staan helder voor ogen en de WHO geeft tevens een oplossingsrichting om daar uit te komen. Nederland is daarmee, terecht, akkoord gegaan. Maar om nu, als een van de eerste van de geïndustrialiseerde landen, ernst te gaan maken met dit programma in eigen land, komt mij vreemd voor. Wij hebben die zaken immers al gerealiseerd. Het onder onze omstandigheden toch nog benadrukken van gezondheid en deze tot inzet van beleid maken, doet enigszins gekunsteld aan.

4 Probleemanalyse ten behoeve van de gezondheidszorg

Als we kijken naar de problemen waar de gezondheidszorg mee te kampen krijgt, zien we een toenemende zorgvraag door vergrijzing en ontwikkeling in de mogelijkheden van (medische) technologie. Maar het geld neemt niet toe, althans niet het deel dat men wil uitgeven voor zieken en hulpbehoevenden. Dat betekent voor de gezondheidszorg een verdelingsvraagstuk met diverse aspecten, zoals:

- Voorafgaand aan de meest gewenste allocatie van middelen gaat de vraag wat wij eigenlijk met de gezondheidszorg willen. Wat is het doel?
- Soms loopt een bepaalde uitgave gewoon door, omdat ze op het betreffende niveau niet te beïnvloeden is; bij voorbeeld door nieuwe (medisch-)technische mogelijkheden of door het ontstaan van nieuwe ziekten. Soms moeten er aparte maatregelen worden genomen om te voorkomen dat door die ontwikkelingen andere zaken in de knel raken.
- In de instellingen hebben verzorging en verpleging duidelijk minder macht dan het medisch gebeuren. En zo gaat het ook op landelijk niveau. De medisch-technische ontwikkelingen gaan gewoon door en alle mogelijkheden komen ten slotte ook in het verstrekkingenpakket. Als men met een vast budget blijft werken, zijn de gevolgen natuurlijk voorspelbaar.

Wat zijn de consequenties?

- De toegankelijkheid van voorzieningen komt in gevaar. Dat kan zowel gaan om het ontstaan van wachtlijsten voor kostbare medische ingrepen als voor hulp aan ouderen, gehandicapten en zwakzinnigen. Voor de eerst genoemde wachtlijsten heb ik wat minder vrees dan voor de tweede. Zij passen beter bij onze actiegerichte maatschappij, worden ondersteund door de machtsverdeling en sporen met het economisch gewenste speerpuntenbeleid. Tekorten worden zichtbaar via luchtbruggen. Zou je die niet meer betalen, dan is de solidariteitsdoorbraak helder zichtbaar. Degenen die wel kunnen betalen, gaan de hulp elders halen. Dat is voor hulpbehoevende ouderen, zwakzinnigen en gehandicapten echter niet mogelijk.
- Een andere consequentie is een verdere vermindering van de aandacht voor verpleging en verzorging in de instelling. Via efficiencyverbetering zal men proberen de kwaliteit van de zorg toch zoveel

mogelijk te handhaven, maar misschien op nauwelijks toelaatbaar minimumniveau.

- Er zal een verdere verlaging van de verpleegduur komen en daarmee een vermindering van het aantal bedden in ziekenhuizen door de toenemende verschuiving van institutionele zorg naar thuiszorg.
- De indicatiestellingen voor opnamen in verpleeghuis, psychiatrische en zwakzinnigeninstituten zullen verder verscherpt worden, wat zich doorzet naar de aanpalende voorzieningen en extra belasting betekent voor de thuissituatie.
- Als laatste consequentie wil ik noemen de toenemende druk om in het particuliere circuit al of niet op commerciële basis een kwalitatief hoogstaande dienstverlening te gaan leveren.

5 Oplossingsrichting Nota 2000

In de Nota 2000 wordt voorgesteld om gezonde mensen gezond te houden. Als oplossingsstrategieën staan facetbeleid en preventie centraal.

Bij facetbeleid geldt dat alle departementen mee kunnen doen om de gezondheid van de burgers te verbeteren. Het ministerie van WVC kan de andere departementen aanmoedigen er meer aandacht aan te schenken en kan door middel van wetenschappelijk onderzoek meer inzicht geven in de samenhang van allerlei probleemsituaties.

Bij preventie probeert men de mensen over te halen zich gezond te gedragen. De eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid wordt sterk benadrukt, 'leef gezond, dan word je niet ziek, oud of hulpbehoevend'.

Daarnaast worden opties op nieuw beleid geformuleerd, zoals verbetering van de arbeidsomstandigheden, uitbreiding van de bedrijfsgezondheidszorg, meer aandacht voor sociaal-medische begeleiding bij ziekte en arbeidsongeschiktheid, enzovoort.

6 Gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid

De inzet van het gezondheidsbeleid is de gezondheid. Dat is een uitdaging waar met enthousiasme aan gewerkt moet worden. Maar er zijn ook een paar kanttekeningen bij te maken.

Gezondheidsbeleid heeft als probleem dat gezondheid niet maakbaar is. Je kunt het wel willen en er wel voorwaarden voor scheppen, maar je

kunt er niet iemand voor in gebreke stellen. Het is onmogelijk de Minister of de Staatssecretaris verantwoordelijk te stellen voor de individuele gezondheid van de burgers. Dat is uiteindelijk de eigen verantwoordelijkheid van de mensen. *Maar wie is dan verantwoordelijk voor de gezondheidszorg?* Op welke wijze wordt de gezondheidszorg inzet van beleid? Alléén vanuit het gezondheidsbeleid is te mager. De gezondheidszorg vraagt om een eigen beleid om de problemen hanteerbaar te maken en een inhoudelijke ontwikkelingslijn aan te geven op basis van het doel van de gezondheidszorg. Dit beleid hoort zich ook te uiten in facetbeleid, preventie en wetgeving.

In de Nota 2000 gaat het erom alle ministeries mee te laten werken aan het doel de mensen gezond te houden. Verkeer en Waterstaat gaat in de komende tijd het aantal verkeersdoden met 25% terugbrengen en het openbaar vervoer toegankelijk maken voor gehandicapten. Zo wordt bij voorbeeld het plan van de knielbus toch uitgetoetst. Met Volkshuisvesting wordt nagegaan wat de verschuiving naar de thuiszorg betekent voor de woningbouw. Woontussenvoorzieningen, focuswoningen, aanpassingen van woningen. Om welke aantallen en soort aanpassingen gaat het eigenlijk? Welk ondersteuningsaanbod is verder nog nodig? Welke bijdrage kan Sociale Zaken leveren aan de versterking van de thuiszorg? Bij voorbeeld een verlofregeling voor werknemers die zieke familieleden bijstaan, of de inkomenspositie van gehandicapten nader doorlichten. Voor Economische Zaken geldt het technologiebeleid. Welke technologie moet tot ontwikkeling worden gebracht om de thuiszorg mogelijk te maken? Daarbij moet ook gekeken worden naar de beroepsbeoefenaren. Welke ondersteuning hebben artsen, fysiotherapeuten, logopedisten nodig als zij hun werk in de thuissituatie in plaats van in de eigen praktijk of in het ziekenhuis doen? Meerdere ministeries kunnen een bijdrage leveren aan de versterking van de thuiszorg. WVC kan als coördinerend ministerie ervoor zorgdragen dat de regelingen van de diverse ministeries elkaar ondersteunen.

Welke bijdrage kan preventie leveren om te voorkomen dat de problemen in de gezondheidszorg groter worden? Ik heb het voorbeeld van de verslaving genoemd. Dat geldt voor alle programma's die voorkómen dat mensen ziek worden en waar het verband tussen ziekte en gezondheid duidelijk is. Maar dat verband is niet altijd zo helder. Voor prioriteitenstelling is het gemakkelijker de problemen van de gezondheidszorg als ingang te kiezen. De doelstelling is dan concreter en ook bij preventie geldt de wet van de verminderde meeropbrengst.

Wat is de betekenis van onze probleemanalyse voor het beleid met betrekking tot de wetgeving van WVC zelf? De verschuiving van institutionele zorg naar thuiszorg reikt verder dan een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Als de gezondheidszorg als geheel de toenevende zorgvraag niet meer aankan, zal de zorg naar buiten worden geduwd en niet meer bij gezondheidszorg horen. Bij wie hoort de zorgvraag dan wel? Bij het laten vervallen van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM) en de beperkte reikwijdte van de welzijnswet gaat een gat ontstaan tussen de gezondheidszorg en de welzijnswet, waarin juist het gebied van de thuiszorg centraal staat.

Waar ontstaan welke knelpunten en hoe kunnen ze worden opgelost? Wie moet waarvoor verantwoordelijk worden gesteld?

De gezondheidszorg heeft er buitengewoon veel belang bij dat de thuiszorg goed wordt geregeld. Anders blijven patiënten onnodig lang in dure voorzieningen en wordt de situatie alleen maar slechter. Het doet wat onnatuurlijk aan als je een Nota 2000 schrijft en vervolgens een commissie instelt* die aan moet geven wat er met de gezondheidszorg werkelijk moet gebeuren. Toch enkele opmerkingen:

- Een discussie over het verstrekkingenpakket kan niet uitblijven. Een basispakket waarvoor iedereen verzekerd is en daarna keuzevrijheid. Met vaste budgetten is uitbreiding van het verstrekkingenpakket solidariteit met de ogen dicht.
- De thans in gang gezette wetgeving (WVG en WZV) zal onderworpen moeten worden aan de toets ‘verdeling van schaarse goederen’. Ik neem aan dat de Commissie-Dekker daar meer over zal zeggen. Toen die wetten tot stand kwamen, was het probleem ‘hoe krijgen we een zo goed mogelijk samenhangend en doelmatig stelsel van gezondheidsvoorzieningen’, maar nu is het probleem ‘verdeling van schaarse goederen’, wat heel andere problemen geeft. Problemen die te maken hebben met toegankelijkheid, solidariteit, rechtvaardigheid en aanvaardbaarheid. Bij die problemen is het zeer de vraag of de provincie en de gemeente wel die verantwoordelijkheden kunnen waarmaken die ze in de WZV en WVG hebben. Het is zeer de vraag of de centrale overheid het verdelingsvraagstuk binnen de gezondheidszorg kan en mag decentraliseren – ook al gaat dat via functionele decentralisatie.

* Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker).

Veel mensen, ook in de gezondheidszorg, zeggen steeds luider: 'laat de gezondheidszorg maar aan het veld over. Wij kunnen ons zelf wel redden. Wij betalen de gezondheidszorg toch zelf'. Dat past bij een terugtrekkende overheid, bij verschuiving van collectief naar individueel, bij een normale marktsituatie. Maar als ik naar de problemen kijk, vertrouw ik 'de markt' niet helemaal. Bij 'de markt' denk je niet direct aan begrippen als toegankelijkheid, solidariteit, rechtvaardigheid en aanvaardbaarheid. Dat wil zeggen dat terugtrekken van de overheid maar beperkt mogelijk is. Onder welke voorwaarden?

Ik kan hier slechts enkele punten noemen. Wel is hopelijk duidelijk geworden dat de gezondheidszorg niet te sturen is door middel van het nieuw geformuleerde gezondheidsbeleid. Dat betekent dat in de politieke discussie moet worden aangedrongen op het volgende. Alles wat in de Nota over de gezondheidszorg wordt gezegd of maatregelen die op enigerlei wijze met de gezondheidszorg hebben te maken, moeten met argusogen worden bekeken. Ook als het om zaken gaat als het opstellen van gezondheidsplannen door de basisgezondheidsdiensten. Je zou denken dat dat geen kwaad kan. Maar op die basis wil men de voorzieningen gaan plannen, die beoordeeld worden op hun 'outcome'. In hoeverre dragen ze bij tot gezondheidswinst? Die maatstaf is niet op die manier zomaar in de gezondheidszorg toe te passen.

Een tweede punt betreft het beroep dat men inmiddels in veel discussiestukken doet op de Nota 2000. Bekijk dit met wantrouwen. Het is misschien helemaal geen aanbeveling. Waarbij ik een uitzondering wil maken voor de analyses en de trends. Iedere beleidsnota heeft de neiging om als legitimering te werken voor de beleidsopties die erin staan. Misschien zou het beter zijn dat het veld van de gezondheidszorg zelf een Nota 2000 maakt. Om het beleid te formuleren en aan te geven hoe het kan worden gerealiseerd. Om het recht op gezondheidszorg inhoudelijk en qua verantwoordelijkheid te verhelderen.

Zodat de vraag in de titel van mijn bijdrage kan worden beantwoord.

3 Zorgverlenen in het perspectief van 2000: kanttekeningen bij een gemiste kans

M.G. Boekholdt

1 Zorgverlenen als aangrijpingspunt

Het meest indringende in de Nota 2000 zijn de analyses die worden gegeven van de ontwikkeling in de komende periode van de gezondheidszorgproblemen in ons land. Ze bevestigen nogmaals met welke toename van zorgvragen de gehele scala van voorzieningen voor gezondheidszorg zal worden geconfronteerd. Preventie en facetbeleid worden genoemd als belangrijke speerpunten in de oplossingsstrategie voor deze problematiek. Daar is niets op tegen, maar het lijkt goed ons te realiseren dat het om speerpunten gaat die vanuit een veranderkundig gezichtspunt zeer weerbarstig zijn, en waarvan het positief effect – naar in de Nota ook wordt toegegeven – onzeker is en waarschijnlijk op zeer lange termijn pas zichtbaar. Het systeem van gezondheidszorg weet daarmee waar het aan toe is. Het zal met beperkte financiële middelen de toename in zorgvragen moeten opvangen en ook een antwoord moeten vinden op nieuwe (medische) technologie en op kwalitatieve verschuivingen in zorgvragen. En dit alles in een context van een geringe legitimering – althans bij politiek en overheid – van met name de intramurale praktijk van zorgverlening.

Het is jammer dat de Nota bij de hoofddoelstellingen van het toekomstige beleid het systeem van gezondheidszorg laat liggen. Want ook in de dynamiek van het proces van zorgverlening en in de neerslag hiervan in de beleidsvorming en de organisatie van de gezondheidszorg zouden wel eens interessante aangrijpingspunten kunnen liggen voor ontwikkelingen in ook door de Nota 2000 gewenste richtingen, en die daarom het predicaat ‘hoofddoelstelling van beleid’ niet zou misstaan.

Nu snelt de Nota in hoofdstuk 6 van ‘vragen naar zorg’, via ‘nieuwe zorgbehoeften’ en ‘algemene eisen die aan zorg zijn te stellen’, naar ‘zorgmodellen met een sterk organisatie-structureel karakter’, om vervolgens uitgebreid in de sfeer van de voorwaarden te duiken. Hier ligt een gemiste kans. De Nota had een inspirerende boodschap voor het systeem van gezondheidszorg kunnen bevatten en veel nadrukkelijker

een richtinggevend kader kunnen zijn waarin zorgverleners worden aangesproken op de wijze waarop ze met het oog op de toekomst hun werk zouden moeten vormgeven.

Zoiets kan geen kwaad in een sector die onder druk staat en die nieuwe wegen zal moeten zoeken. En die – hoe het ook wordt gedraaid of gekeerd – in de komende decennia nog een indrukwekkende prestatie zal moeten leveren om onze gezondheidsproblemen hanteerbaar te houden.

2 Zorgconcepten

In de zorgverlening is het zinnig onderscheid te maken tussen informele en formele zorgverlening.

Bij informele zorgverlening zorgen mensen voor zichzelf voor wat betreft lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van hun bestaan (zelfzorg). Bovendien zorgen ze in belangrijke mate voor elkaar (mantelzorg). Dit laatste kan zijn in gezins- of familieverband, buurt of wijk. Ook kunnen vrijwilligers dergelijke zorg geven.

Bij formele zorgverlening wordt de zorg gegeven in een duidelijk georganiseerd verband door mensen die daartoe speciaal zijn opgeleid en die daarvoor een betaling ontvangen (professionele zorg). Onder de zorgverlening door deze professionals kan een veelheid aan handelingen en gedragingen worden geschaard, die zich op hun beurt kunnen richten op (combinaties van) lichamelijke, geestelijke of sociale aspecten van de zorgvrager. Een scala van activiteiten van professionals kan onder de noemer van ‘zorgverleners’ worden bijeengebracht: behandelen, reactiveren, verplegen, bejegenen, begeleiden, stimuleren, voorlichten. Professionele zorg is steeds een combinatie van deze activiteiten.

Hoe die zorgverlening er uiteindelijk uitziet, is sterk afhankelijk van zorgconcepten. Hiermee bedoel ik ‘leidende principes’ die in een bepaalde situatie aan de zorgverlening ten grondslag liggen.

Dergelijke zorgconcepten kunnen worden gevoed door de formele doelen van de voorziening waarin de zorg wordt gegeven, door algemene maatschappelijke waarden en normen, door visies van patiënten of hun representanten, of door inzichten van professionele zorgverleners, die meestal zijn gebaseerd op de normen van de eigen opleiding en de eigen beroepsgroep.

In de gegroeide praktijk van (intramurale) zorgverlening is door de samenleving erg veel autonomie aan juist de professionele zorgverleners

gegeven om de zorgconcepten naar hun inzichten te voeden. Hierdoor is, mede als gevolg van de medische dominantie in het totale zorgcircuit, een professionele zorgverlening ontstaan waarin het informele zorgcircuit vaak niet of maar ten dele in beschouwing wordt genomen bij het omgaan met zorgvragen.

Zorgvragen worden veelal als zodanig geaccepteerd en vanuit de professionele achtergrond van de zorgverlener verkend. Dit leidt tot aspectbenaderingen waarin vooral lichamelijke factoren aandacht krijgen en daarmee verbonden psychische en sociale factoren worden genegeerd. Het leidt ook tot 'hier-en-nu benaderingen', waarin de op dat moment gestelde zorgvraag als uitgangspunt wordt genomen en waarbij de geschiedenis van de zorgvraag maar ten dele wordt verkend. Bovendien ontstaat hierdoor vaak een relatie tussen zorgverlener en zorgvrager waarin verantwoordelijkheid bij de zorgvrager wordt weggenomen en waarin onafhankelijkheid van de zorgverlener wordt gecreëerd. Professionele zorgverleners zijn vanuit hun opleiding en beroepsvisies geneigd zo te handelen; patiënten verwachten dit ook vaak van hen.

Een mogelijke bijdrage vanuit intramurale professionele zorgverlening aan de oplossing van gezondheidsproblemen in de geest van de Nota 2000 kan zijn gelegen in het meer dan thans geschiedt, stimuleren van zorgconcepten waarin de informele zorg in al zijn aspecten meer nadrukkelijk wordt betrokken en waarin wordt getracht vanuit de professionele zorg de informele zorg bewust te beïnvloeden. Dergelijke zorgconcepten kunnen emancipatorisch worden genoemd. De professionele zorg verkent dan bij een zorgvraag ook het informele zorgcircuit van de patiënt in al zijn aspecten, en speelt daarop naar bevind van zaken in. Bij de zorgvrager wordt bewustwording gestimuleerd over de oorzaak van de zorgvraag en medeverantwoordelijkheid voor de oplossing ervan. Hij wordt erop voorbereid zo mogelijk ook zichzelf te helpen, voor zichzelf te beslissen en daarbij eventueel mantelzorgdragers in te schakelen. Voor de patiënt betekent zo'n zorgverlening dat hij niet meer primair als aspect en als afhankelijk wordt gezien, maar als een 'totale en verantwoordelijke mens'. Hij is een individu in een context en met een geschiedenis, die primair verantwoordelijk is voor de eigen situatie. Hij kan daaraan zijn rechten ontlenuen, maar kan (moet) er ook op worden aangesproken. Hij kan worden gestimuleerd om deze rechten te nemen. De zorgvrager is voor zover mogelijk partner en ook medeverantwoordelijk in het proces van zorgverlening. Dergelijke zorgconcepten zullen ook tegemoet komen aan een mondiger wordend patiëntenpubliek.

Natuurlijk wordt op veel plaatsen in de intramurale zorg al getracht in deze geest te werken. Maar de uitdaging kan erin zijn gelegen de mogelijkheden nog meer systematisch en bewust te stimuleren en daarmee op zijn minst aan een aantal zorgvragen op een verantwoorde wijze een andere wending te geven.

Indien het op de juiste wijze wordt gestimuleerd en beïnvloed, kan ook professionele (intramurale) zorgverlening een instrument voor verandering zijn en gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid dichter bijeen brengen. Een dergelijke benadering is heel goed concreter uit te werken. Het karakter van deze bijdrage laat dat echter niet toe.

De Nota 2000 is in z'n zorgconcepten als emancipatorisch te typeren. Zij propageert eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot gezondheid, maar neemt de in dat verband aan de professionele zorgverlening te stellen eisen daarin niet mee. Die worden 'rechts ingehaald' door de voornemens tot preventie en facetbeleid en verder zijdelings meegenomen in een behoudende uitwerking van de gewenste ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem.

Ook de hierboven voorgestane weg is vanuit een veranderkundig gezichtspunt weerbarstig. Hij raakt professionals in de kern van hun beroepsuitoefening en legt bij hen een belangrijke verantwoordelijkheid voor het aanvaarden van de thans gevoelde problematiek. Dat betekent dat naast vaktechnische aspecten ook andere aspecten van belang worden, zoals voorlichting, begeleiding en stimulering. De zorgverlener kan niet meer uitsluitend expert op het eigen vakgebied zijn; ook maatschappelijk inzicht zal nodig zijn. Hij zal het vermogen moeten ontwikkelen de eigen professionele bijdrage in de zorgverlening in verband te brengen met bijdragen van andere typen zorgverleners. Zoiets vraagt het stimuleren van bewustwording en inzichten ook bij professionele zorgverleners over de problematiek die aan de orde is. Bovendien zal er dan aandacht moeten zijn en mogelijk legitimering worden gevonden voor het anders omgaan met vraagstukken van risico en verantwoordelijkheid.

Natuurlijk roept zo'n benadering nieuwe problemen op. Maar het is ook een weg om de gevoelde problematiek te beïnvloeden; een weg die een nadere verkenning zeker waard lijkt.

In de Nota 2000 wordt het professionele karakter van de gezondheidszorg onderkend, maar vervolgens wordt volstaan met het besteden van aandacht aan menskrachtplanning van professionals en aan structurele aspecten van opleidingen. Het valt te hopen dat er in de komende periode aangrijpingspunten worden gevonden om ook inhoudelijk de professionele opleidingen zodanig te beïnvloeden dat de zorg die opge-

leiden gaan geven zo goed mogelijk aansluit bij de maatschappelijke behoeften en ontwikkelingen.

3 Zorgbeleid

De zojuist geschetste ontwikkeling hoeft zich natuurlijk niet uitsluitend op individuele professionele zorgverleners te richten. Ook het management van (intramurale) instellingen waarin de professionele zorg wordt verleend, kan belangrijke bijdragen leveren. Bij voorbeeld door de genoemde zorgconcepten nadrukkelijk in het beleid van de instelling op te nemen en de professionals daar ook zo goed mogelijk aan te binden. Maar ook door het stimuleren van het tot stand komen van een professioneel zorgbeleid voor specifieke doelgroepen die vanuit de instelling worden bediend.

Alle bij de zorgvragen van een specifieke doelgroep betrokken disciplines kunnen worden bijeengebracht, teneinde gezamenlijk te komen tot het formuleren van zorgconcepten voor die specifieke doelgroep en vervolgens te bedenken welke gevolgen dat dient te hebben voor de praktijk van zorgverlening en de organisatie ervan. Op die manier kan een professioneel zorgbeleid ontstaan, dat het handelen van de individuele en veelal autonome professionele zorgverlener overstijgt. Wanneer zo'n benadering zorgvuldig en consequent plaatsvindt, valt te verwachten dat multidisciplinaire samenwerking impulsen krijgt, zowel binnen als buiten de instelling, en dat daadwerkelijke ondersteuning vanuit intramurale zorg naar eerste lijn en thuiszorg tot stand komt.

Zorgverlening wordt ingepast in een verband dat de eigen voorziening overstijgt. De belangrijke, maatschappelijke functie 'zorg' krijgt dan gestalte in een meer geïntegreerd geheel van zowel het formele als het informele zorgsysteem. Een verzorgingsgebied met de daarin voorkomende behoeften, bestaande mogelijkheden en beperkingen is hiertoe een belangrijk kader.

Met het vormgeven aan professioneel zorgbeleid kan een goede bijdrage worden geleverd aan legitimering van de (intramurale) praktijk van zorgverlening. Aan politiek, overheid, publiek en media zal inzicht verschaft kunnen worden in de aard van de zorg die wordt verleend, en waarom die zo wordt verleend. Bovendien kan verantwoording worden gegeven voor de wijze waarop aan ontwikkeling van de zorgverlening wordt gewerkt, met wie daartoe wordt samengewerkt en tot welke resultaten dit leidt.

Het kan natuurlijk niet zo blijven dat de omgeving vooral kapitaliseert op negatieve aspecten van de intramurale zorgverlening (die zijn er ongetwijfeld ook), terwijl veel, vaak jonge mensen dagelijks belangrijk werk in de zorgverlening verrichten dat zwaar is en emotioneel belastend, en aan grote maatschappelijke behoeften tegemoet komt. Het is nodig dat die handschoen voortvarend wordt opgenomen.

4 Gezondheidswinst

Als maatstaf waaraan het succes van huidig en toekomstig beleid moet worden afgemeten, introduceert de Nota het begrip ‘gezondheidswinst’. Nu kan men lang stoeien over omschrijvingen van moeilijke begrippen als ‘gezondheid’ en ‘gezondheidswinst’. Daar is hier de plaats niet voor. Maar toch lijkt me dat de genoemde maatstaf wel erg simpel is om de huidige gezondheidszorg en zijn maatschappelijke bijdragen aan te toetsen. Daarom een paar korte opmerkingen.

Er wordt in de gezondheidszorg op veel verschillende typen zorgvragen ingegaan. Bij een aantal zal het verlenen van zorg aantoonbare gezondheidswinst opleveren, zowel op individueel als op collectief niveau. Soms echter zal gezondheidswinst op collectief niveau – want daar wil de overheid naar kijken – (nog) niet of moeilijk aantoonbaar zijn. Dan blijft de ethische vraag of de zorg op individueel niveau wel of niet gegeven moet worden.

Er is nog een veel omvangrijker vraagstuk. Zeer velen in onze samenleving zijn in een situatie waarin het evenwicht dat tot gezondheid leidt structureel is verstoord. Hierbij valt te denken aan gehandicapten en chronisch zieken, ouderen, of aan hen die dankzij medische ingrepen voor overlijden zijn behoed, maar die toch nooit weer hun oude situatie zullen bereiken. Aan deze groep wordt zorg gegeven. Veel, intensief en vaak permanent. Niet om gezondheidswinst te bereiken, maar om hen toch een zo goed mogelijk bestaan te geven. Hierbij gaat het voornamelijk om het tegengaan van gezondheidsverlies, of om het in stand houden van een evenwicht dat niet als ‘gezd’ kan worden aangemerkt. Het behoort tot de gezondheidszorg deze taak te vervullen. De sectoren van de verpleging en de verzorging doen dat ook in belangrijke mate en veelal op een kwalitatief hoog niveau. Zij mogen daarop beoordeeld worden, maar niet vanuit een perspectief van ‘gezondheidswinst’.

Er is nog een aspect dat nadere doordenking vraagt. Bij ouderdom treedt functieverval of -verlies op. Dat is de aard van het leven. Terecht

merkt de Nota op dat de aard van het evenwicht in de loop van de tijd kan veranderen. Teveel nadruk leggen op de gezondheidswinst kan echter het gevaar inhouden van 'vechten tegen de dood', van het limiteren van behandeling daar waar het natuurlijke einde van het leven aan de orde is.

De thematiek die in de hierboven gemaakte opmerkingen is aangevoerd, vraagt om nadere doordenking en verdieping. Deze bijdrage leent zich daar niet voor. De gemaakte opmerkingen moeten dan ook worden opgevat als signalen dat het systeem van gezondheidszorg het criterium van 'gezondheidswinst' niet te gemakkelijk als maatstaf voor de beoordeling van zijn totale maatschappelijk functioneren moet accepteren.

5 Zorgmodellen

De Nota beschrijft in hoofdstuk 6 een aantal 'zorgmodellen'. Gedachten van deconcentratie, integratie en coördinatie van zorgverlening en stimulering van zorgverlening dichtbij of in de thuissituatie kunnen daarin worden teruggevonden. Dat zijn te honoreren gedachten. Toch roepen de zorgmodellen als neerslag van veranderingsgedachten vraagtekens op. Deze betreffen zowel inhoudelijke als strategische aspecten. De modellen zullen een belangrijk antwoord moeten zijn op zowel kwantitatieve als kwalitatieve verschuivingen in zorgvragen als gevolg van de vergrijzing. Beide typen verschuivingen leiden onvermijdelijk tot meer aandacht voor thuiszorg.

De modellen kunnen hierin echter alleen ondersteunend zijn als er in het zorgcircuit voor ouderen een professioneel hoogwaardige reactiveringsfunctie in het verpleeghuis aanwezig is, die een spil vormt in de doorstroming van ouderen en die de zorg ondersteunt. Het is een gemis dat de Nota noch bij de modellen, noch bij de beschrijving van de functie van het verpleeghuis deze reactiveringstaak niet zwaar onderstreept. Want daarin ligt een belangrijke sleutel bij het hanteerbaar blijven van de zorgvragen van ouderen.

Thuiszorg heeft de wind in de rug, zowel om zorgideologische als om financiële redenen. Bovendien worden betere mogelijkheden voor thuiszorg voorzien als gevolg van technologische ontwikkelingen. De gedachte 'meer thuiszorg' kan in principe van harte worden onderschreven. Maar het mag niet als panacee worden gezien. De financiële aspecten zijn nog onzeker, terwijl recente ervaringen uit Scandinavië tonen dat

uitstel van opname ten gunste van thuiszorg in een later stadium vaak tot veel zwaardere indicaties leidt. Bovendien bleek dat bij een goede thuiszorg ten aanzien van lichamelijke aspecten vaak toch zoveel sociaal isolement ontstond, dat opname noodzakelijk was.

Thuiszorg vraagt dus om een beheerste en genuanceerde ontwikkeling, waarbij een uitgebreid net van samenwerkende voorzieningen (eerste en tweede lijn) en een intensieve wisselwerking met mantelzorg harde voorwaarden voor het slagen zijn.

Men kan zich afvragen welke bijdragen de gepresenteerde modellen hieraan leveren. Ze hebben het karakter van blauwdrukken met een sterk organisatie-structurele inslag en zouden wel eens kunnen afleiden van de eigenlijke samenwerkingstaak waarvoor de thans bestaande voorzieningen staan. Is de wezenlijke uitdaging er niet in gelegen de huidige structuren tot werking te brengen ten behoeve van een meer op de thuissituatie gerichte zorgverlening, en in het vinden van daarop gerichte effectieve interventies? Zorg- of organisatorische modellen dienen een sluitstuk van dat proces te zijn en niet een onnodige fixatie vooraf.

6 Structuren en processen

Het in de Nota 2000 voorgenomen beleid ten aanzien van het gezondheidszorgsysteem bevat vooral structurele ingrediënten (zorgmodellen, functiebeschrijvingen, patiëntenrechten, maatregelen ten aanzien van middelenvoorziening, planning van opleidingen). De problematiek zoals die zich opdringt, is echter in belangrijke mate ook procesproblematiek. Ze gaat over visies van mensen op mensen; over hoe mensen voor zichzelf en voor elkaar zorgen en met elkaar omgaan; over verwachtingen en communicatie; en over professionaliteit. Die problematiek laat zich niet gemakkelijk door structurele maatregelen beïnvloeden. Dat is al langer duidelijk. Maar het is kennelijk moeilijk voor de overheid procesgerichte interventies voor het systeem van gezondheidszorg te bedenken. Terwijl daar toch ook een sleutel zou kunnen liggen. Op die dimensie worden er echter omtrekkende bewegingen gemaakt. Bij voorbeeld door in preventie te investeren of door een nieuw sociaal elan te propageren.

Dat zijn op zichzelf geen verwerpelijke activiteiten. Maar het zijn geen interventies, gericht op de dynamiek van processen zoals die zich in spreekkamers, therapieruimten, afdelingen of bij huisbezoeken tussen zorgverleners en zorgvragers en hun verwanten afspeelt. Toch zou ook

daar een belangrijk aangrijpingspunt voor gewenste veranderingen kunnen liggen. Het gezondheidszorgsysteem zou kunnen worden uitgedaagd en gestimuleerd hiervoor medeverantwoordelijkheid te nemen.

Al eerder is gesteld dat een daarop gerichte inspirerende boodschap in de Nota node wordt gemist. Datzelfde geldt voor programma's gericht op het stimuleren van visie- en beleidsontwikkeling door voorzieningen en professionele groeperingen gezamenlijk, of voor initiatieven in het voorwaardenbeleid die prikkels tot vernieuwing geven.

Het veranderingspotentieel dat het systeem van gezondheidszorg zonder meer bezit, wordt niet direct aangesproken en gemobiliseerd. En daarmee mist de Nota – naast alle positieve kenmerken die zij zeker heeft – toch een belangrijke kans.

4 Structuur en planning in de Nota 2000

V.F.J. Baalman

Bij haar aankondiging wekte de Nota 2000 verschillende verwachtingen bij de betrokkenen in de gezondheidszorg. Vanuit de instellingen werd met name uitgekeken naar het overheidsbeleid in de gezondheidszorg voor het jaar 2000. Eindelijk duidelijkheid over de veelheid aan ontwikkelingen in de zorgverlening, het standpunt van de overheid daarin en een helder beleid naar de toekomst in plaats van verwarrende en snel wisselende wetgevings- en reguleringsinitiatieven.

Menigeen was wat teleurgesteld toen hij kennis nam van de Nota. Wellicht doordat deze niet echt inspeelt op natuurlijke ontwikkelingen in de zorgverlening, maar de zorg veeleer in gebreke stelt, namelijk als niet meer in staat zijnde om de gezondheid voldoende te bevorderen. Ook de gehoopte helderheid over het overheidsbeleid is niet voor elk terrein uit de Nota te destilleren. De Nota 2000, feitelijk Kamerstuk 19 500-2, telt circa 380 pagina's waarvan zo'n 372 zijn gewijd aan feiten en beschouwingen en 8 aan het voorgenomen beleid. Misschien moeten we daar toch niet al te ongelukkig mee zijn, want omgekeerd zou de gezondheidszorg beslist slechter uit zijn geweest. Daarom wil ik de Nota maar beschouwen als een uitdaging om op basis van het aangereikte materiaal onze eigen beleidsvorming mee aan te scherpen.

Niet alle beschouwingen zijn overigens objectieve analyses van feitelijkeheden. Hier en daar wordt nogal eens een papieren werkelijkheid gecreëerd of worden aan één feit verschillende interpretaties gegeven omdat het beter past in de beleidsvoornemens. Een goed voorbeeld daarvan is dat enerzijds de toename van de zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg mede wordt verklaard door het wegvallen van gezins- en andere sociale structuren, zoals het ontbreken van werk enzovoort. Anderzijds wordt er echter van uitgegaan dat diezelfde maatschappij met afnemende sociale ondersteuningskracht, meer nog dan nu het geval is, de psychosociale hulpverlening als mantelzorg moet gaan waarmaken, omdat de professionele zorg moet gaan afnemen. Het lijkt dan wel of men twee werelden beschouwt waarvan er toch tenminste één niet met de door ons waargenomen realiteit overeenkomt. Politiek gesproken is

dat niet zo gek: je hebt een doel dat je wilt bereiken en je probeert de weg er naar toe zo aantrekkelijk mogelijk voor te stellen. In deze bijdrage wil ik echter aansluiten bij de – wellicht ook subjectieve – waarneming van de werkelijke ontwikkelingen in de maatschappij en de gezondheidszorg en wat dat betekent voor de toekomstige structuur en planning, alsmede voor de organisatie en het management van de gezondheidszorg. Ik doe dat aan de hand van de ontwikkeling in zorgvraag en behandeling in de intramurale gezondheidszorg.

1 ‘Cure’ en ‘care’

Een van de eerste dingen die dan opvalt, is dat je in de gezondheidszorg eigenlijk praat over twee markten, namelijk één van genezing en één van ondersteuning. Het op één hoop gooien van die twee processen in de Nota 2000 werkt verwarrend. Ik heb ze dan ook uit elkaar gehaald. Het al veel geciteerde begrip gezondheidswinst past heel duidelijk op de markt van genezing, terwijl op de markt van ondersteuning er niet méér is, maar ook niet minder, dan mensen proberen een menswaardig bestaan te geven. Dat kan niet uitgedrukt worden in gezondheidswinst en ik heb het idee dat de Nota 2000 daar ook eigenlijk niet over gaat. Misschien vanuit de gedachte dat dat geen gezondheidszorg is, maar dan denk ik dat je dat beter expliciet kunt zeggen. Het is nu in elk geval zo dat het in de gezondheidszorg zit en dat je er dus iets mee moet doen.

Globaal ingedeeld zie je dat die markten niet door alle voorzieningen in de intramurale gezondheidszorg gelijkelijk worden bediend. Aan de kant van de genezing, de curatieve zorg, vallen natuurlijk het sterkst de ziekenhuizen op, waarvan je zou kunnen zeggen dat ze er toch voor een groot deel op uit zijn om reparable zaken ook werkelijk te repareren. Om genezing te brengen bij mensen die zich daarvoor melden.

De tegenpool van de ziekenhuizen is de zwakzinnigenzorg. De zorg voor geestelijk gehandicapten. Daar wordt getracht om de mensen een menswaardig bestaan te geven. Dit vraagt minstens zoveel inspanning, doch is een geheel ander zorgaanbod met een andere organisatie op een andere markt. Natuurlijk heeft elke instelling wel iets van beide processen in zich, doch het accent is bij ziekenhuiszorg en zorg voor geestelijk gehandicapten duidelijk aan te geven.

In de psychiatrie komt de dubbele markt het duidelijkst tot uiting. Aan de ene kant de acute en kortdurende psychiatrische behandeling die ertoe leidt dat de patiënt snel weer kan terugkeren in zijn oorspronke-

lijke milieu, aan de andere kant het bieden van een langdurige woonfunctie waarbij therapie wordt aangeboden om verdere achteruitgang te voorkomen of te vertragen. De verblijfsduur van patiënten kan dan ook uiteenlopen van drie weken tot dertig jaar!

In geringere mate geldt dit ook voor het verpleeghuis. De revalidatiefunctie is duidelijk de afsluitende fase van een genezings- of herstelproces. Daarnaast biedt het verpleeghuis ook de functie van langdurige verpleging aan patiënten die weinig of geen vooruitzicht hebben op een verbetering in hun gezondheidstoestand doch een menswaardig bestaan verlangen, dan wel menswaardig willen sterven. Ook het verpleeghuis functioneert zowel aan de 'genezingskant' van de gezondheidszorg als aan de 'ondersteuningskant'.

Dat betekent dat je voor het onderscheid niet botweg uit kunt gaan van het voorzieningenpatroon, maar dat het begrip functie belangrijk is om te ontdekken dat in het huidige gezondheidszorgsysteem 'care and cure' in elkaar gevlochten zijn. Op z'n minst mag van dat systeem gevraagd worden van zichzelf te weten waar het mee bezig is en welke ontwikkelingen het daarin ziet dan wel wenst aan te brengen, zodat het aanbod helderder wordt. Voor de planning betekent dit dat het niet volstaat om voorzieningen te plannen doch dat dit gedifferentieerd naar functies dient te gebeuren.

Aan de andere kant ga ik ervan uit dat die voorzieningen wel degelijk het draaipunt zijn in de zorgverlening, ook wanneer het om vernieuwing gaat. Daar is immers de kennis en ervaring van het zorgverleningsproces verzameld die nodig is om zinvol en doelmatig nieuwe vormen van zorgverlening te ontwikkelen en te ondersteunen.

In de curatieve sector is sprake van een snelle technologische ontwikkeling. En wel zo'n snelle technologische ontwikkeling dat in het algemeen de politiek tot legitimering besluit wanneer een bepaald apparaat allang in functie is. In feite word je voortdurend door de medische technologie gedwongen je grenzen te verleggen. Het is een autonome ontwikkeling waar de politiek geen grip op heeft. Dat betekent meer mogelijkheden zowel in diagnose – waar de meeste vooruitgang werd geboekt – als in therapie. Dat betekent ook dat het veel aandacht krijgt; in de pers, in de politieke beeldvorming en je ziet het ook in de Nota 2000. Die aandacht wordt dus voornamelijk getrokken door de curatieve, de technologische, de opzienbarende gezondheidszorg.

Een andere ontwikkeling is dat de doorstroming steeds sneller gaat.

Het verschuiven van klinische behandelingen naar allerlei vormen van dagbehandeling, polikliniek en thuiszorg wijst daar al op en het betekent een steeds hogere doorstroming, een steeds kortere behandelduur, waarvan het einde nog niet in zicht is. Voor de instelling betekent het een intensivering van de middelen. De beschikbare middelen nemen echter in omvang af, omdat van capaciteitvermindering overtrokken bezuinigingsverwachtingen bestaan. De functies van de voorziening neemt echter in het algemeen niet af. Dat betekent dat het noodzakelijk wordt dat vanuit de instelling regionaal en landelijk afspraken worden gemaakt over de invulling van de verschillende functies en dat er, meer dan in de Nota 2000 waar men streeft naar centralisatie, sprake van is dat die functies in onderlinge afspraak verdeeld worden. Dat er dus niet zozeer naar centralisatie van die functies binnen één instelling gestreefd wordt alswel naar het onderbrengen van een bepaalde functie in een zekere schaalvergroting. Dat kan, gestimuleerd door de individuele capaciteitsafname, het volledig samengaan van oorspronkelijke autonome instellingen betekenen of het maken van bindende afspraken na onderhandeling en overleg voor een bepaalde regio of verzorgingsgebied, zodat als het ware netwerken van regionale functie-uitoefening ontstaan.

Maar de ontwikkelingen in het ondersteunend veld zijn toch anders. Technologische ontwikkeling vindt daar ook plaats, maar bij voorbeeld met een belangrijk accent op de informatietechnologie. In het algemeen zijn er minder mogelijkheden om in die ondersteuning aan het werk te blijven. Er worden steeds meer plaatsen, bij voorbeeld in de sociale werkplaats, weggehaald ondanks het huidige tekort aan alternatieve opvang bij instellingen die ondersteunende zorg geven. Men streeft naar een vorm van normalisering, naar 'het moet eigenlijk allemaal weer geïntegreerd in de maatschappij ondergebracht worden'. Dat is op zich een goede denktrant. Maar als je erover nadenkt waarom we mensen eigenlijk gehandicapt noemen, besef je ook dat het onzin is om te ontdekken dat ze bijzonder zijn en daarmee om een bepaalde zorg vragen en daar recht op hebben.

Het idee dat we door middel van allerlei biologische slimmigheidjes eindelijk het tijd hadden gekeerd, is voorbij. Het blijkt dat na een daling nu weer een toename te zien is van permanente vraag in de ondersteunende sfeer.

Bij het huidige capaciteitstekort, wat ook door de Nota 2000 onderschreven wordt, wordt opmerkelijkerwijs toch nog gestreefd naar een

afname van het aantal plaatsen, dan wel afname van de daarvoor beschikbare middelen. Er vindt middelenverdunding plaats. In feite moeten meer mensen met dezelfde middelen geholpen worden en dat betekent dat de zorg aan de bewoners moet afnemen.

Er is ook een streven naar decentralisatie, als het ware gekoppeld aan de normalisatie. Voor zover mogelijk moet je mensen een bestaan geven in kleinere groepen en in een omgeving waarin men zich meer mens kan voelen, wat in het algemeen leidt tot schaalverkleining. Dat roept managementproblemen op. Desondanks mag het van de bestaande voorzieningen gevraagd worden om tegemoet te komen aan maatschappelijke wensen ten aanzien van de zorgverlening, ook als dit uiteindelijk zou betekenen dat er op de zorg bekibbeld moet worden. Het is dan echter ook de plicht van de zorgverleners om aan te geven wat wel en wat niet meer verwacht kan worden als men zich bij een voorziening meldt om zijn rechten als verzekerde te verlangen.

Ten slotte zal preventie niet altijd in staat zijn om zorgvraag te voorkomen. Misschien enigszins in de curatieve sfeer, vrijwel geheel niet in de ondersteunende sfeer. Als we, naar we mogen hopen, oud worden, komen er ook ongemakken en gebreken. Als je gehandicapt geboren wordt of functies verliest, ben je aangewezen op ondersteuning van anderen. In al die gevallen kan de maatschappij zich er niet van afmaken door alléén te wijzen op zijn preventiebeleid. Er moet hulp geboden worden!

Als bedrijfskundige werd ik geïntregeerd door de resolute keuze voor preventie als zwaartepunt van beleid en dus van middelenallocatie. Het riep bij mij associaties op met de keuze voor preventief of curatief onderhoud in het bedrijfsleven. Daar wordt de keuze voor preventie, bij voorbeeld het vervangen van een onderdeel na een aantal gebruiksuren, pas gedaan als blijkt dat dit voordelen heeft boven vervanging bij defect raken. Naar de gezondheidszorg vertaald, betekent het mijns inziens dat in ieder geval een analyse van voor- en nadelen van ‘gezondheidsbeleid’ in plaats van ‘gezondheidszorgbeleid’ voor de verschillende sectoren nodig is.

Wat is er specifiek in de structuur en de organisatie van de zorg zoals aangegeven in de Nota 2000? De Nota geeft aan dat gestreefd moet worden naar coördinatie van de vier kerndisciplines; dat er een samenhang moet worden aangebracht in de GGZ; en dat de intramurale zorg moet worden gedeconcentreerd. Eigenlijk is die paragraaf, die het meest concreet is uitgewerkt, in feite niet meer dan een afspiegeling van een

ontwikkeling die allang in gang is gezet en je kunt je dus afvragen of het niet een weergave is van wat de gezondheidszorg kennelijk probeert te realiseren.

2 Wijkniveau

Opmerkelijk is in de in de Nota 2000 gepresenteerde modellen de verpleegeenheid van 30 bedden in het wijkgebouw, dat een multifunctionele rol krijgt. Dat betekent dus dat daar zowel somatische patiënten na een kleine ingreep als mensen met psychisch-sociale problemen worden opgenomen. Is dat nou de vorm waarin de zorg in de wijk moet worden vormgegeven?

De aansluiting van zo'n verpleegeenheid bij de tweede lijn – de Nota schetst hiervoor drie modellen – is in mijn ogen cruciaal voor de functie die het zal krijgen. Het is niet zo dat men daar somatische en psychosociale patiënten door elkaar op zal nemen, want de hulpverlening en de patiënten zien ook wel dat dat de oplossing niet is. Als je het zou koppelen aan het verpleeghuis, één van de opties in de Nota 2000, lijkt het mij sterk de richting opgaan van het ondersteunen van zorg voor ouderen. Als je het aan een ziekenhuis zou koppelen, zal men de neiging hebben er spreekuur te houden, consulten, dagbehandeling en allerlei kleine ingrepen. Een nogal andere functie dan bij aansluiting bij het verpleeghuis. En zou je het zelfstandig onderbrengen als eenheid in de wijkverpleging, dan is het gevaar groot dat het substituerend gaat werken voor thuiszorg en dat je dan in feite kunt spreken van verschuiving naar opname.

Het is zeer de vraag of dat nou de bedoeling is van zo'n kleine eenheid. Ik denk dus dat als je meer in de wijk wilt doen, meer wilt deconcentreren, er beter moet worden nagedacht over het dan te volgen model. De Nota 2000 zegt dat het systeem flexibel moet zijn; dat je in moet kunnen spelen op de zorg die op dat moment gevraagd wordt. Dat betekent overigens ook dat je niet kunt afgaan op de abstractie van de vraag aan de hand van statistieken, want dat is natuurlijk geen zorg op maat. Dat is zorg op gemiddeld.

Je moet elke keer weer kijken naar 'wie meldt zich bij mij en op welke wijze ga ik daar op in?' Dus ook curatief en zorgverlenend scheiden. Dat het behoeftegericht moet zijn – zoals de Nota 2000 zegt – is een abstraheren van de werkelijke vraag.

Vervolgens stelt de Nota dat het zorgsysteem maatschappelijk geac-

cepteerd moet zijn, de normen en waarden van de maatschappelijke ontwikkeling volgend. Ik denk dat de instellingen daar op dit moment hard mee bezig zijn, omdat de legitimering van de intramurale gezondheidszorg hier en daar wankelt. Het is de opdracht van instellingen om daar iets aan te doen en of dat dan door de overheid moet worden aangebracht of door de instellingen zelf, daar kom ik zo nog op terug. Het betekent wel dat er in de zorgmodellen niet zoveel nieuws wordt aangebracht maar dat het in een structuur gebeurt, redenerend vanuit de samenhang van de vier kerndisciplines.

Wat is erop tegen als de eerstelijnszorg inderdaad de kern zou zijn van wat er in de wijken gebeurt, en dat daaromheen een aantal op de sectoren gebaseerde ondersteuningsvormen zijn aangebracht? Dan ga je ervan uit dat het in de wijk inderdaad mogelijk is om een tussenvoorziening – bij voorbeeld van het algemeen ziekenhuis – te hebben, al is het maar een spreekuur van een specialist die daarmee het consult van de huisarts kan ondersteunen. Of dat het inderdaad mogelijk is om vanuit een verpleeghuis een verpleegfunctie in de wijk onder te brengen, of een substituut ervoor dat opname in een verpleeghuis voorkomt. Dan ga je er ook van uit dat voor geestelijk gehandicapten dagopvang gerealiseerd kan worden in de eigen omgeving. Bij de psychiatrie is het nog zeer de vraag of de acute psychiatrie – zoals de Nota aangeeft – dan wel beschut wonen een plaats in de wijk moet krijgen. In al deze gevallen gaat het om wijkcentra die vanuit een intramurale voorziening de eerstelijnszorg ondersteunen.

Het betekent ook dat de echelonnering daarvoor moet wijken en dat je streeft naar een integratie op wijkniveau van de verschillende vormen van zorgverlening. In feite komen sectorgewijs de ondersteuningsvormen weer samen bij de algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, inrichtingen voor geestelijk gehandicapten en psychiatrische ziekenhuizen. Dat kan steeds op een andere regionale basis zijn, bijvoorbeeld voor het ziekenhuis groter dan voor het verpleeghuis.

Misschien is het goed om de wijk als basiseenheid te nemen, maar laten we vervolgens niet zeuren over de manier waarop de regionale samenhang moet worden aangebracht. Laten we kijken of dat niet sectorgewijs gegroepeerd kan worden, afhankelijk van de noodzaak van de steun die men aan zo'n eerstelijnszorg moet geven en van het verzorgingsgebied dat nodig is voor een goed functioneren van de instelling.

3 Verantwoordelijkheid voor de instellingen

Dat betekent dat je ervan uitgaat dat ook de instellingen bereid zijn om mee te werken, om een verantwoordelijkheid te dragen waartoe men zich tot op dit moment niet echt aangesproken heeft gevoeld en waarvan ik me zeer afvraag of de Nota 2000 die stimuleert, maar wat ik wel graag zou willen bereiken.

Het betekent dat de instelling bereid moet zijn om een bredere verantwoordelijkheid te dragen dan alleen voor de klinische zorgverlening.

Je zou je kunnen afvragen of er niet een ontwikkeling is, waarbij de instelling van facilitair bedrijf opschuift naar een organisatie waar geïntegreerde hulpverlening wordt gegeven. Met name in de algemene ziekenhuizen is dat natuurlijk een cruciaal punt. In hoeverre ben je ook verantwoordelijk voor wat professionele hulpverleners in je organisatie doen?

Daarna komt een fase waarin je bereid bent om als instelling vernieuwingen aan te brengen in die zorgverlening en niet alleen afgedwongen door de vraag, maar ook vooruitlopend daarop. Om in feite te eindigen als een onderdeel van de gezondheidszorg en niet meer geïsoleerd als eerste of tweede lijn. Dat betekent voor het management dat het bereid is niet alleen operationeel te managen, maar door te stoten naar management waarin prioriteiten worden gesteld en dus vervelende dingen moeten worden besloten. Van daaruit een stuk beleidsontwikkeling in je organisatie aanbrengen is de volgende stap en ik denk dat op dit moment de meerderheid van de instellingen daarmee bezig is. Het vormgeven aan (gedeelde) verantwoordelijkheid voor het gehele verzorgingsgebied kan leiden tot hernieuwde maatschappelijke legitimering van de instelling en haar management. Daar horen allerlei ontwikkelingen bij, zoals bedrijfsvoering, kwaliteitsbevordering, strategische beleidsontwikkeling en de samenhang intra-, semi- en extramurale zorg.

Dat kan natuurlijk niet alleen vanuit de voorzieningen, maar het is wel zo dat het zonder de voorzieningen in elk geval ook niet kan en dat het goed is om te kijken of de regionale inbedding van zo'n model gebaseerd zou kunnen worden op een van de opties in de Nota 2000. Dan kan op regionaal niveau met voorzieningen, verzekeraars en overheid een evenwicht worden geschapen, waarin de functies worden verdeeld en de verantwoordelijkheden van de voorzieningen vorm worden gegeven.

Ik denk dat dat met één van de voornemens zoals in de Nota 2000 worden uitgesproken, namelijk het terugtreden van de overheid, beslist moet lukken.

5 Het economische aspect in de Nota 2000

A.P.W.P. van Montfort

Omdat ik niet op alle economische facetten van de Nota 2000 kan ingaan, wil ik de Nota vanuit drie economische begrippen, namelijk vraag, aanbod en financiering bespreken. Ik bekijk deze drie begrippen vanuit de effectiviteit (de doeltreffendheid) en de efficiency (de doelmatigheid) van de ingezette middelen.

Het bovenstaande impliceert dat we een doelstelling met elkaar moeten hebben afgesproken. We kunnen hierbij uitgaan van de formulering van de WHO: 'Gezondheid kan men definiëren als een optimaal welbevinden in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht'. Het gaat hier zowel om voorkómen, genezen als verzorgen, waarbij geen weging wordt aangebracht tussen deze elementen.

Het lijkt er wel eens op dat de Nota 2000 de doelstelling verengt tot preventie, en dat de andere twee doelen ondergeschikt, respectievelijk minderwaardig zijn ten opzichte van de preventie. Iedereen zal het gezegde 'voorkomen is beter dan genezen' van harte onderschrijven. Dat impliceert echter geen rangorde. Bovendien moeten we ons afvragen of preventie, genezen en verzorgen elkaar úitsluitende begrippen zijn.

In de Nota 2000 wordt het accent meer op effectiviteit dan op efficiency gelegd. Er is alles voor te zeggen om effectiviteit centraal te stellen. Doch de effectiviteitsvraag is in grote mate een subjectief begrip, dat voor een ieder verschillend kan en zal zijn. Bovendien is de vraag hierbij natuurlijk of in de praktijk deze twee begrippen altijd wel goed te scheiden zijn.

1 Vraagontwikkelingen

In de Nota 2000 wordt een uitvoerige verkenning verricht naar de ontwikkelingen in de vraag naar gezondheidszorgdiensten. Er worden demografische ontwikkelingen en erfelijkheidsfactoren geanalyseerd, een aantal patiëntencategorieën wordt diepgaand onderzocht, enzovoort.

Een van de belangrijke elementen is dat de overheid inschat dat via een preventiebeleid de vraag naar de twee andere componenten (gezen en verzorgen) zal afnemen. Vanuit de optiek van effectiviteit is voorzichtigheid geboden, anders loop je het gevaar dat je gaat zoeken naar die ziekten waaraan men het goedkoopst mogelijk overlijdt. Natuurlijk is dat niet de bedoeling van de overheid, doch het los van elkaar beschouwen van preventie, genezen en verzorgen houdt dit gevaar in zich.

In de Nota 2000 wordt ten aanzien van de vraagkant een reeks zeer concrete doelstellingen geformuleerd; streefdoelen uiteraard, waarvan de concretisering nog vorm moet krijgen. Desalniettemin geeft de Nota op pagina 296 aan dat de vraagontwikkeling per saldo zodanig zal zijn dat er sprake is van een volumegroei (in geld uitgedrukt) van 1,2% per jaar. Voor bij voorbeeld de intramurale instellingen komt men op 1,3% en voor de extramurale voorzieningen op 1,9%.

Aangegeven wordt dat deze vraagontwikkeling voor 2/3 deel samenhangt met de verandering in groei en samenstelling van de bevolking en voor 1/3 (= 0,3% per jaar) met andere vraagfactoren. De collectieve preventieve zorg stijgt met 1,5% per jaar.

Interessant is dat men nog een andere opdeling gemaakt heeft in deze volumegroei. Men heeft de vraag namelijk gesplitst in enerzijds aspecten van morbiditeit/kwaliteit en anderzijds in 'zorgsystemen'. Dit laatste heeft te maken met een beleid gericht op 'het zo lang mogelijk in zijn eigen milieu laten verkeren van de patiënt'.

In de intramurale sector valt een lichte daling te zien en in de extramurale sfeer een lichte stijging.

De vraag is of die zorgverschuiving wel realistisch is. Op basis van de ontwikkelingen die we de afgelopen tien jaar hebben gezien (o.m. een daling van de totale verpleegduur, een stabilisatie en de laatste jaren een daling van het totaal aantal opnamen), kan een stijging van 15% in het aantal opnamen en van 12% in het aantal verpleegdagen worden verwacht. De verpleegduur daalt van 12,8 naar 12,1 in 2000. Deze ontwikkelingen zijn toe te rekenen aan veranderingen in aard en omvang van de bevolking.

Achter deze totaalcijfers liggen echter zeer gedifferentieerde ontwikkelingen per patiëntencategorie. Het is de vraag of de daling van 0,1% per jaar in het intramurale zorgsysteem haalbaar is. Bovendien hebben we dan nog niet gesproken over de sterke stijgingen in de polikliniek en de dagverpleging.

In de Nota staan op diverse plaatsen relativerende opmerkingen over

de bijdrage van het gezondheidszorgsysteem aan de gezondheid. Zo staat op pagina 353: 'Slechts een klein gedeelte van de gezondheid is beïnvloedbaar door het gezondheidszorgsysteem'. Betekent deze opmerking dat de ook door de Nota veronderstelde vraagontwikkelingen in feite een niet reële vraag naar gezondheidszorgdiensten zou zijn? Immers, de vraag moet worden gerelateerd aan de voorkeur van de patiënt/consument. Deze heeft voor zichzelf de WHO-doelstelling op een bepaalde manier vertaald. Kan men dan beweren dat het genezen van een gebroken been van een patiënt, of het verzorgen en verplegen van een terminale kankerpatiënt geen bijdrage levert aan de gezondheidstoestand in termen van de WHO-definitie?

We hebben het in overgrote mate over dit type patiënten in de ziekenhuizen. En dan praat ik nog maar niet over de andere sectoren. Natuurlijk moet worden gestreefd naar een zo groot mogelijke efficiency, doch dat zegt nog niet dat er geen effectiviteitscomponent zit in het aanwenden van middelen voor genoemde patiëntencategorieën.

Natuurlijk moet ook gekeken worden naar de effectiviteit van alternatieve toepassingsmogelijkheden van de beschikbare produktiemiddelen. Kan er effectiviteit worden gewonnen als we middelen gaan verschuiven naar de preventieve activiteiten? Dit impliceert geenszins dat de huidige besteding 'waste money' is. Er is in grote mate sprake van een maatschappelijke legitimering van het gezondheidszorgsysteem. Dit legt te meer een verantwoording op de zorgverlening om onnodige activiteiten te voorkomen.

2 Aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen

De ontwikkelingen aan de aanbodkant worden in de Nota veel minder uitgebreid behandeld dan die aan de vraagkant. Ik wil in dit verband de planning en de budgettering behandelen, onderverdeeld in twee aspecten, namelijk omvang en verdeling.

Via de bestaande wetgeving worden zowel de omvang als de verdeling van de voorzieningen en de middelen geregeld. De bevolking heeft op basis van de Ziekenfondswet en de AWBZ recht op een aantal verstrekkingen. Er moeten voldoende voorzieningen zijn om te kunnen voldoen aan de vraag van de patiënten naar gezondheidszorgdiensten en ze moeten ook toegankelijk zijn, zowel inhoudelijk als in de tijd gezien ('de patiënt op tijd in het juiste bed'). De Nota schenkt hier weinig aandacht aan. Verwezen wordt naar een aantal bestaande beleidsnota's en de

wetgeving op dit punt. Toch is het zo dat het grootste deel van de activiteiten in het jaar 2000 hierop gericht zal zijn. Naast een grote toename in de vraag nemen de middelen eerder af dan toe. Dat betekent dat het spanningsveld tussen vraag en aanbod sterk zal toenemen en dus tot drastische keuzes zal nopen. Tenzij wij ons gaan richten op een heroriëntatie.

De in de Nota aangegeven beleidsvoornemens omtrent preventie en facetbeleid bieden – althans volgens de veronderstelde vraagontwikkelingen – te weinig soelaas. Nogmaals ‘voorkomen is beter dan genezen’, maar wat je niet kunt voorkomen moet wel op een of andere manier genezen en verzorgd worden.

Tot zover enkele opmerkingen over de omvang. Het zal duidelijk zijn dat de overheid moet uitkijken met het idee de spanning tussen vraag en aanbod te kunnen oplossen door preventie- en facetbeleid. Men zou dan in 2000 wel eens voor onaangename verrassingen kunnen komen te staan.

Een ander aspect is de verdeling. Is de verdeling van de voorzieningen over het land evenwichtig? Dat wil niet zeggen dat in elke regio alles precies hetzelfde moet zijn. In de Nota wordt dit probleem niet uitgebreid aan de orde gesteld. Toch denk ik dat de overheid op dit gebied een verder beleid moet gaan ontwikkelen. Immers, wanneer de spanning tussen vraag en aanbod toeneemt, zal de onderlinge solidariteit tussen de regio's steeds meer onder spanning komen te staan. Deze discussie zal pas goed kunnen worden gevoerd als de overheid hierin het voortouw neemt.

In principe zijn er twee sturingsmogelijkheden, namelijk de financiële kaderstelling en/of een voorzieningenplanning. Er worden in de Nota zowel knelpunten gesignaleerd in de planning als in de budgettering. Tot nu toe zijn deze twee besluitvormingscircuits vrij strikt gescheiden geweest. De vraag is of dit uit oogpunt van effectiviteit en efficiency een goede zaak is. Dat er twee te onderscheiden besluitvormingscircuits zijn, betekent niet dat er ook in de praktijk een duidelijke scheidingslijn is. Immers, de verschillende partijen zijn in mindere en meerdere mate betrokken bij beide circuits die echter niet op elkaar zijn afgestemd, waardoor elk circuit gebrekkig functioneert. De centrale overheid beschikt zowel over een plannings- als financieringsinstrument. Indien de overheid bezuinigingen niet via de planning kan realiseren, kan het andere instrument gehanteerd worden, en omgekeerd.

Ook bezien vanuit de instellingen is een strikte scheiding van planning en budgettering niet mogelijk. Iedere instelling zal een beleid willen

voeren waarbij taakstelling en middelen optimaal op elkaar worden afgestemd. Wijzigingen in taakstellingen respectievelijk functiepakket zijn moeilijk geïsoleerd van eventuele productie- en budgetmutaties te beoordelen. Budgetmutaties in het kader van doelmatig functioneren zonder verschuiving in taakstelling zijn eveneens ondenkbaar in een situatie van schaarse middelen. Een strikte scheiding van besluitvormingscircuits leidt tot niet-afgestemd beleid van overheid (landelijk en provinciaal) en verzekeraars. Hierdoor ontstaat een structuur met een veelheid aan regelingen die uiteindelijk niet bijdraagt tot afstemming, wel tot verstarring en onduidelijkheid. Voorbeelden zijn te vinden in de huidige praktijk: tweevoudige toetsing van budgetmutaties naar aanleiding van planningsbeslissingen.

Ten slotte kan worden gewezen op de rechtszekerheid, die vaak als voordeel van gescheiden stelsels van planning en financiering wordt genoemd. Budgetmutaties als gevolg van planningsbeslissingen kunnen pas geëffectueerd worden als de formele besluitvorming is afgerond.

Een mogelijke ontwikkelingslijn is geïntegreerde beleidsplanning binnen de ruimte die de bestaande wetgeving biedt. Op het terrein van planning, erkenning en financiering zijn thans individuele instellingen onderwerp van besluitvorming. In de nabije toekomst zal niet of nauwelijks resultaat verwacht behoeven te worden van overheidsplanning van functies van individuele ziekenhuizen. In dit licht is het denkbaar dat (een belangrijk deel van) het WZV-planningsproces zich minder richt op het niveau van de individuele instelling, maar in belangrijke mate op het niveau van de regio. Gekozen kan worden voor een werkwijze waarbij de (rijks- en provinciale) overheid vanuit een zekere verantwoording voor een per regio beschikbaar voorzieningenpakket en een bepaald maximum aan totaal beschikbare middelen, een regionaal (financieel) kader c.q. globaal plan vaststelt. Met andere woorden: de wettelijke planning (ex WZV) richt zich op met name de interregionale verdeling van functies en capaciteiten, terwijl de verantwoording voor de verdeling van functies en capaciteiten binnen de regio's komt te liggen bij de regionale partijen. Dit laatste houdt in dat de regionale partijen (ziekenhuis, de medisch specialisten en de ziektekostenverzekeraars) gezamenlijk – vanuit ieders taak en verantwoordelijkheid – komen tot een verdeling van het regionale kader (in termen van capaciteiten, functies, verzorgingsgebied, financiële middelen, enz.) over de instellingen. Op deze wijze kunnen betrokken partijen, in aansluiting en logisch vervolg op beleids- en functieplanning, het instrument van de productieafspraken

meer inhoud geven. Functie- en budgettoekenning vindt in onderlinge samenhang plaats. Efficiency en doelgerichtheid worden bevorderd, waarbij centrale en gedetailleerde regelgeving, die dit nu in de weg staan, verdwijnen.

Zoals hierboven is gesteld, is bedoelde integratie van planning en financiering in beginsel mogelijk binnen de huidige wetgeving. Wel dient de bestaande regelgeving op een aantal punten aangepast te worden en een oplossing gevonden te worden voor een aantal knelpunten (contractuele belemmeringen, beloningsstructuur medisch specialisten, enz.).

De hoofdlijnen van het regionaal basisvoorzieningenpakket kunnen vastgelegd worden in WZV-plannen. Dit betekent dan overigens een aanmerkelijke verlichting van het WZV-planproces door de procedureel en inhoudelijk bescheiden rol van de centrale en provinciale overheid.

Het vastleggen van capaciteiten en functies per individuele instelling kan plaats blijven vinden in de erkenningsbeschikking, die immers een van de uitgangspunten blijft vormen voor de budgetbepaling. Wel is een verdere afstemming van het erkenningenbeleid op de functieplanning nodig. Hierbij is het volgende op te merken. In 1984 is na het tussen LSV en overheid gesloten generaal akkoord het erkenningenbeleid op enkele punten reeds versoepeld. Het stringente vergunningenbeleid is ten aanzien van substitutie tussen specialismen en binnen specialismen per ziekenhuis vervangen door een meldingsplicht achteraf bij het departement. Een verdere versoepeling van het erkenningenbeleid is denkbaar. Gedacht kan worden aan een meldingsplicht in die gevallen dat regionale partijen binnen de mogelijkheden van het regionaal functieplan, overeenstemming bereiken over functiewijziging c.q. wijziging van het aantal categorieën van specialisten van de verschillende ziekenhuizen.

Indien de hier globaal beschreven lijn wordt gevolgd, kan de individuele instelling tot strategisch beleid komen, mét de overige instellingen in de regio, in de richting van regionale ziektekostenverzekeraars en regionaal opererende overheden. Initiatieven in een aantal regio's welke door (gezamenlijke) instellingen reeds zijn gestart, zullen een extra stimulans krijgen. Het huidige protocol voor het lokaal overleg, dat reeds voorziet in beleidsplanning en regionaal overleg, kan op verschillende punten nader worden uitgewerkt en uitgebouwd.

Een interessant aspect bij de beoordeling door ziekenhuizen van het hierboven aangeduide regionaal functieplanningsmodel, is de vorm van de veronderstelde regionale samenwerking van de ziekenhuizen. De te

kiezen samenwerkingsvorm zal uiteindelijk in mindere en meerdere mate inleveren betekenen van iets van de autonomie van de individuele instelling, maar zal per saldo een krachtiger positie en meer managementvrijheid betekenen dan de huidige situatie.

We zullen via regionale experimenten het nodige inzicht moeten krijgen in deze nieuwe structuren en moeten nagaan wat dit voor consequenties heeft voor de wetgeving op de verschillende gebieden. Niet alleen de intramurale instellingen moeten hierin worden betrokken, maar ook de eerste lijn. De samenwerking kan verder worden ontwikkeld door bijvoorbeeld 5% van het budget op een gezamenlijke manier te gaan aanwenden. Ik denk dat zowel de denkbeelden vanuit de VNZ als vanuit de KNMG hiermee sporen.

Ook wil ik het hebben over de voorzieningenplanning en dan met name aandacht schenken aan de medische technologie. We kunnen bij de ontwikkelingen in de medisch-technologische innovaties onderscheid maken tussen produktinnovatie (nieuwe activiteit of apparaat) en procesinnovatie (bestaande onderzoek- en behandelprocedures). Het eerste heeft meer te maken met de effectiviteit en het tweede meer met de efficiency. Het onderscheid is niet altijd helder. Men kan zich dan ook afvragen of de overheid niet moet streven naar een verkorting van de artikel-18-lijst. Is het niet mogelijk om hier een budgetteringssystematiek als kader te hanteren en niet de planning? Waarschijnlijk blijkt dan dat zowel de efficiency als de effectiviteit van de ingezette middelen zal toenemen. De Nota onderschrijft dit standpunt, doch zegt er tegelijkertijd bij: 'Theoretische gezien is er op de geschetste procedure weinig aan te merken. In de praktijk zijn er echter nog de nodige problemen aan verbonden. Dus...'.
Er wordt ook een toespeling gemaakt op de relatie met de industrie (blz. 283). Dit verdient de nodige aandacht. Hopelijk krijgen de Eureka-activiteiten, die het NZI samen met een aantal instellingen en de industrie ontwikkelde, ook een stimulans van WVC.

3 Financiering

In de Nota wordt aangegeven dat ook het verzekeringssysteem moet bijdragen tot de financiële beheersing van de gezondheidszorg. Er worden in de Nota twee modellen uitgewerkt:

– *Verbetering van de marktordening*

Het betreft hier vooral een marktordening in de zin van het mogelijk

maken van onderlinge concurrentie tussen de verzekeringsmaatschappijen, die vervolgens scherpe contracten kunnen afsluiten met de aanbieders van zorg. Dit systeem biedt – aldus de Nota – de mogelijkheid dat mensen met een risicovol gedrag een hogere premie zouden gaan betalen. De relatie tussen consumentengedrag en premie kan leiden tot beloning van zuinig gedrag c.q. het omgekeerde.

– *Uitbreiding en stroomlijning van stelsel van sociale verzekering*

Dit zou kunnen worden vorm gegeven door de bestaande sociale verzekeringssystemen te integreren in een ‘volksverzekering tegen ziektekosten’. Iedere verzekerde heeft dezelfde rechten op voorzieningen en er wordt premie naar draagkracht geheven. Men zou bepaalde voorzieningen niet in het pakket kunnen opnemen, als bij voorbeeld de markt ten aanzien daarvan een wezenlijk beter allocatiemechanisme zou zijn, of als het gaat om ‘luxe’ voorzieningen. In dit systeem wordt aangegeven dat een gedeelte van de sociale verzekeringspremies zou kunnen worden afgedragen voor preventie-activiteiten.

In beide systemen is het inbouwen van eigen risico's/eigen bijdragen mogelijk om financiële prikkels aan de vraagzijde in te bouwen.

Er wordt in de Nota – los van de uiteindelijke politieke keuze – een voorkeur voor het tweede alternatief uitgesproken. De invoering van eigen bijdragen/eigen risico's wordt hierin als onvermijdelijk gezien. Enkele opmerkingen hierbij.

Men kan zich afvragen of de invoering van eigen bijdragen/eigen risico's bedoeld is als nieuwe, alternatieve financieringsbron of als efficiencyprikkel. De Nota wijst met name op het tweede aspect. De vorming van nieuwe financieringsbronnen is alleszins realistisch, vooral als de overheid streeft naar terugdringing van de collectieve lastendruk (inclusief sociale premies). Het aanboren van ‘particuliere’ financieringsbronnen kan dan een alternatief vormen. De vraag is echter of het inbouwen van eigen bijdragen/eigen risico's zal leiden tot een betere afstemming van vraag en aanbod. Als je gelooft in een grote mate van ‘onnodige activiteiten’, zal hiervan zeker een effect kunnen worden verwacht. Dat betekent dat de ‘vraag’ die wordt opgeroepen door het aanwezig zijn van voorzieningen, in enige mate zou worden uitgezuiverd. Zeker met het oog op de vergrijzing kan men zich afvragen of men hier veel van moet verwachten. Bovendien moet worden bedacht dat als de eigen bijdragen/eigen risico's een grotere omvang krijgen, zeker vormen van bijverzekeren zullen gaan ontstaan. In dat geval is het dus zeker een kwestie van financieringsbronverschuiving.

Een tweede opmerking is dat preventie-activiteiten zouden kunnen worden gefinancierd uit de sociale premies. Dit is een fundamentele beleidswijziging. Tot nu toe is de preventie gefinancierd uit algemene middelen en de zorgverlening uit de verzekeringen. De sociale premies zijn echter verzameld en betaald voor de financiering van een bepaald verstrekkingenpakket, waarvan de preventie geen onderdeel is. Men moet in dat geval dus het verstrekkingenpakket gaan uitbreiden, inclusief de financiële middelen die daarvoor nodig zijn. Ik neem aan dat de Nota bij haar voorstel uitgaat van de gedachte van substitutie tussen preventie aan de ene kant en genezen en verzorgen aan de andere kant.

In de Nota wordt terecht aangegeven dat nog veel onderzoek op dit gebied moet worden gedaan. Ik zou het volgende experiment willen suggereren.

In een regio of verzorgingsgebied van één of twee ziekenhuizen na-gaan wat de effecten zijn op de functie-uitoefening, de doelmatigheid en effectiviteit van een alternatieve financieringsvorm op de zorgverlening en zorgvraag. Deze financieringsvorm houdt in dat wordt afgesproken tussen ziektekostenverzekeraar enerzijds en ziekenhuis, specialisten en huisartsen anderzijds, dat tegen een vooraf vast te stellen bedrag aan de vraag van de verzekerden naar zorgverlening zal worden voldaan. Dit contract betreft dus zowel de huisartsenzorg, de specialistische hulp als de ziekenhuiszorg. De verzekerden zijn voor deze zorg in principe aange-wezen op de voorzieningen in het eigen verzorgingsgebied.

De prikkels voor het ziekenhuis en de zorgverleners zijn erin gelegen dat ze voordeel hebben bij het verlenen van de gevraagde zorg beneden het contract of de aanneemsom; voor de verzekeraars geldt dat zowel voor het verstrekkingenpakket (toegankelijkheid, kwaliteit, bereikbaarheid, samenhang eerste en tweede lijn) als de doelmatigheid tegelijkertijd afspraken worden gemaakt. De substitutie wordt hier expliciet aan de orde gesteld. Bovendien past het in de versterking van de regionale structuren, zoals in de Nota is aangegeven (blz. 317).

Voor de verzekerde/patiënt zou men kunnen afspreken dat de voordelen van het verzekeringssysteem doorgegeven worden aan de verzekerde. Dit element zou men kunnen versterken door een eigen-bijdrage/risico-systeem in te bouwen.

Natuurlijk zitten aan een dergelijk experiment haken en ogen. Doch het voordeel lijkt mij de integrale zorgverlening en het feit dat de prikkels zowel aan de aanbod- als aan de vraagkant liggen. Bovendien denk ik dat dit aansluit bij de ervaringen met beheersingsmaatregelen van de kant van de overheid. Deze wijzen uit dat het financiële stuurmechanis-

me nog het meest effectief is. Alleen in een dergelijk experiment wordt het financiële stuursysteem in directe relatie gebracht met de patiëntenzorg. En daar gaat het toch om.

Discussie

's Middags is sectorgewijs gediscussieerd over twee algemene stellingen en enkele specifiek op de sector gerichte stellingen. Hieronder volgt een samenvatting van de discussies.

1 Algemene stellingen

Gezondheidswinst is een onvoldoende maatstaf om het maatschappelijk functioneren van het systeem van gezondheidszorg aan te toetsen.

In de groep *ziekenhuizen* vindt men dat het begrip gezondheidswinst door de maatschappij wordt bepaald. Het gevaar bestaat dat gemiddelden norm worden en niet het individueel beleven. Gezondheidswinst moet ook 'welbevinden' inhouden en niet alleen winst in aantallen en jaren. Ook moet gekeken worden naar de manier waarop je die gezondheidswinst behaalt. Het perspectief van de individuele patiënt mag niet vergeten worden. Het verwachtingspatroon van patiënten past zich niet aan schaarste aan. Misschien ligt hier ook een taak voor de ziekenhuizen: het bijsturen van dit verwachtingspatroon. Concluderend: het begrip gezondheidswinst moet nader gedefinieerd worden. Hierin moeten zowel fysieke, sociale, economische als culturele factoren worden betrokken.

In de groep *verpleeghuizen* speelt vooral de verhouding care-cure in de gezondheidszorg een rol in de discussie. Als de nadruk op cure ligt, vindt men de stelling niet opgaan. Wel als het om cure en care samen gaat. In een verpleeghuis geldt als maatstaf eerder humaniteitswinst dan gezondheidswinst. Men verwacht voor het verpleeghuis in de toekomst strengere indicatiecriteria, die meer in de richting van revalidatie gaan.

Men vindt dat bij voorbeeld via facetbeleid meer uitwerking moet worden gegeven aan in de Nota geconstateerde verschillen tussen gezondheidstoestand en sociaal-economische status.

Ook in de groep *psychiatrie* worstelt men met het begrip gezondheidswinst. Er wordt op gewezen dat de Nota 2000 deze term zelf niet hanteert, laat staan definieert. Om deze reden is slechts kort bij deze stelling stilgestaan.

In de groep *zwakzinnigenzorg* wordt de stelling als vanzelfsprekend ervaren. Het geeft precies aan waarom de zwakzinnigenzorg zo'n moeilijke positie inneemt. Alleen het criterium gezondheid is voor de zwakzinnige onvoldoende. In het bedrijfsleven wordt ook niet alléén op winst gelet! Zeker bij diepzwakzinnigheid moet je je afvragen wat het effect is van het nalaten van verzorging. Dat geeft *gezondheidsverlies*.

Men is van mening dat winst, gemeten in morbiditeit en mortaliteit in de sector zwakzinnigenzorg niets oplevert. De zorg voor zwakzinnigen is meer dan wat in de Nota 2000 is terug te vinden en ruimer dan 'volksgezondheid'.

Zorgverlening bij beperkte middelen betekent noodzaak tot zorgvernieuwing. Hiervoor is geen perspectief zonder de hulp van en beleidsvrijheid voor instellingen. Regelgeving dient hiertoe stimulansen te bevatten.

De meningen in de groep *ziekenhuizen* zijn over deze stelling verdeeld. Er wordt zowel beweerd dat initiatieven voor zorgvernieuwing het beste vanuit de instellingen zelf kunnen komen, als het tegenovergestelde, namelijk dat zorgvernieuwing meestal tot stand komt door druk van buitenaf en dat instellingen door jarenlange tradities en conventies daartoe niet in staat zijn. Dan zou dus een zekere ruimte voor bewegingen buiten de instellingen belangrijk zijn om uiteindelijk binnen de instellingen een vernieuwingsproces op gang te krijgen.

Wel is men het erover eens dat de kwaliteit van de zorg gehandhaafd dient te blijven. Dat betekent keuzes maken en aangeven waarom je iets afstoot. Doelmatigheidsverbetering moet voorop staan. Wel huivert men ervoor dit zorgvernieuwing te noemen; dat lijkt op verdoezeling van het feit dat je minder zorg gaat geven.

Concluderend: zorgvernieuwing wordt gezien als het maken van keuzes en het kwalitatief op een hoog peil brengen van wat we gekozen hebben. De noodzaak tot zorgvernieuwing moet ook los van beperkingen van middelen aan de orde zijn. Beleidsruimte moet er zijn; of dat nou is om keuzes te maken uit het bestaande of om te veranderen. Daarin zou de overheid flexibeler kunnen zijn, door de regelgeving aanzienlijk te verminderen.

In de groep *verpleeghuizen* wordt de stelling in grote lijnen onderschreven. Wel vindt men het jammer dat toen er nog wat financiële ruimte was, vernieuwingsprojecten veel weerstand ondervonden. Men geeft de voorkeur aan 'ruimte scheppen' in plaats van 'stimulansen bevatten' om

te voorkomen dat de overheid te sterk gaat sturen. Maar om wildgroei van bepaalde functies te voorkomen en kwaliteitseisen te formuleren, wordt sturing door de overheid wél op prijs gesteld.

In de groep *psychiatrie* vindt men dat met minder middelen minder zorg verleend kan worden. Dat wil niet zeggen dat daar niets goeds uit voort kan komen, maar het maakt het 'kwaad' (minder middelen) niet ineens goed. Vernieuwing ontstaat eerder uit maatschappelijke dan uit financiële druk. Het moet mogelijk zijn – ook voor de psychiatrie – dat de overheid nadenkt over 'prikkel's teneinde zorgvernieuwing te bevorderen. In het financieringssysteem zitten beperkingen die experimenten onaantrekkelijk maken of verhinderen. Deze beperkingen moeten worden opgeruimd.

In de groep *zwakzinnigenzorg* vindt men het beter om te praten over *zorgverandering*, die *kan* leiden tot vernieuwing en verbetering van de zorg. Zorgvernieuwing moet zorginhoudelijk gemotiveerd zijn en niet financieel.

De noodzaak van beleidsvrijheid voor de instellingen wordt onderschreven. Voorkomen moet worden dat door te gedetailleerde regels de bewegingsruimte beperkt wordt. Volledige beleidsvrijheid wordt niet voorgestaan. Regelgeving moet ook zekerheid bieden; niet ieder moment regels wijzigen.

2 Sectorgerichte stellingen

2.1 Ziekenhuizen

Het ziekenhuis in 2000 zal vanwege de vergrijzing en de daarmee samenhangende morbiditeitsontwikkeling zeer sterk georiënteerd zijn op intensieve medische onderzoek- en behandeltechnologieën en de daarvoor noodzakelijke specifieke verpleegkundige zorg.

Opgemerkt wordt dat het niet best zou zijn als deze stelling werkelijkheid zou worden. De nadruk ligt nu inderdaad op de somatische afwijkingen. Dat mag echter niet ten koste gaan van de psychosociale aspecten. Iemand oppert dat ziekenhuizen zo technisch worden, dat ze de patiënten van zich vervreemden, waardoor die andere circuits gaan zoeken. Toch wordt deze ontwikkeling niet door iedereen als zorgwekkend ervaren. Het ziekenhuis moet zich op genezing richten en tegelijkertijd

de verzorging goed inbedden. Je kunt van ziekenhuizen niet verlangen dat ze met een antwoord komen op de toenemende vergrijzing. Dat vraagt om samenwerking met andere vormen van zorgverlening.

De ontwikkeling van de technologie maakt het mogelijk om een aantal zaken buiten het ziekenhuis te brengen, bij voorbeeld thuisdialyse en klinisch-chemische onderzoeken bij de huisarts. Als die tendens doorzet, is de stelling onhoudbaar.

De ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod zullen leiden tot geïntegreerde regionale bestuurlijke structuren. Dit biedt meer mogelijkheden om zowel de ziekenhuisfuncties voor een bepaald verzorgingsgebied te organiseren, als vorm te geven aan de samenhang tussen eerste en tweede lijn. De toekomstige ziekenhuisorganisatie zal een regionale opzet kennen. Hierin is te onderscheiden een groot centrumziekenhuis met alle medische (top)functies voor het gehele gebied met daarnaast een aantal kleinere ziekenhuisvoorzieningen met poliklinische, dagverplegings- en kleinere diagnostische voorzieningen.

Sommigen betwijfelen of de toekomstige ziekenhuisorganisatie regionaal van opzet zal zijn, of het moet van bovenaf opgelegd worden. Dit baseert men op de ervaringen in de afgelopen jaren. De bereikbaarheid van de voorzieningen is een belangrijk punt. De concurrentie tussen instellingen zou wel eens haaks kunnen staan op regionale bestuurlijke structuren. Het hangt ook af van het verzekeringssysteem. Misschien dat de mondigheid van patiënten er wel toe leidt dat zij geen prijs stellen op bestuurlijke clusters maar juist op keuzevrijheid in de regio. Dus niet alle voorzieningen in één instelling onderbrengen, want dan is de keuzevrijheid weg.

Anderzijds zal de schaarste instellingen dwingen tot functieconcentratie, spreiding, enzovoort. Dit zal tot regionalisatie van onder af leiden, mogelijk nog versterkt afgedwongen door de regionale ziekenfondsen. Men vraagt zich af wat het woord 'geïntegreerd' betekent. Moet dat niet verbreed worden naar de samenhang tussen ziekenhuis, specialisten en huisartsen? Men mist in de Nota een visie op de situatie van huisarts en specialist. Zolang je daar niets aan doet, kun je plannen wat je wilt en eindeloos over mooie vernieuwingen praten, maar je blijft afhankelijk van hun samenwerking.

Veranderingen in het financieringssysteem kunnen gericht zijn op verschuiving van de collectieve naar de particuliere sector of op het inbouwen van doelmatigheidsprikkels. Het meer marktgericht maken van het verze-

keringsysteem zal de efficiency bevorderen omdat door de consument een gerichte afweging gemaakt kan worden in de vraag naar gezondheidszorg. Dit zal zich met name concentreren op de vraag naar gezondheidszorg die niet in een nader te definiëren basispakket is opgenomen.

De stelling suggereert een tegenstelling, maar je kunt ook denken aan een mixmodel, niet *of* maar *en*. In plaats van *financieringssysteem* wordt voorgesteld *verzekeringssysteem*.

Men vindt dat het inbouwen van doelmatigheidsprikkels niet afhankelijk is van verschuiving van de collectieve naar de particuliere sector. Je moet eerst kijken hoe je de doelmatigheid bevordert, en dan pas welk verzekeringssysteem daar het beste bij past. Het huidige systeem werkt ondoelmatigheid in de hand. Specialisten maken uit hoeveel onderzoeken en verrichtingen er worden gedaan; daar heeft de instelling weinig invloed op. Ook de ongelijke uitgangssituatie in verband met de budgetvaststelling is ondoelmatig. Stof genoeg om voor 2000 te veranderen.

Toch vindt men het efficiency-bevorderend als de consument een gerichte afweging kan maken, en dan niet alleen voor schoonheidsfoutjes, maar ook voor wezenlijker zaken. Hieraan wordt toegevoegd dat dat opgaat voor een *gezonde* consument. Als je ziek bent, is er vaak geen keuze meer. Van een afweging op individueel niveau zal slechts marginaal sprake kunnen zijn.

2.2 Sector verpleeghuizen

De reactiveringsfunctie van het verpleeghuis is een sleutel in een goede zorgverlening aan ouderen. Deze functie krijgt in de Nota 2000 onvoldoende aandacht.

Het belang van de reactiveringsfunctie wordt onderschreven. Op dit moment is het percentage verblijfspatiënten 70. Gestreefd zou moeten worden naar juist een doorstroompercentage van 70 (nu 30). Het verpleeghuis in de wijk zou er in principe moeten zijn voor mensen voor wie weinig of geen reactivering mogelijk is. Een multidisciplinaire, therapeutische benadering kan dan op regionaal niveau geconcentreerd zijn. Probleem is wel dat je op wijkniveau 'verstopping' krijgt, terwijl er meer aan een eerstelijnsvoorziening wordt gedacht (korte opnames zonder wachttijd). Men concludeert dat het noodzakelijk is om hierover met de verzorgingstehuizen na te denken. Misschien zou het verzorgingstehuis in de eerste lijn geplaatst kunnen worden. Pas als er een goed geschaakerd voorzieningspakket komt, kan het verpleeghuis zich ontwikkelen

tot reactiveringscentrum met een grotere doostroming dan nu het geval is. Iemand vraagt zich af wat dan de plaats van de psychogeriatricie wordt, waar een doorstroom van 30 pct niet eens haalbaar is.

Intensivering van samenwerking van bestaande voorzieningen is de meest wezenlijke bijdrage die het systeem van gezondheidszorg ook op termijn kan leveren aan het hanteerbaar houden van de zorg voor ouderen. Structuren of modellen dienen het sluitstuk van het proces te zijn. Het thans presenteren van gedetailleerde zorgmodellen leidt van de samenwerkingsopdracht af en is strijdig met de optie van organisatie-ontwikkeling zoals in de Nota verwoord.

Men is het in het algemeen wel met de stelling eens. Opgemerkt wordt dat de identiteit en de autonomie van de bestaande voorzieningen vaak belemmerend werken voor het tot stand komen van nieuwe ontwikkelingen. Modellen of structuren kunnen wel een voorbeeldfunctie hebben, maar er moet ruimte zijn om aan eigen ontwikkelingen te werken. Vanuit het NZI wordt gepleit voor meer aandacht voor samenwerking in plaats van het bedenken van steeds nieuwe modellen die in de praktijk op allerlei moeilijkheden blijken te stuiten.

2.3 Psychiatrie

In een budgetneutrale situatie is het gevaarlijk gelden voor de ziekenzorg weg te nemen en te besteden aan grootscheepse preventie waarvan het effect ten minste zeer twijfelachtig is.

Preventie is op verschillende manieren te interpreteren. Je moet de stiautie vergelijken mét en zonder hulpverlening. Dan blijkt dat je eigenlijk aan secundaire preventie doet, want nalaten zou zowel tot gezondheidsverlies als tot allerlei andere problemen leiden. Primaire preventie heeft in de psychiatrie alleen effect op de lange termijn. Dat moet niet gepaard gaan met zorgvermindering op dit moment. De grootste preventie ligt in het niet zo ingewikkeld maken van de maatschappij!

Preventie kan in een aantal gevallen leiden tot dure ziekenzorg.

Hieronder vindt men ook het terugbrengen van het aantal zelfmoorden en pogingen daartoe vallen. Preventie kan leiden tot cumulatie van zorg, maar dat betekent niet dat je het moet laten. Men onderschrijft de stelling, maar vindt het een ethisch vraagstuk. Het hangt ervan af waar je ingrijpt in de causaliteit en wie dat doet.

Opgemerkt wordt dat als de verschillende sectoren in de psychiatrie op onderdelen zouden samenwerken in plaats van elkaar te bevechten, er al preventie zou zijn.

2.4 Zwakzinnigenzorg

In een budgetneutrale situatie is het gevaarlijk gelden voor de ziekenzorg weg te nemen en te besteden aan grootscheepse preventie waarvan het effect ten minste zeer twijfelachtig is.

Een eerste reactie is ontkennend: deze stelling heeft niets met zwakzinnigenzorg te maken. Later constateert men dat overheveling tussen sectoren wel degelijk mogelijk is en vormen zich twee meningen. Men acht het effect van preventie gering. Bij genezing is het zinvol, bij verzorging niet. Van gedachten wordt gewisseld over de termijn waarop de effecten van preventie zichtbaar worden, waarbij gesteld wordt dat de kosten voor de baat uitgaan. Voorafgaand aan een preventieprogramma moet een goede input-output analyse worden gedaan, waaruit blijkt of het nuttig is of niet. De toename van het aantal zwakzinnigen maakt een en ander echter arbitrair. Ook in deze groep werd geconstateerd dat door de ingewikkelde maatschappij steeds meer mensen uit de boot en in de zorg vallen. Daar ligt de grootste preventieve taak.

Omdat men er de voorkeur aan gaf de Nota en de lezingen in het algemeen te becommentariëren, is over de tweede stelling niet gesproken.

Men vindt dat de Nota te zwart wordt afgeschilderd in de commentaren van het NZI. Er zitten ook goede punten in. Wel moet ervoor gewaakt worden dat de gelden voor preventie worden onttrokken aan de zorgverlening. De Nota had meer aandacht moeten besteden aan de wijze waarop men aan de benodigde middelen denkt te komen. Als men mogelijkheden ziet om nieuw beleid te maken zonder de huidige zorgverlening aan te tasten, is er in feite niets tegen de Nota. Alleen kritiek leveren is niet voldoende. Het veld moet alternatieven aandragen. Daarbij moet worden uitgegaan van bestaande beleidsnota's.

DEEL III

De Nota 2000
en de geestelijke
volksgezondheid

Studiedag gehouden
op 21 november 1986

1	De Nota 2000 en de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg <i>J.H. Halm</i>	129
2	GGZ in het jaar 2000: uitgangspunten en modellen <i>P. van Lieshout</i>	135
3	Over voorspellingen op sociaal en cultureel terrein in relatie tot de geestelijk volksgezondheid <i>M. Mootz</i>	143
	Discussie	155
4	Effectiviteit van preventieve interventies: mogelijkheden en voorwaarden <i>C.M.H. Hosman</i>	159
5	Ethische grenzen van beïnvloeding van gedrag van burgers met als doel de geestelijke ongezondheid te verminderen <i>E. Ketting</i>	170
6	Beleidsimplicaties van de Nota 2000 voor de geestelijke gezondheidszorg <i>T.E.D. van der Grinten</i>	178
	Discussie	186

Sprekers

- Drs. T.E.D. van der Grinten, socioloog en econoom, directeur NcGv, Utrecht
- Mr. J.H. Halm, hoofd hoofdafdeling geestelijke gezondheidszorg, Ministerie van WVC, Rijswijk
- Dr. C.M.H. Hosman, psycholoog, vakgroep klinische psychologie, Katholieke Universiteit, Nijmegen
- Dr. E. Ketting, socioloog, medewerker NcGv, Utrecht
- Drs. P. van Lieshout, psycholoog en filosoof, medewerker NcGv, Utrecht
- Mw. Dr. M. Mootz, socioloog, medewerker Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk

1 De Nota 2000 en de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg

J.H. Halm

De systematiek van de Nota 2000 bestaat, zoals u weet, uit de formulering van beleidsvoorstellen op basis van gegevens over de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking. Die beleidsvoorstellen kunnen betrekking hebben op voorzieningenbeleid, preventiebeleid en facetbeleid. Wat betreft het eerste lijkt het me op een dag als vandaag van belang te gaan kijken naar wat de Nota 2000 heeft te bieden ten aanzien van de beschrijving van de psychische gezondheidsproblemen en het daarop te enten beleid. Dit ligt ook in de lijn van de Nota 2000 en sluit bovendien aan bij overige sprekers van vanmorgen. Ik wil hierbij de vraag centraal stellen in hoeverre de kennis over de toestand van de psychische gezondheid en daarop van invloed zijnde factoren voldoende is om een gezondheidsbeleidsmodel zoals gepresenteerd in de Nota 2000 voor dit gebied te kunnen gebruiken.

Laten wij beginnen met de beschrijving in de Nota van de gezondheidstoestand, in dit geval psychische ziekten en psychosociale problemen (een onderscheid uit de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid dat – enigszins aangepast – wordt gehandhaafd).

De incidentie van psychische ziekten kon worden afgeleid uit de opname- en aanmeldingsgegevens van cliënten bij intra- en extramurale voorzieningen. Een schatting van het voorkomen van psychosociale problemen levert meer problemen op, omdat dit begrip moeilijker af te bakenen is en voorts omdat een betrouwbare registratie ontbreekt.

Voor een beschrijving van de psychosociale en psychische problematiek wordt in de Nota 2000 onder meer verwezen naar het in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid gehanteerde schema van Goldberg en Huxley (1980) en naar het onderzoek dat door Hodiament en anderen (1985) werd uitgevoerd in het kader van het zogenaamde regioproject Nijmegen. Dit onderzoek leverde een percentage van 7,3 op van neurotische en functioneel-psychotische problemen. Ten tijde van het schrijven van de Nota 2000 beschikten wij nog niet over de conclusies die Hodiament (1986) en zijn collega's aan dit voor Nederland unieke bevolkingsonderzoek verbonden. Ik wil er daarom straks op terugkomen. De

beschrijvende gedeelten van de Nota 2000 vermelden verder nog dat uit verschillende onderzoeken verschillende risicogroepen naar voren komen zoals stadsmensen, personen die een partner verloren hebben, werkloze en laag-geschoolden, en vervolgens volgt de Nota Van Lieshout (1984) die, na een vergelijking van de belangrijkste Nederlandse onderzoeken, tot de conclusie kwam dat alleen de categorie mannen uit de lagere sociaal-economische klassen en uitkeringsgerechtigden een *onomstreden* risicogroep vormen. Wat de psychische gezondheidsproblemen in 2000 betreft, springen in het oog:

- een toename van dementieën als gevolg van de vergrijzing;
- een toename van psychosociale problemen als gevolg van eveneens de vergrijzing en de toename van echtscheidingen en alleenstaanden;
- een gelijkblijven van de ernstige psychische ziekten, exclusief dementieën;
- een verdere stijging van de problemen verbonden met alcoholmisbruik.

Hoewel u, naar ik aanneem, de gedeelten over psychische aandoeningen zult hebben gelezen, leek het mij toch noodzakelijk u deze kerngegevens voor te houden, omdat ze onmisbaar zijn voor mijn centrale vraagstelling. Gelukkig is er recentelijk een aantal publikaties verschenen die direct of indirect deze vraagstelling – weten we al genoeg en met voldoende zekerheid om gezondheidsbeleid ten aanzien van de psychische problematiek te kunnen voeren – tot onderwerp hebben.

Zo komt Hodiament (1986) in zijn dissertatie enerzijds tot de conclusie dat we met betrouwbare en valide meetinstrumenten – namelijk de General Health Questionnaire en de Present State Examination – de psychiatrische prevalentie in de bevolking kunnen bepalen, maar moet hij toch anderzijds vaststellen dat de relatering van die prevalentie aan sociaal-demografische variabelen, zoals geslacht, stads- of plattelandsbewoner, opleidingsniveau en dergelijke, te weinig houvast biedt om van risicogroepen te kunnen spreken. Ook Schnabel (1986) komt in zijn bijdrage aan de recente bundel over gezondheidsbeleid tot de slotsom dat we enerzijds moeten spreken van een zeer aanzienlijke psychiatrische morbiditeit, die overigens nog zal toenemen tussen nu en het jaar 2000, maar dat we anderzijds hieruit niet of nauwelijks aanwijzingen kunnen putten voor het beleid van de hulpverlening, de preventie en het facetbeleid.

Tenslotte het recente rapport van Bijl en Mastboom (1986) over de

gebruiksmogelijkheden van onderzoeksgegevens voor de bepaling van de behoefte aan professionele geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen concluderen zij dat die gegevens niet erg bruikbaar zijn omdat ze betrekking hebben op te globale indicatoren – de reeds genoemde sociaal-demografische variabelen –, maar tevens menen zij dat een omschrijving van de psychische problematiek zelf nog met te veel onzekerheden kampt. Met dit laatste gaan ze mijns inziens ten onrechte voorbij aan de uitkomsten van het onderzoek van Hodiament en zijn collega's waarbij immers bleek dat afgrenzing van psychische problematiek in een bevolking als zodanig wel degelijk mogelijk is. De eerlijkheid gebiedt overigens te vermelden dat hun conclusie dat dergelijke gegevens op dit moment onvoldoende zijn voor het vaststellen van regionale verschillen in de zorgbehoefte aan de AGGZ, mijns inziens juist is.

Welnu, alle drie de genoemde publikaties lijken in één richting te wijzen; namelijk, we weten nog onvoldoende over de psychische problematiek in de bevolking en met name over de beïnvloedende factoren om het voeren van gezondheidsbeleid op dit gebied mogelijk te maken. Daarmee zou mijn centrale vraagstelling negatief moeten worden beantwoord en zou het gezondheidsbeleid het dus voorlopig moeten stellen zonder de component geestelijke volksgezondheid. Zover ben ik echter nog niet!

Om te kunnen concluderen of de situatie inderdaad zo somber is, wil ik nagaan aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om gezondheidsbeleid voor een bepaald gebied te kunnen voeren en tot op welke hoogte op dit moment daaraan kan worden voldaan. Als belangrijkste voorwaarden zou ik dan willen noemen (Dekker, 1986):

- a. voldoende overeenstemming over de definitie van de verschillende gezondheidsproblemen, zodat afbakening mogelijk is;
- b. voldoende kennis over de morbiditeit van deze problemen;
- c. de aanwezigheid van theorieën met betrekking tot de veroorzaking van deze problemen;
- d. voldoende kennis over de relaties tussen deze problemen en beïnvloedende factoren;
- e. mogelijkheden voor interventies van curatieve en preventieve aard;
- f. de aanwezigheid van een strategie voor de ontwikkeling van gezondheidsbeleid.

Ik zal trachten de in deze voorwaarden opgesloten vragen, zij het schetsmatig, te beantwoorden.

Ad a. De kwestie van de definiëring en afbakening zou ik in z'n algemeenheid en op basis van de genoemde studies, positief willen beantwoorden voor zover het om psychische ongezondheid gaat. Wel erken ik dat er minstens twee problemen zijn.

In de eerste plaats is de afbakening van de problematiek vloeiend – men zij verwezen naar de discussie over psychiatrische versus psychosociale problematiek. Echter over de identificatiemogelijkheden van de enigszins ernstige problematiek behoeft, na het regio-project Nijmegen, geen twijfel meer te bestaan.

En in de tweede plaats, bepaling van de zogenoemde positieve psychische gezondheid is, wetenschappelijk gesproken, nagenoeg onmogelijk. Hetzelfde geldt overigens voor de somatische gezondheid.

Ad b. De morbiditeit kennen wij uit gebruiksgegevens van de hulpverlening en uit bevolkingsonderzoek. Uiteraard staat deze vraag niet los van de vorige. Welnu, gelet op de situatie van de cliëntenregistraties, ook die van de ELZ, en studies als van Goldberg en Huxley en van Hodiament, zou ik voorzichtig willen concluderen dat aan de voorwaarde van kennis over de morbiditeit in globale zin wordt voldaan. Anders gezegd: over de omvang van de psychische problematiek weten we in z'n algemeenheid voldoende, maar ten aanzien van specificatie naar sub-populaties en omstandigheden bestaat slechts fragmentarische kennis.

Ad c. Theorieën over de veroorzaking van psychische stoornissen waren in de jaren '60 en '70 nogal ideologisch gekleurd, maar krijgen intussen een meer wetenschappelijk karakter. In de eerste plaats wordt aangenomen dat psychische problemen niet uit één enkele factor kunnen worden verklaard, maar passen in een meer gecompliceerd, ecologisch model. Ten tweede dat het niet juist is te spreken van predisponerende, maar van versnellende of bevorderende factoren. Het moet gezegd worden dat daarmee de theorie een meer diffuus karakter krijgt, maar vermoedelijk ook een meer realistisch.

Ad d. Hiermee komen we tot de vierde voorwaarde: de kennis over de determinanten. Rekening houdend met het zojuist genoemde, kunnen we stellen dat op macro- en mesoniveau versnellende factoren kunnen worden aangemerkt, zoals bij voorbeeld langdurige werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en sociale isolatieprocessen, die in combinatie met factoren op microniveau de kans op psychische problemen vergroten. Algemeen wordt aangenomen dat de twee belangrijkste factoren op het

microniveau zijn: het individuele draagvermogen of 'coping mechanism' en het sociale netwerk of 'support system'. Deze cumulatietheorie geeft een betrouwbare basis aan ons inzicht in de determinanten, maar maakt uiteraard het onderzoek en de verklaring gecompliceerder.

Ad e. Gegeven de kennis over morbiditeit en determinanten kunnen curatieve en preventieve programma's worden opgezet. Mij beperkend tot de preventie, kunnen we vaststellen dat op dit punt de laatste 15 jaar in Nederland veel ervaring is opgedaan. Dankzij de activiteiten van onder meer de NVAGG en het LOP wordt de kennis op dit gebied gesystematiseerd. Het geheel overziende, zou ik willen stellen dat preventie-activiteiten verdere samenwerking zouden moeten zoeken met GVO, maar ook dat de groepsgerichte benadering meer aangevuld zou moeten worden met systeembenadering.

Ad f. Uit het voorgaande kan een aantal elementen worden afgeleid voor een strategie voor de ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Ik denk daarbij met name aan intensivering van epidemiologisch en determinantenonderzoek en aan de verdere professionalisering en wetenschappelijke onderbouwing van de preventie. Daarnaast zou ik nadrukkelijk willen stellen dat de Nota 2000 nieuwe kansen biedt voor de geestelijke volksgezondheid, maar dat het al of niet gebruiken hiervan niet alleen afhangt van wetenschappelijk onderzoek, maar ook van de aanwezigheid van een krachtencentrum dat initiatieven en stimulansen ontwikkelt en zorgt dat de geestelijke volksgezondheid steeds een vooraanstaande plaats op de politieke en bestuurlijke agenda's houdt.

Dames en heren, ik had mij de vraag gesteld in hoeverre onze kennis over de psychische problematiek al voldoende is om gezondheidsbeleid voor het terrein van de geestelijke volksgezondheid te kunnen voeren. Welnu, ik meen op grond van deze globale verkenning van de voorwaarden die zouden moeten worden vervuld, te mogen zeggen dat er voldoende redenen zijn om op deze uitdaging positief te reageren. Het lijkt er soms op dat werkers en beleidsmakers in deze sector vooral oog hebben voor de traditionele achtergrond van de GGZ en voor de wetenschappelijke problemen die nog moeten worden overwonnen. Ik zou het echter jammer vinden indien een op zichzelf juiste inschatting van de huidige beperkingen zou leiden tot een afwachtende houding op een ogenblik dat zich nieuwe kansen voordoen.

Dames en heren, de Nota 2000 is, dat zult u hebben begrepen, niet een eindproduct. Het overgrote deel van de Nota is discussienota en slechts een klein deel beleidsnota, dat wil zeggen een document met beleidsvoornemens voor de uitvoering waarvan staatssecretaris Dees het gezondheidsbeleid dan ook bovenaan zijn programma heeft gezet. Verder heeft hij de Kamer toegezegd om voor de UCV over de Nota 2000, welke in juni 1987 zal worden gehouden, een 'geannoteerd behandelingsvoorstel' in te dienen. In de notitie die voor deze gelegenheid zal worden opgesteld, zullen de invoeringsstrategie en de reacties van het veld een belangrijke plaats innemen. Het lijkt dan ook geen twijfel dat de resultaten van de vijf studiedagen over de Nota 2000 met grote aandacht zullen worden gelezen en verwerkt. Daarom hoop ik dat wij vandaag een vruchtbare discussie zullen hebben, een discussie die de ideeën achter de Nota 2000 tot een deel van ons denken en handelen kan maken.

Literatuur

- Bijl, R. en J. Mastboom, *Van behoefte naar vraag; epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden*. NcGv-reeks 89. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1986
- Dekker, E., *Health policy and mental health*. Paper presented at the International Conference on Mental Health Education. Dublin, September 28–October 1, 1986
- Echelonnering in de gezondheidszorg. Signalement nr. 24, 's-Gravenhage, Harmonisatie-raad Welzijnsbeleid, 1986
- Hodiamont, P.P.G. e. a., Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch Health Area. *Psychological Medicine* (in press), 1985
- Hodiamont, P.P.G., *Het zoeken van zieke zielen; een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie, en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie*. Dissertatie. Nijmegen, Katholieke Universiteit, ISG-publicatie nr. 16, 1986
- Gezondheid als uitgangspunt; Nota 2000 in het kort*. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986
- Goldberg, D. en P. Huxley, *Mental illness in the community; the pathway to psychiatric care*. Londen/New York, Tavistock, 1980
- Lieshout, P. van, *Gegevens over de vraag om hulp. Ondersteunend stuk voor de (Nieuwe) Nota Geestelijke Volksgezondheid, Van hulpbehoefte naar hulpvraag*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1984
- (Nieuwe) Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 18 463, nrs. 1 en 2
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nr. 1–2
- Schnabel, P., De toekomst heeft tijd nodig; geestelijke volksgezondheid en de Nota 2000. In: E. Dekker en B. Wijnberg (red.), *Gezondheidsbeleid, over de grenzen van de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn, Samsom Stafleu, 1986 153–177

2 GGZ in het jaar 2000: uitgangspunten en modellen

P. van Lieshout

De Nota 2000 is pretentius van opzet: naast zorg wil de Nota ook gezondheid plannen, naast het ministerie van WVC wil ze alle andere departementen bij het gezondheidsbeleid betrekken en haar reikwijdte strekt zich uit tot het volgende millennium. Een dergelijke opzet vraagt om relativering.

Het eerste dat gerelativeerd moet worden, is de vooraanstaande plaats die de Nota zichzelf toebedeelt in het gezondheids(zorg)beleid. De Nota plaatst zichzelf in de lijn van de Volksgezondheidsnota uit 1966 en de Structuurnota uit 1974, maar velen zijn geneigd de Nota 2000 eerder te zien als een intelligent opgezette afleidingsmanoeuvre van de echt belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de jaren tachtig dan als een nieuwe mijlpaal. En daarvoor zijn tweede goede argumenten.

Ten eerste is er nog maar weinig gerealiseerd van de – in verhouding tot de Nota 2000 veel minder ambitieuze – plannen uit de jaren zeventig. De structuurwetgeving is daar het duidelijkste voorbeeld van. Voorstellen voor een nieuwe (beleids)structuur in de gezondheidszorg (KSW, WVG, WGM) hebben het niet gehaald, terwijl de wetgeving die zich slechts op één sector (de ziekenhuizen) richt (WZV), pas na tien jaar echt operationeel is geworden. Tegen deze achtergrond lijkt de Nota 2000 een vlucht naar voren, weg van de problemen van het moment.

Ten tweede staat de tijdsspanne die de Nota 2000 wil omvatten, haaks op de tijdsspanne die in het gezondheidszorgbeleid steeds meer gehanteerd wordt: de periode van één jaar. Gezondheidszorgbeleid is in toenemende mate korte termijn beleid geworden, omdat het beleid niet langer stoelt op brede visies, maar op beschikbare middelen. Wie het cynisch wil uitdrukken, kan zeggen dat de beste indicatoren voor de gezondheidszorg in het jaar 2000 niet de aantallen hart- en vaatziekten, hoogbejaarden of patiënten met kanker zijn, maar de dollarkoers, de prijs van ruwe olie, het volume van import en export en andere parameters van onze Nationale Rekeningen.

De Nota 2000 heeft er de schijn van een vorm van brood en spelen te

zijn die nauwelijks relatie onderhoudt tot de praktijk van het gezondheidszorgbeleid. Toch is een dergelijke conclusie te gemakkelijk. Ook binnen een context waarin wetgeving door de vele en uiteenlopende meningen maar moeilijk te realiseren is, is het zinvol stil te staan bij de vraag hoe de gezondheid er in het jaar 2000 uit kan zien, al zal de economische en beleidsmatige context nadrukkelijker verdisconteerd moeten worden dan de Nota 2000 doet.

Een tweede relativering betreft de uitspraak dat de Nota 2000 gezondheid in plaats van gezondheidszorg vooropstelt. Telling leert immers dat van de 350 pagina's van de Nota, 8% aan gezondheid gewijd is, 22% aan zorg, 21% aan beleid en 45% aan ziekte. De Nota valt dan ook eerder te karakteriseren als een Nota die ziekte vooropstelt, dan als een Nota die gezondheid als uitgangspunt neemt. Daar is op zich niets tegen, het betekent wel dat de Nota iets van haar pretentieuze retoriek ('Over de gezondheid in het jaar 2000') zou moeten laten varen.

Ten derde is een relativering op zijn plaats van de potentiële kostenbesparende rol die preventie wordt toegedacht. De Nota 2000 heeft hoge verwachtingen van preventie, verwachtingen die niet of nauwelijks gebaseerd lijken op een inschatting van wat preventie-activiteiten daadwerkelijk voor effect hebben. Het grootste misverstand is ongetwijfeld de veronderstelling van de Nota dat preventie de gezondheidszorg goedkoper zal maken. Goede preventie maakt de gezondheidszorg juist duurder. De voornaamste oorzaak daarvan is dat preventie zich vooral richt op levensbedreigende ziekten die op jonge en middelbare leeftijd voorkomen. Juist op dat terrein is al veel bereikt en iedereen die tegenwoordig geboren wordt, heeft dan ook een grote kans echt oud te worden, terwijl een eeuw geleden veel mensen de oude dag niet haalden. Met het voorkomen van ziekten op jonge en middelbare leeftijd, is echter het aantal ziekten op oudere leeftijd met sprongen gestegen, en juist die ziekten zijn duur. Simpel gezegd: ging men vroeger dood aan infectieziekten, dankzij preventieve maatregelen krijgt nu iedereen de kans oud te worden met een aantal chronisch invaliderende ziekten, waarvan de verzorging zeer duur is.

Wie niet aan de ene ziekte lijdt, heeft een grotere kans op een andere. Er zijn 'competing causes of death' en dat betekent dat de Nota 2000 op twee punten haar conclusies dient te herzien. Ten eerste zijn de cijfers over de kosten in het jaar 2000 gebaseerd op drijfzand, omdat het feit dat het terugdringen van de ene ziekte, het opleven van een andere ziekte met zich meebrengt, niet in de berekeningen is betrokken. Men trekt slechts de trend per ziekte door.

Ten tweede gaat de geconstateerde wet van de afnemende meeropbrengst niet op. De Nota constateert dat in de gezondheidszorg steeds meer geld wordt uitgegeven, terwijl het gezondheidspeil niet verandert, en concludeert daaruit dat er geen sprake is van meeropbrengst. Echter, in de gezondheidszorg wordt het geld niet uitgegeven aan wat wél genezen kan worden, maar aan wat niet genezen kan worden. Genezing kost relatief weinig. Wat niet blijvend te genezen valt, vergt veel verzorging, en is daarom duur. Wie dus constateert dat de kosten in de gezondheidszorg stijgen, moet daaruit concluderen dat er *meer* problemen gekomen zijn die wel door de gezondheidszorg worden aangepakt, maar die niet (volledig) door haar kunnen worden opgelost. Daaruit volgt echter niet dat er niet meer effectieve genezingen tot stand gebracht zijn: die kosten relatief weinig, en komen dus ook niet tot uitdrukking in de kostencijfers.

Waar het gaat om preventie in de GGZ komt daar een extra aspect bij: preventie in de GGZ zal in een niet gering aantal gevallen eerder een sensibiliserende dan een afremmende functie hebben. Preventieve activiteiten, zeker in de vorm van GVO, maken mensen immers attent op mogelijke psychische problemen en op de mogelijkheid daarvoor professionele hulp in te roepen.

Dit alles is natuurlijk geen argument tegen preventie: het is wel een waarschuwing tegen te hoge verwachtingen ten aanzien van het kostenbesparende effect van preventie.

1 De GGZ

Voor de GGZ is in de Nota 2000 verhoudingsgewijs weinig aandacht. Terwijl in de gezondheidszorg 17% van de menskracht en 13% van de kosten voor rekening komen van de GGZ, krijgt deze sector in de Nota maar 2,8% van het aantal regels toebedeeld. Ten dele is deze onderverteenwoordiging te verklaren uit het feit dat de Nota 2000, zoals ze zelf stelt, voortbouwt op de in 1984 verschenen Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Op een aantal wezenlijke punten wijkt de Nota 2000 echter af van de Nieuwe Nota. Hierop zal in het navolgende worden ingegaan.

Het eerste novum is een nieuw regioprincipe: de wijk. Sprak de Nieuwe Nota nog over RIGG-regio's met zo'n 350 000 inwoners en RIAGG-regio's met zo'n 250 000 inwoners, de Nota 2000 spreekt over een wijk met 10 000 tot 20 000 inwoners. Op wijkniveau wil de Nota 2000

in ieder geval de volgende functies onderbrengen: psychosociale behandeling, acute hulpverlening, beschermd wonen en dagopvang.

Waar zou dat in de praktijk op neerkomen? Per wijk wordt, uitgaande van de huidige capaciteit, één beschermende woonvorm gevestigd, met 3 plaatsen en 1 hulpverlener, en de RIAGG wordt in twintig delen gesplitst, waardoor per wijk 0,8 hulpverlener voor sociale psychiatrie, 0,7 hulpverlener voor jeugdzorg, 0,7 hulpverlener voor psychotherapie en 0,3 hulpverlener voor psychogeriatric, alsmede een secretaresse beschikbaar komen. Bovendien voorziet de Nota 2000 in een regionaal GGZ-centrum, waar (een deel van) deze medewerkers (een deel van hun tijd) moeten werken.

De wijkgedachte zal dus niet zonder grote organisatorische ingrepen en personele uitbreidingen kunnen worden gerealiseerd. Bovendien breekt de Nota 2000 op twee manieren met het in de Nieuwe Nota vastgelegde beleid. Ten eerste impliceert een model waarbij de hulpverleners verspreid worden over de wijken of hun thuisbasis zullen gaan vinden in een regionaal GGZ-centrum, dat de bestaande RIAGG's opgeheven worden. Ten tweede krijgt de GGZ in de Nota 2000 opnieuw een eigen eerste (of beter gezegd: anderhalfde) lijn. Zeker na de Structuurnota uit 1974 is de GGZ in toenemende mate beschouwd als een gespecialiseerde tweede- en derdelijnssector, maar in de Nota 2000 wordt opnieuw een plaats voor de GGZ ingeruimd tussen AMW, gezinszorg en kruiswerk. Met spanning kan men uitzien naar de onderbouwing van deze beleidslijnen in de komende jaren.

Het tweede novum dat de Nota 2000 introduceert op het gebied van de GGZ, is een visie op aard en omvang van psychische problematiek in het jaar 2000. Dit onderdeel van de Nota is bepaald minder éénduidig dan het deel over het wijkmodel. Een collage van citaten kan dat illustreren. Op pagina 64 lezen we eerst dat door een toegenomen maatschappelijke aanvaarding van psychosociale problematiek, de kans groot is dat de bevolking ook meer geneigd zal zijn hierop alert te zijn, en bij gevolg ook een groter beroep zal doen op de professionele GGZ. Even verderop valt te lezen (p. 137/138): 'De morbiditeit van psychische ziekten blijft (in 2000) nagenoeg gelijk. De aangemelde psychosociale problematiek zal echter zijn verminderd. Enerzijds omdat het aanbod aan GGZ in deze zal zijn verminderd, anderzijds omdat, mede dankzij gericht GVO- en preventiebeleid en de activiteiten in de informele sector een groter aandeel van de bevolking psychosociale problemen zonder professionele hulp zal weten op te lossen.' Weer even later, op pagina 211, heet het: 'In de sfeer van de psychosociale problemen is voor het jaar 2000

met een toename rekening te houden.’ En weer later, op pagina 240: ‘Er zal geen verandering van het aantal psychische ziekten zijn onder gelijktijdige toename van de sociale isolatie van psychiatrische patiënten’, wat volgens een redenering op pagina 137 echter zou moeten leiden tot een toename van het aantal opnamen. De Nota lijkt dus weinig trefzeker als het gaat om voorspellingen van het aantal psychische ziekten in het jaar 2000.

In zijn algemeenheid hanteert de Nota drie typen parameters om voorspellingen mee te doen: mortaliteitscijfers, demografische ontwikkelingen en cijfers over aanmelding bij hulpverleningsinstellingen in de afgelopen jaren. De keuze voor deze drie typen parameters is niet gebaseerd op een principiële afweging van de bruikbaarheid van allerlei mogelijke indicatoren, maar op de beschikbaarheid van cijfermateriaal. Tekenend voor deze pragmatische inslag is de zinsnede die tot tweemaal toe (p. 65 en p. 137) in de Nota terug te vinden is: ‘Voor wat betreft de ontwikkeling in morbiditeit van ernstige psychische problemen, respectievelijk psychische ziekten moet worden vastgesteld dat hierin nog weinig verandering valt te verwachten, aangezien over de oorzaken en het ontstaan van ernstige psychische ziekten nog onvoldoende bekend is.’ ‘Wat niet bekend is, zal wel niet veranderen’, zo luidt één van de onuitgesproken axioma’s van de Nota 2000.

Het is de vraag hoe zinvol de drie parameters zijn die de Nota 2000 hanteert, als het gaat om voorspellingen over het aantal psychische ziekten in het jaar 2000. De eerste parameter, de sterftecijfers, is dat duidelijk niet: aan het merendeel van de problemen die gepresenteerd worden in de GGZ, gaat men niet dood, althans niet op korte termijn. De tweede parameter, demografische ontwikkelingen, is bruikbaar, al rijst hierbij onmiddellijk de vraag waarom de auteurs van de Nota de veranderde leeftijdsopbouw wel verwerkt hebben in hun voorspellingen, maar andere ontwikkelingen niet. Kindertal, opleidingsniveau en sociaal-economische positie zijn grootheden die – net als leeftijd – correleren met het voorkomen van psychische ziekten, en die dus evengoed als voorspeller gehanteerd hadden kunnen worden.

Het derde soort parameter, de aanmeldingscijfers, wordt het meest veelvuldig gehanteerd in de Nota 2000. Die cijfers zijn echter alleen onder bepaalde voorwaarden echt zinvol als indicator, en aan die voorwaarden wordt in de GGZ nauwelijks voldaan. De belangrijkste voorwaarde is dat er een duidelijke en constante relatie is tussen het voorkomen van een ziekte en het vragen van hulp.

Stel dat een dergelijke relatie bestaat tussen het aantal blindedarm-

ontstekingen en het aantal ziekenhuisopnamen hiervoor én dat er effectieve preventie tegen deze ontstekingen bestaat. Het is dan mogelijk om trends in het aantal opnamen door te trekken, hierop een voorspelling te baseren en deze bij te stellen op basis van het te verwachten effect van de preventie. Bestaat er echter geen eenduidige en constate relatie tussen de kwaal en de opname, dan zeggen ontwikkelingen van de kwaal heel weinig over het aantal opnamen.

Dit is het geval in de geestelijke gezondheidszorg waar bovendien het aantal mensen dat aan een bepaalde kwaal lijdt vele malen groter is dan het aantal mensen dat voor die kwaal wordt behandeld. Is bij een blindedarm de detectiegraad hoog (een detectiegraad '1' betekent dat iedereen met de kwaal ook wordt behandeld), in de GGZ is deze laag, zoals Tabel 1 laat zien.

Tabel 1 Puntprevalentie per 1000 van de bevolking

	Bevolking	GGZ		Kans op GGZ-zorg
		Extra-muraal	Intra-muraal	
schizofrenie	6	0,3	0,6	0,14
overige psychosen	3	0,7	0,4	0,32
neurosen	73	3,6	0,5	0,06

Bron: Hodiamont/Case-register Assen/PIGG en SIG.

Uit tabel 1 blijkt dat de kans dat op een willekeurige dag (puntprevalentie) iemand met een bepaalde psychische ziekte ook in GGZ-behandeling is, betrekkelijk klein is. Voor mensen met schizofrenie als diagnose is de kans 1 op 7, voor mensen met een neurose 1 op 18. Wie wil voorspellen hoeveel GGZ-hulp er in het jaar 2000 nodig zal zijn, heeft dus niet zoveel aan cijfers over aanmelding, en evenmin aan cijfers over het voorkomen van een ziekte, maar moet zich richten op de factoren die de kans bepalen om met een bepaalde ziekte ook professionele GGZ-zorg te krijgen. Het gepropageerde gezondheidsbeleid uit de Nota 2000 wil vooral aangrijpen op het niveau van de gezondheidstoestand van de bevolking, maar het lijkt zinvoller de inspanningen vooral te richten op de intermediaire factoren die de kans op GGZ-zorg bepalen; daarin ligt de grootste voorspellende waarde voor de toekomstige behoefte aan GGZ besloten.

Uit onderzoek blijkt dat de voornaamste voorspeller voor de kans op

GGZ-zorg het zorgvermogen van het sociaal netwerk is. Van den Hout (1985) bij voorbeeld vond dat 50% van de APZ-patiënten opgenomen was omdat hun omgeving hen (tijdelijk) niet meer in de buurt wilde. De beste voorspeller voor een eventuele heropname bleek niet de kwaliteit van de nazorg, maar de mate van stigmatisering van de ex-patiënt door de omgeving. De mogelijkheden van de GGZ om hierop invloed uit te oefenen zijn gering, en de opmerking in de Nota dat betere nazorg tot minder heropnamen zal leiden, berust dan ook op wishfull thinking en wordt door onderzoek tegengesproken.

Hodiamont (1986) vond in zijn onderzoek, dat bij mensen met ernstige psychiatrische problematiek het beroep op voorzieningen rechtstreeks verband hield met de kracht van het sociaal netwerk, meer dan met de last die een patiënt ondervond van zijn ziekte of de manier waarop hij met de problemen omging. Ook uit het buitenland worden soortgelijke bevindingen gerapporteerd (bij voorbeeld Nieminen, 1986).

Indicaties voor het belang van het sociaal netwerk zijn ook te vinden wanneer men ziet welke groepen meer en minder aan de stijging van APZ-opnamen in de afgelopen jaren hebben bijgedragen.

Tussen 1970 en 1983 verdubbelde het aantal APZ-opnamen dat per jaar plaatsvond. Het aantal gehuwden onder de mensen die werden opgenomen, steeg slechts met 36%, terwijl het aantal verweduwd steeg met 94%, het aantal ongehuwd met 114% en het aantal gescheidenen onder hen met 460% toenam.

In dezelfde periode nam het aantal mensen dat werd opgenomen vanuit een gezinssituatie met 17% toe, tegen een toename van 364% bij alleenstaanden.

Weliswaar is in de periode 1970–1983 ook in de maatschappij als geheel het aantal gescheidenen en niet-gezinsrelaties gestegen, maar deze stijging staat in geen verhouding tot de stijging van het beroep dat deze groep deed op APZ'en. In toenemende mate speelt de GGZ een rol als substituut mantelzorg en daarom zijn voor een goede raming van de behoefte aan GGZ in het jaar 2000 niet zozeer de prevalentiecijfers van belang, als wel de ontwikkelingen in het zorgvermogen van sociale netwerken.

Ook al zou het zorgvermogen van netwerken nauwkeurig kunnen worden voorspeld, dan nog kan hiermee niet worden vastgesteld wat de capaciteit van de voorzieningen moet zijn in het jaar 2000. Al weet je nauwkeurig hoeveel mensen zich zullen aanmelden, daarmee is nog niet duidelijk hoeveel zorg er geboden moet worden. Neem opnieuw de blindedarmontsteking. Van deze ontsteking valt redelijk nauwkeurig

vast te stellen tot hoeveel dagen ziekenhuisverpleging ze leidt, en door dat cijfer te vermenigvuldigen met het geschatte aantal blindedarmontstekingen, valt ook de benodigde capaciteit te ramen. In de GGZ ligt dat meestal minder eenduidig. Het doel van veel hulpverlening is niet 'genezen', niet het volledig elimineren van een probleem, maar het iemand in staat stellen zelfstandig zo goed mogelijk verder te functioneren. Dat proces kent geen natuurlijk eindpunt, zoals het verdwijnen van een infectie dat kent, en kent ook geen duidelijk omschreven optimale hoeveelheid zorg. Wat 'zo goed mogelijk verder functioneren' betekent, is een normatieve aangelegenheid, die in de praktijk bepaald wordt door beschikbare middelen en (al dan niet impliciete) prioriteiten. En daarmee is de omvang van de GGZ altijd (ook) een politieke keuze.

Literatuur

- Giel, R. e.a., *Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de GGZ. Ondersteunende tekst t.b.v. de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, Groningen 1983
- Hodiamont, P., *Het zoeken van zieke zielen; een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie*. Dissertatie. Nijmegen, Katholieke Universiteit, ISG-publicatie nr. 16, 1986
- Hout, T. v.d., *Ontslagen psychiatrische patiënten, een longitudinaal onderzoek naar heropname*. Dissertatie. Nijmegen, I.T.S., 1985
- Lieshout, P. van en P. Schnabel, *Vragen naar GGZ. Ondersteunende tekst t.b.v. de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Utrecht, NcGv-reeks nr. 71, 1985
- Niemenin, H., Life circumstances and the use of mental health services In: *Social Psychiatry*, 21, 1986, 3, 123–128

3 Over voorspellingen op sociaal en cultureel terrein in relatie tot de geestelijke volksgezondheid

M. Mootz

1 Over voorspellen

Voorspellingen zeggen doorgaans meer over de denkbeelden van de voorspeller dan over toekomstige ontwikkelingen. Een uitzondering hierop vormt de ook in de Nota 2000 veel toegepaste voorspellingsmethode met behulp van demografische prognoses. Deze methode is vooral door de scenariocommissie Vergrijzing veelvuldig gebruikt.

De onderstaande tabel is bedoeld als illustratie van een dergelijke voorspelling (in de eerste kolom), die kan worden vergeleken met de feitelijke uitkomst (tweede kolom). Deze vergelijking van de twee kolommen laat zien dat zelfs de meest zekere voorspellingsmethode uitkomsten oplevert die al in een korte periode niet meer overeenkomen met de feitelijke ontwikkelingen.

Tabel 1 Demografisch geraamd en feitelijk gebruik van enkele zorgvoorzieningen 1981–1985 (jaarlijkse groeipercentages)

	<i>Gebruik demografisch geraamd</i>	<i>Feitelijk gebruik</i>
verpleeghuizen	2,4	1,2
fysiotherapie	0,8	3,9
kruiswerk	0,9	1,8
bejaardenoorden	2,7	-0,1
gezinsverzorging	1,7	-1,5

Bron: SCP, 1986

Op het terrein van de GGZ zijn de bedoelingen van de Nota 2000, namelijk met behulp van voorspellingen de in de toekomst nodige zorg te plannen, nog moeilijker realiseerbaar dan op andere terreinen. De belangrijkste problemen op dit punt wil ik hier nog even kort samenvatten. Voor een uitgebreide uiteenzetting verwijs ik onder meer naar het NcGv-boekje 'Van behoefte naar vraag' (Bijl en Mastboom, 1986).

– Het voorkomen van psychische stoornissen is moeilijk te voorspel-

len, omdat zij afhankelijk zijn van diagnostische mogelijkheden en van veranderende opvattingen over wat wel en wat geen psychische stoornis genoemd kan worden.

- Het indirect voorspellen van psychische stoornissen, door die factoren te voorspellen die het ontstaan beïnvloeden, is evenmin goed mogelijk. In de eerste plaats is de kennis van die factoren zeer gebrekkig. In de tweede plaats dragen zij alleen onder bepaalde voorwaarden bij tot het ontstaan van psychische stoornissen. Over de *interactie* van sociale en culturele verschijnselen en de voorwaarden waaronder ze tot psychische stoornissen leiden, weten we weinig. Voorspellingen op dit punt zijn dan niet meer dan gissingen.
- Ook al slaagt men erin, bepaalde oorzaken te achterhalen en ze te voorspellen, dan heeft men daarmee niet automatisch aangrijpingspunten voor beleid ter beschikking. De beschreven optimistische visie die uit de Nota 2000 op dit punt spreekt, is zeker op het terrein van de GGZ ongegrond. Vele oorzaken van psychische en ook van lichamelijke stoornissen zijn niet te voorkomen, noch door de potentiële patiënt, noch door hulpverleners en zeker niet door een regelende overheid.
- Gesteld verder, dat men bepaalde oorzaken van geestelijke noden zou kunnen voorspellen, dan nog geeft zo'n voorspelling geen direct zicht op toekomstige behoeften aan professionele hulp; zeker niet op de vraag, welke *vorm* van hulp nodig is.

Kortom: kijken in de toekomst van de GGZ is tasten in het duister. Ik wil daarom beginnen met enkele gegevens uit het verleden. De auteurs van de Nota maken daarvan naar mijn mening te weinig gebruik.

2 Kijken naar het verleden

In de Nota 2000 wordt per ziektecategorie een beeld gegeven van de gezondheidstoestand in 1986. Op het terrein van psychische ziekten en psychosociale problemen zijn de gegevens hierover schaars. De belangrijkste informatie op dit punt is het geschatte voorkomen van psychiatrische ziekten, zoals dat door professor Giel en zijn medewerkers aan de universiteit van Groningen is berekend (Giel, 1983).

Helaas bestaan er op dit terrein zo goed als geen *tijdreeksen*, die de ontwikkeling van psychische stoornissen in het verleden weergeven. Als men iets wil weten over de toekomstige geestelijke gezondheidstoestand,

dan zijn tijdreeksen waarschijnlijk nuttiger dan uitspraken over de toekomstige sociale en culturele ontwikkelingen. Tijdreeksen zijn er echter alleen voor suïcide, een onderwerp dat ik hier buiten beschouwing laat.

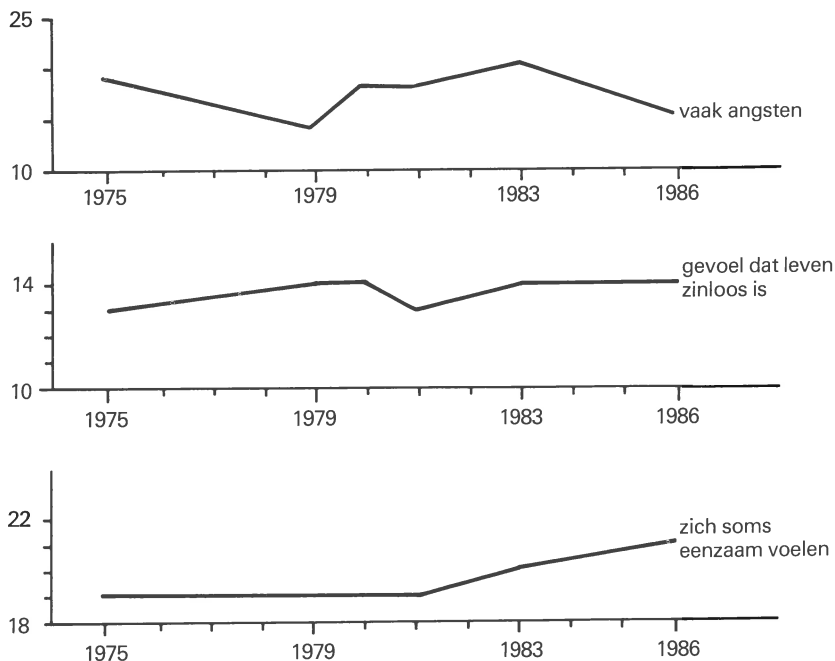
Verder bestaan ze over de ontwikkeling van bepaalde psychosociale problemen. Uit de Nota 2000 kan men – zij het met enige moeite – afleiden dat deze volgens de auteurs ‘bij ongewijzigd beleid’ in aantal toenemen. Het toegenomen aantal cliënten van verschillende GGZ-instellingen lijkt dit te bevestigen.

Als achtergrond bij deze discussie wil ik u enkele gegevens laten zien uit het onderzoek *Culturele Veranderingen*. Dit onderzoek bundelt verschillende enquêtevragen die periodiek aan een steekproef uit de Nederlandse bevolking worden gesteld. Hierdoor komen tijdreeksen beschikbaar van houdingen ten aanzien van uiteenlopende onderwerpen. Voor dit doel zijn drie vragen geselecteerd. In figuur 1 (blz. 146) ziet u het verloop van antwoorden vanaf 1975, gegeven door personen van 21 tot 64 jaar op de volgende vragen:

- hebt u vaak angsten?
- hebt u soms het gevoel dat uw leven zinloos en doelloos is?
- voelt u zich soms eenzaam?

Sommige lijnen vertonen een grillig verloop. Bij de interpretatie van de gegevens in termen van ontwikkelingen is daarom veel voorzichtigheid geboden. Een volgend meetpunt kan een veronderstelde trend teniet doen. Toch mag men uit de grafieken wel concluderen, dat geen enkele lijn duidelijk op een toename van psychosociale problematiek wijst. De percentages blijven voor bepaalde vragen zelfs opvallend constant, bij voorbeeld voor het ‘gevoel dat het leven soms zinloos en doelloos is’. Deze gegevens geven geen aanleiding om een toename van psychosociale problematiek in de nabije toekomst te voorspellen. Zij worden overigens niet tegengesproken door de vele vergelijkbare tijdreeksen uit genoemd onderzoek.

Nu zult u wellicht opmerken, dat gegevens over de hele bevolking verhullen dat zich daarbinnen groepen bevinden die wel meer problemen zijn gaan ondervinden. We komen hiermee op het in de GGZ veelbesproken onderwerp van risicogroepen, personen met bepaalde kenmerken, die een verhoogd risico lopen om psychische problemen te krijgen. Ik kom hierop straks nog terug. Daarom zal ik u ‘zorgen en angsten’ presenteren van twee groepen, waarvan met enige zekerheid gezegd



Figuur 1

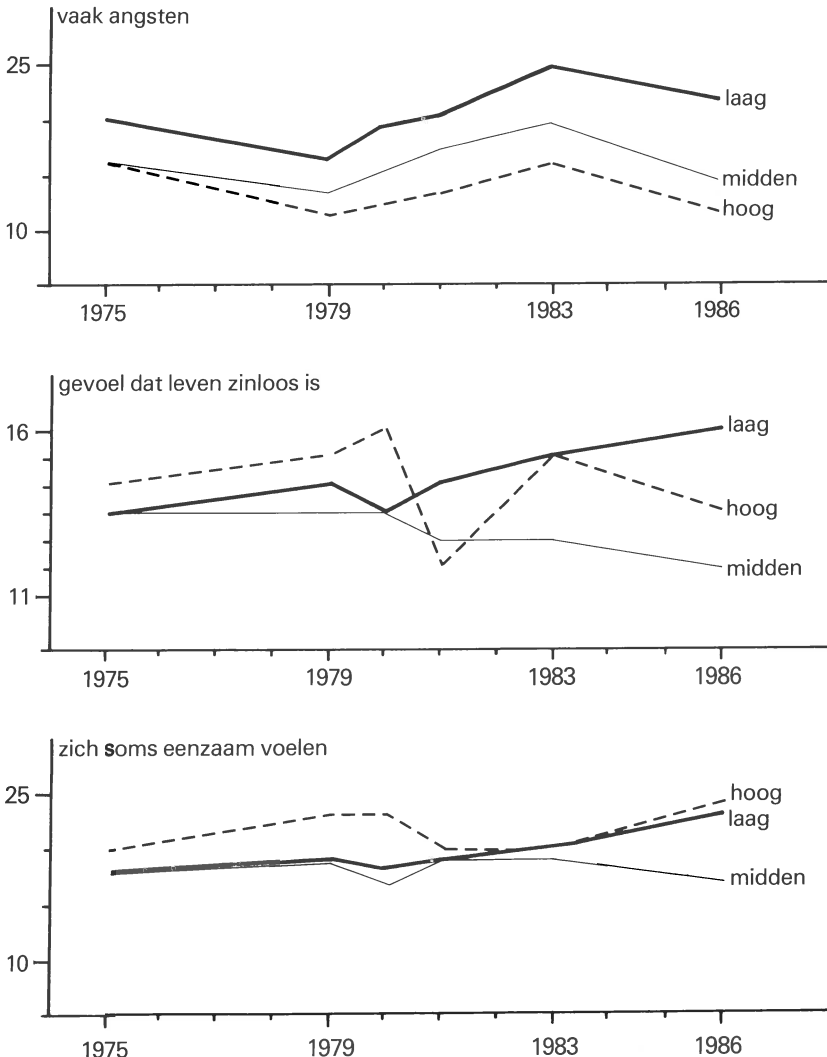
wordt, dat zij meer, vaker of ernstiger psychische problemen ondervinden dan de gemiddelde bevolking: personen met een relatief lage schoolopleiding (zie fig. 2A) en personen die van hun partner gescheiden zijn (fig. 2B).

De grafieken laten zien, dat deze twee risicocategorieën inderdaad over het algemeen meer zorgen en angsten vertonen dan de andere bevolkingscategorieën. Bij de opleidingscategorieën is dit beeld niet helemaal consistent; hoger opgeleiden voelen zich eenzamer dan personen met lagere opleidingen. De lijnen van de laag-opgeleiden lijken te stijgen, maar de veranderingen bedragen maar enkele procenten. Zij vallen binnen de hierbij in acht te nemen betrouwbaarheidsmarges. Wel lijken de verschillen tussen de opleidingscategorieën iets groter te zijn geworden.

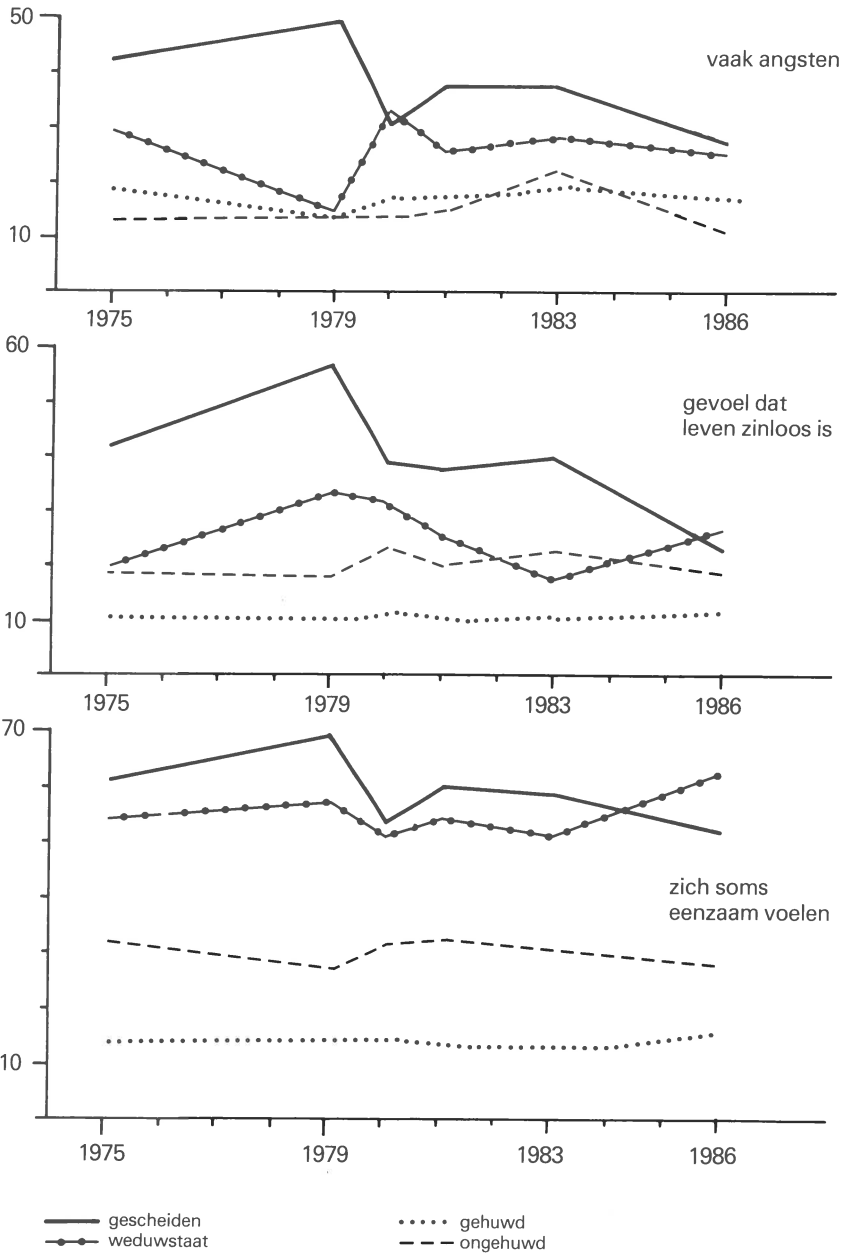
De gescheidenen en ook wel de weduwen en weduwnaars maken hun reputatie als risicogroep alleszins waar. Zij hebben vooral in de tweede helft van de jaren zeventig meer angsten en zorgen dan de overige bevolking. In de jaren tachtig vertonen de lijnen van de gescheidenen

echter een daling, ze snijden in twee gevallen de lijn van de weduwen en weduwnaars.

De verandering van gevoelens bij gescheidenen hangt zeer waarschijnlijk samen met het groter en daarmee heterogener worden van deze bevolkingscategorie. Uit deze paar cijfers mag men natuurlijk geen



Figuur 2A



Figuur 2B

vérgaande conclusies trekken. Men mag wel concluderen dat lager opgeleiden en personen zonder partner op bijna elk gemeten tijdstip in de afgelopen elf jaar meer angsten en zorgen vertonen dan anderen. Voor een toename gedurende die periode is echter ook bij hen nog geen duidelijke aanwijzing, eerder voor een afname bij gescheidenen.

Tot zover een bescheiden aanvulling op gegevens over de geestelijke gezondheidstoestand in het verleden. Voor een toekomstvoorspelling bieden deze uitkomsten niet veel aangrijpingspunten. Een duidelijke verslechtering zal er op dit punt niet optreden, noch voor de bevolking in z'n geheel, noch voor de hier genoemde risicogroepen. Bij het nog steeds stijgend aantal echtscheidingen zullen meer mensen de psychosociale belasting van een echtscheiding ondervinden. Het laat zich echter aanzien, dat binnen die groep relatief steeds minder mensen psychosociale problemen ondervinden.

3 Kijken naar de toekomst

Wanneer de auteurs van de Nota 2000 naar de toekomst kijken, dan moet men bedenken dat voorspellingen in dit kader niet tot doel hebben de werkelijkheid anno 2000 weer te geven. Zij hebben tot doel de aandacht van het beleid, maar ook van hulpverleners en andere bij de GGZ betrokkenen, te trekken. Deze kunnen dan afhankelijk van hun eigen inzichten hun gedrag daarop afstemmen, of niet.

In de Nota 2000 worden vele sociale en culturele ontwikkelingen beschreven, die invloed kunnen hebben op de geestelijke gezondheidstoestand.

In het hoofdstuk over determinanten van gezondheid komen de volgende maatschappelijke omgevingsfactoren aan de orde:

- arbeid, vooral met betrekking tot arbeidsomstandigheden;
- educatie, vooral met betrekking tot voorlichting;
- recreatie, vooral van belang voor de lichamelijke gezondheidstoestand;
- gezin en relaties.

Omdat het in dat hoofdstuk over gezondheid in z'n algemeenheid gaat, wordt de specifieke relatie met de geestelijke gezondheid alleen impliciet aangegeven. In de paragraaf over psychische ziekten en psychosociale

problemen wordt mede onder verwijzing naar de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid aandacht besteed aan:

- risicogroepen, namelijk mannelijke personen met een lage sociaal-economische status, uitkeringsgerechtigden, alleenstaanden waaronder gescheidenen, bepaalde groepen ouderen, etnische minderheden, vrouwen, kinderen en jeugdigen en slachtoffers van geweld;
- normen en waarden ten aanzien van ziekte-definities en de maatschappelijke acceptatie van psychische stoornissen;
- invloed van het ondersteunend sociaal netwerk;
- overmatig alcohol- en drugsgebruik;
- individualisering.

Omdat *al* deze verschillende sociale en culturele factoren invloed *kunnen* uitoefenen op de psychische gesteldheid van mensen, worden ze in de Nota doorgaans slechts summier behandeld. Vooral de invloed van werkloosheid komt er wat bekaaid af.

Een belangrijk probleem hierbij vormt echter de kloof tussen het macro-niveau van deze globale ontwikkelingen en het microniveau van het individu. Het merendeel van de mensen die met belastende omstandigheden worden geconfronteerd, vertoont immers geen psychische ziekten. Het lijkt mij daarom niet zinvol om al deze mogelijke invloeden hier opnieuw te beschrijven. Ik zal daarom proberen om iets – meer dan in de Nota 2000 is geschied – te zeggen over de *voorwaarden* waaronder ze de psychische gesteldheid beïnvloeden.

Wanneer leiden psychosociaal belastende omstandigheden tot psychische problemen? Dat is vooral het geval bij

- a. een ongunstige predispositie dienaangaande;
- b. een ontbrekend ondersteunend netwerk;
- c. een ontbrekend toekomstperspectief;
- d. ontbrekende vaardigheden voor het toepassen van oplossingsstrategieën.

Ten aanzien van het eerste punt durf ik geen voorspelling te doen. Over de toekomst van *ondersteunende sociale netwerken* is echter nogal wat materiaal beschikbaar. Voor het ontbreken van zo'n netwerk zijn verschillende oorzaken denkbaar:

- traditionele netwerkrelaties zijn in het verleden weggevallen, bij voorbeeld: meergeneratiefamilies namen in aantal af, het aantal kinderen per gezin is minder geworden;

- bestaande relaties worden steeds meer verbroken: door echtscheidingen, vroegtijdig verlaten van het arbeidsproces en door geografische mobiliteit;
- de betrokkene beschikt niet over vaardigheden om een ondersteunend netwerk op te bouwen.

Daar staat tegenover, dat het opbouwen van een sociaal netwerk tegenwoordig gemakkelijker is dan vroeger. De kans contacten te leggen via verenigingen, vormen van onderwijs, cursussen enzovoorts, is toegenomen. 62% van de volwassen Nederlanders was in 1983 lid van één of meer verenigingen, 46% nam deel aan één of meer vormen van vrijwilligerswerk en ruim 19% volgde één of andere vorm van volwassenen-educatie (SCP, 1984).

Maar men gaat niet alleen nieuwe soorten relaties aan; daarnaast worden verbroken relaties meestal weer vervangen. Zo verdwijnt jaarlijks circa 10% van het bestand aan éénoudergezinnen als gevolg van het weer gaan samenwonen met een partner (Niphuis-Nell en van Delft, te verschijnen in 1987). Hieraan kan worden toegevoegd, dat de acceptatie van niet-huwelijkse samenlevingsvormen toeneemt. Het percentage personen dat het eens is met de uitspraak 'gehuwden zijn gelukkiger dan ongehuwden' neemt geleidelijk af van 35% in 1975 tot 21% in 1986 (Onderzoek Culturele Veranderingen, SCP).

Combineert men deze gegevens met de zoëven geconstateerde daling van bepaalde psychosociale problemen bij gescheidenen, dan kan men voor de nabije toekomst het volgende verwachten. *Bij een toenemend aantal personen dat door echtscheiding een essentieel deel van zijn of haar netwerk verliest, zal dit verlies de psychische draagkracht van de betrokkene niet te boven gaan.* De resterende netwerkrelaties zullen doorgaans voldoende ondersteuning bieden. Zij worden bovendien aangevuld met nieuwe relaties.

Anders ligt het voor degenen die over te weinig vaardigheden beschikken om een netwerk op te bouwen. Waarschijnlijk vertonen deze mensen al psychosociale problemen die de ontwikkeling van deze vaardigheden in de weg staan. Hun slechte psychische gesteldheid is dan eerder oorzaak van het ontbrekend netwerk dan een gevolg daarvan.

Wanneer in het kader van de GGZ sprake is van verbroken sociale relaties, dan denkt men daarbij vooral aan de betrokken volwassenen. De erbij betrokken kinderen verdienen echter minstens evenveel aan-

dacht. Hun aantal zou stijgen van 261 000 in 1981 tot bijna 624 000 in 2000 (Niphuis-Nell en van Delft). Voor deze kinderen is niet alleen het uit elkaar gaan van hun ouders een sterk belastend gegeven, daarnaast moeten zij veelal ook wennen aan één of meer nieuwe partners van hun vader en/of moeder. Hun sociaal netwerk is tenminste in hun eigen ervaring onstabiel, het biedt voor hen vaak onvoldoende houvast en zekerheid. Over de psychische gesteldheid van deze kinderen is nog niet veel bekend, maar toch meer dan de Nota 2000 vermeldt. Uit registratiegegevens van een jeugdteam in Assen blijkt, dat bij de daar ingeschreven kinderen beneden de 13 jaar, de kinderen uit onvolledige gezinnen zijn oververtegenwoordigd (Ten Horn, 1985). Dit wordt gesteund door gegevens uit een landelijke enquête naar voorzieningengebruik, waarbij leden van één- en tweoudergezinnen worden vergeleken (tabel 2).

Tabel 2 Gebruik van psychosociale hulpverlening* door één- en tweoudergezinnen (in procenten)

Gebruik door	Algemeen maatschappelijk werk		AGGZ	
	twee-oudergezinnen	één-oudergezinnen	twee-oudergezinnen	één-oudergezinnen
ouders	2	8	4	15
kinderen 16+ gemiddeld van gezinsleden van 16 jr e.o.	1	2	1	6
	2	6	3	12

Bron: Niphuis-Nell en Van Delft.

* Minstens één contact in twee jaar.

Voorts is uit onderzoek bekend dat relatieproblemen van ouders veelal relatieproblemen van hun kinderen op latere leeftijd tot gevolg hebben. Die kinderen hebben later zelf moeite met het aangaan en onderhouden van affectieve relaties (Timmermans, te verschijnen in 1987). Het is daarom niet denkbeeldig dat *een onevenredig groot aantal kinderen uit éénoudergezinnen op volwassen leeftijd psychische problemen zal gaan vertonen*.

Tot zover een aanvulling op het thema 'netwerken'. Deze laat overigens onverlet, dat dit thema ook op andere onderdelen zorgelijk zal blijven, bij voorbeeld door veroudering en uitstoot uit het arbeidsproces.

Ik kom dan nu op de één na laatste voorwaarde voor het ontstaan van psychische problemen bij belastende omstandigheden. Deze betreft een *ontbrekend toekomstperspectief*.

De gevolgen van de economische crisis in de afgelopen jaren heeft waarschijnlijk het toekomstperspectief van vele Nederlanders verslechterd. In het algemeen blijkt echter, dat de bevolking nogal nuchter en gelaten op deze crisis heeft gereageerd. In de privésfeer, waar het de individuele behoeften betreft, is er zelfs sprake geweest van een gestaag voortgaande liberalisering of modernisering. Een geringe opleving van de economische situatie ging in 1986 al weer gepaard met enig optimisme en een weer stijgend ambitieniveau. Ook voor de toekomst kan men derhalve verwachten, dat *schommelingen in de ontwikkelingen op macro-niveau die het toekomstperspectief vernauwen, op individueel niveau geen duidelijke invloed te zien zullen geven*. Zij zijn vermoedelijk minder psychisch belastend dan veelal wordt aangenomen.

Ook hier kunt u tegenwerpen, dat dit voor de gemiddelde bevolking kan gelden, maar niet voor bepaalde groepen, waarvan het toekomstperspectief meer dan dat van anderen is afgenomen. Zijn er in een situatie van economische achteruitgang geen groepen die meer dan anderen achterblijven?

Uit een vergelijking van de leefsituatie van werklozen met die van werkenden, blijkt dat werklozen er in vele opzichten slechter aan toe zijn dan werkenden, maar dat hun situatie er in de afgelopen jaren niet duidelijk slechter op geworden is (SCP, 1986). Deze conclusie geldt ook voor personen die volgens bepaalde criteria tot de 10% laagstgeclasserden in Nederland kunnen worden gerekend (SCP, ongepubliceerd). Zij zijn er op onderdelen ook op vooruit gegaan: hun vrijetijdsbesteding is veel gevarieerder geworden en hun materiële bezittingen zijn meer dan evenredig toegenomen.

Tot besluit kom ik dan tot de naar mijn mening belangrijkste voorwaarde voor het ontstaan van psychische problemen, namelijk *de ontbrekende vaardigheden voor het toepassen van oplossingsstrategieën*. Deze vaardigheden zijn ongelijk verdeeld in de bevolking. Zij ontbreken ook niet direct aanwijsbaar bij de steeds genoemde risicogroepen. Vermoedelijk heeft slechts een kleine groep werkelijk tekorten op dit punt. Maar het is niet onwaarschijnlijk dat deze groep in de toekomst zal groeien. Ik durft dit ondanks al mijn twijfels ten aanzien van voorspellingen in relatie met de GGZ, uit te spreken. Waarom? Ik noem u drie redenen.

Ten eerste omdat de betrokkenheid bij het maatschappelijk leven steeds hogere eisen aan burgers zal stellen. Er bestaan wel steeds meer mogelijkheden om aan uiteenlopende aspecten van het maatschappelijk leven deel te nemen; maar vooral potentieel psychisch kwetsbare personen kunnen de vele mogelijkheden niet altijd overzien. Zij zullen er moeilijk uit kunnen kiezen. De kans op meer achterblijvers op dit punt is niet denkbeeldig.

Ten tweede omdat deze vaardigheden in een stabiel sociaal netwerk kunnen worden aangeleerd. Maar juist de personen met tekorten op dit punt zijn niet altijd in staat om de nieuwe mogelijkheden tot het aangaan van sociale relaties te benutten.

En ten derde: moderne waarden zoals opkomen voor jezelf, zelfzorg en gezond gedrag spreken deze mensen juist helemaal niet aan. Als zij problemen ondervinden, zijn zij juist graag afhankelijk van de professionele deskundigheid.

Wel wordt het aanleren van oplossingsstrategieën in de Nota gepropageerd als onderdeel van een leefstijl die de psychische gezondheid bevordert. Maar hoe de overheid daaraan kan bijdragen, blijft in het midden. Volgens velen terecht omdat ze tot de privé sfeer van burgers behoort waarmee de overheid zich niet mag bezighouden (Idenburg, 1986).

Ik neem aan dat dit thema in onze discussie de aandacht zal krijgen.

Literatuur

- Bijl, R. en J. Mastboom, *Van behoefte naar vraag; epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden*. NcGv-reeks nr. 89. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1986
- Giel, R., *Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Ondersteunende tekst t.b.v. de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 1983
- Horn, G.H.M.M. ten, J.L. Wouters en A. Brug, *De geestelijke gezondheidszorg tot en met 12 jaar, bevindingen uit het Register Geestelijke Volksgezondheid. Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 1985/2, p. 128–138
- Idenburg, Ph.A., *Lange termijn denken en beleid: over het nut van een integrerende visie op het gezondheidsvraagstuk. Lezing gehouden ter gelegenheid van 'De Nota 2000 en de eerste lijn' op 12 november 1986 te Ede*
- Onderzoek Culturele Veranderingen 1958–1986*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk, 1986
- Niphuis-Nell, M. en M. van Delft, *Eénoudergezinnen en voorzieningengebruik*, SCP-stukwerk, Rijswijk (in druk)
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1984 en 1986*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1984, 1986
- Timmermans, J.M., *Samenhang in de jeugdhulpverlening*, SCP-stukwerk, Rijswijk (in

Discussie

Aan de discussie namen deel:

Drs. K.R. Geelen, socioloog, medewerker IVA, Tilburg

Mr. J.H. Halm, hoofd hoofdafdeling geestelijke gezondheidszorg, Ministerie van WVC, Rijswijk

Mw. Dr. G.H.M.M. ten Horn, medisch socioloog, afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Prof. Dr. M. de Vries, hoogleraar Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

Forumvoorzitter:

Dr. Ph.A. Idenburg, voorzitter Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Den Haag

De Vries merkt op dat een van de voornaamste uitgangspunten van de Nota een verschuiving van gezondheidszorgverantwoordelijkheid naar de informele sector inhoudt. De mogelijkheid hiertoe is gebaseerd op de hoop dat de informele sector die verantwoordelijkheid inderdaad kan dragen, in weerwil van een aantal negatieve ontwikkelingen en terwijl dit voor bepaalde groepen – waarop mevrouw Mootz doelde – zeer moeilijk zal zijn. Het is een voornemen dat onbegrijpelijk moet zijn voor diegenen die aan chronische ziekten lijden en die geen voorzieningen zouden hebben wanneer niet de professionele sector voor hen was opgekomen. Voorts komt deze verschuiving voor rekening van ‘de wijk’ die in Nederland nauwelijks sociale betekenis heeft en voor die van gezinnen die door het overige overheidsbeleid niet worden ondersteund.

Ook op individueel niveau is deze verschuiving naar ‘eigen beheer’ merkwaardig; nu wordt zorg voor ziekte ineens teruggeschoven naar de patiënt, nadat vele jaren lang juist ziekte en patiënt van elkaar zijn gescheiden. Daarmee gaan we in tegen de cultuur en, pakweg, honderd jaar medische geschiedenis.

Ten slotte: wanneer het werkelijk ernst is met het voornemen om zeggenschap over en planning van gezondheidszorg naar de wijk te verschuiven, dan zal men ook de budgetten dienen te verschuiven.

Geelen meent dat de in de Nota gepresenteerde modellen veel te simplistisch zijn en zich dan ook nauwelijks voor voorspellingen lenen. Er worden weliswaar een aantal nieuwe begrippen toegevoegd die invloed zullen hebben op de geestelijke gezondheid, ze worden echter niet in een model opgenomen, zodat de tegenstrijdigheden ontstaan waarop Van Lieshout heeft gewezen. Een indeling in problemen waarvan de oorzaken al dan niet bekend zijn en die vervolgens al dan niet behandelbaar zijn, zou o.m. voor preventie weleens praktischer kunnen zijn.

Voorts signaleert Geelen problemen in de uitwerking van het facetbeleid. Dit wordt veel minder bedreigd door moeizaam overleg tussen ministeries dan door tegenstrijdigheden tussen de waarde gezondheid en waarden in andere maatschappelijke sectoren. Zo wordt in de Nota gewezen op de psychische belasting van het langdurig werkloos zijn, terwijl juist kortgeleden maatregelen tegen werklozen en uitkeringstrekken bekend werden die de stigmatisering en psychische last kunnen vergroten.

Ten slotte plaatst hij een kanttekening bij de door Halm genoemde cijfers. Deze worden vaak verkregen door eenmalige metingen waarbij wordt vergeten dat vaak 'spontaan herstel' optreedt. Dit zogenaamde 'spontane herstel' verdient overigens de nodige aandacht: men zou er ten behoeve van preventie uit kunnen leren hoe mensen zelf hun problemen oplossen.

Mevrouw Ten Horn mist in de Nota duidelijke prioriteitstellingen. Zij vindt de Nota dan ook eerder een goed leerboek voor preventie dan een beleidsnota. Verder vraagt zij zich af welke beleidsconsequenties moeten worden getrokken uit de stijgende zelfmoordcijfers.

Vanuit de zaal wordt gereageerd op de lezing van mevrouw Mootz waar zij stelde dat de afhankelijkheid van de consument in de geestelijke gezondheidszorg naar verwachting niet zal afnemen. Men meent dat de afgelopen tien jaar een tegenovergestelde trend te zien geven. Ook wordt in het kader van de preventie te weinig aandacht besteed aan het bevorderen dat consumenten binnen het geheel van voorzieningen beter hun weg kunnen vinden en zodoende sneller de nodige hulp kunnen krijgen. Mevrouw Mootz heeft dit niet zo bedoeld. Zij meende dat er redenen zijn om aan te nemen dat de vaardigheden van bepaalde categorieën mensen om oplossingen voor hun problemen te vinden, niet zullen toenemen.

Vanuit de zaal wordt hierop gereageerd: misschien gaat het niet zozeer om ontbrekende oplossingsstrategieën, maar om oplossingen die

niet in een middenklasse-waardensysteem passen.

Iemand anders uit de zaal merkt op dat onderzoek juist uitwijst dat lagere sociaal-economische groepen in de bevolking niet door hulpverleners uit de middenklasse, maar juist door hun eigen sociale omgeving worden uitgestoten. De inrichting functioneert veel meer als vluchtplaats voor mensen die geen plek meer vinden binnen het eigen sociale systeem dan als een oord waar mensen worden opgesloten die maatschappelijk minder welgevallig gedrag vertonen.

Een andere spreker benadrukt dat uit onderzoek naar gezondheidsgedrag van artsen blijkt dat deze in hoge mate ongezond gedrag vertonen. Het is dan ook te optimistisch om het nemen van hoge gezondheidsrisico's alleen aan lagere sociaal-economische groepen toe te schrijven.

Vanuit de zaal wordt ingegaan op de invulling van het begrip 'netwerk' in de gehouden lezingen. Men heeft bezwaar tegen de beperkte invulling daarvan. Netwerken worden vaak verengd tot geformaliseerde samenlevingsrelaties zoals het huwelijk. Minstens even belangrijk zijn samenlevingsverbanden die niet geformaliseerd zijn. Daarnaast kan men ook denken aan relaties in de werksfeer. Wanneer netwerken op een dergelijke manier worden gedifferentieerd, kunnen ook makkelijker voorspellingen worden gedaan over te verwachten sociale steun. Mevrouw Mootz is het met deze spreker eens. In de Nota wordt veel nadruk op het toenemend aantal echtscheidingen gelegd, maar dat is niet alles. Behalve dat de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van echtscheiding wel eens mee kunnen vallen, zijn er ook veel anderssoortige relaties die belangrijker kunnen zijn dan die binnen het gezin. Ook is het voor haar zeer duidelijk dat relaties vaak oorzaak zijn van psychosociale problemen en dat preventie op dat vlak dan ook de allerhoogste prioriteit verdient.

Vanuit de zaal wordt teruggekomen op de 'zorgzame samenleving', de verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid van het zorgsysteem naar de consumenten ervan. Eén spreker noemt dit 'misbruikte ideologie': achter deze voornemens zit de werkelijke prioriteit dat hierdoor de gezondheidszorg goedkoper zal worden. Speciaal op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg constateert mevrouw Ten Horn hier een paradox. Op dit terrein lossen mensen in hoge mate zelf hun problemen op, maar juist in het hoofdstuk dat over de geestelijke gezondheid gaat, wordt nog eens benadrukt dat het beleid erop gericht is dit door de mensen zelf te laten doen.

Een spreker vanuit de zaal acht dit geen paradox: aangezien de totale

kosten voor de gezondheidszorg niet omhoog mogen, heeft men juist in de GGZ gezocht naar mogelijkheden om de mensen meer zelf te laten oplossen, want daar zijn ze het gewend.

De Vries meent dat het bezuinigingsmotief achter de ideeën van de Nota nauwelijks een geheim is ('zuinig is in Nederland geen *dirty word*'). Belangrijker dan wijzen op het bezuinigingsmotief is het dan ook om in te gaan op de voorwaarden waaronder mensen ook daadwerkelijk de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid kunnen gaan dragen. Daartoe zal men moeten beginnen met het ondersteunen van sociale verbanden waarbinnen men alternatieven voor het gezondheidszorg-systeem kan ontwikkelen.

Halm meent dat de Nota geweld wordt aangedaan wanneer de budgettaire kant als geheim agendapunt wordt ingevoerd. Hij acht het juist zeer legitiem om grondprincipes voor een beleid vast te stellen zonder daarbij al te veel rekening te houden met de werkelijkheid van het moment. Doet men dat laatste teveel dan komt men eigenlijk nooit tot iets nieuws. De opmerkingen die vandaag en bij de andere conferenties gemaakt zijn, zullen bijdragen aan een nieuw uit te zetten beleid dat er anders uit zal zien dan hetgeen nu in de Nota staat.

In de volgende fase zal het veel meer gaan om de voorwaarden die aan een proces van verandering moeten worden gesteld en daarbij zullen de genoemde prioriteiten dan ook nadrukkelijker aan de orde komen dan nu in de Nota is gebeurd.

Idenburg sluit de ochtend-discussie.

4 Effectiviteit van preventieve interventies: mogelijkheden en voorwaarden

C.M.H. Hosman

1 Inleiding

Wie de moed heeft kunnen opbrengen zich door de honderden pagina's van de Nota heen te werken, kan het niet ontgaan zijn dat de term 'preventie' regelmatig voorkomt. De Nota 2000 heeft iets met preventie. Sommigen vinden dit zeer aantrekkelijk, anderen hebben er zeker hun twijfels bij. Feit is dat we in Nederland al een eind op weg zijn met de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Dat geldt met name voor RIAGG's en CAD's en de basisgezondheidsdiensten. We vragen ons nu af hoe we daar de komende 15 jaar mee verder moeten. Waar kunnen en willen we in het jaar 2000 uitkomen en wat zijn daartoe de voorwaarden?

Centraal in deze inleiding staat dan ook de vraag: Wat is de betekenis van de Nota 2000 voor de ontwikkeling van een preventieve geestelijke gezondheidszorg, waarvan we in het jaar 2000 kunnen zeggen dat deze effectief is gebleken in het bereiken van gestelde doelen? Om hierop een antwoord te geven zal ik achtereenvolgens ingaan op de volgende vier thema's.

- Belangrijkste *visies van de Nota* op de ontwikkeling van de preventieve GGZ.
- Verhouding van de *huidige preventieve GGZ* tot deze beleidsvisies.
- Mogelijkheid om *effecten van preventieve interventies* aan te tonen.
- *Voorwaarden* waaraan op *korte termijn* zou moeten worden voldaan om in 2000 te kunnen beschikken over een preventieve GGZ met een hoog rendement.

2 Visies van de Nota 2000 op de preventieve GGZ

De Nota 2000 houdt een ombuiging in van het overheidsbeleid, namelijk van een eenzijdige aandacht voor gezondheidszorgvoorzieningen en patiënten naar een beleid dat ook sterk gericht is op het handhaven en

verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking: een gezondheidsbeleid. Hierin wordt aan preventie en gezondheidsbescherming een centrale plaats toegekend.

Wanneer het althans niet bij een berg papier blijft, en de Nota – naar ik hoop – brede acceptatie krijgt, dan mag deze wijziging van het overheidsbeleid als een historische stap beschouwd worden. Vanwege deze verschuiving van een dominant curatieve naar een meer preventieve zorg, én vanwege de poging een totaalvisie te ontwikkelen voor de lange termijn, én vanwege de poging deze te funderen vanuit een theoretisch model, én omdat de Nota in meerdere betekenissen grensoverschrijdend is, behoeft zij – ondanks alle denkbare kritieken – veel waardering. Niettemin blijft het slechts een aanzet die de komende tien jaar op vele punten nader zal moeten worden uitgewerkt.

Wat heeft de Nota te zeggen over de wijze waarop de preventieve GGZ de komende vijftien jaar verder zou moeten worden ontwikkeld? Op tal van plaatsen spreekt de Nota zich duidelijk uit over de wenselijkheid dat ook op het gebied van de geestelijke volksgezondheid aan preventie een meer centrale plaats wordt toegekend. Naast het versterken van preventieve bijdragen vanuit de basisgezondheidsdiensten en de eerste lijn, zal ook het preventieve deel van de RIAGG's met kracht moeten worden gestimuleerd (pag. 361). Het aandeel van de preventieve activiteiten zou ten opzichte van de curatieve sector zowel in relatieve als in absolute zin vergroot moeten worden. Regelmatig wordt terugverwezen naar de Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984 en ook daar is eenzelfde beleidsvisie te constateren.

Hoe dat vervolgens allemaal gestalte zou moeten krijgen, daarover blijft de Nota helaas uiterst vaag, als ik me tenminste beperk tot expliciete uitspraken over de preventieve GGZ. Het meest expliciet is de Nota nog over een aantal probleemvelden en risicogroepen en over het belang van opnamepreventie. Dit laatste wordt vooral uitgewerkt via aanpassingen binnen de curatieve zorg, zoals deeltijdbehandeling, crisis-interventie en intensieve sociaalpsychiatrische begeleiding, bij voorkeur op wijkniveau.

Voor zover het dus gaat om expliciete uitspraken over de preventieve GGZ, levert de Nota per saldo een wat mager, té mager beeld op. Noch bij de bespreking van de organisatie van de gezondheidszorg, noch bij de middelenvoorziening worden de consequenties van dit preventieve beleid voor de preventieve GGZ behandeld. Noch ten aanzien van beroepskrachtplanning, noch ten aanzien van kennis en opleiding, noch

ten aanzien van de technologie worden hierover uitspraken gedaan. Terwijl wel rekening wordt gehouden met een toename van de vraag naar preventieve zorg, blijft de financiële vertaling hiervan voor de GGZ volstrekt onduidelijk. Het is nu juist deze infrastructuur die de komende jaren een belangrijke versterking behoeft. Ik kijk dan ook met verwachting uit naar de aangekondigde Vervolgnota voor de Geestelijke Volksgezondheid.

De belangrijkste boodschap van de Nota 2000 voor de preventieve GGZ is te vinden daar waar de Nota zich meer in algemene termen uitspreekt over het gezondheidsbeleid, de gezondheidsdeterminanten en over preventie in het algemeen. Voor de preventieve GGZ zijn vooral de volgende beleidslijnen relevant.

- In de preventieve gezondheidszorg wordt een *tweesporenbeleid* gevolgd, zowel preventie van ziekten en ernstige psychosociale problemen als gezondheidsbevordering.
- Het vertrekpunt van de preventieve zorg dient de gezondheidsproblematiek in de samenleving te zijn, dus een sterke *oriëntatie op maatschappelijke behoeften*.
- De Nota 2000 gaat uit van een *output-oriëntatie*. Sturend voor de keuze van preventieprojecten dient te zijn: een zo groot mogelijk effect, een zo efficiënt mogelijk gebruik van beperkte middelen en een zo groot mogelijk bereik in de samenleving ('impact'). Kortom een *zo hoog mogelijk rendement*.
- De professionele zorg dient bij te dragen aan een *versterking van de zelfzorg en mantelzorg*, in plaats van deze uit te hollen; en de tweede lijn dient bij te dragen aan het *versterken van de eerste lijn*.
- Verder klinkt in de Nota een duidelijk pleidooi door voor kwaliteitsverbetering via een *meer wetenschappelijke aanpak*.
- De Nota gaat in haar verklaringsmodel uit van een *multicausale benadering*. Zo wordt gepleit voor interventies op meerdere factoren en op verschillende niveaus, en samenhangend daarmee voor samenwerking met andere maatschappelijke sectoren (arbeid, recreatie, onderwijs e.d.).

3 AGGZ-preventie tot nu toe

Hoe verhoudt zich deze beleidsvisie tot de huidige preventieve AGGZ-preventie? Vormt de huidige praktijk een basis waarop de vele pretenties voor het jaar 2000 kunnen worden waargemaakt?

Volume. Na een wat aarzelende start in de jaren 70 beschikken nu vrijwel alle RIAGG's en CAD's over één en meestal meer preventiewerkers. Vaak zijn deze georganiseerd in de vorm van een preventieteam. In de RIAGG's betreft het totaal nu ongeveer 120 full-time equivalenten en in de CAD's ongeveer 40. Daarbij komt nog de inzet van curatieve werkers in preventie-activiteiten. In 1987 zou 10% van de professionele capaciteit van de RIAGG's voor preventie beschikbaar moeten zijn en er wordt gestreefd naar tenminste 12% in 1995.

Er is inmiddels een redelijk volume aan preventieprojecten ontwikkeld. Volgens een onderzoek van het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP) zijn er in de RIAGG's thans 360 grotere of kleinere projecten in uitvoering. De thema's van deze projecten concentreren zich rond zo'n 10 à 15 probleemvelden.

Tweesporenbeleid. AGGZ-preventieprojecten richten zich zowel op het voorkómen van ernstige psychosociale problemen, als op gezondheidsbevordering. Met name het aandeel van de zogenoemde 'sociaal-psychiatrische preventie' is groeiende. De laatste twee jaar zijn in vele RIAGG's preventieprojecten gestart rond onderwerpen als suïcide, depressie, dementie, incest, ex-psychiatrische patiënten en opnamepreventie.

Aansluiting op maatschappelijke behoeften. De AGGZ-preventie is bij uitstek een sector die doelbewust reageert op maatschappelijke problemen en behoeften zoals echtscheiding, arbeidsongeschiktheid, psychische gevolgen van discriminatie en vergrijzing.

Zelfzorg, mantelzorg en eerste lijn. Binnen de GGZ is de AGGZ-preventie tevens bij uitstek de sector die doelbewust werkt aan de versterking van zelfzorg, mantelzorg en eerstelijnszorg. Daarbij wordt intensief samengewerkt met bij voorbeeld wijkverpleging, politie, scholen, verzorgingstehuizen en de advocatuur.

Multicausaliteit. De meeste preventieprojecten hanteren een multicausaal uitgangspunt. Er wordt zowel gewerkt aan het versterken van de individuele weerbaarheid, als aan het verbeteren van sociale ondersteuning en zo mogelijk ook aan het verminderen van beïnvloedbare sociale en maatschappelijke stressoren, onder meer in de wijksituatie, schoolsystemen en bedrijven.

Tot zover zou je mogen concluderen dat de AGGZ-preventie redelijk in de pas loopt met de Nota 2000 en dus enige basis biedt voor het verder ontwikkelen van een effectieve preventieve zorg. Daarnaast is er ook ernstige *kritiek* op de wijze waarop de AGGZ-preventie zich de afgelopen 15 jaar heeft ontwikkeld. Die kritiek spitst zich toe op drie criteria:

- de *theoretische en epidemiologische onderbouwing* van het preventiewerk schiet nog ernstig tekort;
- er bestaat weinig zicht op de *effecten* van preventieprojecten. Er is een schat aan praktijkervaring opgedaan, maar deze heeft door het ontbreken van proces- en effectevaluatie onvoldoende geleid tot overdraagbare en dus productieve kennis.
- Ook het werken aan een hoge *efficiency* en een zo groot mogelijk bereik in de samenleving, heeft nog onvoldoende aandacht gekregen.

Juist in deze kwaliteitsaspecten zou een deel van de identiteit van de AGGZ-preventie moeten liggen. Ik acht die kritiek terecht, ze moet ernstig worden genomen en hieraan dienen bij de verdere beleidsontwikkeling in de AGGZ-preventie ook duidelijk consequenties te worden verbonden.

Hoe terecht de kritieken ook zijn, het zou ten onrechte zijn om deze tekorten te plaatsen op het conto van de preventiepraktijk en van preventiewerkers in de AGGZ. We zitten hier met de erfenis van een ernstige beleidsfout die het ministerie van CRM gemaakt heeft bij de start van de AGGZ-preventie aan het begin van de jaren zeventig. De AGGZ-preventie heeft van het begin af aan bestaan in het uitvoeren van preventie-activiteiten en liefst zo veel mogelijk. De overheid heeft zich daarbij lange tijd op geen enkele wijze druk gemaakt over de ontwikkeling van de hiervoor noodzakelijke kennis en deskundigheid. Dat zou allemaal nog niet zo erg zijn geweest, wanneer men ervoor had gekozen preventieprojecten steeds op experiment-basis uit te voeren, dus het systematisch koppelen van de uitvoeringstaak aan de ontwikkelingstaak. Maar dat is evenmin gebeurd. Ook universiteiten hebben de laatste 20 jaar weinig in de preventieve GGZ geïnvesteerd.

Bij gebrek aan een ondersteunende infrastructuur heeft het preventieveld toen maar zelf en nagenoeg als enige die ontwikkelingstaak op zich genomen. Met name de laatste jaren wordt hierin door preventiewerkers extra geïnvesteerd. Zo wordt er meer gedaan aan theoretische onderbouwing van preventieprojecten.

In een aantal teams is een start gemaakt met systematisch signale-

rings- en evaluatie-onderzoek. Bovendien wordt er al geruime tijd vanuit meerdere preventieteams gezamenlijk gewerkt aan produktontwikkeling en deskundigheidsbevordering.

Ook de NVAGG heeft zich sinds 1980 ingespannen om deze achterstand wat in te halen, onder meer via beleidsnota's over de preventietaak, formulering van een nascholingsplan, de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en de oprichting van het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie (LOP). Het LOP is een vierjarig ontwikkelingsproject onder meer gericht op onderzoeksstimulering, deskundigheidsbevordering en de systematische inventarisatie en beschrijving van preventieprojecten.

Er is dus wel een redelijke basis gelegd in de AGGZ-preventie en er zit ook wel beweging in, maar het vervoermiddel blijft zo ongeveer een step. Hoe hard je ook stept, je blijft te langzaam vooruitkomen. Er is dus een beter vervoermiddel nodig, een betere infrastructuur die een snellere ontwikkeling van de preventiesector mogelijk moet maken.

4 Preventie-effecten

Blijft natuurlijk de vraag of het allemaal wel de moeite waard zal zijn: is het wel mogelijk preventieve effecten te bereiken en aan te tonen. Over de preventieve geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren een grote hoeveelheid wetenschappelijke artikelen, boeken en nieuwe tijdschriften verschenen; zie onder meer de bibliografie van Buckner e.a. (1985) over primaire preventie. Internationaal gezien is de kennisproductie rond preventie goed op gang gekomen.

Toch is er over de effecten van preventieprojecten en over de meest effectieve preventiestrategieën op dit moment nog geen systematisch overzicht voorhanden. Wel zijn er in de internationale literatuur een groot aantal evaluatiestudies over preventieprojecten te vinden. Via een subsidie van het Ministerie van WVC zijn we in Nijmegen onlangs een studie gestart om een inhoudsanalyse te doen op ruim 200 van dergelijke evaluatiestudies.

Ik zal hier volstaan met enkele voorbeelden van effectieve programma's. Gezien het in ons land nog steeds stijgende aantal echtscheidingen bieden de studies van Bernard Bloom een interessant preventievoorbeld (Bloom e.a., 1982, 1985; Hodges and Bloom, 1986). Het betreft hier een preventieprogramma voor mensen die pas gescheiden zijn; volgens een groot aantal vooral Amerikaanse epidemiologische studies

een duidelijke risicogroep. Zo bleek in het algemeen een hogere kans op psychiatrische stoornissen, alcoholisme, kanker aan de ademhalingswegen, verkeersongelukken, en suïcide. Het interventieprogramma bestond uit groepsbijeenkomsten gedurende enkele maanden en was zowel gericht op competentieverhoging als op versterking van sociale ondersteuning. De bijeenkomsten gingen onder andere over socialisatie-vraagstukken, opvoeding, alleenstaand ouderschap, werk, financiën, huishouden en behuizing. Direct na het programma bleek de interventiegroep in vergelijking tot een controlegroep minder angsten te vertonen, een betere lichamelijke conditie en meer probleemoplossende vaardigheden. Het grootste effect trad – opvallend genoeg – pas na drie jaar op en ook na vier jaar konden nog belangrijke effecten worden aangetoond: betere sociale relaties, minder eenzaamheid, minder incompetentiegevoel, grotere seksuele tevredenheid, betere lichamelijke gezondheid en minder financiële problemen. Het is jammer dat in deze studie niet de effecten zijn nagegaan op het huisartsbezoek, het gebruik van de sociale diensten en de GGZ.

Een dergelijk effect is door Tableman wel onderzocht in een van haar 'Prevention Demonstration Projects' in Michigan (Tableman, 1985). Het betreft hier een stressmanagement-training voor vrouwen uit de lagere inkomensgroepen die regelmatig contact hadden met de sociale dienst (Tableman e.a., 1982, 1985). De epidemioloog Brown heeft via een omvangrijke studie aangetoond dat deze vrouwen een belangrijke risicogroep vormen voor depressieve stoornissen en voor hulpvragen bij tal van professionele instellingen (Brown en Harris, 1978). Mede op basis van de theorie over 'learned helplessness' van Seligman ontwikkelde Tableman voor deze groep een stressmanagement-training. Onder meer bleek dat de depressieve symptomen na drie maanden de helft lager waren dan in de controlegroep. Ook de sociale diensten constateerden een verandering bij deze vrouwen: minder vaak noodkreten, een groter probleemoplossend vermogen en een hogere maatschappelijke activiteit. Bovendien bleek uit een vervolgstudie dat de kosten voor vrouwen met een combinatie van stress-training en individuele therapie uiteindelijk 44% goedkoper waren dan bij vrouwen die voor dezelfde problemen alleen individuele therapie ontvingen.

Verder is een groot aantal preventie-effecten bekend uit projecten gericht op pasgeboren kinderen, en kinderen uit de crèche- en basisschoolleeftijd. Het gaat hier onder meer om trainingsprogramma's in groepsverband die aantoonbaar hebben geleid tot een geringere kans op

gedrags- en leerproblemen bij kinderen (Shure en Spivack, 1982a, 1982b).

Voorts hebben Lazar e.a. (1977) aan de hand van de belangrijkste 14 longitudinale studies over de effecten van het bekende 'head start' programma laten zien dat zelfs na 9 tot 18 jaar een beter cognitief functioneren aantoonbaar was, een betere emotionele aanpassing en minder plaatsingen in klassen voor speciaal onderwijs op grond van leer- of gedragsproblemen.

Ook rond vele andere onderwerpen zijn preventieve effecten aangetoond bij voorbeeld van interventieprogramma's gericht op risicofactoren in het eerste levensjaar (Field, 1985; Broussard, 1985), rond opnamepreventie via sociale ondersteuningsprogramma's voor ex-psihiatrische patiënten (Dingemans en Van Engeland, 1984). Ook patiëntenverenigingen zijn op dit terrein zeer actief geweest. Verder kan gedacht worden aan suïcidepreventie (Kerkhof e.a., 1982). Diekstra heeft nog onlangs via AVRO's Televisier verslag gedaan van dergelijke succesvolle suïcidepreventieprogramma's op scholen in de Verenigde Staten.

Wat kunnen we nu uit deze voorbeelden concluderen? Het is kennelijk mogelijk om via preventieprojecten waardevolle preventieve effecten te bereiken en deze via evaluatie-onderzoek aan te tonen. Van de andere kant mag men er niet zo maar van uitgaan dat elk preventieproject ook daadwerkelijk tot het beoogde effect leidt. Er zijn ook voorbeelden van mislukte projecten en zelfs projecten met een averechts effect (Lorion, 1983). Evaluatie en een bescheiden opstelling blijft dus geboden!

5 Voorwaarden voor een effectieve preventie in het jaar 2000

Aan welke voorwaarden zou op korte termijn gewerkt moeten worden om in het jaar 2000 te kunnen beschikken over een preventieve GGZ met een hoog rendement?

Uit het voorafgaande zal duidelijk zijn dat ik van mening ben dat er eerst meer geïnvesteerd zou moeten worden in de ontwikkelingstaak rond preventie en in de daarvoor noodzakelijke infrastructuur. Daarover zou een langetermijnvisie moeten worden ontwikkeld, waarvoor ik graag enkele suggesties wil doen.

Projectontwikkeling. Voor preventieprojecten zouden kwaliteitsnormen moeten worden omschreven, zoals bij voorbeeld de noodzakelijke des-

kundigheden, explicitering van uitgangspunten, een duidelijk projectplan en een epidemiologische verantwoording.

Voorts is het van belang dat via demonstratieprojecten de mogelijkheid aangetoond wordt om beoogde preventieve effecten te bereiken. Bij die effecten zou ook een vermindering van de vraag naar professionele hulp kunnen worden betrokken, hoewel dit niet de enige legitimering voor AGGZ-preventie hoeft te zijn.

Verder is de effectiviteit van de preventieve GGZ in het jaar 2000 gediend bij het voorlopig reduceren van het aantal projecten ten gunste van het opzetten van een aantal model- of ontwikkelingsprojecten. Deze zouden via evaluatie-onderzoek moeten worden getoetst en verbeterd. Gedurende een periode van minstens zes jaar zou 50% van de thans beschikbare preventiecapaciteit gestoken moeten worden in dit soort ontwikkelingsprojecten. Hierbij zou het wenselijk zijn om projecten vanuit verschillende theoretische visies op te zetten en te vergelijken. De landelijke spreiding van dergelijke ontwikkelingsprojecten zou onder één landelijke regie moeten worden gebracht.

Ten slotte zou meer aandacht moeten worden besteed aan het maken van makkelijk overdraagbare produkten. Ik denk dan zowel aan overdraagbaarheid van de ene naar de andere regio als van de tweede naar de eerste lijn.

Deskundigheidsontwikkeling. Om op een verantwoorde wijze preventie te kunnen ontwikkelen, is het vooral van belang de beschikbare wetenschappelijke kennis beter te spreiden en toegankelijk te maken. Ook professionele kennis van curatieve werkers zou via kennisproductieve samenwerkingsvormen binnen AGGZ-instellingen meer voor preventie toegankelijk moeten worden gemaakt.

Voor de beschikbaarheid van kennis op landelijk niveau is een landelijk service-instituut nodig voor de GGZ-preventie. Het huidige Landelijk Ondersteuningspunt Preventie biedt daarvoor een goed startpunt, maar zou zwaarder moeten worden aangezet en op termijn ondergebracht in een groter service-instituut met meer mogelijkheden zoals het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO.

Voor de levensvatbaarheid van een aantal van de hier genoemde suggesties lijkt het mij noodzakelijk om naast de bestaande preventieteams in de AGGZ een viertal ontwikkelingsteams op te zetten, evenwichtig verspreid over het land. Ieder team zou 3 à 4 gespecialiseerde krachten moeten omvatten met onderzoeks-, opleidings- en consulentkwaliteiten.

Deze teams zouden kunnen worden aangehaakt bij universiteiten of RINO's. Zij zouden ieder een ontwikkelingstaak moeten krijgen ten behoeve van een aantal AGGZ-instellingen en zorg moeten dragen voor de link tussen praktijk, theorie, opleiding, nascholing en onderzoek. In de Verenigde Staten is al enige ervaring opgedaan met dit soort 'proefboerderijen' en demonstratieprojecten (Tableman en Hess, 1985; Price e.a., 1985).

Ik hoop dat de feitelijke realisering van deze suggesties er toe bijdraagt dat er iets van de hoge pretenties voor een effectieve preventie in het jaar 2000 kan worden gerealiseerd.

Literatuur

- Bloom, B.L., W.F. Hodges en R.A. Caldwell, A preventive program for the newly separated: initial evaluation. *American Journal of Community Psychology* 10 (1982) 3, 251-264
- Bloom, B.L., W.F. Hodges, M.B. Kern en S.C. McFaddin, A preventive intervention program for the newly separated: final evaluations. *American Journal Orthopsychiatry* 55 (1985) 1, 9-26
- Broussard, E.R., Evaluation of televised anticipatory guidance to primiparae. *Community Mental Health Journal* 12 (1976), 203-210
- Broussard, E.R., Primary prevention of psychosocial disorders: assessment of outcome. In: M.C. Roberts en L. Peterson (eds.), *Prevention of problems in childhood*. New York: John Wiley and Sons, 1985
- Brown, G. en T. Harris, *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press, 1978
- Buckner, J.C., E.J. Trickett en S.J. Corse, *Primary prevention in mental health: an annotated bibliography*. Rockville Maryland: National Institute of Mental Health, 1985
- Dingemans, P.M.A.J. en H. Van Engeland, De relatie tussen psychose-recidive en kwaliteit van de interactie patiënt-sociaal milieu. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26 (1984) 7, 472-491
- Field, T.M., Infants born at risk: early compensatory experiences. In: M.C. Roberts and L. Peterson (eds.), *Prevention of problems in childhood*. New York: John Wiley and Sons, 1985
- Hodges, W.F. en B. Bloom, A preventive intervention program for the newly separated: one year follow-up. *Journal of Preventive Psychiatry* 3 (1986) 1, 35-49
- Hosman, C.M.H., Mentaliteitsbeïnvloeding als preventief instrument in de gezondheidszorg. In: D.A.A. Mossel e.a., *Waarheen met onze gezondheidszorg?* Baarn: Ambo, 1977
- Kerkhof, A.J.F.M., R.F.W. Diekstra en A.M. Koster, Over de effectiviteit van nazorgprogramma's voor personen, die vanwege een suïcidepoging in ziekenhuizen zijn opgenomen: een literatuuroverzicht. Leiden, Vakgroep klinische psychologie, Rijksuniversiteit Leiden, 1982
- Lazar, I., V. Hubbell, H. Murray, M. Rosche en J. Royce, *The persistence of preschool effects: A long-term follow-up of fourteen infant and preschool experiments*. Washington, D.C.: Department of Health, Education and Welfare, 1977

- Lorion, R.P., Evaluating preventive interventions: guidelines for the serious social change agent. In: R.D. Felner e.a. (eds.), *Preventive Psychology*. New York: Pergamon Press, 1983
- Price, R.H., J. House en J. Gordus, Exploring work as an arena for prevention research: The Michigan prevention research center. *Prevention and Human Services* 3 (1985) 4, 101–116
- Shure, M.B. en G. Spivack, The problem-solving approach to adjustment: A competency-building model of primary prevention. *Prevention in Human Services* 1 (1982), 87–103 (a)
- Shure, M.B. en G. Spivack, Interpersonal problem solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 10 (1982), 341–356 (b)
- Tableman, B., D. Marciniak, D. Johnson en R. Rodgers, Stress Management training for women on public assistance. *American Journal of Community Psychology* 10 (1982) 3, 357–367
- Tableman, B., Overview of Michigan Prevention Programming. *Prevention in Human Services* 3 (1985) 4, 3–11
- Tableman, B., C.L. Feis, D. Marciniak en D. Howard, Stress management training for low-income women. *Prevention in Human Services* 3 (1985) 4, 71–86
- Tableman, B. en R. Hess, Prevention: the Michigan experience. *Prevention in Human Services* 3 (1985) 4, 121

5 Ethische grenzen van beïnvloeding van gedrag van burgers met als doel de geestelijke ongezondheid te verminderen

E. Ketting

Aan het einde van de jaren zestig overleden kort na elkaar drie prominente pop-idolen: Brian Jones van 'The Rolling Stones', Janis Joplin en Jimi Hendrix, bijgenaamd 'The Eskimo'. Alle drie stierven aan een teveel aan leven; aan een combinatie van volstreekte uitputting en gebruik van overdoses aan medicamenten, drugs en pepmiddelen waarmee ze hun eigen mogelijkheden aanhoudend overschreden.

Enkele maanden geleden trok een van de grootste contemporaine pop-idolen, Michael Jackson, de aandacht door te verklaren dat zijn voornaamste levensdoel van dat moment af zou zijn om 150 jaar oud te worden.

Het doen en laten van pop-idolen kan worden beschouwd als exemplarisch voor veranderingen die optreden in culturele oriëntaties.

Bepaalde tijdvakken typeren in termen van dominante levensoriëntaties is altijd een hachelijke onderneming. Niettemin wil ik mij daaraan wagen, omdat het naar mijn overtuiging nauwelijks zin heeft de kansen en mogelijke merites van een zo vérstrekkend plan als de 'Nota 2000' te bespreken, wanneer zo'n plan niet tegen het licht gehouden wordt van een sociaal en cultureel ontwikkelingsproces. Voor een onderwerp als geestelijke volksgezondheid geldt dit eens te meer. Zowel de opvattingen over wat, om welke redenen geestelijk 'gezond' dan wel 'ongezond' is en welk belang daaraan moet worden toegekend, als de ideeën over wiens zorg dat zou moeten zijn, oftewel het morele oordeel daarover, worden in hoge mate bepaald door het vigerende sociaal-culturele klimaat.

Wanneer we de naoorlogse periode trachten te overzien dan kunnen we daarin een drietal ontwikkelingsfasen onderscheiden.

Het is inmiddels algemeen aanvaard om de eerste fase van na de oorlog te beschouwen als die van de wederopbouw, economisch gekenmerkt door gestage groei, sociaal en cultureel door een hoge mate van stabiliteit, ingebed in ons zuilenstelsel. In de jaren zestig versnelt de economische groei en de na de oorlog geboren generatie geeft er blijk van de morele ingetogenheid, die een noodzakelijke voorwaarde vormde

voor het slagen van het wederopbouwproces, niet meer te willen accepteren. De zestiger en zeventiger jaren vormen het toneel van politieke, sociale en culturele experimenten, die gedragen worden door een fundamenteel toekomstoptimisme. Het is een fase waarin, achteraf gezien, een algeheel gebrek heerst aan risicobewustzijn. Cultuurhistorisch gesproken is het een periode waarin de balans tussen lust- en realiteitsprincipe sterk ten gunste van het eerstgenoemde doorslaat, iets wat bij voorbeeld door werk van Marcuse¹ wordt gelegitimeerd. Grensoverschrijding, of het nu gaat om traditionele waarden en normen, om intermenselijke betrekkingen of om psychische ervaring, lijkt een centraal credo in de cultuur te vormen gedurende die periode.

De tachtiger jaren geven een vrij nadrukkelijke ommekeer te zien: de fase van expansie wordt opgevolgd door een van consolidatie. De revolutionaire generatie lijkt moe van haar eigen experimenten, of lijkt daarvan voldoende te hebben geleerd, en de nieuwe generatie, die geconfronteerd wordt met een véél minder vanzelfsprekend zonnige toekomst, heeft veel minder behoefte aan experimenten, maar zoekt eerder naar zekerheden. De culturele balans helt weer over naar het realiteitsprincipe. Behoudendheid en vermindering van risico's vormen de nieuwe credo's van de cultuur.

Wat heeft deze inleidende helicopterbeweging nu te maken met ethische aspecten van geestelijke gezondheid en de Nota 2000? Op twee punten vallen er belangrijke verbindingslijnen te trekken. Het eerste betreft de mate van correspondentie tussen de globaal geschetste wijzigingen in waardenoriëntatie en de basisassumpties van de Nota; het tweede de snelle veranderlijkheid van waardenoriëntaties in onze cultuur.

Wat het eerste punt aangaat, kan worden gesteld dat de Nota echt een produkt van zijn tijd is en dat is een belangrijke constatering. Zij past volledig in de waardenoriëntatie die zich in de tachtiger jaren aan het ontwikkelen is. De uitspraak van Michael Jackson, die ik hiervoor noemde, zie ik als symbolisch daarvoor. Ten opzichte van andere levensdoelen is 'gezondheid' nastrevenswaardiger geworden; 'gezondheid' is gestegen in onze waardenhiërarchie. Dit blijkt duidelijk uit opinieonderzoek: in 1966 vond 35% van de ondervraagde Nederlanders 'gezondheid' het belangrijkste in het leven; in 1981 gold dit voor 48% van de Nederlanders. Gezondheid was daarmee verreweg onze voornaamste zorg geworden.²

De ethiek houdt zich bezig met de vraag naar de onderlinge verhouding tussen waarden en de wijze waarop die in het handelen tot uitdrukking worden gebracht of dienen te worden gebracht. Welnu, het feit dat de waarde van 'gezondheid' relatief is toegenomen, maakt dat maatregelen gericht op bevordering van de gezondheidstoestand gemakkelijker moreel aanvaardbaar zullen zijn, op punten waar een afweging met andere waarden noodzakelijk is. Andere waarden worden gemakkelijker ondergeschikt gemaakt. Een enkel voorbeeld moge dit verduidelijken. Een belangrijk probleem waarmee de gezondheidszorg voor islamitische vrouwen in ons land te kampen heeft, is dat binnen hun waardenoriëntatie het lichaam van de vrouw voor anderen dan haar echtgenoot, een dermate taboegebied is dat medische behandeling daar ernstig door wordt belemmerd. Binnen onze eigen cultuur geldt dat nauwelijks. Er lijkt juist een ander type problemen te ontstaan: het belang dat aan gezondheid wordt toegekend is dermate toegenomen dat onze voornaamste zorg nu lijkt ervoor te waken dat andere waarden nog wel voldoende tot hun recht kunnen komen. De enorme moeite die overheden in de westerse verzorgingssamenlevingen hebben met het beteugelen van de kosten voor gezondheidszorg, moet mede in dat licht worden gezien. De volgende passage in de Nota 2000 (p. 19) wekt dan ook verbazing: '... het zal veel tijd, energie en overtuigingskracht kosten om de voorgenomen heroriëntatie op gezondheidsbeleid te realiseren. Deze heroriëntatie zal er uiteindelijk toe moeten leiden dat gezondheid als na te streven waarde zwaarder gaat tellen en dat de consequenties voor de gezondheid meer gewicht in de schaal gaan leggen bij de afweging van maatschappelijke prioriteiten'. Het probleem lijkt mij eerder dat die waarde juist al te zwaar telt, waardoor een te omvangrijke vraag naar zorg ontstaat. De oplossing van dit dilemma wordt dan vervolgens gezocht in het terugdringen van de verantwoordelijkheid voor gezondheid naar het individu zelf en zijn directe medemens. Maar de daadwerkelijke consequenties van het in de Nota bepleite beleid van opwaardering van de waarde 'gezondheid' zouden wel eens anders kunnen zijn dan verwacht of beoogd wordt. Het is namelijk bepaald niet ondenkbaar dat een dergelijke opwaardering van gezondheid – die overigens los van die overheid al nadrukkelijk plaatsvindt – zal resulteren in een toenemend beroep op professionele zorg. De Amerikaanse situatie is op dit punt illustratief. De belangstelling van de gemiddelde Amerikaan voor de gezondheidsrisico's van het eigen gedrag en van omgevingscondities is, naar mijn ervaring, veel groter dan die van ons. Dit komt bij voorbeeld tot uitdrukking in een enorme belangstelling voor epidemiologische on-

derzoeksgegevens bij het gewone publiek, waardoor dergelijke gegevens meestal voorpaginanieuws zijn, of in het feit dat verandering in de gemiddelde levensverwachting van de Amerikaan de hoofdmoot van een TV-journaal kan vormen. Toch besteden Amerikanen naar verhouding anderhalf maal zoveel aan gezondheidszorg als wij! Ik blijf om die reden voorlopig sceptisch ten aanzien van de these dat bevordering van gezondheidsbewustzijn en -verantwoordelijkheidsgevoel de druk op professionele zorg zou doen afnemen.

Wat het tweede punt betreft: dat van de veranderlijkheid van waardenoriëntaties in onze cultuur, het volgende. We zien inderdaad dat het belang van gezondheid dominantier wordt. Maar tegelijkertijd moeten we constateren dat de veranderingen in waardenoriëntaties in de afgelopen veertig jaar zich betrekkelijk snel hebben voltrokken en vooral ook onvoorspelbaar zijn geweest. Niemand zou in 1950 het sociaal-culturele klimaat van 1965 hebben durven voorspellen en hetzelfde gold in 1965 voor 1980. Dat moet manen tot voorzichtigheid. We kunnen daarom de plannen in de Nota 2000 waarschijnlijk beter opvatten als een toekomstvisie, die voortdurend op grond van concrete ontwikkelingen moet worden bijgesteld, dan als een toekomstplan, laat staan als een toekomstvoorspelling.

Ik wil nu graag wat concreter ingaan op ethiek en haar relaties met geestelijke gezondheidsproblemen.

De belangstelling voor ethische aspecten van medisch handelen is de laatste jaren zeer snel toegenomen. Die belangstelling is verklaarbaar. Gedurende eeuwen heeft de medische ethiek zich in een tamelijk immanent proces kunnen ontwikkelen, waarbij zij er voornamelijk voor diende te waken niet in conflict te komen met de leerstellingen van de kerk. Weliswaar is die medische ethiek sinds het einde van de 18e eeuw verscheidene malen fundamenteel vernieuwd, maar 20 jaar geleden geraakte zij echt in een crisis, vooral doordat de acceptatie van abortus provocatus regelrecht in strijd was met haar voornaamste ankerpunt: de Hippocratische eed.⁴ Die crisis wordt nog versterkt doordat kort daarna ook euthanasie openlijk ter discussie komt en doordat de groeiende technische mogelijkheden van medisch ingrijpen de institutionele en financiële mogelijkheden steeds meer te boven dreigen te gaan. Die ontwikkeling heeft twee belangrijke gevolgen gehad. Enerzijds vervaagt de traditionele scheidslijn tussen medische ethiek, die tot dan toe een tamelijk exclusief door medici geclaimd terrein vormde, en de algemene ethiek of zedenleer. Anderzijds zien we dat die ethiek zich snel ontwikkelt tot

een toegepaste wetenschap.⁵ De nieuw ontstane dilemma's vragen om moreel gefundeerde praktische beslissingsregels en de medische beroepsgroep voelt zich minder goed in staat die exclusief op te stellen, of haar wordt dat recht ontzegd. Ook de politiek, die zich op dit voor haar tamelijk nieuwe terrein onvoldoende geëquipeerd voelt, vraagt om breder gefundeerde adviezen om de haar opgedrongen Salomonsoordelen te kunnen vellen. In diverse westerse landen worden zodoende, door de politiek, ethische commissies ingesteld,⁶ meestal ten dele bestaande uit medici, om vooral op twee terreinen uitspraken te doen. Het eerste is dat van de toelaatbaarheid van medische behandelingen en experimenten, het tweede dat van een rechtvaardige verdeling van de beschikbare behandel mogelijkheden. Bij dat tweede speelt niet alleen de vraag een rol of bepaalde behandelingen nog wel voor iedereen betaalbaar zijn maar ook de vraag of er nog sprake is van medische noodzakelijkheid of alleen van bevordering van individueel welzijn.⁷

Een helder en recent Nederlands voorbeeld van het werk van een ethische commissie kan men aantreffen in het 'Conceptadvies grenzen van de zorg' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, dat begin 1986 verscheen.⁸ Met name één van de vijf deeladviezen, betrekking hebbend op ethische grenzen, biedt goede aangrijpingspunten voor een systematische doordenking van ethische implicaties van beslissingen met betrekking tot het omgaan met psychische problematiek en psychiatrische ziekteverschijnselen. In het betreffende deeladvies worden twee niveaus onderscheiden waarop ethische grondbeginselen tot uitdrukking gebracht worden: het micro- of individuele niveau en het macro- of voorzieningenniveau. Op beide niveaus gelden vervolgens enkele grondbeginselen, waarover in onze samenleving consensus bestaat. Op het microniveau zijn die grondbeginselen het respect voor de menselijke waardigheid en autonomie van het individu. En op het macroniveau zijn dat solidariteit en gelijkberechtigtheid.

Wanneer we vervolgens proberen deze grondbeginselen toe te passen op hetgeen ten aanzien van geestelijke gezondheid in de Nota 2000 wordt gezegd, dan stuiten we op een aantal problemen. Overigens wordt er in de Nota zelf nauwelijks over ethische grenzen of dilemma's gerept. Wel wordt af en toe opgemerkt dat die 'in het oog gehouden moeten worden'. Op het microniveau, waar de grondbeginselen van menselijke waardigheid en autonomie gerespecteerd dienen te worden, is de belangrijkste moeilijkheid dat geestelijke gezondheidsproblemen veelal fundamenteel anders van karakter zijn dan lichamelijke. Dit heeft belangrijke implicaties voor de mogelijkheden van behandeling, maar vooral ook

van preventie. Allereerst is het op dit terrein, anders dan in de somatiek, vrijwel onmogelijk om aan te geven wat 'de gezonde mens' eigenlijk is. De geestelijke gezondheidszorg ontbeert ten enenmale een 37°C-punt op haar thermometer. Geestelijke gezondheid kan bijna alleen maar op een negatieve manier worden gedefinieerd in termen dus van ongezondheid. Het is, behalve bij extreme condities of gedragingen, meestal nauwelijks aan te geven of iets al of niet schadelijk is voor de geestelijke gezondheidsbeleid op het psychische vlak moeilijk concreet is voor te stellen; we kunnen nauwelijks iets bedenken dat lijkt op 'geestelijk stellen; we kunnen nauwelijks iets bedenken dat lijkt op 'geestelijk jогgen'. Voorzover er wel iets zou kunnen worden gedaan in de sfeer van preventie van psychische problematiek, krijgen denkbare maatregelen bijna altijd het karakter van algemeen welzijnsbeleid, zoals bevordering van een gevoel van veiligheid op straat zodat mensen zich minder angstig voelen. Steeds weer gaat het dan om maatregelen die moeilijk vanuit gezondheid legitimeerbaar zijn. Een andere kwestie die legitimering bemoeilijkt, is dat de causaliteitsrelatie tussen condities of gedragingen en het optreden van geestelijke gezondheidsproblemen meestal niet erg eenduidig en tamelijk zwak is. En dat temeer omdat de te beïnvloeden condities die mogelijk een negatief effect op de geestelijke gezondheid hebben, meestal in de private sfeer liggen. Met andere woorden, preventie van psychische problematiek botst al snel op het ethische beginsel van respect voor de autonomie van het individu. In de praktijk zal ingrijpen in factoren die schadelijk kunnen zijn voor de geestelijk gezondheid, aan een aantal eisen moeten voldoen, wil dat ingrijpen ethisch aanvaardbaar zijn. Die eisen zijn met name:

- a. de te vermijden of op te heffen psychische ongezondheid moet zwaar van karakter zijn; het belang van aantasting van de autonomie moet worden overtroffen door de ernst van de problematiek,
 - b. er dient sprake te zijn van een tamelijk ondubbelzinnige oorzaak – gevolgrelatie en,
 - c. de bedoelde factor moet in de gewenste richting beïnvloedbaar zijn.
- Op het microniveau geldt naast het grondbeginsel van autonomie het beginsel van respect voor de menselijke waardigheid. Die menselijke waardigheid komt bij geestelijke gezondheidsvraagstukken meestal veel eerder en pertinenter in het geding dan bij somatische gezondheid. Dit hangt samen met het feit dat bij psychische problematiek niet zozeer een aspect of een deel van het individu disfunctioneert of aangetast is, maar veeleer het individu als zodanig. Met andere woorden, de identiteit van de betrokkene is zelf in het geding.

Alleen in vrij uitzonderlijke omstandigheden wordt gelijktijdig aan deze drie voorwaarden voldaan en kan het ingrijpen dan ook aanvaardbaar worden geacht. Bij voorbeeld pas in geval van vèrgaande verwaarlozing van kinderen is ontzetting uit de ouderlijke macht verdedigbaar. Maar zelfs dat levert vaak al de grootste moeilijkheden op, ondanks het feit dat bevordering van de psychische stabiliteit van kinderen algemeen als een zeer legitieme doelstelling wordt ervaren. Mijn voorlopige conclusie op dit punt is dat de sterke nadruk die wij in onze cultuur leggen op individualiteit als consequentie met zich meebrengt dat de ethische grenzen op het microniveau zwaar worden aangezet. Als gevolg daarvan zijn de mogelijkheden van gezondheidsbevordering en preventie in de psychische sfeer juist beperkt. Dat neemt echter niet weg dat er wel dient te worden gezocht naar die mogelijkheden die daar nog wel aanwezig zijn.

Het tweede niveau waarop ethische grondbeginselen tot uitdrukking dienen te komen, is dat van de voorzieningen. Daar gelden twee grondbeginselen: solidariteit en gelijkberechtigdheid. Deze beide beginselen zijn in Westeuropese verzorgingsstaten geëvolueerd van wederkerigheids- tot organisatieprincipes. Met andere woorden, het morele uitgangspunt, de plicht tot zorg voor de hulpbehoevende medemens, heeft zich steeds meer gematerialiseerd in formele structuren van rechten en plichten, die met name in het verzekeringsstelsel tot uitdrukking worden gebracht.

De overheid opteert er momenteel voor, in haar pleidooi voor een accentverschuiving van 'verzorgingssamenleving' naar een meer 'zorgzame samenleving', om die geformaliseerde vorm weer gedeeltelijk te vervangen door zijn oorspronkelijke vorm van zorg voor de directe medemens. Iets dergelijks lijkt op het eerste gezicht ook goed van toepassing in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg. De indruk die de Nota wekt, is dat er op dit gebied vooral een mentaliteitsverandering gewenst zou zijn. De moeilijkheid hierbij is echter dat onze huidige verzorgingssamenleving niet alleen het produkt is van een bepaalde mentaliteit, maar vooral van ingrijpende structurele veranderingsprocessen. En voor zover dat het geval is, is de ontwikkeling ook niet via mentaliteitsverandering omkeerbaar. De structuur van de moderne hoogindustriële samenleving, met kenmerken als een hoge mate van mobiliteit, kleine primaire groepen, een gemiddeld zeer hoge levensverwachting en een groot aantal functionele, kortdurende relaties die mensen daarin met elkaar onderhouden, die structuur biedt weinig ruimte voor een concept als mantelzorg. Extreem aangeduid: 'wie moet er dan

voor oma zorgen als oma maar twee kleinkinderen heeft die bovendien nog in Australië wonen?' Ik bedoel hier niet mee dat een concept als mantelzorg volstrekt buiten de orde zou zijn. Veeleer wil ik ermee aangeven dat we bij het zoeken naar nieuwe sociale verbanden niet telkens weer uitsluitend of zelfs primair moeten denken aan de traditionele verbanden als gezin en buurt. Het heeft vaak weinig zin om aan 'de buurt' als solidariteitsverband te denken als de mensen daarin alweer verhuisd zijn voor ze elkaar goed en wel kennen. Er zal ook moeten worden gezocht naar mogelijke nieuwe solidariteitsverbanden, gebaseerd op bij voorbeeld werk- of vriendenkringen of op het feit dat men met overeenkomstige problemen wordt geconfronteerd. Initiatieven daartoe dienen niet van de overheid, maar uit de samenleving zelf te komen. De media kunnen op dat terrein wel een belangrijke rol spelen door dergelijke initiatieven zichtbaar te maken en door mensen met elkaar in contact te brengen.

Ter afsluiting zou ik daarom willen opmerken dat diegenen die zelfzorg en mantelzorg werkelijk ter harte gaan, niet zozeer in Rijswijk en Zoetermeer, alswel in Hilversum zouden moeten verkeren.

Noten

1. Marcuse, H., *Eros en cultuur; een filosofische bijdrage tot het werk van Sigmund Freud*, Bijleveld, Utrecht 1968
2. Soc. en Cult. Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1982*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982
3. Boon, L. (samensteller), *Ethiek, Recht & Zorg. Dilemma's bij euthanasie. AIDS, Begin van Leven en Grenzen van Zorg*. Sympoz, Amstelveen, 1986
4. Veatch, R.M., *A theory of medical ethics*, Basic Books, New York 1981
5. Zie bijvoorbeeld: Campbell, A.V., *Morele dilemma's bij de geneeskunde*, De Toorts, Haarlem 1974
6. Een voorbeeld van een dergelijke commissie is het Engelse 'Warnock Committee': Dept. of Health & Social Security, Report of the committee of inquiry into human fertilisation and embryology, Her Maj. Stat. Off., London 1984
7. Vergelijk: Ketting, E., 'Gynaecology – Duty or Service?', *Journ. of Psychosom. Obstet. and Gynaecol.* 3 (1984) 2, 107–114
8. Nat. Raad v.d. Volksgez., *Concept Advies Grenzen van de Zorg*, Zoetermeer 1986
9. Schnabel, P., Het eigene van de geestelijke gezondheidszorg. In: P. v. Lieshout en P. Schnabel, *Vragen naar GGZ*. NcGv, Utrecht 1984.

6 Beleidsimplicaties van de Nota 2000 voor de geestelijke gezondheidszorg

T.E.D. van der Grinten

1 Inleiding

Op de inhoud van de Nota hoef ik nauwelijks meer in te gaan, want die lijkt al uitputtend behandeld. En dit geldt ook voor de beleidsvoornemens die in de Nota 2000 voor de GGZ worden aangekondigd. Veel van deze voornemens zijn ook in de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid van twee jaar geleden aan te treffen en daarop is al omstandig gereageerd.

Ik wil een andere invalshoek kiezen en de Nota bespreken als een produkt van beleidsvorming in de gezondheidszorg.

In het volledige besef dat ik de rijkdom aan inzichten in de Nota hiermee schromelijk tekort doe, geef ik me daartoe over aan enige vrijmoedige bespiegelingen over de relatie tussen de Nota en de context waarin deze tot stand is gekomen, en waarin ze ten uitvoer moet worden gebracht. Ter voorkoming van eventuele misverstanden, maak ik nu al melding van mijn waardering voor de poging om nieuwe wegen met het beleid in te slaan; de noodzaak daartoe lijkt me in de Nota overtuigend aangetoond.

Achtereenvolgens besteed ik aandacht aan:

- een korte theoretische typering van beleid (2);
- een korte typering van de Nota tegen deze achtergrond (3);
- daarna ga ik dieper in op enkele mogelijke invloeden van het beleidsstelsel op de inhoud van de Nota (4, 5 en 6);
- om te eindigen met enkele observaties over de realiseringkansen van de Nota (7).

2 Synoptisch en incrementeel beleid

Teruggebracht tot zijn essentie, is beleid niets anders dan het streven om bepaalde doelen te bereiken, met behulp van bepaalde middelen. Dit streven kan op verschillende manieren gestalte krijgen, met als uitersten

het zogenaamde synoptische beleidsproces en het incrementele beleidsproces.

- Het *synoptische* beleidsproces bestaat uit een cyclus van rationale, elkaar opvolgende handelingen. Eerst worden de doelstellingen geëxpliciteerd, meetbaar gemaakt en in een hiërarchie gerangschikt. Dan wordt gekeken welke middelen hiervoor beschikbaar én geschikt zijn. Vervolgens wordt een zodanige keuze uit de middelen gemaakt, dat een maximaal resultaat met de geringste inspanningen bereikt kan worden. Daarop volgt de keuze van de doelen en de middelen en de beleidsuitvoering, waarna de controle, evaluatie en zonodig bijsturing van het beleid plaatsvindt.
- Het *incrementele* beleidsproces bestaat daarentegen uit een voortdurend en nogal ongecoördineerd gescharrel met vage doelstellingen en onduidelijke middelen. Ook in dit incrementele proces worden bij de doelstellingen de geschikte middelen gezocht, maar het omgekeerde gebeurt evenzeer: doelstellingen worden geformuleerd, omdat er ‘toevallig’ geschikte middelen voorhanden zijn. Het incrementele beleidsproces is, mede daardoor, erg verbrokken en de veranderingen die erdoor bereikt worden, zijn marginaal. Het is een beleid van stapje voor stapje en beetje bij beetje, waarbij vooraf alleen de globale richting bekend is; de precieze richting wordt gaandeweg uit de beleidsuitvoering zelf duidelijk.

Het meeste beleid zit hier ergens tussenin en het is daarom verstandig, om bij beschouwingen over het beleid beide benaderingen in het oog te houden. Tegen deze achtergrond wil ik ook de Nota 2000 en de beleidsimplicaties daarvan voor de geestelijke gezondheidszorg bespreken.

Dit betekent dat ik de inhoud van het in de Nota 2000 voorgestelde beleid in verband probeer te brengen met de plaats van de Nota in het grote geheel van de gezondheidszorg, de waarden, belangen en andere factoren die daarin een rol spelen; samengevat het beleidssysteem van de gezondheidszorg.

3 De Nota als produkt van het beleidssysteem

Kijk ik door deze beleidsbril naar de inhoud van de Nota, dan constateer ik dat men, met het daarin voorgestelde gezondheidsbeleid, zoveel mogelijk aan de voorwaarden van het synoptische beleidsproces probeert te voldoen.

Daarnaast wordt in de Nota gewezen op een andere voorwaarde: de geschiktheid van het beleidssysteem voor de uitvoering van het voorgestelde gezondheidsbeleid. Die geschiktheid blijkt niet zo groot te zijn. Ruiterlijk wordt erkend dat de overheid momenteel veel te veel bezig is met vraagstukken van structuur en financiering en knelpunten in het eigen functioneren en te weinig gericht is op oplossingen van inhoudelijke problemen.

Een zelfde oordeel, zij het voorzichtiger geformuleerd, wordt geveld over de rol van de andere deelnemers in het beleidssysteem: de organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen, de verzekeringsorganen en de wettelijke advieslichamen, met een deftig woord de 'parastatale organen' genoemd.

Het inmiddels bekende beeld wordt in de Nota geschetst: een conglomeraat van, door en langs elkaar heen werkende organisaties en instanties, die samen het beleid maken. De rijksoverheid (en daarbinnen weer het Directoraal-Generaal voor de Volksgezondheid en daarbinnen weer de afdeling STABO) is één van de deelnemers in dit beleid, naast andere en niet per se boven andere. Dit beleid werkt een richting uit, die vooraf niet is afgesproken, maar die toch wel redelijk voorspelbaar is, omdat deze verankerd is in de historisch gegroeide logica van het beleidssysteem; kortom, typisch de kenmerken van het hiervoor aangeduide incrementele beleidsproces.

Laat je deze omstandigheden waarin de Nota tot stand is gekomen, goed op je inwerken, dan kan je niet anders dan verbaasd zijn over het simpele feit dat de rijksoverheid, als deel van dit geheel, zo'n frisse kijk op het beleid kon ontwikkelen. Een verklaring hiervoor is, dat de overheid haar inspiratie niet uit dit systeem, maar uit het buitenland haalde: van de WHO om precies te zijn. Toch geeft dit onvoldoende antwoord op de vraag hoe het mogelijk is dat de Nota überhaupt in het bestaande beleidssysteem als politiek stuk kon worden uitgebracht. Zijn daarvan consequenties in de inhoud van de Nota te vinden? Welke compromissen zijn ervoor gesloten? Deze kijk op de Nota nog even volhoudend, word je ook nieuwsgierig wanneer en waar de onvermijdelijke botsingen met de gevestigde belangen in het beleidssysteem zullen plaatsvinden, want dat dat zal gebeuren is zeker; de partners zullen immers geneigd zijn het Directoraal-Generaal voor de Volksgezondheid zo snel mogelijk weer terug te drukken in haar beperkte rol.

4 Gezondheidsbeleid en bezuinigingsbeleid

Op deze manier kijkend naar de inhoud van de Nota, kan ik me in de eerste plaats voorstellen dat politieke steun is gemobiliseerd voor de benaderingen in de Nota, door deze synchroon te laten lopen met het bezuinigingsbeleid. Ik zeg er meteen bij dat ik een interferentie met het bezuinigingsbeleid *geen schande* vindt; het is een realiteit. Ik herinner u eraan dat in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg een, ook internationaal, beroemde voorziening tot stand is gekomen, dankzij een puur bezuinigingsmotief: de gemeentelijke Sociaal Psychiatrische Dienst van Querido in de jaren dertig. Dit voorbeeld laat ook een belangrijke voorwaarde zien, waaronder het bezuinigingsmotief op een goede manier in de zorg door kan werken: namelijk door volstrekte openheid over dit motief en de effectiviteit van de daarbij gezochte middelen. Ik meen dat dit in de Nota 2000 (en daarin niet alleen) vaak veel te impliciet gelaten is, met als gevolg een te ver van de praktijk afrakende beleidsrethoriek, over de zegeningen van bij voorbeeld substitutie en preventie.

5 De combinatie van visie en beleid

De nadruk op de beschouwingen, de visie zo men wil, vind ik persoonlijk een pluspunt in de huidige verhoudingen. Het aspect van de visie had wat mij betreft nog veel sterker benadrukt mogen worden, maar tegelijkertijd moet wel in het oog gehouden worden, dat het om een perspectief voor *beleid* gaat; dat wil zeggen dat het toch ooit met behulp van de altijd beperkte middelen en binnen de randvoorwaarden van het Nederlandse beleidssysteem tot uitvoering moet komen. De vraag is nu hoe je die verbinding tussen idee en werkelijkheid aanbrengt: door het idee eerst zo zuiver mogelijk als idee te presenteren, of door er al zoveel mogelijk uitwerking bij te doen? De Nota probeert beide tegelijk te doen, maar of men daarmee tot een gelukkige mix is gekomen is de vraag.

‘Een visie is leuk, maar wat hebben we eraan?’ – zo lijkt inmiddels al de opvatting van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid, die besloot om de Nota 2000 niet te bespreken, voordat deze voorzien is van een ‘operationele uitwerking’. Voor dit politieke forum dreigt de toevoeging van de concrete beleidsvoornemens aan de Nota dus kennelijk een reden te worden om nog alleen maar daarop te letten; en dat zou jammer zijn omdat daarmee de aandacht van de visie-ontwikkeling kan worden afgeleid.

6 Gezondheidsbeleid in plaats van gezondheidszorgbeleid

Dan kom ik nu toe aan het derde en mijns inziens meest problematische effect van het beleidssysteem op de inhoud van de Nota: de geringe aansluiting bij de praktijk van de gezondheidszorg. Dit probleem is samen te vatten met de al in allerlei toonaarden geuite kritiek, dat het gezondheidsbeleid, zoals voorgesteld in de Nota, veel te veel een vervanging van het gezondheidszorgbeleid is, in plaats van een aanvulling en verbetering daarop.

Voor deze 'bovenschikkende' positie van het gezondheidsbeleid is in de Nota een op zichzelf plausible redenering opgenomen. Desondanks meen ik dat hier nog een andere factor in het spel is, die ik zeer schematisch zal proberen uit te leggen. De overheid in Nederland heeft in het vigerende beleidssysteem zélf slechts bemoeienis met preventie; logisch, vanwege het collectieve karakter daarvan. De curatie en de zorg (cure and care) worden overgelaten aan particuliere organisaties en beroepsbeoefenaren, ingekaderd door kwaliteitscriteria, capaciteits-, tariefs- en financieringsvoorwaarden.

Geconfronteerd met de (in de Nota zo overtuigend gebrachte) tekortkomingen van de gezondheidszorg, zoekt de overheid min of meer automatisch naar dat middel, waarmee ze al het meest betrokken is, en dat is preventie. Dit middel, waarover de overheid de beschikking heeft (althans denkt te hebben), bepaalt dus mede het doel. De overheid probeert de preventie op te voeren ten koste van de curatie en de zorg (wat ook noodzakelijk is vanwege de budgettaire neutraliteit) en hieruit volgt dan een zekere negatie van de betekenis van die curatie en zorg. Een miskennis die dus niet alleen het gevolg is van een inhoudelijke afwijking, maar ook van de behoefte om de beleidsruimte voor de overheid zelf te maximaliseren. Het is duidelijk dat in deze omkering van doel en middel risico's schuilen van verkeerde taxaties over wat voor de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg nodig en mogelijk is; risico's die inmiddels zijn blootgelegd door Van Lieshout, Mootz en Hosman. Dat deze risico's niet denkbeeldig zijn, is af te leiden uit de operationalisering van het gezondheidsbeleid in de Nota:

'Gezondheidsbeleid zal zich moeten gaan ontwikkelen als beleid dat stoelt op inhoudelijke keuzes van gezondheidsdoelen' (blz. 309). Dan volgt een opsomming van de voorwaarden waaronder dit moet gebeuren en dat beantwoordt volledig aan het synoptische beleidsproces: de doelen moeten specifiek zijn, de causaliteiten helder, de doelen moeten

geschikt zijn voor beïnvloeding, er moet politieke en maatschappelijke consensus over zijn, de doelen mogen de zelfverantwoordelijkheid van de mensen niet aantasten, en er moeten voldoende concrete instrumenten zijn om de doelen te realiseren (blz. 309–310).

Kortom, het A-B-C voor rationeel beleid, waaraan echter veel doelen en middelen op het terrein van de *geestelijke* volksgezondheid niet voldoen – en al helemaal niet de doelen en middelen die in de Nota op dit terrein als preferabel naar voren worden geschoven: het verminderen van de psychosociale problematiek, door middel van preventie. Het epidemiologisch onderzoek – de basisvoorwaarde voor dit synoptische beleid – schiet eveneens tekort, zodat het niet denkbeeldig is dat we, de Nota volgend, in eenzelfde situatie verzeild raken als de man die in het donker op een groot plein onder de enige lantaarn stond te scharrelen: ‘Wat ben je aan het doen?’ ‘Ik zoek mijn horloge.’ ‘Ben je dat dan hier verloren?’ ‘Dat weet ik niet, maar hier kan ik tenminste wat zien.’ Uiteraard is het plaatsen van meer lantaarns de eerste prioriteit, maar laten we toch ook oppassen, dat we het bestaan van psychische problematiek en de in de Nota naar achteren geschoven zorg voor zieken niet gaan negeren, eenvoudigweg omdat het niet in de gekozen beleidsbenadering past.

7 Ontbrekende voorwaarden in het beleidssysteem

De andere kant van deze medaille is de grote afstand tussen de Nota en het lopende beleid, met het gevaar dat de Nota niet tot een verdere uitwerking komt. Hoe problematisch de aansluiting van de Nota bij het lopende beleid is, is wel heel snel na het verschijnen geïllustreerd, door de komst van de Commissie-Dekker bij de installatie waarvan noch door minister Brinkman, noch door staatssecretaris Dees over de Nota 2000 werd gerept! Een duidelijker voorbeeld van discontinuïteit in het beleidsproces is moeilijk denkbaar. Er is echter nog een ander en mijns inziens fundamenteeler gevaar voor de Nota en dat is, dat er in Nederland geen traditie is om kwesties rond ‘gezondheid’ en ‘de inhoud van de zorg’ politiek te bediscussiëren en op basis daarvan tot globale keuzen te komen. De Nota plaatst zichzelf vol trots in de trits van de grote beleidsnota’s: de Volksgezondheidsnota van 1966, de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 en nu de Nota 2000.

Er wordt echter niet bij gezegd dat de Volksgezondheidsnota van 1966 volledig plat viel. De verklaring hiervoor zie ik in het feit dat de

Volksgezondheidsnota het hele beleidsterrein probeerde te omvatten en te voorzien van een politiek vast te stellen inhoudelijk fundament. Deze poging sloot echter absoluut niet aan bij de grondtrekken van het Nederlandse beleidssysteem, dat doordrenkt is van de wens om de inrichting van de gezondheidszorg zoveel als mogelijk buiten de politieke besluitvorming te plaatsen: 'de politiek heeft zich alleen te buigen over de noodzakelijk te stellen randvoorwaarden; inhoudelijke afwegingen worden elders gemaakt'. De Structuurnota sloot hier uitstekend bij aan: een opsomming van beleidsvoornemens zonder inhoudelijke visie, op basis van het adagium 'het aanbod beïnvloedt de vraag', aansluitend bij de bestaande praktijk en het lopende beleid dat het aanbod probeert te regelen. De Nota 2000 lijkt weer erg op de Volksgezondheidsnota van 1966: ze bevat een brede visie, op basis van het adagium dat 'de behoefte het aanbod bepaalt', met als vooronderstelling dat de behoefte te kennen is, te beoordelen en te herleiden tot een vraag en een aanbod. Deze volgorde sluit nog steeds absoluut niet aan bij de praktijk en het beleid, zoals we die nu hebben.

Nu behoor ik niet tot de cynici die zeggen: laat deze poging maar vastlopen; het gaat wel weer over. Daarvoor vind ik de argumenten in de Nota om tot beleidsaanpassingen te komen, te overtuigend. Anderzijds is het duidelijk dat ten eerste de nu voorgestelde benadering althans voor de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg op zijn minst bijstelling behoeft en ten tweede dat er een strategie moet komen die de nieuwe inzichten zo soepel mogelijk in het beleidssysteem laat doordringen.

De Nota is openhartig in de erkenning dat dit laatste niet zo simpel is: 'het is nu nog niet te overzien hoe dit stelsel (het vigerende beleidssysteem van de gezondheidszorg, Van der Grinten) zich verhoudt tot datgene wat in bestuurlijke zin geboden is voor de realisering van gezondheidsbeleid', aldus de droge constatering (blz. 308).

Het recept heb ik hier ook niet bij de hand. Aparte aandacht hiervoor, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, lijkt me echter essentieel. Misschien dat het helpt als de Nota voornamelijk als discussiestuk (en dus niet als beleidsstuk) verder gaat; hij heeft, getuige deze studiedagen, in ieder geval als zodanig al voortreffelijk gewerkt. Daarnaast moet gezocht worden naar aanknopingspunten om politieke en publieke discussies over globale doelstellingen van gezondheid en gezondheidszorg te prikkelen, liefst tegen de achtergrond van het besef van de beperkte midde-

len. Kortom een geëxpliciteerde mengeling van het incrementele en synoptische beleidsproces met korte beleidscycli, veel experimenten, meer onderzoeken en korte pendelbewegingen tussen visie en werkelijkheid.

Discussie

Aan de discussie namen deel:

Drs. J.P. de Bont, directeur Dienst ambulante geestelijke gezondheidszorg voor de kop van Noord-Holland, Den Helder

Drs. E.H. Hebing, hoofd afdeling Algemene geestelijke gezondheidszorg, Ministerie van WVC, Rijswijk

Prof. Dr. W.J. Schudel, hoogleraar Klinische psychiatrie, Erasmus Universiteit, Rotterdam

Forumvoorzitter:

Dr. Ph.A. Idenburg, voorzitter Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, Den Haag

De heer Schudel constateert dat zowel in de Nota als in de erop volgende discussie de psychiatrische patiënt verdwenen is. Hij acht dit zorgelijk. In dat verband refereert hij aan een opmerking van Trimbos van enkele jaren geleden, waarin deze ervoor pleitte de preventiecapaciteit in te zetten voor tertiaire preventie, dat wil zeggen: preventiewerkers zouden zich in psychiatrische ziekenhuizen bezig moeten houden met chronische patiënten, teneinde te voorkomen dat hun handicaps zich verergeren.

Ten aanzien van de preventiediscussie merkt hij voorts op dat het daarbij teveel gaat om preventie van geestelijke gezondheidszorg en te weinig over het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Schudel meent dat de wezenlijke opdracht van een preventiebeleid zou moeten zijn het opsporen en analyseren van kenmerken die maken dat leden van verschillende risicogroepen niet depressief of psychotisch worden.

De heer Hebing vindt dat Van der Grinten de Nota goed heeft getypeerd als een poging om een omvattend beleid op langere termijn te formuleren. Hij constateert dat naar de mening van velen het huidige wettelijk geregelde beleidssysteem beperkend en vertragend werkt op de implementatie van het beleid. Ook Hebing meent dat de structuur en

* Het laatste gedeelte van deze discussie is door een technische storing in de opname-apparatuur helaas verloren gegaan.

de cultuur van het beleidssysteem weinig efficiënt en effectief werken. Het huidige systeem kent inderdaad een belangrijke plaats toe aan advisering waarbij alle belangrijke betrokkenen hun belang tot gelding kunnen brengen. Wanneer echter van centrale inhoudelijke sturing door de rijksoverheid sprake zou zijn, waarbij bij voorbeeld aan de Ziekenfondsraad en het COTG een louter uitvoerende rol zou zijn toebedeeld, wordt ook een risico genomen. Het risico namelijk dat normen en opvattingen over de organisatie en de kwaliteit van de GGZ te snel in beleid worden omgezet. Het is goed dat er een systeem is waarin tegenkrachten zijn opgenomen die de gretigheid en het enthousiasme van ambtenaren afremmen. Om de remmende werking van het beleidssysteem op te lossen, is niet in de eerste plaats ingrijpende wijziging van de structuur, maar van de cultuur van het beleidssysteem nodig. Hij bepleit dan ook een mentaliteitsverandering zodat minder wordt gedacht in termen van middelen en organisatiestructuren en meer in inhoudelijke termen. Daartoe biedt de Nota 2000 een goed houvast.

De Bont gaat in op de lezing van Hosman. Hij is het eens met diens pleidooi voor een beperkt aantal projecten die goed zijn onderbouwd en voorzien van een degelijke resultaatmeting. Van het door Hosman genoemde getal van 360 projecten schrikt De Bont echter; hij ziet meer in een gering aantal toegespitste projecten waarmee ervaring kan worden opgedaan.

Vanuit de zaal wordt gevreesd dat de GGZ zich de preventie wil toeëigenen. Vooral wanneer deze preventie zich op de leefstijl zal gaan richten, wordt gevreesd dat daaruit moralistische geboden en verboden zullen voortkomen. Wil men de leefstijl van burgers in een voor de geestelijke gezondheid gunstige richting beïnvloeden, dan ligt het veel meer voor de hand dit via een bestaand systeem te doen, namelijk het educatieve systeem.

Ook Ketting acht het een riskante zaak wanneer vanuit het gezondheidszorgsysteem normatieve druk op het gedrag van mensen wordt uitgeoefend. Het zou beter zijn wanneer dergelijke initiatieven vanuit de samenleving kwamen. Daarvoor moet de overheid ook ruimte scheppen, maar vervolgens is er ook behoefte aan ondersteuning van dergelijke initiatieven.

Hosman acht deze bezwaren niet terecht. De taak van GGZ-preventie is niet om mensen bepaald gedrag voor te schrijven, maar om hun de mogelijkheid te geven zelf tot keuzes te komen in gedrag dat men zelf belangrijk vindt voor de gezondheid. Op die manier zou de geestelijke

gezondheidszorg ertoe moeten bijdragen dat mensen meer greep op hun eigen leven krijgen.

Hosman heeft geenszins bedoeld dat de GGZ zich de preventie zou moeten toeëigenen. Hij is daarentegen juist een voorstander van het beleid om GVO-verantwoordelijkheden over vele betrokken instanties te spreiden. Door middel van samenwerkingsverbanden van deze instanties kan ook veel beter met educatieve systemen worden samengewerkt dan wanneer alleen de GGZ zich met preventie zou bezighouden.

Vanuit de zaal wordt erop gewezen dat behalve educatieve ook sociaal-culturele voorzieningen een positieve invloed op de geestelijke gezondheid hebben. Hier valt in het beleid van het ministerie van WVC dan ook een tegenspraak te constateren, aangezien sociaal-culturele voorzieningen met ingrijpende bezuinigingsmaatregelen te maken hebben.

Hierop wordt gereageerd met de opmerking dat – in tegenstelling tot wat sommige buitenlanders denken – het feit dat cultuur en gezondheidszorg in één ministerie zijn samengebracht, geen weloverwogen beleidskeuze is geweest, maar eerder een bedrijfsongeval bij een kabinetsformatie.

Nadat de discussie is afgerond, sluit de heer Idenburg de bijeenkomst.

DEEL IV

GVO, preventie en
facetsbeleid in de
Nota 2000

Studiedag gehouden
op 25 november 1986

1	De betekenis van deze studiedag <i>J. Hagendoorn</i>	191
2	De Nota 2000 en GVO, preventie en facetbeleid <i>E.J.D. Haslinghuis</i>	195
3	Basisgezondheidsdienst, GVO en health promotion <i>W.F.M. de Haes</i>	204
4	Kruiswerk en preventie; ook in het jaar 2000 nog mogelijk?! <i>L.V. Jonkers-Kuiper</i>	211
5	GVO, preventie en facetbeleid in de Nota 2000 – commentaar vanuit de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) <i>H. Verburg</i>	218
6	Letselpreventie; een prioritaire doelstelling van het gezondheidsbeleid <i>W.H.J. Rogmans</i>	226
7	Gevolgen voor regionale samenwerking <i>J.G.H. Draijer</i>	235
	Discussie	241

Sprekers

J.G.H. Draijer, hoofd stafafdeling GVO, Ministerie van WVC, Rijswijk
Dr. W.F.M. de Haes, hoofd afdeling GVO, GGD Rotterdam
Drs. J. Hagendoorn, directeur Landelijk Centrum Dienstverlening
GVO, Utrecht
Mr. E.J.D. Haslinghuis, directeur Algemene Gezondheidszorg,
Ministerie van WVC, Rijswijk
Mw. Drs. L.V. Jonkers-Kuiper, stafmedewerker Nationale
Kruisvereniging, Bunnik
Dr. W.H.J. Rogmans, directeur Stichting Consument en Veiligheid,
Amsterdam
Drs. H. Verburg, stafmedewerker NVAGG, Utrecht

1 De betekenis van deze studiedag

J. Hagendoorn

1 Welkom

Namens het Landelijk Centrum GVO heet ik u allen van harte welkom op deze belangrijke studiedag over GVO, preventie en facetbeleid in de Nota 2000. De belangstelling voor deze dag was zeer groot: de dag is ruimschoots overtekend, ondanks het feit dat de GVO/preventiesector in de gezondheidszorg maar een heel kleine is, vergeleken met andere sectoren als de eerste lijn of de GGZ. Onze excuses aan allen die we moesten afwijzen. We selecteerden zoveel mogelijk zó, dat er toch iemand van een instelling aanwezig kon zijn. Sprekers uit diverse sectoren zullen de Nota vandaag van alle kanten belichten; ik maak hier van de gelegenheid gebruik slechts enkele kanttekeningen te zetten.

2 Aard van de Nota

De Nota beschouw ik als een witte raaf in notaland: het is een goed geschreven nota, die inspirerend werkt. Een nota met visie. De Nota is een inhoudelijke, gericht op de behoeftkant van de bevolking. In het algemeen is de politiek niet zo gecharmeerd van dit soort inhoudelijke nota's. Politici – en ook de ambtenaren – laten zich niet graag vastpinnen op uitspraken over inhoud. Ook is het de vraag of het werkveld zo graag inhoudelijke nota's heeft. Deze studiedag zal dit in belangrijke mate kunnen uitwijzen. Overigens spelen we hier vandaag wel een thuiswedstrijd: de Nota benadrukt GVO/preventie sterk.

De vraag rijst: is een nota met dit karakter politiek haalbaar? In het algemeen past bij Nota's een zekere relativiteit; het zijn wapens in de subtiele dans om grensafbakening. Vaak doet het er niet zoveel toe wat precies de inhoud is; van belang is, dat ze er zijn. Dat gold zowel voor de – meer inhoudelijke – Volksgezondheidsnota 1966, als voor de meer op de voorzieningen gerichte Structuurnota Hendriks. Heel erg veel is er niet van die nota's terechtgekomen: wel bepaalden ze jaren discussie

en toch ook het beleid. Misschien heeft de Nota 2000 betere kansen: er is behoefte aan meer inspiratie in de politiek, zowel op partijniveau als op dat van het kabinet. De inspiratie zou voor gezondheidsbeleid aan deze Nota kunnen worden ontleend. Het is te hopen dat de glans van deze Nota niet verbleekt zal zijn na het gereedkomen van de voorstellen van de Commissie-Dekker over de bezuinigingen.

De Nota acht ik van bijzonder belang door de wisseling van paradigma die er in plaatsvindt. Verschuiving vindt plaats van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. Dit is een ingrijpende wisseling van optiek, die grote gevolgen kan hebben. Het zal voor velen een lange weg vergen om dat te kunnen volgen; velen in de zorg accepteren nog in het geheel geen benadering die naast de zorg ook meer preventieve elementen bevat.

Persoonlijk acht ik de nadruk die de Nota legt op gezondheidsbevordering en preventie van groot belang. De preventie is een functie van de gezondheidszorg; een functie – die integraal bij die zorg hoort – die sterk verwaarloosd is, onder meer door het financieringsstelsel van de zorg. Ik acht het een taak van de overheid de preventie krachtig te stimuleren; niet alleen in de basisgezondheidszorg, maar in alle intra- en extramurale zorgvormen en buiten de gezondheidszorg, onder meer in het onderwijs en het bedrijfsleven. Overigens: wel krachtige stimulering door de overheid, niet zelf inhoudelijke boodschappen gaan uitzenden; overheidsmanipulatie en actie gericht op kortdurend politiek gewin, dienen de preventie niet!

3 Bezuinigingen en de Nota

De Nota is geboren onder een sterrenbeeld dat het teken van bezuiniging draagt. De betalingsbalanstekorten van de westerse, geïndustrialiseerde landen zijn een gigantisch probleem voor een stabiele situatie in de wereld (het tekort van West-Duitsland is even groot als het nationaal produkt van India). In de komende jaren zal aan deze tekorten wat moeten worden gedaan. Bezuinigingen zullen onafwendbaar zijn.

Verder wordt gesteld, dat de curatie grenzen heeft bereikt. De wet van de verminderde meeropbrengst gaat spelen. De preventie kan een aanvulling of een alternatief voor sommige delen van de zorg zijn. Nadrukkelijk: preventie is geen algemeen alternatief voor de curatie, het is niet of ... of, veel meer en ... en. In plaats van verruimingen spelen meer prioriteiten in het pakket een rol.

Meer aandacht voor verantwoordelijkheid van mensen voor zelfzorg en mantelzorg is een preventieve benadering. Deze sluit aan op hedendaags denken over de rol van de burger in het maatschappelijk bestel. Ik weet dat er vragen bij deze begrippen leven, maar toch: ook hier gaat het om een nieuwe, eigentijdse benadering en niet zonder meer om een bezuiniging.

De Nota is dus geen bezuinigingsnota en de nadruk op preventie moet niet uitgelegd worden als de nieuwe vorm van zuinigheid. Zo wordt preventie het mikpunt van een ieder die bezuinigingen onverantwoord acht.

4 Preventie

De Nota benadrukt begrippen als gezondheidsbevordering, preventie en GVO. Op zich een goede zaak, maar de begrippen worden door elkaar gebruikt en overeenstemming over definities is er niet. Dit schiept verwarring. Het zal van belang zijn nadere afspraken te maken over het gebruik van definities.

Ook de beeldvorming over GVO is op z'n minst ongelukkig. GVO heeft al de foute connotatie dat het alles voorstaat wat niet leuk en lekker is. In de samenvatting van de Nota – Gezondheid als uitgangspunt – staat: 'Wat het verspreiden – van kennis omtrent goed en kwaad – betreft, onlangs is het GVO-programma op de basisschool van start gegaan'. Kennis aanleren omtrent goed en kwaad is geen GVO-taak, dat is meer iets voor de ethiek of de religie.

De Nota pleit sterk voor preventie. Er is op dit punt wèl bescheidenheid nodig. Wat gisteren zwak was, is niet morgen ineens sterk. Er zal een fasegewijze uitwerking van de preventieve benadering noodzakelijk zijn, met meer evenwicht dan tot nu toe tussen persoons- en gedragsgerichte en een omgevingsgerichte benadering. Een krachtige kwalitatieve onderbouwing van het preventieve werk is nodig. Het Landelijk Centrum zal zich daar sterk voor maken, onder meer door de komende tijd veel aandacht te schenken aan de effectiviteit van GVO/preventiewerk.

5 Facetbeleid

De ene hand van de overheid weet vaak niet wat de andere doet. Facetbeleid (in het buitenland vaak intersectoraal beleid geheten): overleg en

beleidsafstemming tussen departementen (of sectoren binnen ministeries) zal moeten worden ontwikkeld. We moeten heel realistisch zijn: het zal een proces van lange adem zijn, zeker zolang het gezondheidsbelang niet uitstijgt boven het belang van één departement. Maar, als gezondheid zowat de belangrijkste waarde is die de Nederlander kent, dan moet het toch denkbaar zijn dat er in het kabinet naast de zogeheten financieel-economische driehoek een gezondheidsdriehoek of -vierhoek wordt gevormd.

6 Ten slotte

Het is te hopen dat door al dat gepraat het elan van deze Nota niet verloren zal gaan. De Nota belicht nu eenmaal het pad naar het magische jaar 2000. De jaren voorafgaand aan het jaar 1000, de Franse historicus Duby beschrijft dit treffend, kenmerkten zich door pessimisme en paniek alom. De wereld zou immers klokslag twaalf uur 31 december 999 vergaan. Nu reeds, hoewel in andere – niet religieuze – toonaarden, is de kijk op de ontwikkeling naar het jaar 2000 van vele somber: de te verwachten gigantische bezuinigingen, de dreiging van een ziekte zoals AIDS, bewapening, groeiend cynisme en een sterk materialistische opstelling.

Het is te hopen dat de optimistische toonzetting van deze Nota toch het pad van de gezondheid van de bevolking naar het jaar 2000 zal kenmerken.

2 De Nota 2000 en GVO, preventie en facetbeleid

E.J.D. Haslinghuis

Kern van het gezondheidsbeleid is, dat een beleid alléén gericht op gezondheidszorgvoorzieningen, niet voldoende is. Daarnaast is een versterking van de rol van preventie- en facetbeleid nodig, om de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand over langere termijn in positieve zin te beïnvloeden. Ik zal het belang van deze aspecten van het gezondheidsbeleid afzonderlijk toelichten.

1 Determinanten van gezondheid

Versterking van preventie is een doel dat reeds een aantal jaren hoog op het lijstje van het volksgezondheidsbeleid staat. Het blijkt echter minder eenvoudig een samenhangend beleid op dit terrein door te voeren. Toch kan bij een aantal onderdelen van preventie een gestage groei worden geconstateerd. Een voorbeeld hiervan is GVO. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding heeft de laatste jaren een steeds prominentere plaats binnen én buiten het gezondheidszorgsysteem weten te verwerven. De laatste vijf jaren is zij als het ware in een stroomversnelling terechtgekomen. Met name de Kommissie Nationaal Plan GVO met haar adviezen; de ontwikkeling van regionale samenwerkingsverbanden; de groei van GVO/preventie bij de basisgezondheidsdiensten, het kruiswerk en de RIAGG's; de stroomversnelling waarin GVO in het onderwijs is terechtgekomen; de oprichting van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO; de vorming van een aparte stafafdeling GVO ten departemente en last but not least de zelfstandige studierichting binnen de universiteit te Maastricht, hebben ertoe bijgedragen, dat GVO een volwassen benadering binnen het gezondheidsbeleid deelachtig is geworden.

Indien wij nu met behulp van het gezondheidsmodel dat ten grondslag ligt aan de Nota 2000, bekijken welke invloed GVO op de gezondheid kan uitoefenen, dan blijkt dit vooral via de determinant 'leefwijze' te lopen. Door middel van GVO wordt getracht de leefwijze te beïnvloeden

door een appèl op de zelfverantwoordelijkheid en zelfzorg. Het doel hiervan is de *weerbaarheid* en het *probleemoplossend vermogen* van het individu te *versterken*. Er wordt getracht mensen ertoe te brengen zèlf bewuste keuzes te maken in relatie tot zowel hun gezondheid, als hun ziekte en handicap. Van dat laatste is patiëntenvoorlichting een goed voorbeeld.

Andere gezondheidsdeterminanten zijn de fysieke en maatschappelijke omgeving. Met name de betekenis van de maatschappelijke omgeving wordt steeds meer onderkend. Op mesoniveau tellen vooral de sociale omstandigheden als arbeid, onderwijs en de woonsituatie. Voor de beïnvloeding van de gezondheid door de onmiddellijke *sociale omgeving op microniveau* is de kwaliteit van de gezins- en daarmee verwante primaire relaties van eminent belang. Dit geldt zowel voor het voorkómen van allerlei aandoeningen, als het hanteren van gezondheidsproblemen indien deze zich voordoen.

In dit verband spelen de veranderingen in de primaire relaties die zich in de afgelopen decennia hebben voorgedaan een grote rol. Door de geleidelijke maar gestage afbrokkeling van de traditionele inbedding in het geheel van buurt, familieverband en kerk is het gezin steeds meer op zichzelf komen te staan. Daarmee vielen een aantal vanzelfsprekende sociale netwerken weg. Derhalve is het van belang dat het gezin en verwante relatievormen als centrale eenheden binnen de maatschappij blijven bestaan. De voordelen die een gezinseenheid, ongeacht de rolpatronen daarbinnen, biedt voor de gezondheid van een individu, zijn groot.

Nu zijn in de Nota 2000 meerdere gedetailleerde analyses gemaakt van verschillende determinanten. Uit de analyse die is gemaakt over de invloed van het gezin en aanverwante relaties op de gezondheidstoestand, blijkt dat er niet direct preventieve (overheids)maatregelen aan worden verbonden. Het kan ook niet de opzet zijn dat de overheid zich met de persoonlijke keuzes van de burgers gaat 'bemoeien'. Gezondheidsbeleid vergt weliswaar een actievere opstelling van de diverse overheden, maar dit impliceert níet dat de overheid op alle levensterrein moet ingrijpen.

Vergrote kennis van determinanten hoeft niet automatisch te leiden tot allesomvattende planning. Daar tegenover staat dat de overheid wèl bepaalde ontwikkelingen kan signaleren en vanuit haar verantwoordelijkheid voor de bevordering van de volksgezondheid (zoals staat vermeld in artikel 22 van de Grondwet), waar het in haar macht ligt, haar

invloed kan aanwenden om gezondheidsbedreigende factoren teniet te doen. De manier waarop dit tot nu toe heeft plaatsgevonden, is vooral via gezondheidsbescherming. Nu wordt binnen de Nota 2000 niet alleen een versterking van het gezondheidsbeschermingsbeleid gepropageerd, maar tevens *gezondheidsbevordering* voorgestaan. Naast GVO uit zich dit in de vorm van facetbeleid, dat wil zeggen beleid, dat zich uitstrekt tot die terreinen, die een gezondheidscomponent of -dimensie in zich dragen. Maatregelen via facetbeleid liggen per definitie op beleidsterreinen *buiten* de volksgezondheids sfeer. Dit sluit ook heel nauw aan bij de gedachten die in WHO-verband onder de paraplu Health Promotion worden ontwikkeld en ook in Nederland nader moeten worden uitgewerkt. In concreto kunnen we dan bij voorbeeld denken aan:

- onderwijs,
- werksituatie en werkloosheid,
- bouw,
- landinrichting,
- verkeer.

Het is vooral deze vorm van beleid die meer accent moet krijgen. Factoren die het succes van zo'n beleid zullen bepalen, zijn de volgende.

- In de eerste plaats is het noodzakelijk de gezondheidscomponent binnen een ander beleidsterrein *zichtbaar* te maken.
- Vervolgens zou door middel van een *analyse* van dat terrein nagegaan moeten worden welke voor- en nadelen er zijn voor de betrokken sector om het gewenste beleid te voeren. Het is namelijk óók een voorwaarde voor facetbeleid dat de sector *gemotiveerd* is om haar medewerking te verlenen aan een gezondheidsmaatregel. Tot die analyse behoren een beoordeling van de doelstellingen, waarden en normen, prioriteiten en machtsrelaties; kortom een min of meer compleet, beleidsrelevant 'plaatje'.
- Een derde factor is de *te verwachten effecten* van die maatregel. Dit kunnen zowel *positieve* als *negatieve* effecten voor de betrokkenen zijn. De vermoedelijke effecten van een maatregel moeten van tevoren onderzocht worden, opdat inspanning, tijd en geld die in de vormgeving van de maatregel worden gestoken, de moeite waard zijn.
- En ten slotte spelen de *kosten* een rol bij facetbeleid. Een kostenbatenanalyse is, naast een kosteneffectiviteitsanalyse zeker van belang om een maatregel ten behoeve van de gezondheid van burgers te laten slagen.

Een voorbeeld van geslaagd facetbeleid is de samenwerking tussen WVC en Onderwijs en Wetenschappen, met als doel de opnemings van GVO in de onderwijswetgeving. Dit heeft geleid tot de opnemings van de vormingsgebieden 'zelfredzaamheid, bevordering van gezond gedrag' in de nieuwe Wet op het Basisonderwijs. Zo'n 8000 basisscholen in Nederland zijn als gevolg daarvan sinds 1 augustus 1986 verplicht in hun onderwijsprogramma aan gezondheidseducatieve onderwerpen aandacht te besteden. Daarmee is tevens een basis gelegd voor de verdere doorwerking van GVO naar het voortgezet onderwijs toe.

Uit mijn betoeg tot nu toe komt naar voren, dat men bij gezondheidsbevordering rekening zou moeten houden met het gezondheidsmodel van de Nota 2000. Dit betekent dat gezondheidsbevordering zal moeten lopen via een *combinatie* van maatregelen, die elk afzonderlijk gericht zijn op een specifieke determinant. In de Nota 2000 zijn deze samenhangende maatregelen als uitgangspunt gekozen. Nog niet volledig uitgewerkt is de manier waarop een algehele versterking van preventie- en facetbeleid via dit model tot stand moet worden gebracht.

2 Knelpunten in de beleidsontwikkeling

Waaróm is het tot op heden nog niet gelukt alle goede voornemens omtrent preventie en facetbeleid structureel te onderbouwen?

Gezondheid neemt in de politieke machtstructuur *géén* al te belangrijke plaats in. Gezondheid is weliswaar een waarde die hoog op het lijstje van de burger staat, maar toch blijft de aandacht die men (in geld uitgedrukt) voor gezondheid over heeft, beperkt tot de curatieve zorg. Zorg die ertoe moet leiden dat de gezondheidstoestand *in stand* wordt gehouden, wordt niet hoog gewaardeerd. Dit vertaalt zich in de zwakke positie die het volksgezondheidsargument meestal inneemt op andere beleidsterreinen. Er is inmiddels voldoende kennis aanwezig (bij voorbeeld de relatie tussen roken en kanker) om gerichte preventieve maatregelen te *kúnnen* nemen. Maar de politieke wil om de consequenties uit deze kennis te trekken, is blijkbaar nog onvoldoende aanwezig.

De argumenten om de gezondheid binnen het beleid zwaarder te laten wegen, worden natuurlijk sterker naarmate zij beter onderbouwd zijn. Daarom zal voor méér gezondheidsproblemen het *causaal* verband moeten worden aangetoond tussen de risicofactoren en de ziekte. Men zal zich derhalve in de toekomst moeten concentreren op het vormgeven

van preventieve interventies, gericht tegen precies omschreven risicofactoren, waarvan men *redelijke* zekerheid heeft dat het een causaal verband betreft. Let wel: met *redelijke* zekerheid. Volledige zekerheid zal vrijwel nooit haalbaar zijn. Het is daarom ook *niet* juist beleid uit te stellen met als argument dat er nog *geen uitsluitel* over het causaal verband bestaat.

Een andere reden is het *langetermijn*-karakter van preventie. In tegenstelling tot veel curatieve maatregelen waarbij het effect onmiddellijk zichtbaar is, is bij preventie – bij voorbeeld in de kinderjaren – het effect pas op latere leeftijd zichtbaar, bij voorbeeld een blijvend goed gebit of een hogere kwaliteit van het leven gedurende lange jaren.

Preventie heeft ook vaak het gevolg dat iets níet gebeurt; géén longkanker, geen hartinfarct, niet doof worden. Pas als er acute problemen ontstaan, waarbij preventie wél direct resultaat heeft, bij voorbeeld bij rampen en ongevallen in het milieu, heeft preventie succes in de politiek.

Het laatste argument: het is vaak nog niet duidelijk welke *gezondheids-winst* van een bepaalde maatregel kan worden verwacht; gezondheidswinst, uitgedrukt in het aantal jaren dat mensen langer leven (dat is een *kwantitatieve* doelstelling) en het aantal jaren dat mensen – ook bij voorbeeld degenen met een handicap – zo gezond mogelijk leven (dat is een *kwalitatieve* doelstelling). Zo zal de maatregel die een daling van het aantal rokers bewerkstelligt waarschijnlijk méér gezondheidswinst, uitgedrukt in morbiditeit en sterftcijfers, opleveren, dan een maatregel die het gebruik van vet voedsel doet verminderen, al zijn beide gevallen preventie waard.

Indien meer bekend is over de gezondheidswinst, kunnen ook makkelijker prioriteiten worden gesteld. Het opstellen van gezondheidsdoelen kan daarbij een grote hulp zijn. Een gezondheidsdoel

- moet namelijk heel specifiek zijn en betrekking hebben op een duidelijk omschreven ziekte of aandoening;
- de oorzaken, de determinanten van het gezondheidsprobleem, moeten duidelijk zijn;
- waarbij ook duidelijk is *hóe* dat gezondheidsprobleem beïnvloedbaar is;
- en tenslotte dient er politieke, maatschappelijke en wetenschappelijke consensus over te bestaan.

Pas nadat een doel is vastgesteld, kan men overgaan tot de keuze van instrumenten en strategieën om dat doel te bereiken.

3 Instrumenten voor het gezondheidsbeleid

De *basisgezondheidszorg* is per definitie gericht op verbetering van het gezondheidsniveau door middel van preventie en zal bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid een centrale rol gaan spelen. Voorbeelden van instrumenten die zich richten op het beïnvloeden van de determinanten van gezondheid, zijn epidemiologisch onderzoek, immunisatie, vroege opsporing, screening, GVO, enzovoort.

Wat nu overigens exact het begrip basisgezondheidszorg inhoudt, daarover zal zich een Commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid buigen. Hoe dit ook zij, de basisgezondheidsdiensten nemen hierbij een spilfunctie in, wat iets anders is als een monopolie. Zij dienen volgens artikel 59 ex WVG inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand en van daaruit te adviseren en initiatieven te nemen. Zo zal niet alleen het element GVO en medische milieukunde de komende jaren worden versterkt, ook de epidemiologische functie zal steeds belangrijker worden. Daarbij is wenselijk dat GVO-ers en medisch-milieukundigen méér gaan samenwerken met epidemiologen om met behulp van een verbeterd informatiesysteem en méér gegevens over de gezondheidstoestand, GVO en facetbeleid te kunnen omzetten in *gerichte* preventieve interventies.

Verder is ook voor de *planning van voorzieningen* op lokaal en subregionaal niveau de epidemiologische taak van basisgezondheidsdiensten van belang. Het afstemmen van voorzieningenbeleid op de vraagzijde is immers een essentieel onderdeel van gezondheidsbeleid. Om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen binnen een bepaald gebied, zullen *gezondheidsprofielen* worden opgesteld. Dit zijn verzamelingen van gegevens over gezondheid en ziekte aan de hand waarvan prioriteiten kunnen worden gesteld. Basisgezondheidsdiensten kunnen hier niet geïsoleerd te werk gaan. Zij dienen samen met het zorgsysteem in de regio de accentverschuiving naar de preventie te realiseren. Daarbij behartigen zij zelf waar nodig de public-health taken. In de functie-omschrijvingen van de 'algemene preventieve zorg', uit te voeren door basisgezondheidsdiensten op grond van de WVG, komt dit tot uiting.

In het kader van de filosofie van de basisgezondheidszorg, met haar preventieve functie, neemt het *kruiswerk* om meerdere redenen een

bijzondere positie in. Zij vervult namelijk een belangrijke rol bij de GVO en de vroege opsporing van ontwikkelingsstoornissen. Daarnaast heeft zij natuurlijk ook een grote rol bij de opvang van de vergrijzende bevolking en het sterke toenemend aantal chronische ziekten in de wijk.

Ook in de huisartsenwereld vallen de preventieve activiteiten steeds meer op. Ook hier is samenwerking tussen basisgezondheidsdiensten en huisartsen vereist. Het screeningsprogramma cervixcarcinoom, dat in de eerste lijn wordt ondergebracht, is daar een voorbeeld van. En screening is slecht één van de preventieve mogelijkheden binnen de eerste lijn. Onlangs werd het evaluatie-onderzoek van het zogenaamde RIFOH-huisartsenproject afgerond. RIFOH, dat wil zeggen Risicofactoren Opsporing Hart- en Vaatziekten, waaraan 22 huisartsen gedurende een aantal jaren volgens protocol hebben gewerkt. Op basis van deze evaluatie zal een vervolgbeleid ontwikkeld worden. Zo wordt een ander opvallend buitenlands voorbeeld van effectieve preventie binnen de eerste lijn gegeven in recent Deens onderzoek. Daarbij werd de vergrijzende bevolking als doelgroep beschouwd. De bejaarden werden regelmatig thuis bezocht, teneinde hun zorgbehoeften te onderkennen en tijdig de nodige hulpverlening te kunnen organiseren. Op die manier konden de ziekenhuis- en verpleeghuisopnamen met 20 tot 30% worden gereduceerd! Het is een voorbeeld uit vele mogelijkheden. Om meer inzicht te krijgen in de preventieve mogelijkheden maakt het NIVEL een inventarisatie van hetgeen op dit moment reeds aan preventie wordt gedaan bij de huisarts.

Ten slotte komen wij op de patiëntenvoorlichting als afzonderlijk instrument van de gezondheidsbevordering. De ontwikkeling van patiëntenvoorlichting is niet alleen inhoudelijk in belangrijke mate gekoppeld aan het GVO-beleid, maar is daarmee ook verbonden door de bijdragen die geleverd kunnen worden aan de noodzakelijke *samenwerking* tussen de intramurale en extramurale zorgverlening en de patiëntenorganisaties. Ten behoeve hiervan is door de staatssecretaris van WVC de werkgroep 'Beleidsontwikkeling Patiëntenvoorlichting' (BOP) ingesteld, waarin de diverse beroeps- en beleidskoepels zijn vertegenwoordigd.

De overheidsinspanningen zijn er sterk op gericht de structurele *inpassing* van de *patiëntenvoorlichting* in de gezondheidszorg te bevorderen; bij voorbeeld door het opnemen van bepalingen inzake de coördinatie en deskundige wijze van uitvoering van patiëntenvoorlichting in de erkenningsnormen van ziekenhuizen.

4 De strategie

De onderwerpen staan verwoord in hoofdstuk 10 van de Nota 2000:

- a. In 1987 zullen aan de hand van scenario's concrete voorstellen worden gedaan voor facetbeleid en preventie ten aanzien van de vergrijzing, hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen. Deze voorstellen zullen eveneens formuleringen van gezondheidsdoelen ten aanzien van deze gezondheidsproblemen bevatten.
- b. Méér aandacht voor preventie en facetbeleid zal worden bevorderd door het op korte termijn uitbrengen van de Nota 'Alcohol en Samenleving' en de afronding van de behandeling van de Tabakswet in de Tweede Kamer. Verder wordt er op het ministerie gewerkt aan een beleidsplan voor de GGZ-preventie. Een vierde voorbeeld is het uitbrengen van de Nota 'Beleid preventie bij aangeboren afwijkingen'. Het opvallende van deze Nota is dat de 38 targets van de WHO, die Nederland heeft onderschreven in het kader van de 'Health for All by the year 2000' strategie, als uitgangspunten zijn gekozen voor de ontwikkeling van preventief beleid. Een onderwerp van geheel andere aard is Sport en Gezondheid. Het departement, zowel de sport- als volksgezondheidpoot, concipiëren in goed overleg met het veld een Nota Sportgezondheidszorg en sportmedische begeleiding, door staatssecretaris Dees aan het parlement uit te brengen. Ik spreek mijn verheuging uit voor het feit, dat het Landelijk Centrum GVO binnenkort aan dit onderwerp, toegespitst op GVO en sport, een studie zal wijden. Als laatste voorbeeld dient hier het terrein van arbeid en gezondheid genoemd te worden. Binnen het ministerie wordt samenwerking voorbereid met 'Sociale Zaken en Werkgelegenheid' om de invlechting van GVO in de arbeidsorganisatie en de bedrijfsgezondheidszorg te bevorderen.
- c. De strategie om deze beleidsvoornemens te realiseren, bestaat uit een aantal stappen. In de eerste plaats moet vooraf inzicht worden gekregen in de bestaande activiteiten. Hiertoe zal een *inventarisatie* moeten worden gehouden van datgene wat zich afspeelt op dit terrein en een onderzoek naar de *structuur* waarbinnen deze activiteiten plaatsvinden. Hierdoor moeten knelpunten en overlappingsen aan het licht worden gebracht die tot *voorstellen voor verbetering* moeten leiden. Dit is een aanbeveling die ook wordt gedaan binnen het 'structuurrapport Preventie' van de Algemene Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg. Als er meer inzicht is in de samenhang van de preventieve maatregelen, zal een verankering van preventie bin-

nen de bestaande wet- en regelgeving en het financieringsstelsel makkelijker worden.

- d. Behalve op rijksniveau zal ook op regionaal en lokaal niveau preventie en facetbeleid tot ontwikkeling moeten worden gebracht. Gezondheidsprofielen en preventieprofielen zullen aangeven welke gezondheidstoestand van de bevolking men *binnen een bepaalde periode* met behulp van collectieve preventie wil hebben bereikt én manieren waarop dat zo doelmatig mogelijk verwezenlijkt kan worden. Een onderzoek op dit terrein wordt momenteel door het NIPG voorbereid.
- e. Zeer belangrijk voor een strategie is ook dat er geld beschikbaar is. Wat betreft de financiering van preventie wordt er in de Nota 2000 voorgesteld een bepaald streefcijfer binnen het FOGM op te nemen aan de te besteden gelden voor preventie als doelstelling binnen het overheidsbeleid. In dit kader zal het rapport van de Commissie-Dekker, die maart 1987 over onder andere de financiering van de gezondheidszorg zal adviseren, van cruciaal belang kunnen zijn. Aan de Ziekenfondsraad zal advies worden gevraagd over de mogelijkheden van financiering van gezondheidsbeleid, waarbij een betere financiering van preventie zal worden meegenomen.

5 Slot

De Nota 2000 is niet een eindproduct: het overgrote deel van de Nota is discussienota en slechts een klein deel beleidsnota. De Staatssecretaris heeft de Kamer toegezegd om vóór de UCV over de Nota 2000, welke in juni 1987 zal worden gehouden, een 'geannoteerd behandelingsvoorstel' in te dienen. In de notitie die voor deze gelegenheid zal worden opgesteld, zullen de invoeringsstrategie en de reacties van het veld een belangrijke plaats innemen. Het lijdt dan ook geen twijfel dat de resultaten van de vijf studiedagen over de Nota 2000 met grote aandacht zullen worden gelezen en verwerkt.

3 Basisgezondheidsdienst, GVO en health promotion

W.F.M. de Haes

1 Inleiding

Deze bijdrage is een beschouwing vanuit de Basisgezondheidsdiensten. Ik spreek hier dan ook namens de Commissie GVO van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten. Ik zal mijn beschouwing als volgt ordenen: eerst ga ik even in op de visie die in de Nota 2000 wordt geschetst, vervolgens ga ik nader in op het realiseren van 'Health Promotion', daarna leg ik een relatie met Basisgezondheidsdiensten. Daarbij aansluitend ga ik in op GVO bij BaGD-en en geef een beschouwing over regionaal GVO-beleid. Vervolgens ga ik in op Health Promotion beleid.

2 De visie in de Nota 2000

De Nota 2000 markeert een belangrijke ontwikkeling in het denken over de zorg voor gezondheid en ziekte. Vele jaren is er over 'gezondheidszorg' gesproken, terwijl in feite 'ziekenzorg' bedoeld werd. De zogenaamde gezondheidszorg kwam in actie als ziekte in het verschiep lag of reeds aanwezig was. De kosten van de 'gezondheidszorg' gingen dus zitten in artsen in vele specialismen, in verplegend personeel, ziekenhuizen en apparatuur. Relatief weinig geld werd gespendeerd aan preventie. Geld voor 'gezondheidsbevordering' was er, merkwaardig genoeg, op het budget van de gezondheidszorg niet.

De ommezwaai die in de Nota 2000 wordt verwoord, van het accent op zorg naar het accent op gezondheid, past in een ontwikkeling in het denken die ook op andere plaatsen zichtbaar is geworden:

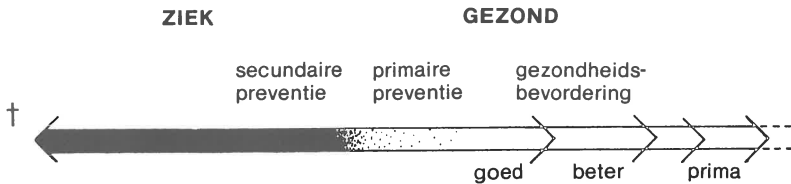
- Aan de Katholieke Universiteit van Brabant is vanuit de vakgroep klinische psychologie een vakgroep gezondheidspsychologie tot stand gekomen.
- Aan de Rijksuniversiteit Limburg is naast de Medische Faculteit een Faculteit Gezondheidswetenschappen ontstaan.

- Bij onder andere GGD-en is naast activiteiten als inenting en preventieve keuringen het activiteitenpakket GVO ontstaan. Daarmee werd een accent verlegd van de aandacht voor ‘ziek’ en ‘bijna-ziek’ naar ‘gezond’.

We zitten echter nog steeds in sterke mate vast aan het oude denken. Veel variaties en gradaties zijn er in ziek-zijn en daar zijn ook aangepaste verzorgers en zorgsystemen voor. Er lijkt echter slechts één soort gezondheid te zijn en die heb je dus wel of niet ... geen multiple choice, slechts een ja- of een nee-score.

Als wij in de toekomst gezondheid willen bevorderen, dan moeten in ieder geval in het ‘gezondheids’-gebied variaties gedefinieerd worden, methoden moeten ontwikkeld om van ‘goed’ tot ‘beter’ te komen, en instrumenten om te meten hoe ver we op de gezondheidsschaal zijn vooruitgegaan, zijn nodig.

Dat zal niet gemakkelijk zijn, want het is niet zo dat hier over een uni-dimensionele schaal gepraat wordt; zowel ‘ziek-zijn’ als ‘gezond-zijn’ heeft zeer vele dimensies en op elk van die dimensies kan iemand op een verschillend niveau zitten.



Bij de grafische voorstelling is het beter de gezondheidsgroei van links naar rechts te tekenen. Zo zijn we immers, als gevolg van onze leesrichting, gewend om groei, toename en snelheid weer te geven.

De toevoeging van de termen primaire en secundaire preventie in de figuur geeft aan hoe die zich ten aanzien van gezondheidsbevordering verhouden.

Toch voldoet de Nota niet helemaal. De geformuleerde accentverlegging wordt niet in de hele Nota volgehouden. Er is een duidelijke behoefte aan een scenario voor de ontwikkeling van ‘gezondheidsbevordering’. De scenario-commissie voor ‘leefstijlen’ heeft te weinig invloed gehad of kunnen hebben op de andere scenario-commissies. Dit is wellicht mede de verklaring voor het niet uitgewerkt zijn van de nieuwe oriëntatie. Een

‘scenariocommissie gezondheidsbevordering’ moet dus snel aan het werk worden gezet om op basis van de Nota 2000 en het recente ‘Ottawa Charter on Health Promotion’ van de WHO, de doelstellingen van de Nota 2000 verder uit te werken.

3 Health Promotion

De opdracht van de Nota 2000 is het ‘gezondheidsgebied’ te exploreren: met welke middelen kan de gezondheid worden bevorderd? Hoe doe je aan ‘Health Promotion’?

Uit analyses van McKeown is in het verleden gebleken dat belangrijke gezondheidswinst (zeg maar: ziektevermindering) méér het gevolg was van betere voeding, betere hygiëne, betere werkomstandigheden, enzovoort, dan van een betere gezondheidszorg. De Nota 2000 gaat er van uit dat voor onze huidige situatie hetzelfde verwacht mag worden, dat wil zeggen dat méér gezondheidswinst verwacht mag worden als gevolg van maatregelen in de sfeer van verkeer, woningbouw, werkgelegenheid, openbaar vervoer, openbaar groen, maatregelen ten aanzien van bodem-, water- en luchtverontreiniging enzovoort, dan van uitbreiding van de ‘ziekten-zorg’.

Het ‘intersectoraal beleid’ of ‘facetbeleid’ zou op het niveau van de centrale overheid betekenen dat in de ministerraad naast de sociaal-economische driehoek of vijfhoek en de centrale aandacht voor financieringsproblemen, er ook een drie-, vijf- of zevenhoek wordt gevormd, waarin alle beleid wordt doorgelicht vanuit de vraag ‘hoe draagt dit beleid bij tot de bevordering van de gezondheid van de Nederlanders?’.

4 Basisgezondheidsdiensten

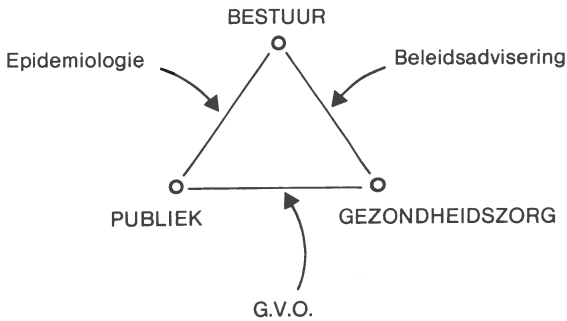
De zorg voor de gezondheid, in het gebied dat aan het ziek-zijn vooraf gaat, is de ‘Basisgezondheidszorg’. Daar ligt dus, uiteraard, een belangrijke taak voor de ‘basisgezondheidsdiensten’. Deze diensten zullen een aantal taken moeten (blijven) uitvoeren, zoals infectiebestrijding, tuberculosebestrijding, geslachtsziektenbestrijding, organisatie/coördinatie van bevolkingsonderzoeken ter vroegtijdige ontdekking van ziekten/afwijkingen, hygiënisch toezicht, rampenbestrijding en zo meer. Voorts zal de Basisgezondheidsdienst ten dienste moeten staan van andere organisaties die een taak hebben ten aanzien van die basisgezondheidszorg.

De Basisgezondheidsdiensten zullen zowel ondersteunend, plannend als coördinerend moeten kunnen optreden.

De Nota 2000 geeft *niet* aan dat de Basisgezondheidsdiensten opdracht krijgen ondersteunend op te treden of dat zij bevoegdheden krijgen om te plannen en/of te coördineren. Dat is een gemis van de Nota. De intentie om meer accent te leggen op gezondheid en minder op curatie, wordt nog niet vertaald in bevoegdheden voor die diensten die de laatste jaren zijn gecreëerd of omgebouwd om precies in die sfeer actief te zijn.

5 GVO en Basisgezondheidsdiensten

Twee taken die de GG en GD-en, GGD-en en DGD-en de laatste jaren hebben moeten ontwikkelen om als Basisgezondheidsdienst aan de wet te voldoen, zijn *Epidemiologie* en *GVO*. Samen met *Beleidsadviesing* vormen zij de drie steunpunten van de Basisgezondheidsdiensten, die samen de mogelijkheid bieden goed gefundeerd in de verhouding tussen bestuur, publiek en gezondheidszorg te functioneren.



De *epidemiologie* dient onder andere de gezondheids- en ziekte-toestand van de bevolking te peilen. Daarbij zijn vooral de verschillen interessant die samenhangen met woongebied, beroep, fysische omgeving, sociale positie enzovoort. Dit is een taak in ontwikkeling. Er zijn nieuwe indicatoren nodig voor de gezondheidssituatie van de burger.

De *GVO* dient, gebruikmakend van hoofdzakelijk communicatieve middelen, mensen te motiveren zich gezonder te gedragen, c.q. mensen

aan te moedigen en te ondersteunen om omstandigheden te creëren, die een gezonder leven mogelijk maken. GVO dient zijn positie nog te bepalen in het totale gebied dat we 'Health Promotion' noemen. GVO en GGVO (bevordering van mental health) dient mensen als individu of als groep aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheden en eigen mogelijkheden om hun gezondheid te bevorderen. Deze activiteiten zijn *persoongericht*.

De taak van de Basisgezondheidsdiensten ten aanzien van de *beleidsadvisering* en die ten aanzien van de *epidemiologie* zijn goed geregeld. De Basisgezondheidsdienst heeft bevoegdheden om in zijn werkgebied het gemeentebestuur (of in het geval van een gemeenschappelijke regeling de gemeentebesturen) te adviseren en om ten aanzien van beleidsgericht epidemiologisch onderzoek een coördinerende rol te spelen. Voor GVO is dat nog niet op dezelfde manier geregeld en ook de Nota 2000 verheldert de situatie niet.

Toch is het duidelijk dat GVO slechts goed een rol van betekenis kan spelen in het perspectief van de 'Nota 2000' en van de 'Health Promotion'-gedachten van de WHO, als er coördinatie plaatsvindt en als er samenhang is met andere gezondheidsbevorderende factoren. Een stevige relatie met epidemiologie en beleidsadvisering ten aanzien van de omgevingsgerichte factoren is dus essentieel. De oplossing die ten aanzien van epidemiologie en beleidsadvisering is gekozen, namelijk: de managementfunctie bij de BaGD-en leggen, verdient ook voor GVO de voorkeur. De driehoek is dan volledig en – samen met alle betrokkenen bij de GVO-beleidsvoorbereiding en -uitvoering – kan dan aan een krachtig samenhangend collectief gericht preventiebeleid (zeg maar 'gezondheidsbevorderingsbeleid') worden gewerkt.

6 Beleid ten aanzien van Health Promotion en Basisgezondheidsdiensten

Ik schetste in het begin van mijn betoog wat 'Health Promotion' inhoudt. Ik meen dat op lokaal niveau de Basisgezondheidsdienst de aangewezen instantie is om de organisatie van deze taak, en een deel van de uitvoering ervan, op zich te nemen. Er is inderdaad een sterke parallel tussen wat de WHO schrijft over Health Promotion in het 'concepts and principles'-document en de taak van de Basisgezondheidsdienst, zoals die in 'Schets Basisgezondheidsdiensten' van 1980 en in de concepttekst van de

- **WHO**
'Health Promotion; A discussion document on the concepts and principles'. (1984)
- **WVG (Artikel 59, lid 1) – 1983 –**
• **Basisgezondheidsdiensten; een schets van het beleid ter zake (Stuk 16088) – 1980 –**

Principles

1. Health promotion involves the population = as a whole in the context of their everyday life, rather than focusing on people at risk for specific diseases.
2. Health promotion is directed towards = action on the determinants or causes of health.
3. Health promotion combines diverse, but = complementary, methods or approaches.
4. Health promotion aims particularly at = effective and concrete public participation.
5. Health professionals – particularly in = primary health care – have an important role in nurturing and enabling health promotion.

Taak Basisgezondheidsdiensten

- 'Het verrichten van werkzaamheden in het kader van de collectief gerichte preventieve zorg...' (WVG)
'Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding' (SB)
- Epidemiologie: oorzaken opsporen.
 - GVO gedrag of omgeving beïnvloeden
 - Beleidsadvisering
 - Infectieziektenbestrijding
 - Beleidsadvisering in samenhang met elkaar
 - Hygiënische maatregelen
 - Infectieziektenbestrijding
 - GVO
 - Medische Milieukunde
 - GVO activiteiten gericht op
 - gezondheidsmotivatie
 - gezondheidsgedrag
 - GVO gericht op
 - werkers in 1e lijns-gezondheidszorg
 - jeugdgezondheidszorg
 - bedrijfsgezondheidszorg/ARBO

Subject Areas

Taak Basisgezondheidsdiensten

1. The focus of health promotion is access = to health.
2. The improvement of health depends upon = the development of an environment conducive to health
3. Health promotion involves strengthening of = social networks and social supports.
4. Promoting positive health behaviour and = appropriate coping strategies is a key aim in health promotion.
5. Health promotion aims at increasing = knowledge and disseminating information related to health.

- Epidemiologisch onderzoek naar gebruik van voorzieningen.
- Epidemiologisch onderzoek naar gezondheids-status en prevalentie van ziekten.
- Beleidsadvisering en GVO.
- Medische Milieukunde
- Epidemiologisch onderzoek
- Beleidsadvisering
- GVO gericht op
 - bevolkingsgroepen
 - wijken
 - organisaties
- GVO gericht op
 - gezondheidsmotivatie
 - gezondheidsgedrag
- GVO

WVG is verwoord. Ik heb bij een andere gelegenheid deze parallel uitgewerkt. Ik geef hier een samenvatting in tabelvorm.

Voor de praktische uitvoering van het lokale c.q. regionale intersectorale beleid is het noodzakelijk dat de Basisgezondheidsdienst de opdracht krijgt om bij voorbeeld bouwplannen, standontwikkelingsplannen enzovoort ten aanzien van het gezondheidsaspect (lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden) te beoordelen; om maatregelen te doen treffen tegen bodem-, water- en luchtverontreiniging om gezondheidsredenen. Daarbij is de psycho-hygiëne even belangrijk als de eventuele biologisch-fysische effecten. De uitwerking van de ideeën uit de Nota 2000 naar beleidsmaatregelen zou dus ook hier moeten betekenen dat de BaGD-en opdrachten c.q. bevoegdheden krijgen om deze taken op zich te nemen.

Basisgezondheidsdiensten zijn daarvoor de aangewezen instanties:

- ze zijn gericht op een integrale (en niet categorale) benadering van psychische, sociale en somatische gezondheidsproblematiek;
- er is een nauwe samenhang tussen onder andere epidemiologie, medische milieukunde, GVO en beleidsadvisering;
- zij hebben een *algemeen preventieve* gezondheidszorgtaak;
- zij hebben korte communicatielijnen naar de (lokale) overheid;
- zij combineren uitvoerende en voorwaardenscheppende activiteiten;
- zij zijn laagdrempelig;
- er is een dekkend landelijk netwerk van diensten.

Het is duidelijk dat in het kader van de Health Promotion-taak van een BaGD, dat wil zeggen het effectueren van facetbeleid/intersectoraal beleid op lokaal c.q. regionaal niveau, de GVO slechts één element is. Juist de bundeling van GVO met onder andere epidemiologie en met beleidsadvisering biedt dus goede mogelijkheden voor het realiseren van facetbeleid, dús het realiseren van Health Promotion, dús het realiseren van het toekomstbeeld dat de Nota 2000 oproept.

4 Kruiswerk en preventie; ook in het jaar 2000 nog mogelijk?!

L.V. Jonkers-Kuiper

‘Kruiswerk en preventie, ook in het jaar 2000 nog mogelijk.’ Of er achter deze titel een vraagteken hoort of een uitroepteken zal duidelijk worden uit mijn betoog.

De achtergrond van waaruit ik de Nota 2000 belicht: ik ben als beleidsmedewerker verbonden aan de Afdeling Zorgverlening van de Nationale Kruisvereniging. Mijn taak ligt voornamelijk op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding als onderdeel van de ontwikkeling en de kwaliteit van het zorgaanbod door het kruiswerk. Dit gebeurt in samenspraak met de lid-instellingen van de Nationale Kruisvereniging. Hierbij staat voorop de afstemming met datgene wat er gebeurt op het uitvoerend niveau door met name de kraamverzorgende, de wijkverpleging, de consultatiebureau-arts en de diëtist.

1 Enkele algemene opmerkingen over het begrip preventie

Over preventie bestaan verschillende opvattingen. Naast datgene dat wetenschappers en beleidsmakers over preventie te melden hebben, overheerst bij de wijkverpleging de discussie over het belang van curatieve taken versus preventieve taken en de spanning die dit met zich meebrengt: het één moet je in ieder geval doen; wassen, verplegen, medicijnen toedienen, zijn zaken die meestal niet kunnen wachten tot de volgende dag. Het beroep dat in dit kader op de wijkverpleging wordt gedaan, neemt steeds toe. Preventieve activiteiten komen daardoor in het gedrang. Preventief heeft daarbij de betekenis van niet-curatief: niet met je handen.

Over preventie zijn tevens nogal wat *emotioneel geladen* opvattingen in omloop. Een paar voorbeelden:

- Het is erg goed en wenselijk om preventief bezig te zijn.
- Het geeft in een aantal gevallen de meerwaarde aan van activiteiten.

- Waarom begrijpen zo weinig mensen dat bij preventie de kosten voor de baten uitlopen?
- Het is erg vaag om preventief bezig te zijn, je kunt het niet hard maken dus dan kun je het ook maar beter laten.
- Het is altijd datgene waar de overheid op bezuinigt, altijd datgene waar geen geld voor is.
- Het is datgene waar je je op kan beroepen als je niet uitkomt met je tijd.
- Het is dat gebied binnen de gezondheidszorg, waarover zeer emotionele discussies plaatsvinden rondom het ethische aspect: treed je met bepaalde activiteiten niet in de zelfstandigheid en autonomie van de ander? (als voorbeeld kunnen preventieve huisbezoeken aan ouderen genoemd worden).
- Wanneer dient er met preventie begonnen te worden; ligt het dicht tegen de curatie aan of ver er voor.
- Preventie is een luxe.

Het lijkt wel of preventie alleen te *benaderen* is en niet exact te *definiëren*.

In de Nota 2000 wordt de volgende omschrijving gebruikt: 'Preventie is gezondheidsbevordering en het voorkomen of beperken van de schade aan de volksgezondheid door middel van activiteiten waarvan het karakter bepaald wordt door gezondheidsrisico's die gemeenschappelijk gelden voor de bevolking of voor groepen daarvan.'

Alleen al in deze omschrijving is het nodig een aantal woorden en begrippen te verhelderen: gezondheidsbevordering, schade aan volksgezondheid, de gezondheidsrisico's en gemeenschappelijk geldend.

Preventie wordt in de nota onderscheiden op twee manieren: er is een educatieve invalshoek van preventie, waarbij de nadruk ligt op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, naast een medische benadering van preventie. Je zou in het algemeen kunnen zeggen dat in het eerste geval de consument betrokken wordt bij de preventie en in het andere geval de professe de preventie bepaalt. Er wordt geprobeerd onder de paraplu van één begrip twee verschillende begrippen te vatten.

Preventie is van oudsher een begrip uit de medische gezondheidszorg, altijd gelieerd aan curatieve zorg of aan medische nood. Dat maakt het moeilijk hieraan een andere betekenis toe te kennen in de zin van positieve gezondheidszorg of een educatieve benadering, waarbij geen sprake is van medische nood. Prof. J.P. Kuiper had het in zijn opvatting over gezondheid en het beschermen van het gezonde bestaan over het

eliminieren van bedreigende factoren. Het begrip preventie zou naar zijn idee niet meer nodig zijn, vervangen dienen te worden door allerlei vormen van interventies.

Wanneer er over preventie gesproken wordt in de gezondheidszorg, dient in ieder geval in de beschouwing betrokken te worden:

- wie er over spreekt (bestuurders, wetenschappers, beleidsmakers, uitvoerders en vanuit welke sector);
- welke activiteiten ermee bedoeld worden;
- welke discussie ermee gevoerd wordt (b.v. financieel);
- welke effecten ervan verwacht worden.

Het Preventiebegrip is ook in de Nota 2000 vaag. Gezondheidsbeleid is gediend met een nieuwe invulling met eenduidige begrippen.

2 Het kruiswerk en haar preventieve taken

Het kruiswerk heeft als doelstelling: ‘het bevorderen van het gezonde bestaan van mensen in hun directe leefsituatie, voor zover dit de thuis-situatie betreft’.

Het kruiswerk voert daarvoor taken uit, haar officieel door de overheid opgedragen, die liggen op het terrein van de curatieve en preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Afhankelijk van de zorgterreinen waarop het kruiswerk een aanbod heeft, ligt het accent meer op één van deze vormen van gezondheidszorg. De zorgverlening door het kruiswerk wordt in de directe woonomgeving van de cliënt geboden. De zorgverlening omvat zowel aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg, als van basisgezondheidszorg.

Hoewel GVO en preventie niet elkaar dekkende begrippen zijn, noem ik ze hier wel in één adem met voorbeelden van zorgterreinen (zie tabel 1).

De manier waarop het kruiswerk haar preventie c.q. GVO-functie vorm tracht te geven, varieert. De medische benadering van preventie is herkenbaar binnen de jeugdgezondheidszorg: vaccinaties, periodiek geneeskundig onderzoek en vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen. De educatieve benadering van preventie komt in verschillende vormen voor: binnen de individuele zorgcontacten van de kraamverzorgende, de wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, diëtisten en consultatiebureau-artsen, vindt regelmatig voorlichting, advisering en begeleiding plaats rondom onderwerpen als voeding, veiligheid en op-

Tabel 1

<i>Zorgterrein</i>	<i>Preventie/GVO</i>
Zwangerschapszorg Kraamzorg	A.s. oudervoorlichting Advisering/begeleiding Instructie
Jeugdgezondheidszorg	– Screening stofwisselingsziekten – Vaccinaties – Voorlichting/opvoeding/ontwikkeling – VTO
Zorg voor zieken en gehandicapten Preventieve ouderenzorg Verpleegartikelen en hulpmiddelen Voedingsvoorlichting en dieetadvisering Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding	– Patiëntenvoorlichting – Cursussen samen met anderen – Instructie over materiaal – Gezonde voeding – Groepen met eetproblemen – Lokale GVO

voeding. Dit gebeurt op het consultatiebureau, maar ook tijdens huisbezoeken. Daarnaast worden gespreksgroepen, cursussen of themabijeenkomsten georganiseerd voor a.s. ouders en ouders met jonge kinderen.

Binnen de Zorg voor zieken en gehandicapten wordt gesproken van patiëntenvoorlichting. Preventie betreft dan het gebied van erger voorkomen of beter leren omgaan met ziekte en problemen rondom de ziekte.

GVO in de preventieve ouderenzorg krijgt onder andere vorm in cursussen, veelal in samenwerking met anderen, waaronder ouderen zelf, georganiseerd en uitgevoerd.

De instructie over het juiste gebruik van hulpmiddelen kan gezien worden als een GVO-activiteit, gericht op het zelf beter leren omgaan met een handicap.

Diëtisten geven groepsgerichte voorlichting over de relatie leefwijze – voedingsgedrag en gezondheid.

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling binnen het kruiswerk is de vormgeving van de lokale GVO-voorziening op kleinschalig niveau. Geprobeerd wordt het eigen probleemoplossend vermogen van de bevolking in een lokale situatie zoveel mogelijk te mobiliseren bij de oplossing van problemen die daar leven. Uitgangspunt is dat de vragen, de wensen en de behoeften van de bevolking de basis vormen voor het ontwikkelen van een daarop afgestemd samenhangend aanbod. De 'lokale GVO-functionaris' is herkenbaar en bereikbaar: het kruiswerk ontwikkelt hiermee een aanbod op een terrein dat in het overheidsbeleid sterk onderbelicht wordt.

3 Winstpunten van en kanttekeningen bij de Nota 2000

Het kruiswerk ziet als een winstpunt van de Nota dat hierbij uitgegaan wordt van een gezondheidsbeleid. Hoe de ombuigingsoperatie van het voorzieningenbeleid tot gezondheidsbeleid plaats zal vinden en welke middelen hiervoor zijn, wordt echter niet uitgewerkt. Veel is in het verleden niet voorkomen en zal ook niet te voorkomen zijn. Een uitgebreid voorzieningenpakket van curatieve zorg zal dus noodzakelijk blijven. Onderdeel hiervan zijn ook een aantal preventieve activiteiten, zoals bij voorbeeld patiëntenvoorlichting.

Als ander winstpunt ziet het kruiswerk dat het beleid stoelt op diepgaande analyses en uitgewerkte scenario's van facetten van de gezondheidsproblematiek, gekoppeld aan gezondheidsdoelstellingen. Dat de effectiviteit van de gezondheidszorg geoperationaliseerd dient te worden, kan door het kruiswerk worden ondersteund. De wenselijkheid van planning en sturing in de gezondheidszorg is duidelijk.

Als criteria voor gezondheidswinst worden echter in de Nota 2000 nogal eenzijdig sterfte- en ziekereductie genoemd. Het effect van zorgactiviteiten is echter niet altijd in gezondheidswinst uit te drukken. Ook wanneer er sprake is van niet meer beter worden, wanneer het slechter gaat met mensen, zal het kruiswerk zorg moeten verlenen. Effecten van het kruiswerk moeten vaak bekeken worden vanuit het vermijden of uitstellen van gezondheidsverlies. Het gaat om *kwaliteit* van het leven, waarvoor gezondheidswinstmodellen vaak ontoereikend zijn.

De Nota 2000 noemt als criterium waaraan een zorgsysteem in de toekomst dient te voldoen: het gericht zijn op de behoefte aan zorg. Deze wordt dan bepaald door een beschrijving van de gezondheidstoestand van groepen van de bevolking. Op grond van ontwikkelde gezondheidsscenario's worden gezondheidsprofielen gemaakt. Deze profielen dienen als uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid. De zorgbehoefte wordt bepaald van bovenaf, op grond van kwantificeerbare gegevens, vooraf gestelde criteria met betrekking tot gezondheidswinst, namelijk ziekte- en sterftereductie, vooraf in te schatten analyses van kosten en baten.

In de Nota 2000 wordt veelal uitgegaan van epidemiologische gegevens. De behoefte aan, de noodzaak tot gezondheidszorg is niet altijd in kwantificeerbare termen uit te drukken. In dit verband is de relatie tussen gezondheid en gezondheidsbeleving interessant. Iemand die in objectieve – medische – termen gezond is en dus vrij van ziekte, kan zich

zeer ongezond voelen en dus een beroep doen op voorzieningen; maar ook van het omgekeerde is zeer frequent sprake. Een voorbeeld hiervan is het objectief constateren van bij voorbeeld borstkanker, terwijl iemand zich goed voelt.

Het kruiswerk vindt de bepaling van zorgbehoefte in de Nota een eenzijdige benadering om behoeften aan zorg in kaart te brengen. Ook de bevolking, de consument zelf, zou hier in gehoord dienen te worden. Deze vorm van inspraak is binnen het kruiswerk te vinden in activiteiten als: gespreksgroepen voor jonge ouders, cursussen zieken verzorgen thuis, voorlichtingsbijeenkomsten over voeding, gespreksgroepen voor diabetici, hartpatiënten en hun partners en met name de ontwikkeling van lokale GVO-voorzieningen als antwoord op behoeften bij de lokale bevolking. Belangrijk daarbij is dat vastgesteld wordt wie bepaalt dat er winst geboekt is en wat de kwaliteit van leven is. Binnen de gedachte van 'primary health care' dient gezondheidszorg gerelateerd te zijn aan de behoefte van de bevolking, de bevolking dient zelfs te participeren in de planning en uitvoering van de gezondheidszorg.

Gezondheidsbeleid dient dus ook gebaseerd te zijn op subjectieve gezondheidsbeleving. Het kruiswerk probeert in haar aanbod en werkwijze een andere benadering te realiseren van preventie, de benadering waarbij de vragen van de bevolking prioriteit hebben boven de van bovenaf vastgestelde behoeften aan zorg. Het kruiswerk tracht in haar zorgverlening maatwerk te leveren, door het afstemmen op de subjectieve gezondheidsbeleving/behoefte aan zorg van mensen. Dit maakt het nodig andere doelstellingen te formuleren, als aanvulling op 'verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking'.

Preventie en curatie zijn niet altijd complementair te stellen. Wijkverpleegkundigen stellen dit helaas wel vaak. Ook de Nota is hierover niet duidelijk. Het gevaar is dat door de toenemende druk op de curatieve zorg de preventieve activiteiten in het gedrang komen; juist preventie in de zin van positieve gezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Deze educatieve manier van preventie en die waarbij de consument (zoveel mogelijk) is betrokken, dient een ander doel dan curatie, heeft ook doelen van langere termijn dan curatie; de kosten gaan uit voor de baten.

Voor het bereiken van de doelen van curatieve zorg zijn andere middelen nodig dan voor het bereiken van doelen voor preventieve zorg. Preventie vergt een andere taakstelling en een andere werkwijze dan

curatie. Dit neemt natuurlijk niet weg dat tijdens curatie er allerlei preventieve activiteiten plaats kunnen vinden in de zin van voorkomen van erger. Preventie kan daarin echter niet uitgedrukt worden als een percentage van de zorgverlening. Het gaat bij curatie en preventie om en/en en niet om of/of.

4 Wat betekent een en ander voor kruiswerk en preventie in de toekomst in het magische jaar 2000?

Het kruiswerk is vanuit haar positie als gezondheidszorgorganisatie ten behoeve van mensen in hun thuissituatie ook geschikt om de *gezondheidsbeleving* van mensen als uitgangspunt voor haar zorgaanbod te nemen. Met een eenzijdige nadruk, die in de Nota 2000 komt te liggen op preventie als 'afwezig zijn van ziekten en problemen', is de vrees gerechtvaardigd dat de opvatting van het kruiswerk meer uit te gaan van en af te stemmen op de behoeften die mensen zelf aangeven, niet gerealiseerd kan worden.

Het is noodzakelijk om voor de thuisgezondheidszorg, waaronder het kruiswerk, duidelijker te definiëren welke criteria aangelegd worden voor de curatieve zorg en preventieve zorg en de gezondheidsbevordering.

Een aanvulling vanuit de veldorganisaties op het door de overheid in de Nota 2000 gepresenteerde gezondheidsbeleid zou een meer samenhangend en vollediger beeld kunnen opleveren. De ervaringen van het kruiswerk kunnen daarin goed benut worden. Daarnaast is van belang dat de verschillende organisaties met GVO-en preventietaken samenwerken met elkaar. Zij kunnen vanuit hun specifieke positie binnen de gezondheidszorg, de specifieke doelgroepen waarvoor en met wie zij bezig zijn, de know how die zij in huis hebben, een bijdrage leveren aan de uitvoering van het gezondheidsbeleid.

5 GVO, preventie en facetbeleid in de Nota 2000

Commentaar vanuit de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG)

H. Verburg

Een van de commentaren bij het verschijnen van de Nota 2000 was: 'Laten we nu eindelijk eens alle nota's in de vuilnisbak gooien en gewoon aan het werk gaan!' Ik heb wel enige sympathie voor die uitspraak. Per slot van rekening zit nu hier ook weer een zaal vol mensen rond een 'Nota' geschaard in plaats van gewoon te werken, wat dat laatste ook wezen moge. En in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de preventie op het terrein van de AGGZ heb ik de afgelopen jaren menige nota of notitie zien passeren (Hagendoorn, 1986). En vaak blijft daarbij toch de vraag: wat heeft dit nu opgeleverd? Een nota moet van goede huize komen om zijn gewicht in papier waard te zijn. Wat dat betreft heeft de Nota 2000 het – gezien de dikte ervan – extra moeilijk. Er schijnt overigens binnen p.r.- en voorlichtingskringen ook de uitspraak te bestaan dat je de invloed van nota's kan uitdrukken in kilo's: des te zwaarder des te meer invloed. De vraag is: moet de Nota 2000 maar bij het oud papier, of is dit een nota die er wezen mag? Ik wil de Nota op een aantal punten met u wegen.

Dat wegen doe ik dan als stafmedewerker bij de NVAGG, de koepelorganisatie van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's). Ik kijk vooral naar wat de Nota zegt over de preventie op het terrein van de geestelijke gezondheid. Eerst wat achtergrond: in Nederland zijn 58 RIAGG's, die allemaal uitvoering geven aan de kerntaak preventie (naast de curatie en de dienstverlening). Die preventie wordt uitgevoerd door gemiddeld ongeveer 2 full-time preventiewerkers per RIAGG, waarbij overigens de spreiding nogal ongelijk is. Sommige RIAGG's hebben 4 preventiewerkers, andere bij voorbeeld slechts een halftime kracht of nog minder. Verder worden ook vanuit de hulpverleningsteams uren in de preventie-uitvoering gestoken. Uit een recente inventarisatie bleek dat alle RIAGG's bij elkaar ruim 350 grotere en kleinere preventieprojecten uitvoeren. Dat klinkt misschien wat wanordelijk, maar bij dat getal van 350 moet worden

aangetekend dat die projecten voornamelijk gecentreerd zijn rond zo'n vijftien GGZ-thema's. Voor de jeugdzorg zijn dat bij voorbeeld kind en echtscheiding, opvoedingsvoorlichting en GGZ in relatie tot het onderwijs. Meer dan voorheen begint de aandacht in de AGGZ-preventie thans ook gericht te worden op ernstige psychische problematiek: suicide, kindermishandeling, seksueel geweld en incest. De preventie-activiteiten vanuit de RIAGG's worden veelal uitgevoerd samen met de eerste lijn, het onderwijs, het sociaal-cultureel werk, de GVO enzovoort. Bij de weging van de Nota 2000 zal, waar mogelijk, steeds de praktijk van de RIAGG-preventie betrokken worden.

Eerst een algemene uitspraak van de NVAGG: de Nota volgt een benaderingswijze die zinvol is en die – mits goed uitgevoerd – de voorkeur verdient boven de thans gehanteerde benaderingswijze. Dat 'mits goed uitgevoerd' is overigens daarbij wel belangrijk, want bij de onderbouwing en uitwerking van de Nota op het terrein van de geestelijke gezondheid worden door de NVAGG wel de nodige vragen gesteld. Maar de NVAGG onderschrijft het uitgangsidee van de Nota, namelijk dat van het formuleren van een gezondheidsbeleid in plaats van een voorzieningenbeleid. Waarbij de Nota op grond van een gezondheidsmodel uitspraken doet over een aanpak gericht op de bevordering van de gezondheid van de bevolking. Een consequentie van het gehanteerde denkmodel is dat de Nota breder kijkt dan alleen naar het terrein van de gezondheidszorg sec: de Nota noemt dat facetbeleid.

Waarom verdient deze benadering de voorkeur? Omdat op deze wijze meer dan voorheen gepoogd wordt de bestaande wetenschappelijke kennis over de determinanten van gezondheid doelgericht en systematisch te gebruiken ten behoeve van gezondheidsbevordering, preventie en curatie, waarbij dan tevens relevante factoren buiten het terrein van de gezondheidszorg bij die aanpak betrokken worden.

Een belangrijk punt, logisch voortvloeiend uit het gehanteerde gezondheidsmodel, is dat meer nadruk gelegd zou moeten worden op de preventie en gezondheidsbevordering. Vanuit preventief oogpunt gezien is een gezondheidsbeleid te verkiezen boven een voorzieningenbeleid. Die nadruk op preventie en gezondheidsbevordering wordt door de NVAGG onderschreven. Het door de NVAGG gevoerde beleid rond de preventie is er op gericht in 1987 10% van de professionele zorg vanuit de RIAGG's op de preventie te richten en in 1995 moet dat zijn opgelopen naar 12%. Ter vergelijking: voor de gehele gezondheidszorg geldt

dat slechts ongeveer 2% van het geld besteed wordt aan de preventieve gezondheidszorg en dat percentage is ten opzichte van voorgaande jaren ook nog gedaald!

Hoe valt weging van de Nota 2000 op het punt van de preventie uit? Voor de ontwikkeling van GVO en preventie is één aspect van de Nota in elk geval direct van belang, namelijk het gehanteerde gezondheidsmodel. Het model baseert zich op determinanten op het terrein van biologische factoren, de fysieke en maatschappelijke omgeving van mensen, menselijke leefwijzen, terwijl binnen het model ook nog naar de gezondheidsvoorzieningen wordt gekeken. Een dergelijk multicausaal model sluit sterk aan bij in preventie gehanteerde denkmodellen en onderscheidt zich van de in de curatieve zorg meer gebruikelijke modellen, die zich toespitsen op de patiënt/cliënt en diens directe omgeving. Een belangrijke voorvader van de RIAGG-preventie, Gerald Caplan, geeft in zijn 'Principles of preventive psychiatry' (Caplan, 1964) al heel nadrukkelijk aan dat de preventieve geestelijke gezondheidszorg breder moet kijken dan alleen naar het bedreigde individu: ook in de richting van het beïnvloeden van maatschappelijke terreinen en van de overheden die op die terreinen een rol spelen. Het facetbeleid kun je zien als een moderne variant op dat verhaal. In de AGGZ-preventie heeft deze benadering een verdere uitwerking gekregen in preventieve stress-modellen en in verschillende vormen van maatschappijgerichte denkmodellen. Wat dat betreft richt de AGGZ-preventie zich aanzienlijk breder dan alleen op het beïnvloeden van de 'leefwijze' van mensen.

Een belangrijk aspect van het gezondheidsmodel in de Nota is ook de noodzaak tot samenwerking over de grenzen van de gezondheidszorg heen. Binnen de preventie en GVO speelt dit al veelvuldig. Ik noemde voor de RIAGG-preventie al de samenwerking met allerlei terreinen, zoals het onderwijs, de welzijnszorg enzovoort. Het in de Nota 2000 gehanteerde gezondheidsmodel leent zich prima voor een preventieve benadering van de gezondheid van mensen.

Maar ... alléén met een model ben je er niet. En als er één algemeen bezwaar tegen de Nota 2000 geuit moet worden, dan is het dat de goede ideeën in de Nota een onvoldoende harde uitwerking krijgen. Zo wordt in de Nota eigenlijk al met zoveel woorden aangegeven, dat we ons van facetbeleid van de kant van de overheid niet teveel voorstelling moeten maken en van de beïnvloedbaarheid van belangrijke factoren als milieu

en leefstijl al evenmin. Waarmee het model en haar uitwerking direct al weer op de tocht worden gezet.

Hoe staat het met de RIAGG-preventiepraktijk op dit punt? Op het moment wordt een Tweede Nota Preventie binnen de NVAGG voorbereid, waarin veel nadruk wordt gelegd op het belang van een goede analyse van de problematiek of thematiek waarop de preventie zich richt en in het verlengde daarvan op het belang van een goede keuze van aangrijpingspunten voor preventie. Dit sluit aan bij de ontwikkelingen in de praktijk, waarbij men ziet dat meer en meer grotere preventieprojecten rond een thema of problematiek worden opgezet en uitgevoerd, waarbinnen dan een aantal samenhangende activiteiten plaatsvindt. Veelal zijn bij die projecten ook andere sectoren uit de samenleving betrokken. Voorbeelden zijn: kind en echtscheiding, samen met het onderwijs, de rechterlijke macht en de advocatuur, projecten rond arbeid en werkloosheid, arbeidsongeschiktheid samen met onder andere de vakbonden, projecten binnen het onderwijs samen met onder andere GVO en vrouwenprojecten, samen met onder andere het sociaal-cultureel werk en het autonome vrouwenhulpverleningscircuit. Uit het voorgaande blijkt dat het model in de AGGZ-preventie al een zekere uitwerking vindt, waarbij als het ware van onderaf aan facetbeleid vorm wordt gegeven.

Dan komen we nu bij een heel belangrijk punt in de weg van de Nota 2000. Namelijk de grote nadruk die in de Nota gelegd wordt op gezondheidsbevordering en preventie. Dat klinkt heel goed en positief. Maar mijn stelling is dat de Nota 2000 de preventie – via de hemel – het graf in prijst!

In de eerste plaats is het opvallend dat het begrip ‘preventie’ – toch een kernbegrip zou je zeggen – in de Nota nauwelijks omschreven wordt en zeker niet hard gedefinieerd. In de begrippenlijst achterin de populaire versie van de Nota komt het woord zelfs geheel niet voor. In de tekst van de Nota lopen de begrippen preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, GVO, vroegtijdige onderkenning nogal door elkaar heen. Volgens de Nota kennen we binnen de preventie uitsluitend de educatieve benaderingswijze, terwijl er binnen de AGGZ-preventie, zoals ik al eerder heb aangegeven, ook duidelijk andere benaderingswijzen gehanteerd worden. Een dergelijke onduidelijke en incomplete begripsom-

schrijving vormt een zwakke basis voor wat een belangrijke accentverschuiving in het gezondheidsbeleid zou moeten zijn. Hoe kunnen we straks bepalen of er van die slecht gedefinieerde preventie iets terecht is gekomen.

In de tweede plaats is de teneur van de Nota 2000 heel sterk dat GVO en preventie allerlei vormen van curatieve zorg overbodig maken.

Nog los van de vraag of dat wel waar is, is het in elk geval voor die preventie-ontwikkeling strategisch nú al onhandig gebleken om de preventie en curatie zo tegenover elkaar te zetten. Veel reacties vanuit de traditionele zorgsectoren concentreren zich op het aantonen van de onmogelijkheid van preventie en op het verdedigen van de zorg. Dat komt dan in de plaats van een redelijk gesprek over hoe een goed evenwicht tussen preventieve en curatieve zorg er uit zou moeten zien. Zo'n gesprek lijkt zeer wel mogelijk, zowel op grond van het in de Nota gehanteerde gezondheidsmodel, alswel op de huidige verhouding tussen aandacht en geld, besteed aan curatie en aan preventie. Zoals gezegd: 2% van het geld wordt op dit moment aan de preventieve gezondheidszorg besteed. Bij zo'n gesprek zou de samenhang tussen preventie en curatie uitgangspunt moeten zijn. Bij zo'n gesprek is verder van belang de kennis die we langzamerhand hebben over de effecten die goed uitgevoerde preventieprogramma's kunnen hebben.

Ten derde worden overspannen verwachtingen gekoesterd ten aanzien van de effecten van gezondheidsbevordering en preventie. Het is op zich terecht om verwachtingen te hebben. Er is langzamerhand veel kennis beschikbaar (onder andere in een groeiende hoeveelheid specifieke vakliteratuur, inclusief enkele tijdschriften over de preventieve geestelijke gezondheidszorg). Uit die literatuur weten we dat gerichte, systematisch opgezette en uitgevoerde preventie, op zich aantoonbaar effectief kan zijn. Dr. C. Hosman van de Universiteit van Nijmegen heeft een aantal voorbeelden gegeven van bruikbare programma's, zoals die uit een door hem uitgevoerde literatuurstudie naar voren komen (zie pag. 00).

De tijd dat de bruikbaarheid van preventieve programma's op dit terrein ontkend kon worden, is daarmee voorbij. Maar men moet die effecten ook weer niet gaan overtrekken en men moet ze zeker niet simpelweg afzetten tegen de behoefte aan curatieve zorg. Het is heel wel mogelijk dat door effectieve preventie de vraag naar curatieve zorg afneemt: bij systematische kind- en echtscheidingsprogramma's is dat wel voorstelbaar. Maar er zijn natuurlijk net zo goed voorbeelden waar-

bij de vraag naar curatieve zorg bij goede preventie-uitvoering zal toenemen: denk bij voorbeeld aan effectieve suïcidepreventie.

Overigens lijkt de redenering dat preventie de vraag naar zorg uiteindelijk alleen maar zal doen toenemen, omdat mensen door preventie ouder worden en dan meer chronische klachten krijgen, voor de geestelijke gezondheidszorg minder op te gaan dan voor de somatische gezondheidszorg.

In de vierde plaats ontbreekt een stevige uitwerking van het aangeprezen preventiebeleid, in de vorm van het aangeven en vervullen van de voor dat beleid noodzakelijke randvoorwaarden; niet alleen financieel, maar ook in termen van streefnormen voor preventie en een ondersteunend apparaat ten behoeve van de preventie-ontwikkeling. Voor de GGZ-preventie wordt hiervoor grotendeels verwezen naar de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Daarin wordt inderdaad wat meer aan de concretisering van het beleid gedaan, maar daarvan moeten we constateren dat van die voornemens in de afgelopen twee jaren nog weinig is gerealiseerd. Howel de accentverschuiving in de Nota 2000 dus in principe toegejuicht wordt, is met het voorgaande wel een domper op de vreugde gezet. Met alléén de Nota 2000 lijken de voorwaarden voor een realisering van het beleid niet gegeven te zijn; en loopt men het risico dat over een aantal jaren deze benadering als 'zonder resultaat' terzijde wordt geschoven.

Op het terrein van de RIAGG-preventiepraktijk zien we langzamerhand een begin ontstaan van het realiseren van noodzakelijke randvoorwaarden, zoals: streefnormen, kwaliteitsnormering, een ondersteunend apparaat (in de vorm van het Landelijk Ondersteuningspunt Preventie), enige aandacht voor AGGZ-preventie bij universiteiten enzovoort. Het is nog lang niet optimaal en het heeft jaren geduurd voordat althans dit begin er was – jaren waarin de preventie en curatie ook regelmatig tegenover elkaar stonden. Maar met de genoemde randvoorwaarden loopt de RIAGG-preventiepraktijk bij wijze van spreken nu al vooruit op wat de Nota voor het jaar 2000 schetst.

Wat in deze tijden toch ook duidelijk gezegd moet worden, is dat de op zich sympathieke inhoud van de Nota 2000 ook heel bruikbaar is om bezuinigingsbeleid op te voeren. De Nota is zéker niet als bezuinigingsnota opgesteld en verder is het op zich ook niet vies om, waar dat redelijkerwijze mogelijk is, te bezuinigen in de gezondheidszorg. Maar het is mogelijk met de Nota in de hand allerlei bezuinigingen door te

voeren die door de schrijvers helemaal niet zo bedoeld waren. Zo worden in de Nota 'functies' gepland, zodat allerlei 'voorzieningen' gemakkelijk geschrapt kunnen worden, zolang de functie maar ergens – minimaal – overeind blijft. Zo wordt in de Nota veel nadruk op zelfzorg en mantelzorg gelegd, terwijl onderzoek daarnaar recentelijk nog eens de beperkingen van die zelfzorg en mantelzorg heeft aangegeven. En zo wordt in de Nota veel nadruk op gezondheidsbevordering en preventie gelegd, waardoor de uitbouw van de curatieve zorg kan worden gestopt of zelfs teruggedraaid. Terwijl het de vraag is wat er van die gezondheidsbevordering en preventie gerealiseerd zal worden en wat dat voor effect zal hebben op de zorgbehoefte. Door die curatieve zorg toch maar vast af te breken wordt, wellicht ten onrechte, vooruitgelopen op veronderstelde effecten van het op preventie gerichte beleid. De Nota 2000 is *helás* ook een goede bezuiningsnota. Om te voorkomen dat de goede intenties van de Nota onderuit gehaald worden door een uitsluitend op bezuiniging gerichte politieke besluitvorming, zal het noodzakelijk zijn de achterliggende visie van de Nota nadrukkelijk bij die besluitvorming te betrekken. Hier ligt een belangrijke taak voor de landelijke adviesorganen en koepelorganisaties.

Samenvattend: de Nota 2000 is een hele goede Nota, *máár* hoe zal de nadere uitwerking zijn.

Voor wat betreft het facetbeleid gaat het bij voorbeeld om de vraag in hoeverre het zal lukken om de scheidslijnen tussen departementen, of ook tussen afdelingen binnen departementen, te doorbreken.

Voor wat betreft de ontwikkeling van GVO en preventie gaat het onder andere om de vraag in hoeverre noodzakelijke randvoorwaarden geschapen gaan worden om deze activiteiten tot ontwikkeling te brengen.

Voor de GGZ-preventie behoren tot die randvoorwaarden:

- een langetermijnontwikkelingsplan voor de GGZ-preventie; het ministerie van WVC is hiermee bezig;
- kwaliteitsnormering voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg; de NVAGG is hiermee bezig;
- samenwerkingsafspraken tussen de verschillende terreinen die relevant zijn voor de GGZ-preventie, onder andere GVO en de eerste lijn. Een begin is hiermee gemaakt, onder andere in de Vaste Commissie GVO van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en daarnaast tussen verschillende relevante koepelorganisaties;
- voldoende financiering van wetenschappelijke onderbouwing en begeleidend onderzoek ten behoeve van de preventie-ontwikkeling.

Onduidelijk is in hoeverre hiertoe binnen de WVC-begroting in de komende jaren voldoende middelen beschikbaar zullen komen;

- aanwending van een belangrijk deel van de GGZ-preventiecapaciteit voor de systematische ontwikkeling van modelprojecten, die een bredere verspreiding kunnen krijgen. Een discussie hierover zal in eerste instantie binnen de sector zelf gevoerd moeten worden;
- een goede ondersteuningsstructuur (onder andere het LOP, het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, eventueel het NcGv).

In mei 1987 wordt door de NVAGG, het LOP en de Universiteit van Nijmegen een tweedaagse conferentie over de preventieve geestelijke gezondheidszorg georganiseerd, waarbij zal worden gepoogd lijnen naar de toekomst uit te zetten. Wellicht komt uit die conferentie waardevol materiaal voor een vervolgstudie op de Nota 2000, waarin de preventieve functie van de geestelijke gezondheidszorg nader uitgewerkt wordt.

Een dergelijke vervolgstudie is voor mij een noodzakelijke randvoorwaarde voor het doen van de uitspraak: De Nota 2000 is een hele goede Nota.

Literatuur

- Caplan, G., *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books, 1964
- Hagendoorn, J. en H. Verburg, GVO in de jaren tachtig. In: *GVO/PREVENTIE*, jaargang 7, nr. 2, 1986, pag. 5–14

6 Letselpreventie; een prioritaire doelstelling van het gezondheidsbeleid

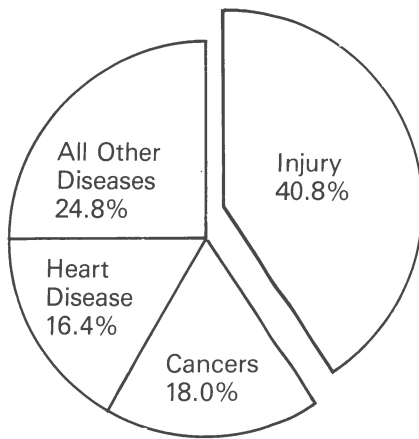
W.H.J. Rogmans

1 Inleiding

Het is voor de Stichting Consument en Veiligheid een groot genoegen om op deze studiedag als een van de categorale instellingen haar visie te mogen geven over de Nota 2000. Niet 'namens de categorale instellingen', want dat laatste zou voldoende stof tot discussie opleveren voor minstens één complete studiedag. Dat de keuze op de Stichting Consument en Veiligheid is gevallen, verklaar ik uit het feit, dat in het hoofdstuk 'preventiebeleid en facetbeleid' aan het 'beleid inzake de veiligheid in de privésfeer' (naast het 'voedingsbeleid') expliciet aandacht wordt besteed in de vorm van een boeiende toekomstbeschouwing, ontleend aan ons meerjarenprogramma. Overigens is in de verkorte uitgave van de heer E.J. Boer hier weinig meer van terug te vinden. Jammer, want in de oorspronkelijke Nota wordt terecht geconstateerd dat 'ongevallen' als doodsoorzaak in de 20e eeuw al snel zijn opgedrongen naar de derde plaats; uiteraard was dat mogelijk mede dank zij het terugdringen van andere doodsoorzaken, zoals infectieziekten.

Cijfers over de omvang van de ongevallenproblematiek mogen nu wel bekend worden verondersteld. Te weinig wordt beseft dat de groep 'ongevallen' alle andere belangrijke doodsoorzaken verreweg overtreft als oorzaak van voortijdig verlies van levensjaren. In de gehele westerse wereld zien we het beeld dat meer produktieve jaren verloren gaan ten gevolge van ongevallen, dan ten gevolge van hart-vaatziekten en kanker.

De gevolgen van niet-dodelijke ongevalsletsels zijn van gelijke proporties: ongevalsletsels vormen een van de belangrijkste aanleidingen voor ziekenhuisopname en leiden zeer frequent tot bezoek aan de huisarts. De persoonlijke, maar ook de maatschappelijke consequenties hieraan verbonden zijn groot. Met name in de privésfeer, waar meer slachtoffers vallen dan in de bedrijfs- en verkeerssector te zamen (2,3 miljoen medisch behandelde letsels in de privésfeer per jaar), lopen deze



kosten hoog op: schattingen komen uit op circa 2,5 miljard gulden per jaar kosten van medische hulpverlening en arbeidsverzuim.

Het is dan ook verheugend te constateren dat men in de afgelopen jaren langzamerhand meer aandacht is gaan besteden aan de veiligheid in de privésfeer, niet in de laatste plaats de overheid met de uitgifte van de Nota Veiligheid in de Privésfeer in 1984. Deze Nota was opgesteld mede naar aanleiding van een verzoek van het toenmalige kamerlid, de heer D.J.D. Dees. Zij bevat naast een beschrijvend en inventariserend gedeelte, concrete beleidsvoornemens op het terrein van de produktveiligheid en de veiligheid van andere omgevingsfactoren en op het terrein van de veiligheidsvoorlichting en -opvoeding. Hieraan zijn vooral in de meerjarenprogramma's van de Stichting Consument en Veiligheid concrete uitwerkingen gegeven, hetgeen onder meer heeft geleid tot het stellen van het doel om over een termijn van 20 jaren een ongevalsreductie met een kwart te bewerkstelligen. Het spreekt voor zich dat een dergelijke ambitieuze doelstelling een zorgvuldige prioriteitenafweging en strategiebepaling veronderstelt.

2 Nota 2000 – algemeen preventiebeleid

De Nota Veiligheid in de Privésfeer vormt, te zamen met de Nota's voor het voedingsbeleid, de kankerbestrijding en de basisgezondheidszorg,

de concretisering van een nieuwe denkrichting, waarin gezondheidsbescherming en collectieve preventie een prominente rol krijgen toebedeeld. Overigens wordt in de Nota over de sportmedische begeleiding in alle toonaarden gezwezen, terwijl het toch om een zeer belangrijk probleem gaat: een half miljoen medisch behandelde sportletsels per jaar! Het werd tijd voor een nieuw beleid, want zo langzamerhand dreigden de gezondheidszorginspanningen in relatie met de werkelijke gezondheidsproblemen danig te ontsporen, zoals moge blijken uit onderstaande tabel, waarin alleen nog maar de research-inspanningen zijn afgezet tegenover de concrete omvang van de betreffende problematiek.

Tabel 1 Verlies in levensjaren en uitgaven voor onderzoek in de Verenigde Staten

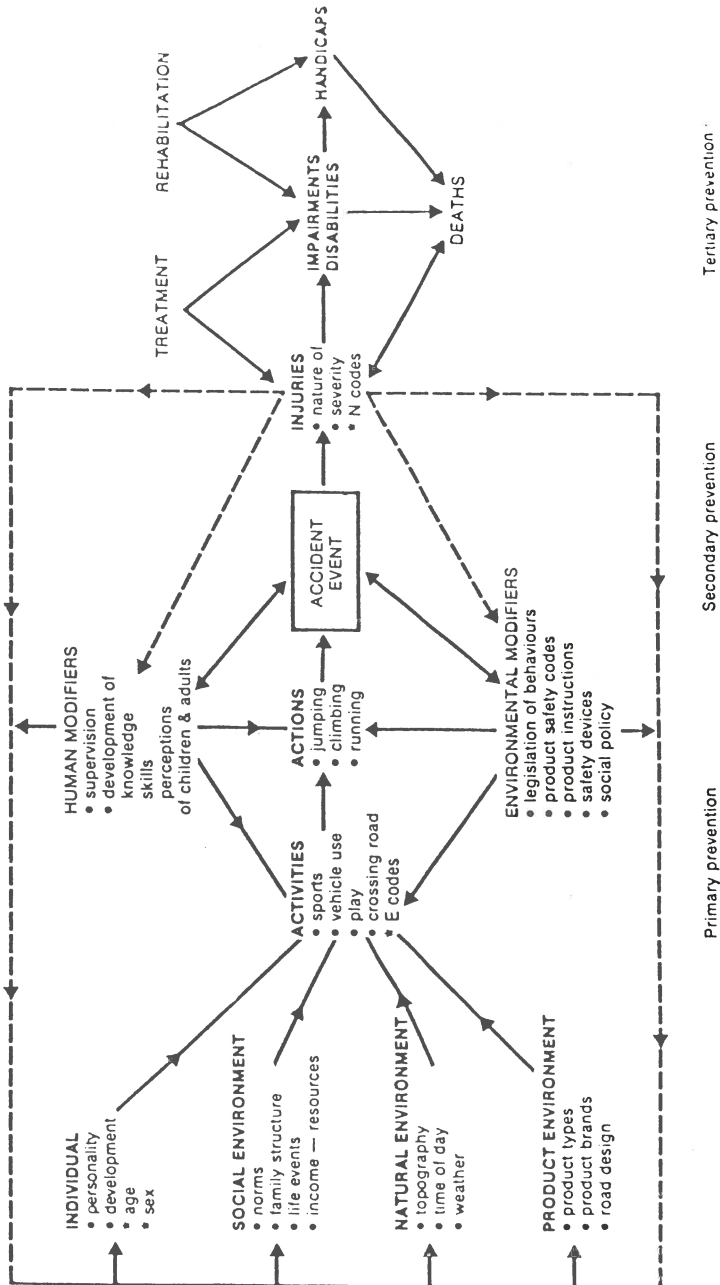
	<i>Ongevallen</i>	<i>Kanker</i>	<i>Hart- en vaat- ziekten</i>
verlies in levensjaren	4,1 miljoen	1,7 miljoen	2,1 miljoen
onderzoek	\$ 112 miljoen	\$ 998 miljoen	\$ 624 miljoen

Sleutelbegrippen in deze nieuwe visie op gezondheidsbeleid zijn ‘analyse van determinanten’ en ‘anticipatie op de toekomst’.

Wat die ‘*determinanten*’ betreft wordt in de Nota 2000 een basismodel gepresenteerd, dat door zijn eenvoud zeer aantrekkelijk is. Het spreekt voor zich dat, afhankelijk van het aan de orde zijnde probleem, meer specifieke modellen uitgewerkt moeten worden en wat dat voor letselpreventiebeleid kan betekenen, illustreer ik graag aan nevenstaand model.

In dit model is het ongevalsproces op zichzelf weergegeven als resultaat van een storing in de normale doelgerichte interactie tussen mens en omgeving, als ook de clusters van factoren die van invloed zijn op het verloop van dit proces. Dit model geeft aan dat er tal van aangrijpingspunten zijn voor preventie. Onderzoek moet meer inzicht in het proces geven en de leidraad verschaffen voor de selectie van de meest doeltreffende aanpak. Het is goed om uit de Nota te vernemen dat er tussen het ministerie en CBS ‘een vruchtbare samenwerking is ontstaan voor het verzamelen en bewerken van de nodige statistische gegevens’. Ik hoop van harte dat dit bij voorbeeld ook leidt tot een meer volledige en systematische informatieverzameling omtrent de toedracht van dodelijk aflopende ongevallen! Maar er is meer nodig: determinantenonderzoek

THE ACCIDENT/INJURY PROCESS



is zeer tijdrovend en kostbaar gebleken en ook op dat punt zullen prioriteiten gesteld moeten worden. Vooral in de sfeer van fundamenteel onderzoek is nog het nodige te doen.

Overigens beschikken we nu reeds over heel wat informatie. We kunnen bij voorbeeld exact berekenen wat de kans op knieblessures is, afhankelijk van de beoefende sporttak. We moeten ons echter blijven realiseren dat het menselijk gedrag, waarvan de resultaten tot deze cijfertjes zijn gereduceerd, veel moeilijker manipuleerbaar is dan deze cijfertjes!

Wat betreft het tweede sleutelbegrip ‘*Anticipatie*’ worden door de Nota ontwikkelingen voorzien, waarvan verwacht wordt dat zij hun sporen zullen achterlaten in de gezondheidstoestand. Ook de Scenario-commissie ‘Ongevallen en Traumatologie’ bestudeert dit onderwerp en twee belangwekkende gedachten kan ik u hier niet onthouden:

Allereerst lijkt het dat onder aanneming van een zeer bescheiden economische groei, met name door de ongunstige demografische ontwikkelingen en ongunstige sociale culturele effecten, zonder intensief ingrijpen het probleem van de privé-ongevallen zich ongunstig zal ontwikkelen (dit in tegenstelling tot de verkeers- en arbeidssector, waar men wel gunstige autonome ontwikkelingen verwacht).

Verder kunnen, met fors overheidsingrijpen, nog behoorlijke effecten worden gesorteerd. Op het terrein van de privé-ongevallen is er sprake van een achterstandsituatie.

Bijzondere ontwikkelingen, bij voorbeeld een zeer sterke economische groei of stagnatie, kunnen leiden tot afwijkingen van deze scenario’s in resp. gunstige en ongunstige zin. De basisgedachte die overblijft is dat, naast economische factoren, de factor overheidsbeïnvloeding een directe invloed heeft op de ontwikkelingen ten aanzien van de incidentie van ongevallen in de privé-sfeer.

3 Instrumenten

De mogelijkheden voor het overheidsingrijpen worden echter in de Nota wel wat magertjes voorgesteld. Met name het *juridische* instrumentarium van de overheid reikt verder dan regulering van de zorgsector en bewerking van financieringsstelsels: een forse uitbreiding van (bij voorkeur wettelijke) kwaliteits- en veiligheidseisen, bij voorbeeld in het ka-

der van de Warenwet, zal leiden tot een beduidende gezondheids- en veiligheidswinst.

In ons preventiemodel, dat ook is opgenomen in de Nota Veiligheid in de Privésfeer, kennen wij een hoge prioriteit toe aan op omgeving gerichte maatregelen. Deels vastgelegd in wettelijke besluiten, deels – en daar zullen we langzamerhand steeds meer aan moeten geloven – normen en richtlijnen die, zij het op vrijwillige basis tot stand gekomen, toch een brede werkingskracht hebben. Zoals bij voorbeeld voor de brandveiligheid van woningtextiel (gordijnen, tapijten en bekleed meubilair), veiligheid van speelgelegenheden en het kinderveilig verpakken van voor kinderen notoir gevaarlijke geneesmiddelen. En dit geldt uiteraard ook voor andere aandachtsgebieden, zoals voeding, waar bij voorbeeld wettelijke bepalingen voor industrieel bereide voedingsprodukten aanzien van het zoutgehalte, een belangrijke bijdrage kunnen leveren tot het terugdringen van het teveel aan zout in ons voedingspakket.

Wat het niet-juridische instrumentarium ten behoeve van preventie betreft, ligt in de Nota de nadruk op de voorlichting; in het bijzonder GVO. Zodanig zelfs, dat preventie en GVO/preventie begrippen lijken te zijn met identieke inhoud. Hier blijft de discussie in de Nota beperkt tot een opeenvolging van een aantal los van elkaar staande, doch zeer behartigenswaardige opmerkingen over ‘moderne communicatieve technieken’, ‘in spelen op trends’, ‘deskundigheidsbevordering’ en ‘kosteneffectiviteit’. Ik heb gepoogd het een en ander bij elkaar te voegen en kom tot de volgende uitgangspunten voor een pragmatische GVO/preventie-aanpak:

- Aan de hand van preventieprofielen zullen duidelijk omschreven doelstellingen moeten worden gekozen, waarvan de haalbaarheid zorgvuldig moet worden ingeschat.
- In het licht van de gekozen doelstelling, de aangetroffen probleemsituatie en de risicogroep waarop GVO/preventie zich richt, zullen de in te zetten communicatieve technieken gekozen dienen te worden.
- Duidelijk is dat meer dan voorheen een forse inzet van massacommunicatieve technieken in veel gevallen op zijn plaats zal zijn.
- De betrokkenheid van beroepsbeoefenaren met name in de eerste lijn vormt een essentieel onderdeel van een effectieve GVO-strategie en hieraan dient een hechte organisatorische onderbouwing gegeven te worden.
- Voorts dient aandacht besteed te worden aan training en bijscholing

van relevante beroepsgroepen en aan de ontwikkeling van voorlichtingsprogramma's, die op de specifieke intermediaire setting zijn afgestemd.

Een concrete voorstelling van de organisatorische uitwerking van deze principes blijft in de Nota uit. Uiteraard spelen de Basisgezondheidsdiensten en de Kruisorganisaties enerzijds en de landelijke categorale instellingen anderzijds een belangrijke rol hierbij. De categorale instellingen hebben een belangrijke taak op het terrein van methodiekontwikkeling en het verlenen van ondersteuning aan de uitvoering van regionale en lokale interventieprogramma's. Voorkomen moet worden dat beschikbare kennis, ervaring en ondersteuningsfaciliteiten onbenut blijven. Het wordt uit de Nota niet duidelijk hoe gedacht wordt de massacommunicatieve aspiraties van het ministerie te realiseren; welke middelen daarvoor beschikbaar zijn en hoe deze acties afgestemd worden op activiteiten op lokaal en regionaal niveau.

Een volgend onderwerp van zorg is uiteraard de financiering van preventie-activiteiten en van GVO/preventie in het bijzonder.

Met mij blijken velen weinig optimistische verwachtingen te koesteren over uitspraken als 'het aandeel van de preventieve activiteiten zou ten opzichte van de curatieve sector in relatieve en absolute zin groter dienen te worden', zonder dat er duidelijke toezeggingen worden gedaan over een vergaande herallocatie-procedure.

De suggestie wordt gewekt dat preventie bij Volksgezondheid 'in een moeilijke hoek' zit. Als hieraan de gedachte ten grondslag ligt dat verzekeringsfondsen een betere financiële ondersteuning van preventie kunnen garanderen, dan moet toch worden gewezen op het feit, dat preventieve gezondheidszorg verzekeringstechnisch nauwelijks interessant is: evenmin als men zich tegen de kosten van brandpreventie kan verzekeren. Ook een structurele financiering kan niet overgelaten worden aan de commerciële sector of aan de gebruiker, de consument. Gezien het collectieve karakter van preventie en haar eigen verantwoordelijkheden blijft de overheid de belangrijkste financieringsbron voor preventieve activiteiten. Wanneer de middelen daar niet voor aanwezig zijn, zullen door middel van herallocaties deze middelen alsnog moeten worden vrijgemaakt.

4 Facetbeleid

Het in de Nota zo centraal staande preventiehoofdstuk besluit met een boeiende beschouwing over facetbeleid, waarmee geduid wordt op een streven naar een gerichte samenwerking met andere departementen, met het doel het gezondheidsaspect in het beleid op andere sectoren optimaal tot uiting te laten komen. Op zich is dit een zeer lovend streven dat ook al lang, zij het met wisselend succes, wordt toegepast. Zo tracht het ministerie van WVC de veiligheidseisen voor elektrotechnische producten tot een optimaal peil op te werken in een dialoog met EZ en wordt de herziening van het Bouwbesluit van VROM actief begeleid en gevoed met 'dringende' suggesties omtrent de invulling van de minimale veiligheidseisen, onder andere aan de woningindeling en bij voorbeeld de toepassing van veiligheidsglas in panelen die lager reiken dan 1,4 meter van de grond. Het spreekt voor zich dat waar het gaat om de brandpreventie, de samenwerking met het ministerie van Binnenlandse Zaken van groot belang is.

Anderssoortige, doch niet minder intensieve contacten zijn er met organisaties in het particuliere veld, om 'preventie van ongevallen in de privésfeer' een volwaardige plaats in het beleid van die organisaties te laten verwerven. Genoemd moeten hier worden consumentenorganisaties (onderzoek en voorlichting), TNO (onderzoek), keurmerkverlenende instanties zoals KEMA en IVHA, Kruiswerk (voorlichting), Basisgezondheidszorg enzovoort. Als met facetbeleid meer wordt bedoeld dan een verdere versterking van intersectorale samenwerking en dit ontaardt in een tomeloze bemoezucht met beleidssectoren van andere departementen op andere zaken dan die waar evidente gezondheidsbelangen in het geding zijn, dan moet ik de vrees uiten dat dit streven op de langere termijn niet doelmatig en zelfs schadelijk kan zijn voor de impact van WVC op het beleid van andere departementen. Zeker in het tijdperk van deregulering en 'verontbureaucratisering' worden dergelijke ongecoördineerde interventies niet geduld. Overigens wordt in de Nota 2000 ook de internationale samenwerking vermeld, met name die in het kader van het WHO-Health for All-programma en het harmonisatieprogramma van de Europese Gemeenschap. Internationale samenwerking mag niet beperkt blijven tot het zeer algemene en abstracte niveau van nationale en internationale beleidsontwikkeling, maar moet vooral ook verdiept worden op het beleidsuitvoerend en beleidsevaluerend niveau. Meer samenwerking dus op het gebied van onderzoek, ontwikkeling van

voorlichtingsstrategieën en evaluatie. Wellicht een taak voor WVC om hiervoor in Nederland een meer actieve rol te spelen.

5 Kosten en preventie

In enkele van de officiële reacties die reeds op de Nota gegeven zijn, worden vraagtekens gezet bij het nut van veel preventieve activiteiten in termen van kostenbesparing. Inderdaad is het goed een zekere scepsis te betrachten bij de beoordeling van nieuwe plannen terzake of bij de beoordeling van de noodzaak van voortzetting van lopende interventieprogramma's; dit om latere teleurstellingen te voorkomen.

Toch zijn er wel goede voorbeelden te melden van kosten-effectieve preventie-inspanningen. Zo zijn er resultaten van de Consument Product Safety Commission in de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat zij er in de tien jaren van haar bestaan, in geslaagd is 18.000 levens te sparen, hetgeen rekening houdend met haar budget neerkomt op een preventieve investering van de Amerikaanse overheid van circa \$ 20.000 per voorkómen dodelijk ongeval. Feitelijk ligt dit bedrag lager, omdat met hetzelfde budget een veelvoud aan niet-dodelijke letsels is voorkomen.

In Nederland zijn wij nog niet zover om een over-all analyse uit te voeren. Wel hebben wij bij voorbeeld onze vuurwerkcampagne van 1985 aan een kosten-batenanalyse onderworpen. Hieruit bleek dat kort na de campagne het aantal in ziekenhuizen behandelde slachtoffers van vuurwerk met 35% was teruggedrongen, hetgeen een geschatte besparing van circa 3,5 ton opleverde. Hierbij is nog geen rekening gehouden met een zeer waarschijnlijke daling van het aantal door huisartsen behandelde slachtoffers. Genoemde 3,5 ton weegt reeds ruimschoots op tegen de investering van bijna één ton in de campagne, tenminste als je ervan uitgaat dat de campagne de enige factor (voor de factor weersomstandigheden was gecorrigeerd) is die van invloed is geweest op de daling van vuurwerkongevallen. Helemaal juist is dat niet, want gelijktijdig is de wetgeving aangepast (bij voorbeeld decibel-grens voor knalvuurwerk), maar aan de andere kant was er een toeneming van illegaal vuurwerk op de markt. Al met al hebben rekenmeesters vastgesteld, dat uitvoering van de campagne als profijtelijk mag worden beoordeeld, bij een aandeel van 27% of hoger in het totaal van factoren die van invloed zijn op de incidentie van vuurwerkletsel. En het is duidelijk dat de impact van de campagne veel hoger ligt dan die van 27%! Men kan bij een dergelijke campagne dus wel degelijk van kosten-effectiviteit spreken.

7 Gevolgen voor regionale samenwerking

J.G.H. Draijer

Gevolgen voor regionale samenwerking is een titel die mij enigszins dwarszit. Immers, de discussie over de Nota 2000 is volop gaande en het lijkt prematuur als overheid thans een definitief oordeel te geven. De Nota 2000 is op dit moment een discussienota met beleidsvoornemens, die haar parlementaire behandeling nog moet ondergaan. Definitieve gevolgen trekken voor regionale samenwerking zou op dit moment dan ook verwachtingen kunnen wekken zonder dat instellingen en organisaties zèlf zich hebben uitgesproken over gevolgen voor regionale samenwerking op het terrein van GVO, preventie en facetbeleid.

Bij het hoofdstuk 'Concrete Beleidsvoornemens' wordt in de Nota dan ook terecht opgemerkt: 'Behalve op rijksniveau zal ook op regionaal niveau facetbeleid en preventie tot ontwikkeling worden gebracht. In de integrale invoeringsgebieden WVG zal daarom in overleg met betrokkenen hiermee een begin worden gemaakt.' (pag. 346). Spreken over *gevolgen* (uitvoering) voor regionale samenwerking van *beleidsvoornemens* (geen beleidsbeslissingen) is voor mij dan ook een paradox waarmee voorzichtig omgegaan moet worden.

Een bekende zegswijze luidt: 'het verleden en de toekomst zijn belangrijker dan het heden'. Wanneer vandaag de toekomst van GVO, preventie en facetbeleid, in het kader van de Nota 2000, ter sprake komt, is het dan ook erg verleidelijk nog eens een blik in het verleden te werpen ten aanzien van GVO, preventie en facetbeleid. De Nota 2000 kijkt 15 jaar vooruit, waarom niet even 15 jaar terug kijken?

Velen van u herinneren zich ongetwijfeld nog de stevige discussies die in die dagen gevoerd werden over GVO in Nederland. Denkt u maar aan de totstandkoming van het Eindadvies van de Kommissie Nationaal Plan GVO, dat een stormachtige ontwikkeling van GVO in Nederland inluidde. 'Deel drie' van het Eindadvies (april 1980) gaat uitvoerig over regionale samenwerking op het terrein van GVO: pro's en contra's van modellen als 'spreiding', 'concentratie' en 'gemengd' werden uitvoerig besproken. Pikante aanbeveling uit dat rapport is onder andere dat: 'één uni-

form model van samenwerking voor het hele land niet nodig en niet wenselijk is. Wel moest aan bepaalde basisvoorwaarden worden voldaan' (pag. 26). Een aanbeveling van toen, die thans weer actueel is geworden in het kader van de evaluatie van de Tijdelijke Stimulerings Regeling voor de Samenwerkingsverbanden GVO. Ook recente rapporten spreken zich uit over de regio.

Een ander rapport, van 1985, dat relevante informatie geeft over regionale samenwerking op het terrein van GVO, is het rapport 'GVO bij de Basisgezondheidsdiensten', uitgevoerd door het NIPG. In dit rapport wordt onder andere een helder beeld gegeven van de zeven externe doelgroepen van GVO-ers bij de Basisgezondheidsdiensten. De belangrijkste aanbeveling uit het rapport: de noodzaak tot het per regio opzetten van structurele samenwerking van GVO, waarbij wordt aangesloten bij de bestaande structuren en regiovorming en de belangrijke rol die de Basisgezondheidsdienst kan spelen bij de totstandkoming van samenwerking (denk aan de 10 nieuwe samenwerkingsverbanden GVO). Voorts wordt beklemtoond dat toekomstige regelingen met betrekking tot regionale samenwerkingsverbanden GVO zouden dienen aan te sluiten op bestaande structuren en in ontwikkeling zijnde regio's in het kader van de WVG en de WGR.

Een ander rapport op het terrein van GVO en preventie is het rapport van de Nationale Kruisvereniging: 'Kruiswerk en GVO, nieuwe trends'. Daarin worden trends in de samenleving en gezondheidsproblemen beschreven. Het model 'lokale GVO' wordt genoemd en voorts wordt samenwerking en afbakening op het terrein van GVO bepleit. Tevens wordt stevig ingehaakt op de Alma Ata-verklaring van de WHO, waarin als doel gesteld wordt: 'Health for all by the year 2000'.

En wat te zeggen van het 'Eindrapport onderzoek regionale samenwerkingsverbanden GVO'. Hierin wordt het functioneren (op regionaal niveau) van de samenwerkingsverbanden GVO geëvalueerd. Daarin wordt uitvoerig aandacht besteed aan afbakening van taken, onderscheiding en afstemming van taken, in zijn algemeenheid de samenwerkingsproblematiek, alsmede het proces dat de samenwerkingsverbanden doormaakten en nog doormaken. En tenslotte de Nota van de Samenwerkingsverbanden zelf, waarin zij uitvoerig ingaan op samenwerking, coördinatie en planning op regionaal niveau. En uiteraard de taken invoering, ondersteuning en integratie van GVO in de regio.

Kortom: over regionale samenwerking is al heel wat gedacht en geschreven.

De Nota 2000 heeft onder meer versterking van GVO, preventie en facetbeleid als beleidsoptie. Heel zorgvuldig wordt gesproken van *versterking* van dat beleid. Daarmee wordt aangegeven dat we niet voor een nieuwe, blanco situatie staan. De bloemlezing uit de nota's van de afgelopen 15 jaar moge dat bevestigen.

Wanneer GVO, preventie en facetbeleid worden versterkt, dan is de Nota 2000 een zeer belangrijk toetsingskader voor nieuw te ontwikkelen beleid. Tegelijkertijd dienen we te beseffen dat er zo langzamerhand de nodige ervaring is opgedaan met GVO en preventie en in mindere mate met facetbeleid. Het lijkt gewenst dat nieuw beleid op dit terrein zoveel mogelijk wordt opgebouwd uit bestaand beleid. Met andere woorden: de zojuist genoemde nota's zouden we in het perspectief van de Nota 2000 moeten plaatsen om een structureel beleid voor regionale samenwerking op het terrein van GVO, preventie en facetbeleid te kunnen ontwikkelen.

Alvorens een blik in de toekomst te werpen, wil ik even stilstaan bij de zojuist geschetste ontwikkelingen in verschillende sectoren en daarbij een paar opmerkingen plaatsen.

Geconstateerd kan worden dat er een veelheid aan GVO en preventie wordt bedreven in diverse werkvelden en organisaties. Dit heeft geleid tot versnippering.

Op zich kan versnippering goed of niet goed zijn. In de huidige situatie in Nederland lijkt mij dit niet goed te noemen (en ik heb het nu vooral over GVO):

- omdat er sprake is van een nieuw 'fenomeen', 'produkt', 'technologie', dat tot ontwikkeling moet worden gebracht en moet worden versterkt;
- omdat het voor de gebruikers (afnemers zo u wilt) van GVO vaak nog onduidelijk is tot wie men zich wenden moet;
- omdat er een toenemende vraag naar het voor velen nog 'vage' produkt is;
- omdat er toenemende politieke en economische belangstelling is voor GVO.

De door allen onderschreven noodzaak tot streven naar zichtbaarheid, toegankelijkheid en samenhang van GVO heeft, landelijk bezien, tot nu toe nog niet overal tot een adequate structuur van samenwerking geleid.

Op zich genomen is samenwerking een proces met hobbels en valkuilen. Dit wordt nog eens versterkt doordat samenwerking nogal eens wordt ervaren als een inperking van de autonomie, zonder dat de meer-

waarde van samenwerking is zichtbaar gemaakt. De meerwaarde van samenwerking zit hem nu juist in het feit dat organisaties niet concurrerend, maar complementair zijn ten opzichte van elkaar in een regio, waardoor GVO en preventie versterkt kunnen worden. Wanneer inspanningen op het terrein van GVO en preventie elkaar versterken in plaats van verzwakken, doordat er afstemming en coördinatie in een regio heeft plaatsgehad, wordt de functie GVO en preventie in die regio per saldo versterkt.

Versterking is pas goed mogelijk, wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan, namelijk:

- versterking van GVO, preventie en facetbeleid moet door de organisaties die het uitvoeren als beleidsdoelstelling gedragen worden;
- er dienen voldoende voorwaarden aanwezig te zijn voor een vruchtbare samenwerking op dit gebied.

Van de kant van de Rijksoverheid mag verwacht worden dat duidelijkheid omtrent deze voorwaarde gegeven wordt in de vorm van heldere wet- en regelgeving, waardoor men op regionaal niveau (gemeenten, gemeenschappelijke regelingen, verenigingen, enz.) weet waar men aan toe is. Dat is de taak en verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid.

In de definitieve vormgeving van het regionale gezondheidsbeleid, zoals bepleit in de Nota 2000, zijn de lagere overheden en gezondheidsorganisaties voor de Rijksoverheid onmisbaar. Daar is immers de know-how aanwezig om regionale gezondheidsprofielen te maken als basis van regionaal gezondheidsbeleid. In deze functionele decentralisatiegedachte kunnen partners in de regio, zoals basisgezondheidsdiensten, kruiswerk, RIAGG, huisartsen enzovoort zelf vormgeven aan moderne basisgezondheidszorg. Hierdoor worden bestaande potenties aangewend en niet veel tijd en energie besteed aan het ontwikkelen van nieuwe structuren. De aard, de omvang en de kwaliteit van basisgezondheidszorg, ook op het terrein van GVO, preventie en facetbeleid, hangt mijns inziens af van wat de 'partners in de regio' bereid zijn aan visie en energie daarin te stoppen. Wanneer de partners, ook categorale voorlichtingsinstanties, in de regio erin slagen het *beleid*, de *organisatie* en de *belangen* gezamenlijk af te stemmen, zal de zichtbaarheid, toegankelijkheid en samenhang in de regio op het terrein van GVO, preventie en facetbeleid enorm kunnen toenemen. En dat is rechtstreeks in het belang van de bevolking.

Als aanloop voor structureel beleid kunnen op regionaal niveau concrete projecten gezamenlijk worden uitgevoerd. Op basis van het gezondheidsprofiel van de regio kan (al naar gelang) gezamenlijk aandacht

besteed worden aan onderwerpen als roken, alcohol, voeding, seksueel overdraagbare aandoeningen, vroegtijdige opsporingen ziekten, stress, met werkloosheid samenhangende gezondheidsproblemen, ouderenproblematiek enzovoort.

De Nota 2000 is de Nederlandse invulling van het 'Health for all by the year 2000' plan van de WHO. En het is een grondige invulling geworden, dat veel tongen heeft losgemaakt en zal losmaken. Na 'Volksgezondheid bij beperkte middelen', nemen GVO en preventie in de Nota 2000 opnieuw een prominente plaats in in het voorgestane beleid. Noblesse oblige! Vorige week is in Canada het Eerste Wereldcongres gehouden over Health Promotion (gezondheidsbevordering). Gezondheidsbevordering is een begrip dat in de Nota 2000 ook veelvuldig wordt gehanteerd. Gezondheidsbevordering, Health Promotion, is een concept (een beweging, zo u wilt) in het gezondheidsbeleid dat, mede vanwege de aangenomen Verklaring in Ottawa, op dat Eerste Wereldcongres, ook in Nederland steeds belangrijker zal worden.

Gezondheidsbevordering heeft sterk betrekking op de omgeving van de mens en daarmee op het dagelijks leven: wonen, verkeer, recreëren, werk enzovoort. Gezondheidsbeleid als facetbeleid zal dan ook steeds belangrijker worden, zowel landelijk, regionaal als plaatselijk. Health Promotion (gezondheidsbevordering) is te omschrijven als een proces om de mensen toe te rusten 'greep' op hun gezondheid te krijgen en hun gezondheid te bevorderen. Het reikt verder dan het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Het heeft vooral ook te maken met het creëren van een gezondheidsbevorderende (fysieke en sociale) omgeving. Daarom is facetbeleid juist op lokaal en regionaal niveau van groot belang, wat blijkt uit wetten zoals de Wet op Stads- en Dorpsvernieuwing en de Wet Algemene Bepalingen Milieuhygiëne. Een uitdaging derhalve om ook op lokaal en regionaal niveau Public Health (openbaar gezondheidsbeleid) inhoud te geven. Daar liggen naar mijn mening kansen voor de lagere overheden, Basisgezondheidsdiensten, Kruiswerk, RIAGG's enzovoort om samen met de bevolking een gezonde omgeving te creëren, om zo bij te dragen aan een gezonder bestaan.

Regionale samenwerking op het terrein van GVO, preventie en facetbeleid is een geweldige opgave. De partners in de regio op dit terrein zullen die samenwerking moeten realiseren.

De belangrijkste partners in de regionale beleidsvorming ten aanzien van GVO, preventie en facetbeleid, zoals die vertegenwoordigd zijn in

de Kamer Extra Muraal en de Commissie GVO van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, nodig ik dan ook hierbij uit een gezamenlijke visie op regionale samenwerking met betrekking tot basisgezondheidszorg te ontwikkelen, waarin condities worden geschapen die een optimale versterking van GVO, preventie en facetbeleid in het perspectief van de Nota 2000 bewerkstelligen.

Het is geen gemakkelijke voorzet, ik geef het toe, want, om met Willem Elsschot te spreken: 'Tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren.'

Discussie

1 Inleiding

De studiedag werd afgerond met een forumdiscussie onder leiding van de dagvoorzitter, drs. J.A.M. Saan van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO te Utrecht. Behalve de inleiders nam aan de discussie deel, de heer Mr. Th.G.J. Elbertse, hoofd van de Hoofdafdeling Basisgezondheidszorg van het ministerie van WVC.

In deze samenvatting worden de hoofdlijnen van het debat weergegeven. De discussie werd gevoerd aan de hand van schriftelijke reacties uit de zaal. Deze waren gegroepeerd rond enkele onderwerpen.

2 Gegevensverzameling voor beleidsvorming

Reacties uit de zaal, ook eerder op de dag, maakten duidelijk dat men het accent op gezondheid in het beleid van harte toejuicht, maar de uitwerking daarvan onvoldoende vindt. De Nota is in de voorbeelden nog sterk gericht op het vermijden van ziekte en sterfte. Zo wordt de bedoeling van de Nota om de vraagzijde in de beleidsontwikkeling te betrekken niet geconcretiseerd in voornemens, zoals een evenredige vertegenwoordiging van patiëntenorganisaties en gebruikersgroepen in beleidsvormende organen. Van diverse zijden wordt dus nogmaals het belang van de subjectieve gezondheidsbeleving als vertrekpunt voor beleidsvorming benadrukt.

Vanuit het forum wordt wel gesignaleerd dat, als die subjectieve gezondheidsbeleving als norm wordt genomen, de kans denkbeeldig is dat GVO en preventie in het jaar 2000 niet meer zullen bestaan. Gezondheid als waarde staat weliswaar hoog genoteerd, maar het feitelijk gedrag spreekt vooral het tegendeel. Ook de bereidheid tot participatie in beleidsvorming mag men niet overschatten.

Verder wordt vanuit de Kruisverenigingen en de AGGZ gewezen op ervaringen die er in de regio reeds zijn met het betrekken van de bevolking bij de ontwikkeling van GVO, preventieve activiteiten en het verbeteren van de zorg. Daarin zit een nadrukkelijke strategie om de zelfstandigheid van de betrokken bevolking te bevorderen.

Overigens wordt ten onrechte een tweedeling gemaakt tussen subjectieve gezondheidsbeleving en epidemiologie. Ervaring met betrekking tot gezondheid en ziekte zouden in epidemiologisch onderzoek nadrukkelijk aan de orde moeten komen en daarmee als instrument van beleid bruikbaar moeten zijn. Onderzoekservaring leert, dat consumenten soms de aard en omvang van de problematiek, bij voorbeeld op het gebied van veiligheid, niet goed blijken te kunnen inschatten.

De vertegenwoordiging van gebruikersorganisaties in beleidsvormende organen blijkt inderdaad een knelpunt te zijn. Door de overheid wordt min of meer als verontschuldiging aangegeven dat het onmogelijk is om alle patiënten- en gebruikersorganisaties te laten participeren, zelfs als het uitsluitend bundelingen of koepels zou betreffen. Bij de keuze van vertegenwoordigers uit deze organisaties is dan ook inderdaad soms arbitrair te werk gegaan. Het organiseren van de betrokkenheid is een belangrijk probleem voor de nabije toekomst. Overigens wordt daarbij vanuit de zaal aangegeven dat actieve participatie overzicht en inzicht in het brede gebied van de gezondheidszorg veronderstelt. Gebruikersorganisaties worden gehandicapt ten opzichte van professionele organisaties, omdat zij zich een aparte staf, die zich full-time met deze beleidsontwikkeling bezighoudt, niet kunnen veroorloven. Een gerichte financiering om deze achterstandsituatie ongedaan te maken, ontbreekt.

3 De ontbrekende elementen

De Nota 2000 is wel veel-, maar niet allesomvattend. In de opsommingen van aandachtsterreinen, thema's en organisaties, zijn sommige opvallend afwezig. Zo ontbreekt de aandacht voor de collectieve tandheelkundige preventie, die misschien dank zij het eigen succes in de bijdrage tot verbetering van de gebitsgezondheid, nu door politieke besluitvorming dreigt te verdwijnen. Vanuit het forum wordt ontkend dat de aandacht voor preventie verslapt is: in tandheelkundige nota's figureert preventie zeer prominent.

Daarnaast erkent men dat in de Nota patiëntenvoorlichting relatief weinig aandacht ontvangen heeft. Het risico daarvan is, dat in de curatieve zorg patiëntenvoorlichting gezien wordt als onderdeel van GVO/preventie en daarmee een ondergeschikte plaats krijgt. Deze kritiek dient ertoe te leiden, dat in de vervolgnota op de Nota 2000 patiëntenvoorlichting als integraal onderdeel van de brede beleidsvoornemens gezien moet worden.

4 Grenzen van facetbeleid

De breedte van het facetbeleid wordt ter discussie gesteld. Juist omdat preventie en facetbeleid in de Nota zo nadrukkelijk verweven worden, lijkt het moeilijk om de grenzen van dit beleid vast te stellen. Direct of indirect zijn altijd wel aanwijsbare elementen van gezondheid op terreinen van andere ministeries aanwezig.

Sommigen achten het gewenst dat GVO en preventie zich breed oriënteren en definiëren. De noodzaak om in deze brede oriëntatie prioriteit te stellen wordt wel erkend, maar dat wordt een kwestie van smaak genoemd van desbetreffende organisatie. Beleidsvoornemens zouden die prioriteiten nader moeten invullen.

In het debat komt naar voren dat het niet zozeer een kwestie van smaak, dan wel een zaak van expliciete maatschappelijke verantwoordelijkheid is, die inderdaad via beleidsuitspraken gepreciseerd moet worden. Zowel de wenselijkheid als de haalbaarheid van een allesomvattend facetbeleid worden betwijfeld. De discussie spitst zich dan met name toe, wanneer voorbeelden uit de sfeer van wapenning en kernenergie naar voren worden gehaald.

De reacties uit het forum hebben op de eerste plaats betrekking op het splitsen van GVO en preventie ten opzichte van facetbeleid. Facetbeleid kan namelijk op allerhande interventies wijzen, die het belang van de component gezondheid betreffen. In principe is de reikwijdte onbeperkt, maar men moet zich realistische grenzen stellen. Overige beleidsterreinen kunnen niet ondergeschikt gemaakt worden aan de volksgezondheidscomponent. Departementen hebben nu eenmaal in het kader van de maatschappelijke taakverdeling de verantwoordelijkheid voor bepaalde vraagstukken. De effectuering van facetbeleid is dus sterk afhan-

kelijk van de ontwikkeling van samenwerking tussen de diverse sectoren en de betrokken departementen. De als successtory meermaals genoemde integratie van GVO in het basisonderwijs is tot stand gekomen dank zij tien jaar overleg met het Ministerie van Onderwijs. Het is dus inderdaad langetermijnbeleid.

5 Coördinatie en samenwerking

Coördinatie en samenwerking worden in de Nota 2000 sterk benadrukt. Een deel van de discussie betrof dan ook de vraag naar de organisatie van GVO, preventie en facetbeleid. Vooral taakverdeling en de vraag naar de regie en de coördinatie kwamen nadrukkelijk naar voren.

Er werd op gewezen dat momenteel de eerste mogelijkheden tot coördinatie al gegeven zijn. Op nationaal niveau is de Vaste Commissie GVO van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een overlegorgaan. Regionaal is de samenwerking vorm gegeven via de Samenwerkingsverbanden GVO.

In het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg streeft de overheid naar decentralisatie en deregulering, waarmee aan lagere overheden en particuliere organisaties meer plannings- en uitvoeringsverantwoordelijkheden worden toegekend. Met name de overheidsvertegenwoordigers in het forum benadrukten dan ook herhaaldelijk dat van planning van GVO/preventie slechts in zeer algemene termen gesproken kan worden. De Rijksoverheid kan en wil niet concreet voorschrijven op welke wijze dit dient plaats te vinden. Dit standpunt is mede ingegeven door de overweging dat er regionaal al diverse coördinatiestructuren bestaan. Gegroeide vormen van coördinatie en samenwerking, aangepast aan de regionale omstandigheden, genieten momenteel de voorkeur boven landelijke uniforme regelgeving.

Verder blijft de overheid de verantwoordelijkheid van het particulier initiatief voor de inhoud en opztt van voorlichting rond specifieke thema's, zoals hart- en vaatziekten, alcohol, roken en voeding, centraal stellen. Deze organisaties hebben nu eenmaal de expertise en beschikken over een deskundig voorlichtingsapparaat. Criteria voor ondersteuning vanuit de overheid zijn enerzijds de planmatigheid van de aanpak van de activiteiten, maar anderzijds zal ongetwijfeld het inspelen op politieke prioriteiten bij het ter beschikking stellen van subsidies een belangrijke overweging zijn.

Gestimuleerd door opmerkingen van diverse inleiders kwamen er vragen over de meest geschikte vorm van regie over GVO/preventie. Algemeen is men van mening dat coördinatie en afstemming van groot belang zijn, teneinde de geringe menskracht effectief in te zetten. Vanuit de Basisgezondheidsdiensten werd het pleidooi herhaald om de coördinatie formeel in handen te leggen van die diensten. Daarmee zou de verantwoordelijkheid die ook voor epidemiologie en beleidsadvisering bij de Basisgezondheidsdienst ligt, adequaat gecompleteerd worden. Ook de nauwe contacten met de lokale en regionale politieke beleidsorganen maken adequaat inspelen op elementen van facetbeleid mogelijk.

Andere forumleden zagen meer mogelijkheden om de coördinatie van GVO/preventie te regelen, bij voorbeeld door een versterkt samenwerkingsverband, of via een regionale planningscommissie in het kader van de WVG. Het lijkt onjuist Basisgezondheidsdiensten als één van de uitvoeringsorganen van GVO/preventie tegelijkertijd ook de regie toe te kennen. De discussie over de regie acht men enerzijds prematuur en anderzijds vindt men dat momenteel alleen nog de voor- en nadelen van diverse coördinatievarianten naast elkaar gezet zouden kunnen worden.

6 De nabije toekomst

De algemene conclusie is, dat de Nota gezien kan worden als een impuls voor vernieuwingen in het gezondheidsbeleid. Bij de beoordeling van het beleid zullen de 38 doelstellingen, zoals aangegeven voor de WHO en voor Nederland vertaald, als richtlijn dienen. De toekomstscenario's gezondheidszorg zullen daarnaast een hulpmiddel zijn om het beleid richting te geven. Onder meer is een scenario rond leefwijzen te verwachten.

Op korte termijn zal de verhouding tussen de Nota 2000 en het rapport van de Commissie-Dekker de aandacht trekken.

7 Slot

Ter afronding van de studiedag werd een slot- en dankwoord gesproken door de heer Hagendoorn, directeur van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO.

DEEL V

De Nota 2000,
bestuurlijke en
institutionele aspecten

Studiedag gehouden
op 25 november 1986

Inleidingen

- | | | |
|---|--|-----|
| 1 | De Nota 2000; curatie en preventie: een apart paar
<i>J. van Londen</i> | 249 |
| 2 | De Nota 2000 gewogen
<i>E. Borst-Eilers</i> | 254 |
| 3 | De institutionele structuur van de gezondheidszorg op weg
naar 2000: een politicologisch-bestuurskundig perspectief
<i>A. Hoogerwerf</i> | 266 |
| 4 | Nota 2000: bestuurlijke aspecten, continuïteit en verandering
<i>J.M. Boot</i> | 280 |

Statements

- | | | |
|---|--|-----|
| 5 | Nota 2000: zeven (veronder-)stellingen
<i>H.G. van den Doel</i> | 289 |
| 6 | De Nota 2000: gezond beleid?
<i>Th.H.G. van Berkestijn</i> | 291 |
| 7 | Studiedag Nota 2000
<i>E. Veder-Smit</i> | 295 |

Groepsdiscussie 300

Plenaire discussie 304

Sprekers

Th.H.G. van Berkestijn, arts, plaatsvervangend secretaris KNMG,
Utrecht

Drs. J.M. Boot, universitair docent, Vakgroep Algemene Gezondheids-
zorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht

Mw. Dr. E. Borst-Eilers, vice-voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag

Dr. H.G. van den Doel, directeur Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht

Prof. Dr. A. Hoogerwerf, hoogleraar Beleidsprocessen in het openbaar
bestuur, Technische Hogeschool Twente

Prof. Drs. J. van Londen, directeur-generaal Volksgezondheid, Minis-
terie van WVC, Den Haag; hoogleraar Algemene Gezondheidszorg,
Rijksuniversiteit Utrecht

Mw. Mr. E. Veder-Smit, voorzitter bestuur Nationale Kruisvereniging
te Bunnik; lid Eerste Kamer voor de VVD

1 De Nota 2000; curatie en preventie: een apart paar

J. van Londen

1 Inleiding

Het voorzieningenbeleid moet worden beschouwd als onderdeel van het gezondheidsbeleid (Beschouwing over gezondheidsbeleid, p. 11). Derhalve mag het *zorgsysteem* bepaald niet buiten het aandachtsveld worden geplaatst. Ik zei dat als reactie op 'stemmen uit het veld' die zeggen: gezondheidsbeleid is iets voor gezonden, voor die mensen die niet roken of met het roken willen stoppen, minder alcohol gaan gebruiken of hun emoties beter uiten; kortom voor hen die gezond (willen) leven. Maar, zeggen deze critici, 'echte' gezondheidszorg bemoeit zich met zieken en gehandicapten. Dáár praat de Nota 2000 niet over, die laat de problemen van zieken, gehandicapten en van de overbelaste werkers in de gezondheidszorg onbesproken en laat hen in feite in de kou staan. Nu is het niet moeilijk om de feitelijke onjuistheid van deze stellingname aan te tonen: het meest uitgewerkte deel van de Nota 2000 (hoofdstuk 6) betreft immers het zorgsysteem en de zozeer bepleite preventie en facetbeleid kregen een dergelijke uitwerking nog niet. Maar daar gaat het mijns inziens niet zozeer om. Het gaat meer om een psychologische kwestie: de gezondheidszorg staat, zoals bekend, al jaren onder druk en niet alleen in financieel opzicht maar ook in andere opzichten. Zo wordt de te grote macht van de professionals bekritiseerd, een macht die vervreemdend zou werken. En bij dit koor van critici voegt zich nu de Nota 2000 die spreekt over een wet van verminderde meeropbrengsten voor de gezondheidszorg, met andere woorden de gezondheidszorg kan wel ophouden met haar geploeter: ze kan de mensen toch niet beter maken!

Zoals bij veel emotionele uitspraken is ook hier de werkelijkheid, in dit geval de Nota 2000, vertekend. In een dialoog met het veld, zoals bij voorbeeld door middel van deze studiedagen, zal de overheid haar bedoelingen dan ook moeten toelichten en zondig moeten bijstellen. Een belangrijk punt daarbij vormt de vraag of inderdaad gestreefd moet worden naar twee circuits: één voor de gezondheidszorg, in déze discussie dus ziekte-zorg, en één voor het gezondheidsbeleid. Vanuit een oog-

punt van een veranderingsstrategie valt hier iets voor te zeggen. De Nota 2000 wil immers met haar accentverschuiving in de richting van preventie en facetbeleid iets nieuws ontwikkelen en de vraag is of de mentaliteit van de traditionele gezondheidszorg daarvoor een gunstige voorwaarde is. Binnen het zorgsysteem is men immers vooral doende om op de winkel te passen en moet men, om te overleven, wel veel aandacht besteden aan beheers- en uitvoeringsproblemen. Zou een soort alternatief systeem náást het bestaande zorgsysteem dan ook niet een beter middel zijn om een frisse, nieuwe wind te laten waaien?

Men zou daarbij kunnen denken aan een gelegenheidscoalitie van de collectieve preventie, GVO en preventiewerkers en -instellingen, gezondheidsbeschermingsinstellingen, gezondheidswerkers uit andere sectoren zoals arbeid en onderwijs en de lokale en regionale overheden; en het geheel versterken door een flink opgetuigde nationale ondersteuningsstructuur van epidemiologen en andere onderzoekers, van projecten programma-ontwikkelaars en van een nationale raad voor het gezondheidsbeleid naast de bestaande Nationale Raad voor de Volksgezondheid die immers qua samenstelling, taken en produkten voor het overgrote deel op de bestaande ziektezorg is gericht. Welnu, zou zo'n alternatieve structuur dan niet de oplossing zijn voor het probleem hoe met en vanuit het bestaande stelsel de vereiste innovatie tot stand moet worden gebracht?

Ik vind dat een dergelijke strategie althans overweging verdient. Maar daarin past dan ook de aandacht voor de keerzijde van deze medaille. Die laat ons namelijk een aantal nadelen van deze benadering zien:

- Een mogelijke polarisatie binnen het volksgezondheidsgebeuren met alle negatieve gevolgen van dien. Met als belangrijkste wel de energie die wordt besteed aan de polarisatie zelf.
- Een afwenden van de bestaande gezondheidszorg van het gezondheidsbeleid onder het motto 'wij zijn er voor de zieken en gehandicapten'. Hiermee zou een belangrijk potentieel voor implementatie van gezondheidsbeleid verloren kunnen gaan. Het zou een ongewenste scheiding teweeg kunnen brengen tussen de 'roepers' of 'prekers' enerzijds en de 'doeners' anderzijds. Terwijl deze elkaar juist zo nodig hebben, al was het maar omdat veel signalen door de zorgverleners naar voren (kunnen) worden gebracht. En verder: laten we niet vergeten dat een groot deel van de preventie is ingebouwd in het zorgsysteem. Ik hoef u slechts te wijzen op het Kruiswerk en de overige eerstelijnszorg, de RIAGG's en de jeugdgezondheidszorg.
- Een scheiding tussen zorg enerzijds en preventie en facetbeleid an-

derzijds zou de verantwoordelijkheid van de lagere overheden voor de volksgezondheid kunnen aantasten. Men zou immers kunnen redeneren: het vorm geven aan de zorgverlening op lokaal en regionaal niveau kan het beste geschieden door instellingen en financiers gezamenlijk en het is aan de lagere overheden om datzelfde te doen voor preventie en facetbeleid. Ik weet dat dergelijke gedachten zouden aansluiten bij opvattingen die het primaat aan de zogenaamde functionele decentralisatie willen verlenen. Ik meen echter dat daarmee op onverantwoorde wijze de ontwikkelingen, in gang gezet door de Structuurnota 1974 en gericht op territoriale decentralisatie, teniet zouden worden gedaan. Iets wat bovendien niet past in het beleid van de huidige regering. Maar ook los hiervan zou een dergelijke benadering voorbijgaan aan de kern van het vernieuwingsproces, in gang gezet door de Structuurnota. Die kern behelst het opbouwen van verantwoordelijkheid en deskundigheid bij lagere overheden op het gebied van de gezondheidszorg. Dit proces kan worden getypeerd als een innovatiegolf van de jaren '70 en volgens sommigen is deze golf nu ten einde en wordt hij opgevolgd door een tweede vernieuwingsgolf, die van de jaren '80, die dan wordt getypeerd door marktregulering en een terugtrekkende overheid. Welnu, ik constateer dat beide vernieuwingsbewegingen feitelijk bestaan en meen dat ze ook beide een recht van bestaan hebben. Het zou echter een misvatting zijn te stellen dat ze elkaar opvolgen, dat ze met andere woorden na elkaar bestaan. Beter is ervan uit te gaan dat ze naast elkaar bestaan. Het belangrijkste argument hiervoor is dat de implementatie van gezondheidsbeleid een infrastructuur vereist van politieke en bestuurlijke aard die de inhoudelijke samenhangen tussen wat ik korthedshalve samenvat als curatie, preventie en gezondheidsbevordering – samenhangen die ik hiervoor heb toegelicht – vorm kan geven.

Mijn conclusie ligt voor de hand: bestuurlijke en financiële argumenten mogen niet de samenhang tussen behandeling, preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering doorbreken. Voor alle vier samenhangende interventiemogelijkheden is informatie nodig, en vaak dezelfde. De structuur en het functioneren van de informatieverzameling en informatieverstrekking moet dus zodanig zijn, dat die onderlinge samenhang wordt gestimuleerd. Ik kies dus niet voor een scheiding van de gezondheidssystemen: één voor de behandeling en één voor de rest.

In de Nota 2000 wordt over *de rol van de overheid* vooral in een algemene, min of meer beschouwende zin geschreven (Nota 2000, hoofdstuk 8.1, 8.2, 8.4). De teneur hiervan is: de discussie over de mogelijkheden en onmogelijkheden van planning door de overheid, treffend verwoord in het rapport 'Carnavalstocht der planprocedures' (1985) en in de bijdrage van Idenburg (1986) aan een recente bundel over gezondheidsbeleid, leert ons dat we af moeten zien van de 'maakbaarheid der samenleving'. Niet door de overheid en door niemand anders. De samenleving is daarvoor te complex, te dynamisch en bovendien – gelukkig – te geëmancipeerd. Is daarmee het laatste woord gezegd? Natuurlijk niet! De probleemstelling moet alleen anders worden omschreven. Die luidt nu: hoe kan de overheid haar verantwoordelijkheid voor de gezondheidsbevordering en gezondheidszorg, sinds 1983 verankerd in de Grondwet (art. 22), waar maken zonder een starre, detaillistische regelgeving. In deze vraagstelling ligt de uitdaging voor de rest van de jaren '80, een uitdaging die thans de opgave vormt voor de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, de Commissie-Dekker.

Ik wil in dit verband één actueel punt belichten: de zogenaamde marktgerichte benadering.

Een *marktgerichte benadering* als alternatief voor overheidsregulering zou zich globaal kunnen kenmerken door een (gedeeltelijk) herstel van de relatie gebruik-betaling (aan de consumentzijde), maar vooral ook een herstel van de relatie productie-betaling (producentzijde).

Doel is een grotere bewustheid van de producent en de consument van de consequenties van respectievelijk zijn aanbod of zijn vraag naar de gezondheidszorg. Dit kan met zich meebrengen dat de richting van het aanbod van de zorg, niet alleen als gevolg van een verhoogd kostenbewustzijn bij de hulpvrager, maar vooral ook door een betere afstemming van het hulpaanbod op de vraag van de patiënt op een meer doelmatige wijze tot stand komt. Uiteraard zal de overheid zo'n ontwikkeling naar doelmatigheid graag volgen, maar er zal tegelijkertijd scherp gelet moeten worden op de voorwaarden waaronder de markt dient te functioneren. De overheid dient een nader af te spreken pakket van voorzieningen te garanderen en de kwaliteit en toegankelijkheid van de voorzieningen te blijven bewaken en bevorderen.

Waar het om gaat is dat de 'inhoud' van het beleid centraal staat. Als bekend is wat men inhoudelijk wil, kan vervolgens worden bekeken hoe het zorgsysteem het beste georganiseerd kan worden. Dit zou derhalve tevens inhouden dat overheid en parlement inhoudelijke prioriteiten

dienen te gaan stellen, welke vervolgens vertaald worden in een voorzieningenpakket, een pakket dat, binnen zekere voorwaarden, op de markt van instellingen, beroepsbeoefenaren en financiers voorwerp van onderhandelingen wordt. Als blijkt dat de introductie van enige marktelementen zinnig of nuttig is ten opzichte van de inhoudelijke doelstelling, dan zal hier zeker mee verder kunnen worden gegaan.

Welnu, uit deze omschrijving van wat de contouren van een nieuw stelsel van volksgezondheidsbeleid zou kunnen worden, blijkt op vele plaatsen hoe de overheidsverantwoordelijkheid gestalte zou kunnen krijgen. Essentieel is hierbij dat wordt uitgegaan van de gezondheidstoestand van de bevolking nu en in de toekomst en dat vandaaruit een beleid wordt ontwikkeld zowel voor de gezondheidsvoorzieningen als de gezondheidsbevordering.

De Nota 2000 is, dat zult u hebben begrepen, niet een eindprodukt. Het overgrote deel van de Nota is discussienota en slechts een klein deel beleidsnota, dat wil zeggen een document met beleidsvoornemens voor de uitvoering waarvan Staatssecretaris Dees het gezondheidsbeleid dan ook bovenaan zijn programma heeft gezet. Verder heeft hij de Kamer toegezegd om vóór de UCV die over de Nota 2000, in juni 1987 zal worden gehouden, een geannoteerd 'behandelingsvoorstel' in te dienen. In de notitie die voor deze gelegenheid zal worden opgesteld, zullen de invoeringsstrategie en de reacties van het veld een belangrijke plaats innemen. Het lijkt dan ook geen twijfel dat de resultaten van de vijf studiedagen over de Nota 2000 met grote aandacht zullen worden gelezen en verwerkt.

Literatuur

- Adviescommissie Sanering Planprocedures, Eindrapport: *Carnavalstocht der planprocedures; voorstellen voor sanering van planprocedures en aanbevelingen voor beheersing van het instrument planning in de toekomst*, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985
- Idenburg, P.A., Lange-termijndenken en beleidsadvisering: over de relevantie van een overkoepelende visie. In: E. Dekker en B. Wijnberg (red.), *Gezondheidsbeleid, over de grenzen van de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn, Samsom Stafleu, 1986
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2

2 De Nota 2000 gewogen

E. Borst-Eilers

1 Inleiding

Het schrijven van een Nota 2000 voor de volksgezondheid is een uitstekend initiatief geweest. De gezondheidszorg in Nederland verkeert in toenemende mate in verwarring over wat de overheid met haar voor heeft: moet het alleen maar goedkoper, of is de overheid ook nog geïnteresseerd in de kwaliteit? En als er geen geld meer is om alles te doen wat mogelijk is, wie moet dan volgens de overheid de prioriteiten stellen en op grond waarvan? De Nota 2000 probeert een volksgezondheidsbeleid te schetsen op grond van inhoudelijke doelstellingen en dat is, na jarenlang alleen maar maatregelen in de financiële sfeer, een verademing. Maar ook de auteurs van de Nota 2000 kunnen de dans om het geld niet geheel ontspringen. Zij formuleren inhoudelijke doelstellingen, maar proberen tegelijkertijd hun beleid zo te kiezen dat het en passant ook tot kostenvermindering zal leiden. Met name in hoofdstuk 8, het hoofdthema van vandaag, komt door deze vermenging van doelstellingen de helderheid van het betoog nogal eens in de knel.

2 De uitgangspunten van de Nota 2000

Alvorens nader op hoofdstuk 8 in te gaan, zou ik eerst willen stilstaan bij de uitgangspunten van de Nota als geheel, omdat hoofdstuk 8 immers mede op die uitgangspunten gebaseerd is. Bovendien heb ik als titel meegekregen: 'De Nota 2000 gewogen'. Dat heb ik gedaan: mijn exemplaar weegt ruim anderhalve kilo. Anderhalve kilo aan interessante gegevens, uitvoerige analyses en geïnspireerde beleidsvoornemens. Je zou kunnen zeggen: anderhalve kilo idealisme. Maar politiek gaat niet alleen over idealen maar ook over haalbaarheid, en daarom moeten we ons in deze studiedagen ook afvragen hoeveel realisme de Nota 2000 bevat. Aan het beantwoorden van die vraag wil ik graag een bijdrage

leveren. Ik moet mij daarbij gezien de tijd beperken tot de punten waarop ik kritiek heb; mijn waardering heb ik al persoonlijk laten blijken.

De Nota 2000 berust, kort samengevat, op de volgende twee uitgangspunten.

- a. De successen van de curatieve gezondheidszorg, gemeten aan sterftecijfers en levensverwachting, nemen af: er is duidelijk sprake van verminderende meeropbrengst. De tijd is daarom gekomen om de geldmiddelen voor de curatieve zorg te gaan verminderen en om het accent te gaan verleggen naar andere, meer effectieve vormen van gezondheidsbevordering.
- b. Preventie van ziekten leidt tot meer gezondheidswinst dan curatieve zorg en is waarschijnlijk nog goedkoper ook. Preventie van een aantal belangrijke doodsoorzaken lijkt uitvoerbaar, al zal het niet gemakkelijk zijn.

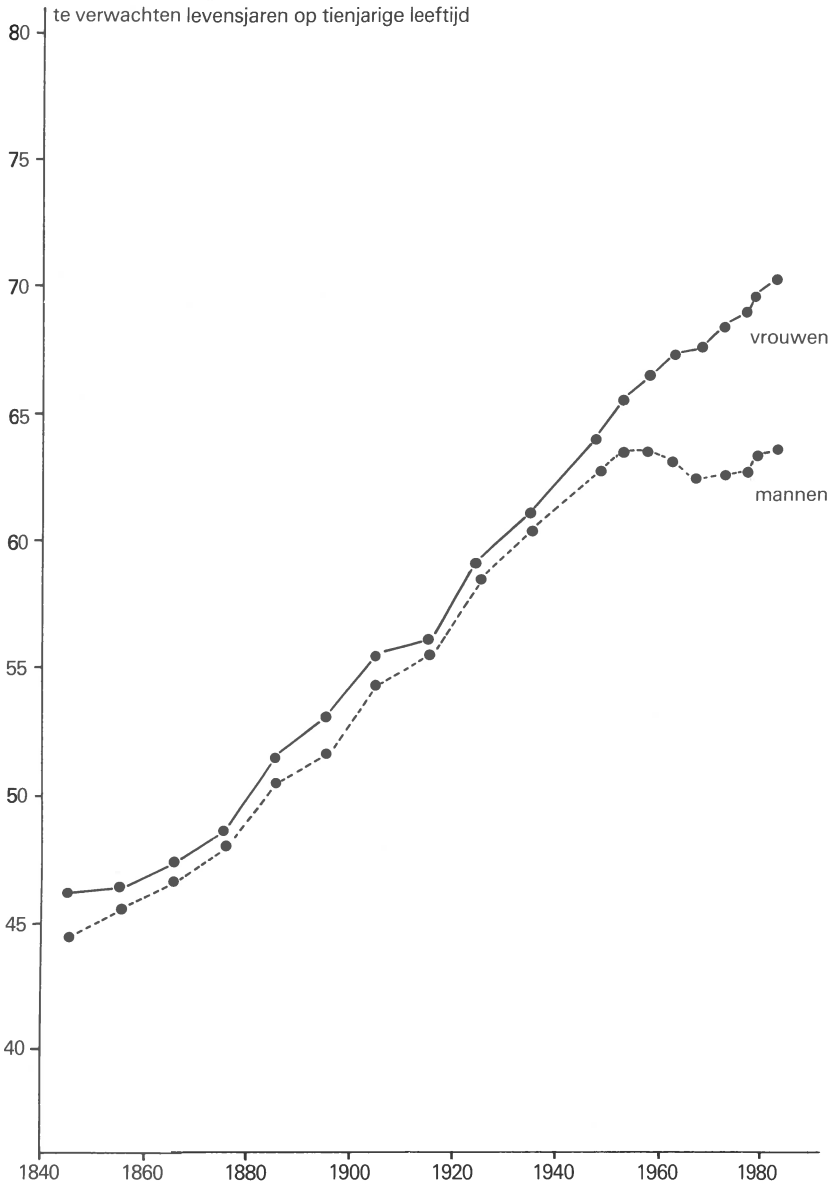
Met de juistheid van deze twee uitgangspunten staat, of valt, het hele bouwwerk van de Nota, en ik zou die uitgangspunten daarom aan een kritische beschouwing willen onderwerpen.

Ad a. Het afnemende succes van de curatieve gezondheidszorg.

De gemiddelde levensverwachting in Nederland is een resultante van twee tegengestelde krachten. Enerzijds de gezondheidszorg, die tot doel heeft voortijdige sterfte te voorkomen en te zorgen dat zoveel mogelijk mensen in goede gezondheid de normale biologische levensduur van de mens voltooien. Anderzijds factoren die de gezondheid nadelig beïnvloeden, zoals ongezonde leefstijlen: roken, overmatig alcoholgebruik, drugsverslaving, slechts voedingsgewoonten en te weinig lichaamsbeweging.

In figuur 1 zien we hoe die twee krachten uitwerken. De figuur toont de gemiddelde levensverwachting op 10-jarige leeftijd, van 1840 tot heden. De cijfers voor mannen en vrouwen zijn apart weergegeven. Door de keuze van de levensverwachting op 10-jarige leeftijd (in plaats van bij de geboorte) wordt de invloed van de zuigelingensterfte – die heel sterk door de toename van de welvaart en hygiëne is beïnvloed – geëlimineerd.

De lijn die de levensverwachting bij vrouwen beschrijft, laat een stijging van de levensverwachting zien die in onverminderd tempo doorloopt van 1840 tot vandaag. De lijn van de mannen buigt omstreeks 1960 om naar beneden.



Figuur 1

De verklaring van dit verschil is bekend: het berust op de verhoogde sterfte bij mannen als gevolg van roken. Vrouwen zijn in Nederland later gaan roken dan mannen en bij hen is het effect van deze ongezonde gewoonte nog niet duidelijk in de levensverwachting te zien.

Mijn stelling is dat de grafiek van de vrouwen aantoont dat er in termen van sterfte en levensverwachting geen sprake is van een in de loop der jaren verminderende meeropbrengst van de curatieve gezondheidszorg. Het is dan ook onjuist, de curatieve gezondheidszorg aan de hand van sterftecijfes in diskrediet te brengen.

Overeind blijft natuurlijk het feit, dat de curatieve gezondheidszorg steeds meer geld kost. De kosten van de gezondheidszorg stijgen sneller dan het BNP. Als wij om die reden de curatieve gezondheidszorg willen beteugelen: akkoord. Maar laten we niet als argument hanteren dat de geneeskunde steeds minder opbrengt, want dat is niet waar. Alleen al in termen van sterfte kunnen we stellen dat de verbetering onverminderd voortgaat (zie ook de serie publikaties van Hoogendoorn in het NTVG over de daling van de sterfte aan een aantal veel voorkomende ziekten).

Geneeskunde is bovendien veel meer dan sterftebestrijding. Ik schat dat circa driekwart van de ziekenhuisopnamen niet geschiedt om het sterven uit te stellen, maar om functieverlies te herstellen en de kwaliteit van het leven te verbeteren. Met name bij functieverlies van het bewegingsapparaat en van de zintuigen (oog, oor) worden steeds indrukwekkender resultaten behaald, waardoor bij zeer velen blijvende invaliditeit kan worden voorkomen. Mede gezien de voortgaande veroudering van de bevolking zijn dit belangrijke verworvenheden.

Ad b. Preventie is effectief, haalbaar en relatief goedkoop.

De tweede belangrijke pijler waarop de Nota 2000 rust is de verwachting dat het mogelijk zal blijken om de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren door voorlichting en preventie. Laat ik vooropstellen dat ik van harte hoop dat deze verwachting juist zal blijken. Maar ik meen dat er redenen zijn om daaraan te twijfelen.

In tabel 1 staan de vijf belangrijkste oorzaken vermeld van voortijdige sterfte, gerangschikt naar het aantal verloren levensjaren voor het 65e. Dodelijke ongevallen zijn meestal het gevolg van onjuist verkeersgedrag, vaak mede onder invloed van alcohol. Van alle dodelijke kankergevallen is 30% te voorkomen door het roken af te schaffen. Van de andere vormen van kanker weten we nog te weinig om een effectieve primaire preventie te kunnen adviseren. Men verwacht veel van dieetmaatregelen, maar op het ogenblik kunnen we daarmee hooguit 1% van

Tabel 1 'Top-5' oorzaken van verloren levensjaren voor 65 jaar (USA 1984)

<i>Doodsoorzaak</i>	<i>Verloren levensjaren</i>
1. ongevallen	2.300.000
2. kanker	1.800.000
3. hart- en vaatziekten	1.600.000
4. zelfmoord en moord	1.200.000
5. aangeboren afwijkingen	700.000

de tumoren voorkomen (Peto, 1985). Dodelijke hart- en vaatziekten zijn voor het grootste deel het gevolg van ongezond gedrag. Zelfmoord en moord behoeven geen nadere toelichting. Ernstige aangeboren afwijkingen zijn bij de huidige stand van wetenschap in ca. 30% van de gevallen te voorkomen, mits alle daarvoor in aanmerking komende toekomstige ouderparen zich tot een genetic counsellor wenden. Thans doet dat slechts 20% (Nota 2000).

Het bestrijden van de belangrijkste doodsoorzaken is dus hoofdzakelijk een kwestie van gedragsbeïnvloeding. In de eerste helft van deze eeuw hebben we ook met succes preventie bedreven via gedragsbeïnvloeding, maar toen ging het om ongezond gedrag uit onwetendheid. De boer die zijn melkbussen spoelde in de sloot waar enkele meters verderop zijn 'huuske' op loosde, deed dat puur uit onwetendheid, en niet uit onvrede met het bestaan of omdat hij eraan verslaafd was. Toen hij besepte dat en op welke wijze hij hierdoor de melk besmette met tyfusbacteriën, veranderde hij zijn handelwijze. En datzelfde gold voor de talloze andere hygiënische maatregelen die geleid hebben tot een effectieve bestrijding van besmettelijke ziekten. Het ongezonde gedrag dat we thans moeten gaan bestrijden, komt voort uit geheel andere drijfveren, waar we in feite nog te weinig over weten om een effectieve bestrijding ter hand te kunnen nemen.

De Nota 2000 signaleert terecht dat een eventuele effectieve bestrijding niet alleen een kwestie is voor de Minister van Volksgezondheid. Er zitten vele sociale en vooral economische facetten aan het te bestrijden gedrag. Maar het daarom noodzakelijke 'facetbeleid' is, zoals de auteurs van de Nota het formuleren 'per definitie een moeizame aangelegenheid'. Hoe sterk willen de andere leden van het Kabinet zich eigenlijk maken voor de bestrijding van de belangrijkste oorzaken van voortijdige sterfte? De Minister van Justitie hield onlangs in de Kamer een emotioneel pleidooi voor een keiharde bestrijding van hard drugs, die hij ziet

Tabel 2 Jaarlijkse sterfte en ziekenhuisopname als gevolg van roken, alcohol en drugs (1983)

	<i>Sterfgevallen</i>	<i>Ziekenhuisopnamen</i>
roken	ca. 19.000	ca. 52.000
waarvan longkanker	7.000	14.000
alcohol	821	7.400
drugs	31*	1.300

* Alleen personen met Nederlandse nationaliteit (inclusief buitenlanders: ca. 100).

als 'een ernstige aanslag op de volksgezondheid'. Een mooi stukje facet-beleid, zou je zeggen. Maar hoe groot is die schade door hard drugs eigenlijk, in verhouding tot de schade aan de volksgezondheid door roken en alcohol? Tabel 2 geeft daarop een antwoord.

Waarom heeft de Minister van Justitie – of een andere minister – dan nooit een emotioneel pleidooi voor een keiharde bestrijding van het roken gehouden in de Kamer? Is het al te cynisch om hier de kanttekening te plaatsen dat het roken de schatkist geld oplevert en dat heroïne-gebruik de schatkist geld kost?

Behalve op haalbaarheid moet een preventiebeleid ook beoordeeld worden op betaalbaarheid. Ik vind dat de Nota 2000 daaraan wat luchtig voorbijwandelt. Diverse auteurs hebben aangetoond dat preventieprogramma's zelden leiden tot een verlaging van de kosten in de gezondheidszorg (o.a. Russell, 1986). Preventie levert wel een betere gezondheidstoestand op, maar vaak ten koste van hogere uitgaven. Preventie is niet – zoals velen menen – de oplossing voor de kostenstijging in de gezondheidszorg, maar moet worden nagestreefd om zijn intrinsieke waarde: een verhoging van de kwaliteit van onze volksgezondheid. En ook die kwaliteit kost geld. De Nota 2000 beklemtoont in het kader van nieuwe medische technologie de noodzaak van goede kosten-effectiviteitsstudies.

Diezelfde noodzaak geldt ook voor preventiemaatregelen. Succesvolle preventie leidt ook tot een nog sterkere vergrijzing van de bevolking, en dat betekent opnieuw een stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Tenslotte is er nog de vraag: hoe ver mag de overheid gaan bij het beïnvloeden van gedrag van burgers waar ze alleen hun eigen gezondheid mee schaden? Ik vind dat deze vraag in de Nota 2000 onvoldoende wordt uitgediept. De auteurs stellen wel dat privacy en zelfbeschikkingsrecht door het nieuwe beleid niet in de knel mogen komen,

maar gaan niet in op de vraag in hoeverre die stelling in conflict kan komen met een actief gezondheidsbeleid.

Ik heb wat aan de wortels van de Nota 2000 gerukt en ik heb geconstateerd dat ze misschien niet overal zo stevig in de grond zitten als wenselijk zou zijn, alhoewel, nogmaals, de idealen van de auteurs alle sympathie verdienen. Ik zou thans nader willen ingaan op hoofdstuk 8.

3 Hoofdstuk 8: het volksgezondheidsbeleid

In de inleiding tot dit hoofdstuk wordt gesteld dat er voor de realisering van het nieuwe beleid: het 'preventie en facetbeleid', ook een nieuw instrumentarium nodig is. De elementen van zo'n instrumentarium zijn: bestuur en management, financiering, informatievoorziening en onderzoek. Het grootste deel van hoofdstuk 8 wordt in beslag genomen door een bespreking van de eerste twee instrumenten: bestuur en management en financiering. Eerlijk gezegd, is het mij niet helemaal duidelijk geworden hoe de nieuwe instrumenten, waar de auteurs in hoofdstuk 8 voor kiezen, moeten leiden tot een versterking van het preventiebeleid en van het facetbeleid. Met andere woorden, de relatie tussen hoofdstuk 8 en de voorafgaande hoofdstukken is naar mijn mening niet onontkoombaar. De maatregelen die in dit hoofdstuk worden opgesomd, lijken veeleer gericht op kostenbeheersing en op het oplossen van een aantal knelpunten in het functioneren van ons huidige gezondheidszorgsysteem.

De paragraaf '*bestuur en management*' begint met een opsomming van knelpunten. De belangrijkste zijn: onvoldoende informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking en daardoor onvoldoende sturing op de inhoud van de zorg; het gescheiden functioneren van planning en financiering; te weinig flexibiliteit in de planning; overregulering; te weinig doelmatigheidsprikkels; te weinig inspraak van de consument.

Ik denk dat deze opsomming van de bestuurlijke feiten in onze gezondheidszorg vrij volledig is. Ik heb me wel afgevraagd of de auteurs zich realiseren dat er hier en daar in feite al sprake is van een fiasco van het systeem, met als gevolg een groeiende onvrede bij de uitvoerders van de zorg en een groeiende neiging tot 'burgerlijke ongehoorzaamheid'.

Een voorbeeld van deze ontwikkeling vinden we bij de *planning van*

topklinische voorzieningen. De richtlijnen van de overheid staan soms zo ver af van de in de ziekenhuizen geconstateerde behoefte, dat men er steeds vaker toe overgaat om die richtlijnen te negeren. En dan blijkt dat de overheid in feite nauwelijks over effectieve sancties beschikt.

Van zo'n discrepantie tussen planningsrichtlijn en feitelijke behoefte is onder andere sprake bij de bestralingsapparatuur voor kankerpatiënten. De Gezondheidsraad bracht in 1984 advies uit over de stand van wetenschap inzake radiotherapie en raamde de behoefte in 1990 op 80 megavoltapparaten. Maar het ministerie van WVC kwam begin 1986 met een concept-planningsrichtlijn van 62 apparaten in 1990. Het College van Ziekenhuisvoorzieningen reageerde hier kritisch op en stelde onder meer dat het ten principale dient te worden verworpen dat de door de Gezondheidsraad geraamde behoefte aan megavolttherapie wordt beperkt vanwege een tekort aan financiële middelen. Wellicht wordt het planningsbesluit in zijn definitieve vorm iets versoepeld, maar WVC zal het advies van de Gezondheidsraad zeker niet volledig opvolgen.

Het binnenkort te verwachten besluit om in Nederland over te gaan tot massale screening op borstkanker zal de wachtlijsten voor bestraling nog verder vergroten. In zo'n situatie is het begrijpelijk dat de betreffende ziekenhuizen toch proberen de benodigde extra bestralingsapparatuur in huis te krijgen. De kosten voor de exploitatie tracht men te vinden door verschuivingen binnen het budget en het Nederlandse bankwezen is in toenemende mate bereid een lening voor investeringskosten af te sluiten ook als er geen overheidsgarantie is. De plannende overheid heeft het nakijken, de patiënten varen er in dit geval gelukkig wel bij.

Bedenklijker acht ik de situatie bij de niersteenvergruizers. Hoewel de Gezondheidsraad in zijn advies heeft berekend dat een extra vergruizer voor Nederland voldoende is, schijnen inmiddels drie ziekenhuizen een vergruizer van f 2 miljoen besteld te hebben.

Ook bij de in vitro fertilisatie hebben de ziekenhuizen zich weinig aangetrokken van de richtlijnen van WVC en O en W inzake de toegestane capaciteit. Het is duidelijk dat er op het punt van de planning van topklinische voorzieningen iets drastisch moet veranderen. Het landelijk plannen van sommige topklinische voorzieningen is zeker wenselijk, zowel uit oogpunt van kwaliteit als uit oogpunt van doelmatigheid en kostenbeheersing, maar dan moet er wel een planningssystematiek komen die voldoende flexibel en deskundig is om door het veld als zinvol te worden ervaren. Bij de huidige systematiek verliest het veld in hoog tempo het respect voor de plannende overheid en gaat zijn eigen gang.

Behalve de planning moet ook de *budgettering* worden verbeterd. Als men budgetteert moet men dat consequent doen, dat wil zeggen dat alle detailrichtlijnen overboord moeten. Men formuleert enkele globale kaders en verder laat men besteding van het budget volledig aan de budgethouder over, inclusief substitutievrijheid. Delegeren van een budget en delegeren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hand in hand te gaan. Ik vind de Nota 2000 op dit punt niet voldoende consequent en helder. Op de ene pagina wordt gesproken over de provinciale overheid als regionale budgethouder en op een andere pagina over 'overheden/ziektekostenverzekeraars'. Wie moet het nu worden? Ik vrees dat het aanwijzen van de provinciale overheid als budgethouder tot een sterke bureaucratisering op provinciaal niveau zal leiden. Het aanwijzen van de ziekenfondsen als budgethouders daarentegen heeft een aantal aantrekkelijke kanten, die al door diverse Nederlandse gezondheidseconomen in de literatuur zijn uiteengezet. Men kan dat idee nog wat uitwerken in de richting van de Amerikaanse Health Maintenance Organizations (HMO's), waar ook de Nota 2000 zich in vrij positieve zin over uitlaat. De voornaamste kostenbesparing van HMO's zit in het verminderd aantal ziekenhuisopnamen (10–40% minder); voor het overige zijn HMO's niet goedkoper. Er is kwaliteitsverlies gesignaleerd, vooral bij de HMO's die 'for profit' werken. De gedachte van de HMO sluit echter zo goed aan bij de hoofdgedachten van de Nota 2000 dat alleen al om die reden het introduceren van 'HMO-elementen' in Nederland het overwegen waard is.

Een van de uitgangspunten voor nieuw beleid zou volgens de Nota ook moeten zijn de vergroting van de *doelmatigheid*. Bij dit onderwerp wil ik twee opmerkingen maken.

De Nota 2000 spreekt van het versterken van prikkels tot doelmatigheid, zowel aan de aanbodzijde als aan de vraagzijde. Ik denk dat iedereen het daar mee eens zal zijn. Maar wat ik in de hele beschouwing over de organisatie van onze gezondheidszorg heb gemist, is de term macht. Ik begrijp niet waarom dit belangrijke begrip door de auteurs zo systematisch vermeden wordt. Het gaat in onze samenleving toch om macht, en veranderingen komen toch tot stand door een verschuiving in de machtsverhoudingen? Waarom pleit de Nota 2000 niet voor een vermindering van de macht aan de aanbodzijde en een vergroting van de macht aan de vraagzijde? Voor dat laatste lijkt budgettering van de ziekenfondsen, gepaard aan het afschaffen van de contractplicht, een voor de hand liggend instrument.

Een ander punt dat ik heb gemist in de passages over doelmatigheid, is de inbreng van het veld en met name van de medische beroepsgroep. De KNMG heeft in zijn nota 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' onomwonden de bereidheid uitgesproken om actief mee te werken aan een verhoging van de doelmatigheid van het medisch handelen. Binnen de medische professie zijn al enkele jaren diverse activiteiten in deze richting aan de gang (ontwikkeling protocollen en besliskundige modellen; consensusbijeenkomsten; opleiding van specialisten in management, enzovoort), maar de Nota 2000 doet daar weinig mee. Naar mijn mening moet de overheid actief op deze initiatieven ingaan en ze waar nodig financieel ondersteunen. Ook voor het 'opschonen van het pakket', een andere mogelijkheid om doelmatigheid te vergroten en kosten te beperken, is de inbreng van medici onontbeerlijk.

In diverse ziekenhuizen in Nederland is men al enige tijd actief bezig met doelmatigheidsoperaties, waarvan sommige zeer succesvol zijn. Het blijkt bij voorbeeld mogelijk om, zonder kwaliteitsverlies, besparingen van procenten te bereiken door in gezamenlijk overleg tussen medische staf, verplegingsdienst, laboratoria en directie een aantal routine-diagnostische verrichtingen af te schaffen. Ook van deze initiatieven vind ik in hoofdstuk 8 niets terug. In het algemeen is mijn indruk dat het stuk 'bestuur en management' de inbreng van het veld niet heeft gemist. Dat is een fundamenteel punt. Men bereikt geen effectieve veranderingen in een organisatiestructuur als men de mensen op de werkvloer niet van het begin af actief bij de veranderingen betreft. Deze grondregel van het moderne management klinkt in de Nota naar mijn mening niet door.

Tot slot wil ik nog iets opmerken over de paragraaf '*Financiering*'. Het gaat hier over het stelsel van onze ziektekostenverzekering, dat ook volgens de auteurs van de Nota 2000 dringend aan herziening toe is. Men bespreekt twee alternatieven: 'verbetering van de marktordening' en 'uitbreiding van de sociale verzekering' en laat de keuze tussen die beide – terecht – aan de politiek over.

Bij het eerste alternatief veronderstelt men dat de consument zich op de gezondheidsmarkt verantwoordelijker zal gaan gedragen als hij meer keuzevrijheid krijgt bij het verzekeren van zijn risico's. De termen 'markt' en 'consument' worden in de huidige bezuinigingsdrift maar al te graag in de mond genomen. Maar men gaat daarbij voorbij aan het feit dat de gezondheidsmarkt geen gewone markt is en de patiënt geen gewone consument. Een individu kan absoluut niet inschatten welke risico's hij op het gebied van ziekte in de toekomst zal lopen en iemand

die eenmaal ziek is, kan heel weinig eigen keuzen maken voor wat betreft zijn medische consumptie. Het is de behandelend arts die de keuzen maakt en de patiënt heeft in het algemeen veel te weinig kennis van zaken om echt mee te kunnen kiezen. Daar komt nog bij dat de arts een dubbelrol vervult: aanbieder van zorg en behartiger van de belangen van de patiënt. Voeg daarbij nog de speciale emotionele situatie waarin iemand verkeert die ziek is en weer gezond wil worden, en het zal duidelijk zijn dat de begrippen 'markt' en 'consument' maar zeer ten dele van toepassing zijn op de gezondheidszorg. De auteurs van de Nota stellen dat, welk alternatief er ook gekozen wordt voor ons verzekeringsstelsel, eigen bijdragen en eigen risico's daar in ieder geval deel van uit moeten maken. Ik vind dat een gevaarlijke stelling. Er zijn uit de literatuur van de laatste jaren gegevens beschikbaar gekomen over het effect van eigen bijdragen op het gebruik van voorzieningen. Deze gegevens zijn verontrustend. Het blijkt dat bij een systeem van eigen bijdragen de minder draagkrachtigen aanzienlijk minder gebruik maken van effectieve medische zorg dan de meer draagkrachtigen. In het bekende onderzoek van de Rand Corporation in de Verenigde Staten is dat verschil volgens de nieuwste publikatie zelfs een factor twee: de draagkrachtige verzekerden maken twee maal zo vaak gebruik van effectieve medische zorg als de minder draagkrachtigen (Rand Health Insurance Study, 1986). Op onnodige ziekenhuisopnamen blijken eigen bijdragen nauwelijks effect te hebben, waarschijnlijk omdat het hier niet gaat om beslissingen van de patiënt zelf, maar van de arts (Siu e.a., 1986). Per saldo ziet het er naar uit dat eigen bijdragen voor curatieve zorg wel op korte termijn de kosten van de gezondheidszorg verminderen, maar dat zij leiden tot een toename van de sociale verschillen in gezondheid. Het pleidooi voor eigen bijdragen in de Nota 2000 is naar mijn mening dan ook in strijd met het uitgangspunt van de Nota dat het nieuwe beleid moet leiden tot een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking.

4 Conclusie

De Nederlandse gezondheidszorg is op een groot aantal punten aan herziening toe. De Nota 2000 levert hiertoe een interessante bijdrage, maar is als volledige blauwdruk ontoereikend. Ook de opdracht aan de Commissie-Dekker is te beperkt. Er moet een 'masterplan' komen voor de Nederlandse gezondheidszorg, waarin alle facetten in hun onderlinge

samenhang worden betrokken. In het opstellen van zo'n plan dienen zorgverleners actief te participeren.

Literatuur

- Lohr, K.N. e.a., Use of medical care in the Rand health insurance experiment, Supplement *Medical Care*, 24, no. 9, 1986
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2
- Peto, R., The preventability of cancer. In: *Cancer risks and prevention*, Oxford University Press, 1985
- Russell, L.B., *Is prevention better than cure?* The Brookings Institution, 1986
- Siu, A.L. e.a., Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans, *New England J. Med.* 315, 1259–1266, 1986

3 De institutionele structuur van de gezondheidszorg op weg naar 2000: een politicologisch-bestuurskundig perspectief

A. Hoogerwerf

De klassieke gedachte van 'Een gezonde geest in een gezond lichaam' kan vandaag worden aangevuld met: Een gezonde mens en een gezonde gezondheidszorg in een gezonde samenleving'. Want de patiënt, de gezondheidszorg en de maatschappij staan niet los van elkaar.

Het doel van deze inleiding is enkele kanten te belichten van de institutionele structuur van de gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Dit gebeurt naar aanleiding van de Nota 2000: Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid (Nota 2000, 1985–86).

In deze inleiding komen drie vragen aan de orde:

1. Welke samenhang is er tussen het voorgenomen gezondheidsbeleid en de voorgenomen institutionele structuur van de gezondheidszorg, zoals die in de Nota 2000 worden nagestreefd.
2. Hoe hangen de ontwikkelingen in de institutionele structuur van de gezondheidszorg, zoals die in de Nota 2000 worden bepleit, samen met ontwikkelingen in andere sectoren van de samenleving?
3. Hoe kunnen het voorgenomen beleid en de nagestreefde institutionele structuur uit de Nota 2000 worden beoordeeld, mede in samenhang met het huidige kabinetsbeleid?

In antwoord op elk van deze vragen zullen enige veronderstellingen waarop het beleid berust, worden geanalyseerd en kritisch geëvalueerd (Hoogerwerf, 1984). De kritiek neemt niet weg dat de Nota 2000 kan worden gewaardeerd als een informatieve en belangrijke beleidsnota. Positief waardeer ik in de Nota, met het oog op een doordacht beleid, vooral de aandacht voor het volksgezondheidsbeleid op lange termijn, de aandacht voor het beleid als een geheel, de aandacht voor de hoofdlijnen van de institutionele structuur, de versterking van de preventie en het streven om het beleid in de toekomst op goede informatie te baseren. Dat zijn punten waarover de discussie verdient te worden voortgezet.

1 Gezondheidsbeleid en institutionele structuur

Allereerst dus de vraag naar de samenhang tussen het voorgenomen gezondheidsbeleid en de voorgenomen institutionele structuur. Onder gezondheidsbeleid wordt in de Nota verstaan het beleid dat erop is gericht de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van de gezondheid. Als nieuwe wegen noemt de Nota een versterking van de preventie en het facetbeleid, voorts een voorzieningenbeleid dat primair stoelt op gegevens over de te verwachten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, en een krachtige ontwikkeling van de informatievoorziening voor het beleid. Daarnaast zal de stelselwijziging bij de ziektekostenverzekering worden gecontinueerd (Nota 2000, p. 345, 346).

Er is echter ook nog een andere hoofdlijn van het beleid, die merkwaardigerwijs niet in de paragraaf over de hoofdrichting van het beleid wordt vermeld, maar toch in de Nota een centrale plaats inneemt. Dat is de nagestreefde overgang van een verzorgingsmaatschappij naar een zogenaamde zorgzame samenleving. De financiële 'grenzen van de zorg' zouden zijn bereikt. Door vervanging van professionele zorg door zelf- en mantelzorg en vrijwilligerswerk zouden zelfredzaamheid van mensen en de zorgzaamheid weer hun kans kunnen krijgen (Nota 2000, p. 309–311). Deze tweede hoofdlijn is de ideologische keerzijde van het streven naar vermindering van het financieringstekort van de staat.

De visie op het te voeren beleid kan doorwerken in de visie op de institutionele structuur van de gezondheidszorg. Deze structuur kan immers tot op zekere hoogte als een uiterst gecompliceerd instrument voor de uitvoering van het beleid worden beschouwd. De belangrijkste doelstellingen van de Nota ten aanzien van de institutionele structuur zijn:

1. Vergroten van flexibiliteit van het zorgsysteem en een betere afstemming van het zorgsysteem op de behoefte aan zorg (dus verbetering van het gezondheidseffect) en op de normen en waarden van de samenleving (met name effectiviteit, efficiëntie, menselijkheid en democratie). Men kan hierbij aantekenen dat tussen deze normen of waarden een spanning bestaat.
2. Een accentverschuiving van professionele zorg naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. 'Er is sprake van een hiërarchie van zorgrelaties. Primair staat hierom de zelfzorg, namelijk het eigen

vermogen en initiatief om de behoefte aan zorg te voorzien. Secundair is de mantelzorg (gezin, vrienden, familie). Tertiair komen pas de geprofessionaliseerde, door de staat gegarandeerde en collectief betaalde vormen van zorg' (Nota 2000, p. 234–238).

3. Een drastische versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg ten koste van de tweedelijnszorg (Nota 2000, p. 252–254).
4. Deconcentratie ofwel decentralisatie van verpleging, verzorging en preventie, zoveel mogelijk naar de wijk, en daarnaast concentratie ofwel centralisatie van topklinische zorg, zoals bijvoorbeeld de behandeling van kanker en hart- en vaatziekten, door middel van landelijke planning (Nota 2000, p. 237, 244, 255, 258). De nota maakt daarbij niet altijd duidelijk onderscheid tussen (de-)concentratie van de beslissingen en die van de uitvoering.
5. Een accentverschuiving van curatie en nazorg naar preventie. De Nota spreekt de verwachting uit 'dat preventie van de huidige belangrijkste ziektecategorieën tot de grootste gezondheidswinst in de bevolking zal leiden.' (Nota 2000, p. 238–241).
6. Alternatieve geneeswijzen krijgen meer belangstelling en ontplooiingsmogelijkheden, niet alleen van de kant van de patiënt, maar ook van de kant van de reguliere gezondheidszorg en de overheid (Nota 2000, p. 235, 236).

Overzien we deze visie op het beleid en de institutionele structuur, dan blijkt dat het voorgestane beleid weinig samenhang vertoont en, integendeel, gekenmerkt wordt door interne tegenstellingen. De meest fundamentele tegenstelling is die tussen de twee hoofdlijnen van het beleid: aan de ene kant de neiging tot een actief overheidsbeleid, dat meer dan het huidige beleid preventief van aard is en de determinanten van de gezondheid aanpakt; aan de andere kant een terugtreden van de overheid in het kader van de nagestreefde bezuinigingen en de overgang van een verzorgingsmaatschappij naar een zogenaamde zorgzame samenleving. Voor deze fundamentele tegenstelling biedt de Nota ondanks enkele nuancerende opmerkingen geen oplossingen (Nota 2000, p. 310, 311).

De fundamentele tegenstellingen in de visie op het beleid plant zich voort in verscheidene tegenstellingen in de visie op de institutionele structuur. Zo kan men bij voorbeeld ernstig betwijfelen of een betere afstemming van het zorgsysteem op de behoefte aan zorg kan samengaan met een accentverschuiving van professionele zorg naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Ook kan men de vraag stellen onder welke

voorwaarden een betere afstemming van het zorgsysteem op de behoefte aan zorg mogelijk is bij een drastische versterking van de eerstelijnszorg ten koste van de tweedelijnszorg. Een andere vraag is hoe versterking van de preventie kan samengaan met deconcentratie van onder meer de preventie naar de wijk. Een grote vraag is ook in hoeverre elk van de voorgenomen verschuivingen dienstbaar zal zijn aan de normen en waarden van de samenleving waarnaar de Nota verwijst, namelijk effectiviteit, efficiëntie, menselijkheid en democratie. En tenslotte is er dan ook nog de vraag of de voorgenomen verschuivingen zullen bijdragen tot het bereiken van enkele doelstellingen die in de Nota 2000 weinig of geen expliciete aandacht krijgen, maar in ander beleidsstukken van het zittende kabinet zeer dominant aanwezig zijn, namelijk vermindering van het financieringstekort van het Rijk, het tenminste stabiliseren van de collectieve lasten en vermindering van de werkloosheid (Regeerakkoord, 1986). Tot deze vragen kom ik, doordat de veronderstellingen waarop de Nota berust onvoldoende empirisch zijn onderbouwd. Verwijzingen naar empirisch wetenschappelijk onderzoek zijn schaars. Op elk van de genoemde punten kan men ook tegenstellingen tussen de doeleinden van het beleid bespeuren en ernstige twijfels over het gezamenlijk bereiken van de doeleinden hebben. Anders gezegd: het antwoord op de eerste vraag van de probleemstelling is dat zowel het voorgenomen gezondheidsbeleid als de in de Nota 2000 nagestreefde institutionele structuur van de gezondheidszorg onvoldoende samenhang vertonen; daardoor is ook hun onderlinge samenhang onvoldoende.

2 Gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief

De tweede vraag van de probleemstelling is: Hoe hangen de ontwikkelingen in de institutionele structuur van de gezondheidszorg, zoals die in de Nota 2000 worden nagestreefd, samen met ontwikkelingen in andere sectoren van de samenleving? Om deze vraag te beantwoorden, zullen enkele van de belangrijkste beleidslijnen nogmaals de revue passeren, maar dan nu in een breder maatschappelijk perspectief.

2.1 Het gezondheidsbeleid moet zich volgens de Nota richten op de *determinanten van de gezondheid*. Die determinanten worden onderscheiden in erfelijke en andere biologische factoren, fysieke omgevingsfactoren, maatschappelijke omgevingsfactoren en leefwijzen, waaronder het gebruik van alcohol, drugs en tabak (Nota 2000, p. 17–49, 151–174;

Doeleman, 1983a). Wat daarbij opvalt, is dat de maatschappelijke omgeving vooral wordt opgevat als een geheel van anonieme factoren, zoals arbeid, educatie, recreatie en relaties. Er is weinig aandacht voor het feit dat die omgeving ook bestaat uit organisaties met doeleinden en machtsposities. Men kan daarbij denken aan bedrijven die zich bezighouden met de produktie, handel en reclame ten aanzien van drank, tabak, drugs en voedings- of genotsmiddelen met veelal negatieve effecten op de gezondheid. Als schadelijke factoren voor de gezondheid kan men ook de werkloosheid, de nieuwe armoede, de kernenergie, de kernwapens, de verkeersonveiligheid, de geluidshinder in woningen en werkplaatsen, en de verontreiniging van lucht, water en bodem noemen. Ook daar zijn organisaties bij betrokken.

Roken, alcoholgebruik en drugsgebruik bijvoorbeeld behoren niet slechts tot de leefwijzen van individuen, zoals de Nota lijkt te veronderstellen. Zij maken ook deel uit van economische en andere maatschappelijke structuren en processen. Er is met andere woorden naast de institutionele structuur van de gezondheidsbevordering ook een institutionele structuur van de gezondheidsondermijning. Naast het systeem van de gezondheidsopbouw is er een systeem van de gezondheidsafbraak, waartoe wellicht zelfs een deel van de geneesmiddelenindustrie behoort.

Voor de aanpak van deze tweede institutionele structuur toont de Nota weinig aandacht. Hij volstaat met verwijzingen naar de concept-nota Alcohol en Samenleving en de ontwerp-Tabakswet. De oplossing zoekt hij grotendeels in wetenschappelijk onderzoek en in voorlichting van de individuele consument (Nota 2000, p. 150–174, 208–222 en 346, 347). Juist een preventief gezondheidsbeleid en een facetbeleid zouden zich echter primair met de determinanten van de gezondheid en van de ongezondheid, ook in hun structurele en geïnstitutionaliseerde vormen, moeten bezighouden. Zo'n beleid zal om effectief te zijn ook meer dwingende instrumenten dan onderzoek en voorlichting moeten kiezen, dus bijvoorbeeld een algeheel verbod van reclame voor alcohol en rookartikelen, een forse beperking van het aantal verkooppunten, een aanzienlijke verhoging van de accijnzen, en een verbod van roken in openbare gelegenheden. Zolang de institutionele structuur van de gezondheidsondermijning niet doeltreffend wordt aangepakt, blijft een gezondheidsbeleid 'dweilen met de kraan open', ofwel een 'tranquillizerbeleid'. De Nota verweert zich bij voorbaat tegen een dergelijke kritiek door zich te keren tegen ideeën als die van een allesomvattend gezond-

heidsbeleid, een superbewindspersoon en 'alles hangt met alles samen' (Nota 2000, p. 307–309). Dat verweer is niet overtuigend als het gaat om een preventief beleid en een facetbeleid dat determinanten van gezondheid wil aanpakken. Juist bij een dergelijk beleid zou de overheid blijk moeten geven van het besef dat de ingrijpende verandering van het ziektepatroon sinds het eind van de negentiende eeuw niet in de eerste plaats aan de artsen is te danken, maar aan de verbetering van de maatschappelijke omstandigheden. Een bekend voorbeeld van een ziekte die op wisselende maatschappelijke omstandigheden, waaronder voedingspatronen, heeft gereageerd, is de longtuberculose (Doeleman, 1983b). Is het ondenkbaar dat een goede preventieve aanpak, gericht op de determinanten van de ongezondheid, ook het beeld van de ziekten van onze tijd ingrijpend zal veranderen?

2.2 De Nota gaat uit van de ideeën van een *overgang van de verzorgingsmaatschappij naar een zorgzame samenleving* en daaraan gekoppeld een terugtreden van de overheid (Nota 2000, p. 307–311). Dat is een ideologische keus die berust op een eenzijdig positief beeld van de samenleving en een eenzijdig negatief beeld van de overheid. Men kan daar op goede gronden een ander beeld tegenover stellen. In onze samenleving heerst in vele opzichten het recht van de sterkste. Wie gezond is, een goede opleiding, een goede baan en een goed inkomen heeft, kan zich wel redden. Wie niet gezond is, is kwetsbaar. In zo'n samenleving is een van de belangrijkste taken van de overheid de meest kwetsbare mensen te beschermen. Dit brengt mee dat de overheid een scherp oog moet hebben voor verdelingsaspecten, dus voor de ongelijkheid in de verdeling van materiële en immateriële goederen. Deze aandacht is in de Nota niet sterk ontwikkeld. De paragrafen over verschillen tussen deelpopulaties met betrekking tot gezondheid en leefwijzen zijn vrij mager (Nota 2000, p. 38, 49, 199–206). 'Het streven is erop gericht om de reële verschillen in de gezondheid van de bevolking terug te brengen', zegt de Nota. Als middelen daarvoor noemt hij onderzoek en analyse. Die zullen echter niet voldoende zijn. Het beleid moet, als het doeltreffend wil zijn, zich relatief sterk op bevordering van de gezondheid van mindergesitueerden en andere kwetsbare groeperingen richten. Het tegendeel daarvan gebeurt als men de ideeën van zelfzorg en zelfredzaamheid vooropstelt, de eigen bijdrage van ziekenfondsverzekerden wil vergroten en een eigen risico wil invoeren.

2.3 Over de mate waarin de Nederlandse burger zelfzorg en mantelzorg

bedrijft, is weinig bekend, zegt de Nota. Maar niettemin predikt hij vrolijk een *accentverschuiving van professionele zorg naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk* (Nota 2000, p. 234–236). Als argument voor meer zelfzorg noemt de Nota de groeiende mondigheid van burgers, maar vergeten wordt dat deze mondigheid zich ook kan uiten in meer vraag naar de best mogelijke professionele zorg.

De huidige omvang van de mantelzorg wordt in de Nota onderschat met de opmerking dat deze steunfuncties soms nog op kleine ‘eilanden’ bestaan, zoals in kleine dorpen en oude, stabiele woonwijken. De feiten liggen, voor zover bekend, anders. Volgens berekeningen van Hattinga Verschure is de omvang van de mantelzorg drie miljoen uren professionele zorg per jaar (Nota Eerstelijnszorg, 1983–1984).

Op de vraag in hoeverre mantelzorg en vrijwilligerswerk voor uitbreiding vatbaar zijn in een samenleving die zich kenmerkt door individualisering, gezinsverdunding en toegenomen spreiding van gezinnen en families over het hele land, gaat de Nota niet in. Evenmin wordt aandacht geschonken aan de gevolgen van de nagestreefde verschuiving naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk voor de kwaliteit van de medische zorg.

Ontwikkelingen zoals de toeneming van de vergrijzing, van het aantal kankerpatiënten, van bepaalde ongevallen en van alcoholmisbruik, brengen mee dat de intensiteit van de medische zorg per patiënt groeit. Voor alle echelons geldt bijvoorbeeld dat ouderen er meer gebruik van maken dan jongeren (Doeleman 1983b). Afwenteling op zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk kan een daling van de intensiteit en daarmee van de kwaliteit van de zorg teweegbrengen. Bovendien maakt deze afwenteling de patiënten en in het bijzonder de bejaarden meer afhankelijk van de familie en dus meer onmondig. Dit gaat in tegen de maatschappelijke tendenties naar individualisering en emancipatie van patiënten en bejaarden (Hoogerwerf, 1986b).

2.4 Deconcentratie van verpleging, verzorging en preventie naar de wijk klinkt op het eerste horen aantrekkelijk, zowel voor de patiënt als voor zijn familie en vrienden. Het argument van de Nota voor deconcentratie is dat de patiënt dan in zijn omgeving kan worden behandeld (Nota 2000, p. 237). Maar ook daar kan men vraagtekens bij plaatsen. Wat is de sociale omgeving van een patiënt precies? In hoever valt die samen met de wijk? Wat stelt de wijk nu en in de toekomst maatschappelijk gezien eigenlijk voor? Een wijk is volgens de Nota een gebied van 10.000 tot

20.000 inwoners in de stad of op het platteland. Maar op de vraag wat de wijk voor de netwerken en de mobiliteit van de patiënt betekent, gaat de Nota niet in. Dat er in een wijk een huisarts, een tandarts en een apotheek moeten zijn, ligt voor de hand. Maar wat zijn precies de voordelen van de in de Nota voorgestane deconcentratie van verpleging en verzorging van bejaarden, chronisch zieken en psychisch zieken en deconcentratie van allerlei vormen van preventie, zoals bevolkingsonderzoek, naar de wijk? De voordelen van de wijk zijn beperkt, doordat de familie en vrienden veelal buiten de wijk wonen. Het een en ander ligt bovendien voor de oude en nieuwe wijken en voor stad en platteland niet gelijk. En welke financiële en andere nadelen staan er tegenover de voordelen van deconcentratie? Op de financiële kosten van kleinschalige, zelfstandige verpleegeenheden van bijvoorbeeld dertig bedden per wijk gaat de Nota onvoldoende in (Nota 2000, p. 241–248), evenals op de kwaliteitsbewaking in die kleine eenheden.

Iets dergelijks geldt voor de in de Nota bepleite concentratie van hooggespecialiseerde voorzieningen (topklinische zorg), met name ten aanzien van kanker, hart- en vaatziekten, psychische ziekten en observatie van geestelijk gehandicapten. Als argumenten daarvoor noemt de Nota het maximaliseren van ervaring, het voortschrijden van de specialisatie, het streven om de schaarse middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten, en de kwaliteit van zorg, onderzoek en onderwijs (Nota 2000, p. 237–258). Ook bij deze argumenten kan met vraagtekens plaats. Concentratie van hooggespecialiseerde medische voorzieningen kan volgens de ervaring ook leiden tot ondoeltreffendheid en ondoelmatigheid, onder meer door de bureaucrativering van grote organisaties.

2.5 De Nota bepleit en verwacht een accentverschuiving van *professionele zorg*, niet alleen naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk maar tot op zekere hoogte ook naar alternatieve geneeswijzen (Nota 2000, p. 234–236). Op de toekomstige plaats van de professies in de samenleving heeft de Nota echter geen evenwichtige visie. De Nota signaleert een demedicaliserings- en een deprofessionaliseringsbeweging, het plaatsen van vraagtekens bij het specialistische karakter van de reguliere gezondheidszorg en de behoefte aan een integrale benadering van de mens. Een meer evenwichtig beeld van de ontwikkelingen houdt in dat zich niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten gelijktijdig verschillende tendenties voordoen, die men kan aanduiden met begrippenparen als:

- differentiatie naast integratie,
- specialisatie naast coördinatie,
- professionalisering naast deprofessionalisering,
- rationalisering naast democratisering,
- bureaucrativering naast ontbureaucrativering,
- een natuurwetenschappelijke naast een geesteswetenschappelijke en een maatschappijwetenschappelijke benadering.

Beiderlei tendenties zijn niet nieuw en zullen zich waarschijnlijk zowel in de gezondheidszorg als daarbuiten nog lange tijd gelijktijdig kunnen voordoen (Hoogerwerf, 1980).

2.6 In de Nota valt verscheidene malen het woord *democratisering* (Nota 2000, p. 230, 231, 234, 238, 249, 311).

De Nota spreekt in dit verband van patiëntenvoorlichting, patiëntenparticipatie, klachtenbehandeling en patiëntenrecht. Het gaat daarbij echter vooral om de rechten van de individuele patiënt. Minder aandacht toont de Nota voor de mogelijkheden van cliënten en patiënten om collectief en structureel via hun organisaties invloed op het beleid uit te oefenen, bijvoorbeeld bij het vaststellen van kwaliteitsnormen. De groeiende mondigheid van de burgers wordt in de Nota gehanteerd als een argument voor zelfzorg. Dat is echter als burger en als patiënt – bij alle blijvende afhankelijkheid ten opzichte van de arts – meer mondig wordt, geen afdoende reden om hem als patiënt een professionele zorg te onthouden. Een vertaling van mondigheid en democratisering in de vorm van medezeggenschap en gelijke rechten daarentegen, zou in de rede hebben gelegen, temeer omdat de Nota ook spreekt van een betere afstemming van het zorgsysteem op de behoefte aan zorg.

Het geheel overziende, is mijn antwoord op de tweede vraag van de probleemstelling, kort samengevat, dat de ontwikkelingen in de institutionele structuur van de volksgezondheid, zoals de Nota 2000 die nastreeft, onvoldoende zijn belicht vanuit hun samenhang met ontwikkelingen in andere sectoren van de samenleving.

3 Beoordeling van beleid en institutionele structuur

De derde en tevens laatste vraag waarmee deze inleiding zich bezighoudt, is: Hoe kunnen het voorgenomen beleid en de voorgenomen

institutionele structuur uit de Nota 2000 worden beoordeeld, mede in samenhang met het huidige kabinetsbeleid?

Dat bezuinigen ook voor het volksgezondheidsbeleid de hoofddoelstellingen van het kabinetsbeleid is geworden, blijft in de Nota 2000 nog wat op de achtergrond (Nota 2000, p. 225, 228, 229), maar treedt in het regeerakkoord en de regeringsverklaring van het tweede kabinet-Lubbers onverhuld naar voren. Het regeerakkoord noemt ten aanzien van de volksgezondheid uitsluitend bezuinigingsmaatregelen en toont geen enkele belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, een preventief beleid, een facetbeleid en vermindering van de reële verschillen in de gezondheid van verschillende bevolkingsgroepen. Trefwoorden in het regeerakkoord zijn 'beheersing van de volume-ontwikkeling', 'substantiële kostenvermindering', 'versterking van prikkels tot kostenbeheersing' en 'beperkt worden met f 1,2 miljard in 1990'. De regeringsverklaring van premier Lubbers in de Tweede Kamer spreekt dezelfde taal. Zij voegt daar wel een zin aan toe, namelijk: 'Ondanks alle noodzaak van kostenbeheersing zal in de komende periode veel aandacht worden besteed aan inhoud en kwaliteit van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, waarbij de belangen van patiënten, beroepskrachten en vrijwilligers nauwlettend in het oog zullen worden gehouden' (Regeerakkoord en Regeringsverklaring, 1986). Maar dit voornemen wordt in geen enkel opzicht geconcretiseerd. Het blijft politieke make-up ofwel een placebo-beleid. De volgende zin gaat alweer over verschuivingen in de financieringssfeer en volumemaatregelen.

Het huidige kabinetsbeleid geeft prioriteit aan vermindering van het financieringstekort van de Staat boven alle andere beleidsdoeleinden, met inbegrip van de zorg voor de volksgezondheid. Wat zal er binnen zo'n kader terechtkomen van het beleid en de institutionele structuur zoals die in de Nota 2000 worden voorgestaan?

Het hoofddoel van een gezondheidsbeleid, zoals in de Nota 2000 wordt geschetst, namelijk het handhaven of verbeteren van de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking, loopt ernstig gevaar. De bezuinigingen kunnen de kwaliteit van de zorg gemakkelijk doen afnemen. Het voorgenomen eigen risico en de voorgenomen verhoogde eigen bijdragen bijvoorbeeld zullen ertoe leiden dat fondspatiënten minder gemakkelijk dan thans om medische hulp vragen, ook waar die noodzakelijk

is. Dit is in strijd met het streven naar de vermindering van de ongelijkheid in de verdeling van de gezondheidszorg over de verschillende delen van de bevolking.

Ook het centrale middel van het beleid uit de Nota 2000, namelijk het aanpakken van determinanten van gezondheid, past niet goed in een drastisch bezuinigingsbeleid. Een eenzijdig streven naar vermindering van het financieringstekort van de Staat biedt weinig ruimte voor een meer preventief gezondheidsbeleid, met bijvoorbeeld meer geld voor onderzoek en voorlichting, een doeltreffende preventie van verkeersongelukken en geluidshinder en een verbod van ster-reclame voor alcohol en tabak. Ook los daarvan lijkt dit kabinet niet erg bereid de ondernemers hard aan te pakken, ook niet voor zover zij tot de structuren van de gezondheidsafbraak behoren.

De poging tot een accentverschuiving van professionele zorg naar zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk zal zolang het huidige bezuinigingsbeleid voortduurt, waarschijnlijk worden doorgezet. Zij betekent immers op korte termijn een afwenteling van lasten van de overheid naar de burgers. Maar op langere termijn zal deze verschuiving waarschijnlijk een stijging van de kosten meebrengen, doordat het algemene peil van de gezondheid kan dalen en een aantal verzorgers mede als gevolg van overbelasting zelf patiënten kunnen worden.

Iets dergelijks geldt ook voor de voorgenomen, maar nog niet geslaagde verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Zij zal waarschijnlijk onder meer via beperkingen van de capaciteit van ziekenhuizen toch worden doorgezet omdat de overheid daardoor op korte termijn financiële lasten kan afwentelen. Maar op lange termijn kunnen de lasten toenemen als gevolg van een daling van het gezondheidspeil.

Deconcentratie van de verpleging naar de wijk in verpleeghuizen van bijvoorbeeld dertig patiënten, kan men bij een voortzetting van het bezuinigingsbeleid wel vergeten. Zij is veel te kostbaar. Decentralisatie van verzorging en preventie naar de wijk zal wel worden doorgezet, maar kan waarschijnlijk niet goed werken zolang het sociaal-cultureel werk, het onderwijs, de bejaardenzorg en andere voorzieningen in de wijk niet voldoende voor een aanvullend beleid kunnen zorgen, doordat zij zelf ook door de bezuinigingsgolven zijn ondermijnd.

Samenvattend meen ik in antwoord op de derde vraag van de probleemstelling dat het voorgenomen gezondheidsbeleid en de nagestreefde institutionele structuur uit de Nota 2000 niet passen in het huidige kabinetsbeleid, waarin het streven naar vermindering van het financieringstekort van de staat domineert boven alle andere doeleinden.

4 Een alternatief

Is er een redelijk alternatief voor het huidige beleid? Ik meen van wel. Het redelijke alternatief is een gezondheidsbeleid dat primair en metterdaad streeft naar handhaving of verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking door middel van curatie, nazorg en meer dan tot nu toe door preventie. Binnen dat kader zal een streven naar bezuinigingen vooral de vorm moeten aannemen van vergroting van doeltreffendheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg, onder meer door het aanpakken van de geschetste institutionele structuur van de gezondheidsondermijning.

Omdat de effecten veelal onzeker zijn en elk middel ook in het beleid zijn bijwerkingen heeft, is er geen reden om een dogmatische voorkeur voor bepaalde institutionele structuren uit te spreken. Er is wel reden om voorzichtig beleidsexperimenten te ondernemen, dat wil zeggen bepaalde instrumenten op beperkte schaal en voor een beperkte tijd uit te proberen. Dat geldt voor het dagelijks werk in de gezondheidszorg en ook voor veranderingen in de institutionele structuren, zoals die in deze inleiding zijn aangeduid.

Mijn vermoeden is overigens dat de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg betrekkelijk weinig te maken hebben met de veranderingen in de institutionele structuren zoals die in de Nota worden nagestreefd. De ondoeltreffendheid en ondoelmatigheid van beleid vallen volgens de huidige wetenschappelijke inzichten, en trouwens ook volgens die van vele praktijkmensen, grotendeels te verklaren uit tekorten in de doelgerichtheid, de informatie, de machtsverdeling, de taakverdeling en de coördinatie onder de betrokkenen, alsmede een te hoog ambitieniveau en een tekort aan goede beleidsinstrumenten (Hoogerwerf, 1986a).

Deze factoren die de doeltreffendheid en de doelmatigheid van beleid grotendeels bepalen, omvatten echter niet alleen de structuren, maar ook de cultuur, dat wil zeggen de beginselen, normen en doeleinden van de actoren. De mate waarin een arts zich laat leiden door een doel als het tegengaan van medische overconsumptie wanneer hij medicijnen voorschrijft, een verwijsbriefje invult of een laboratoriumonderzoek aankruist, is voor de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg waarschijnlijk van meer doorslaggevend belang dan alle nagestreefde wijzigingen in de institutionele structuur. Ook volgens artsen kan er in de gezondheidszorg nog veel worden bespaard zonder kwaliteitsverlies. Om het tegengaan van medische overconsumptie te stimuleren, kunnen regelingen worden getroffen waardoor ondoelmatig gedrag van een arts voor hem geen voordelen, maar nadelen oplevert. Te denken valt aan normering van het medische handelen, ook in de vorm van een richtgedrag of bovengrens voor de kosten van voor te schrijven medicijnen, verwijzingen en laboratoriumonderzoek per ziektegeval (Roscam Abbing, 1983), aan positieve financiële sancties voor doelmatigheid en aan negatieve financiële sancties voor ondoelmatigheid. Ik realiseer mij overigens dat de overheid reeds vele jaren zonder succes bezig is dergelijke stappen te ondernemen.

Het is tragisch dat departementen die weinig greep op de opvattingen en gedragingen van burgers hebben, altijd maar weer proberen organisatiestructuren overhoop te halen zonder daarmee de hun toevertrouwde belangen werkelijk te dienen. De gezondheidszorg is daarvan een voorbeeld, het onderwijs is een ander. Het beleidsveld kan zoals de ervaring leert, door een overmaat van goedbedoeld overheidsbeleid ook worden vergiftigd. Een dergelijke beleidsvergiftiging is heel ongezond.

Literatuur

- Doeleman, F.,
Het gezondheidszorgssysteem in Nederland. In: E.W. Roscam Abbing, (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, tweede druk, Utrecht, 1983, pp. 29–31 en 35 (a)
Het functioneren van de gezondheidszorg. In: E.W. Roscam Abbing, (red.), *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, tweede druk, Utrecht, 1983, vooral pp. 306, 307; p. 318 (b)
- Hoogerwerf, A., Ontwikkelingen in het beleid rond de intramurale gezondheidszorg. In: J.C.M. Hattinga Verschure (red.), *De kliniek als leerhuis voor de toekomst*, Lochem, 1980, pp. 82–105

- Hoogerwerf, A., *Beleid berust op veronderstellingen: De beleidstheorie. Acta Politica*, XIX (4), oktober 1984, pp. 493–532
- Hoogerwerf, A., *Vanaf de top gezien: Visies van de politieke elite*, Amsterdam, 1986 (a)
- Hoogerwerf, A., *Thuiszorgbeleid in Nederland: Een historische vergissing?* Inleiding voor het congres 'Thuiszorg' van de Stichting Gezondheidszorg 1982, gehouden in 1986 (b)
- Nota 2000: Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: Feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nr. 2
- Nota Eerste-lijnszorg*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 18 180, nr. 2, p. 32
- Regerakkoord. In: *Nederlandse Staatscourant* van vrijdag 11 juli 1986 en Regeringsverklaring in *Nederlandse Staatscourant* van woensdag 30 juli 1986
- Roscam Abbing, E.W., *Herstructurering en ombuigingen*. In: E.W. Roscam Abbing, *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland*, tweede druk, Utrecht, 1983 (vooral p. 510, 511)

4 Nota 2000: bestuurlijke aspecten, continuïteit en verandering

J.M. Boot

De doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid vallen volgens de huidige wetenschappelijke inzichten, en trouwens ook volgens die van vele praktijkmensen, grotendeels te verklaren uit de doelgerichtheid, de informatie, de machtsverdeling, de taakverdeling en de coördinatie onder de betrokkenen (Hoogerwerf, 1986). Doelgerichtheid, informatie, machtsverdeling, taakverdeling en coördinatie verwijzen naar het besturingssysteem van de gezondheidszorg. En over het besturingssysteem wil ik het dan ook met u hebben.

In de Nota wordt het *besturingssysteem* behandeld aan de hand van een aantal uitgangspunten. Ik zeg dit nadrukkelijk, omdat in de Nota een vervolgnota wordt aangekondigd, waarin de consequenties van hetgeen de Nota voorstaat voor de institutionele en bestuurlijke structuur van de volksgezondheid nog nader behandeld worden. Ik moet mij dus baseren op datgene dat onder de uitgangspunten vermeld staat. Ik zal deze uitgangspunten achtereenvolgens doornemen.

Het eerste uitgangspunt is: *de versterking van het sturend vermogen door middel van inhoudelijke doelstellingen*. Deze inhoudelijk doelstellingen zijn een nieuw element in het besturingssysteem ten opzichte van de Structuurnota '74. Zij zijn ook het sterke punt in de hele serie uitgangspunten die nog volgen. Waar besturing van de gezondheidszorg naar bewust gestelde doelen het exclusieve motto was van de Structuurnota, waren de doelstellingen zelf, inhoudelijk gezien, daarin stiefmoederlijk behandeld. De zorg om de structuren, de zorg om de organisatie van gezondheidszorg, alras geplaatst in het perspectief van kostenbeheersing, betekende voor de betrokkenen in de gezondheidszorg het fanatiek investeren in allerlei vormen van samenwerking, zowel op het bestuurlijke, het functionele als op het operationele vlak, en van het investeren in allerlei sectorale herstructureringen. De zorginhoudelijke intenties van deze investeringen vervlogen gemakkelijk in het geweld van machtsprocessen en belangentegenstellingen, of in de frustraties die samenwer-

kings- en herstructureringsprocessen opriepen. Voor zover vernieuwende zorginhoudelijke intenties hoog gehouden konden worden, was er nog de hardheid van het vigerende plannings- en financieringsstelsel waarop gestoten werd.

Qua strekking zijn de beoogde inhoudelijke doelstellingen van de Nota 2000 pretentius. Niet de gezondheidszorg is object en uitgangspunt van beleid, maar 'gezondheidsrelevante situaties en gedragingen'. De doelstellingen moeten gericht zijn op een welomschreven situatie of gedraging, die onbetwist relevant is voor de gezondheid. De causaliteit moet duidelijk en simpel zijn (zoals bijvoorbeeld de relatie tussen roken en longkanker), de situatie of gedraging moet beïnvloedbaar zijn, er moet voldoende politieke en maatschappelijke consensus zijn over de te bereiken doelen, en ze moeten de eigen verantwoordelijkheid en het onderlinge hulpbetoon van burgers niet aantasten, zelfs aanmoedigen.

Het aspect van niet-aantasten van het onderlinge hulpbetoon van burgers mag dan wel pretentius zijn, voor het overige wordt hier een realistische opstelling gekozen. Die realistische opstelling is ook te zien in een laatste aspect dat in de Nota staat opgenomen rond de doelstellingen, namelijk de beschikbaarheid van instrumenten. Daar wordt namelijk verwezen naar economische gegevens die bij voorbaat een doelstelling die aan alle voorgaande aspecten voldoet, van de doelstellingslijst kan doen schrappen.

Of we daarmee in plaats van over een realistische niet beter over een minimale opstelling kunnen spreken, laat ik maar in het midden. Belangrijk is dat het veld van de gezondheidszorg zijn verantwoordelijkheid voor gezondheid, niet voor gezondheidszorg, neemt en zijn plaats als deskundige claimt in de ontwikkeling, vaststelling en uitvoering van deze gezondheidsdoelen. De gezondheidszorg, het voorzieningssysteem, is niet alleen deskundige op het vlak van gezondheidsdoelstellingen, zij is ook zeer belanghebbende. De in de Nota geconstateerde groei van chronisch degeneratieve ziekten en dementieën, de stijging van het aantal kankergevallen, de toename van bepaalde vormen van ongevallen, de toename van het alcoholmisbruik, zijn allerlei ontwikkelingen die een grote last gaan vormen voor de gezondheidszorg als voorzieningssysteem.

Deze hele exercitie rond ontwikkeling, vaststelling en uitvoering van gezondheidsdoelen kan wel eens een heel confronterend karakter krijgen. Op de eerste plaats zal de gezondheidszorg de overheid confronteren met de beperkingen van haar eigen realistische opstelling, die immers tot een set van gezondheidsdoelen leidt die minder verstrekkend zijn in

hun effecten op gezondheidsrelevante situaties en gedragingen dan vanuit een strikt gezondheidsstandpunt wenselijk zou zijn. Wie economische gegevens, politieke en maatschappelijke haalbaarheid en een beroep op eigen verantwoordelijkheid en onderling hulpbetoon doet, zal ongetwijfeld tot gezondheidsdoelen komen die strikt genomen beperkter zijn dan vanuit een gezondheidsstandpunt wenselijk en mogelijk is. Op die laatste positie moet uiteraard de gezondheidszorg zich baseren en de overheid daarmee confronteren. Een tweede confronterend element is daarin gelegen dat gezondheidsdoelen een zwaar beroep doen op het gepropageerde preventie- en facetbeleid. In de realistische opstelling ten aanzien van gezondheidsdoelen in de Nota 2000 betekent dit dat een program van actie moet worden opgesteld, dat zijn vertaling moet vinden in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM). Rapportage en evaluatie van de uitvoering van dit program in termen van het bereiken van die gezondheidsdoelen moet ook in het kader van dit Financieel Overzicht plaatsvinden. Op die manier vindt een confrontatie plaats van beleidsprioriteiten tussen preventie- en facetbeleid enerzijds en gezondheidszorg anderzijds. Enerzijds moet de politieke wil tot preventie- en facetbeleid dan maar blijken, anderzijds het succes daarvan in de zin van een grotere gezondheidswinst dan via gezondheidszorg zelf te bereiken valt en dus een verminderde en minder financiële middelen vragende inzet van gezondheidszorg.

Voor zover de gezondheidszorg op korte termijn een rekening gepresenteerd krijgt van deze heroriëntatie op preventie- en facetbeleid, dan wel op langere termijn de vruchten niet kan plukken door het uitblijven van successen op het terrein van, reeds genoemde, chronische degeneratieve ziekten en dementieën, kanker, ongevallen, alcoholisme en harten vaatziekten, dan moet de rekening toch echt aan de overheid worden toegestuurd en moet die rekening opgelost worden in het kader van politieke stellingnames over grenzen aan de zorg. Een pleidooi voor het geven van krediet, ook financieel, wil ik wel houden, krediet aan een Rijksoverheid die een centrale rol zal spelen, aan de politiek die een centrale rol moet spelen in het opstellen van gezondheidsplannen; hun kredietwaardigheid moet echter wel waargemaakt worden. Hoe de opvattingen daarover liggen in de gezondheidszorg, in hoeverre men bereid is krediet te geven en de kredietwaardigheid achteraf te toetsen, zal vanmiddag, wanneer zovelen uit het veld van de gezondheidszorg aanwezig zijn, wel blijken. Daarbij moet men wel bedenken dat alleen in geval van krediet geven en gebleken kredietwaardigheid, gemeenschappelijk

zorginhoudelijke doelstellingen tot stand komen, en dus de doelgerichtheid onder betrokkenen als eerste factor van doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid, vergroot wordt.

De tweede factor met betrekking tot doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid, is informatie onder betrokkenen, en dat brengt ons op het tweede uitgangspunt van het besturingssysteem in de Nota 2000, het zogenaamde *anticiperend vermogen*.

Anticiperend vermogen wordt gekoppeld aan informatieverzameling over sterfte-indicatoren, de omvang van bepaalde ziektepatronen, de gezondheidstoestand in specifieke regio's en van specifieke bevolkingscategorieën, het verrichten van studies naar langeretermijn-ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de opstelling van de regionale en lokale gezondheidsplannen. Op zich is deze nadruk op informatie niet nieuw. Ook de Structuurnota hechtte hier veel waarde aan. Het gaat nu echter om informatie ten behoeve van gezondheidsbeleid, niet alleen ten behoeve van gezondheidszorgbeleid. In de Nota 2000 komt de vraag- en behoeftekant van zorg met name in beeld, voor de lange termijn. Het zou te betreuren zijn wanneer behoefte-oriënterende planning alleen met langetermijnbeleid geassocieerd zou worden. Ook op de korte termijn valt de behoeftekant in de planning te verdisconteren, zij het in de knelpuntenplanning. De plannen moeten zich verbreden tot maatregelen op sociaal-economisch, milieu-, sociaal-cultureel en volkshuivingsterrein. Uit gezondheidsoogpunt een hele verademing ten opzichte van de gezondheidszorg en aanbod-georiënteerde benadering die de informatievoorziening tot op heden kenmerkt. Mag de informatie onder betrokkenen op deze wijze kwalitatief en kwantitatief op een hoger peil gebracht worden, en daarmee op zich bijdragen tot doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid, echt rendement is hiervan slechts te verwachten indien de informatie aangewend wordt in een adequaat systeem van strategische beleidsontwikkeling en regionale coördinatie.

Strategische beleidsontwikkeling en *regionale coördinatie* betreffen de twee volgende uitgangspunten van het besturingssysteem. Onder versterking van de strategische beleidsontwikkeling wordt het decentralisatieconcept behandeld. En samen met het vraagstuk van de regionale coördinatie zitten we dan midden in de problematiek van de machts- en taakverdeling en de coördinatie onder betrokkenen in de gezondheidszorg. En dat zijn naast de doelgerichtheid en de informatie onder betrokkenen de elementen die van invloed zijn op de doelmatigheid en doel-

treffendheid van beleid. In de fases die aan daadwerkelijke sturing voorafgaan, de opstelling van zorginhoudelijke doelstellingen en de opstelling van aan de zorgvraag gerelateerde gezondheidsplannen, zullen de overheden een centrale rol spelen. De aard en reikwijdte van zorginhoudelijke doelstellingen en gezondheidsplannen overstijgen de invalshoeken, de legitimeringsgrondslagen en de feitelijke mogelijkheden van aanbieders van zorg en van verzekeraars.

De Nota 2000 constateert ook, dat vanuit aanbieders van zorg en ziektekostenverzekeraars in het huidige besturingssysteem onvoldoende aanpassing van de voorzieningen aan de behoefte van de bevolking tot stand is gekomen en onvoldoende kostenbeheersing. Deze centrale rol van de overheid, met betrekking tot gezondheidsdoelen en gezondheidsplannen, moet zich voortplanten in de organisatie van de strategische beleidsontwikkeling en de regionale coördinatie willen gezondheidsbeleid en gezondheidsplannen in samenhang met kostenbeheersing tot ontwikkeling en uitvoering komen. Weliswaar wordt naast de overheid hier ook de consument van zorg als betrokkene ten tonele gevoerd, maar we mogen toch aannemen dat in de voorgestelde vraaggeoriënteerde planning en de stringent doorgevoerde budgettering tot in de instellingen zelf (het budget per hulpverlener of per vorm van behandeling), de overheden een meer centrale rol hebben. Een en ander leidt dan ook tot de conclusie dat de meest geschikte vorm van strategische beleidsontwikkeling gebaseerd moet zijn op het concept van de territoriale decentralisatie. En met dit concept van territoriale decentralisatie zit ook de Nota 2000 volledig op het spoor van de Structuurnota uit '74, met dien verstande dat dit spoor wèl een sterk verbeterd traject impliceert, daar nu zorginhoudelijke doelstellingen en een behoefte-georiënteerde benadering aan die territoriaal decentrale planning ten grondslag liggen.

Ik stel dit zo nadrukkelijk omdat de Nota 2000 vervolgens met zijn uitgangspunten ten aanzien van het besturingssysteem nieuwe elementen aan het in de Structuurnota uitgezette spoor gaat toevoegen. Onder het uitgangspunt *vergroting van financiële prikkels voor doelmatig gebruik van voorzieningen*, de zogenaamde vraagzijde, wordt concurrentie tussen ziekenfondsen genoemd. Dat zou betekenen: geen strikte doorvoering van de regionalisatie ten aanzien van het ziekenfondsstelsel. Er wordt gesproken over vergroting van de financiële zelfstandigheid van de ziekenfondsen. Wellicht zelfs privatisering. Verder worden onder dit uitgangspunt genoemd: een vergroting van de keuzevrijheid van consumenten en een beroep doen op hun rationele afweging van medische consumptie. Het terrein van alternatieve verzekeringsmogelijkheden en

eigen bijdragen en eigen risico's wordt daarmee betreden. Onder het uitgangspunt *een meer evenwichtige verhouding tussen overheids-, markt- en zelfregulering in de gezondheidszorg* worden vervolgens nogal diverse onderwerpen behandeld als deregulering naast zelfregulering van voorzieningen, het onderwerp marktmechanisme ter regulering van het aanbod van bepaalde voorzieningen, het aanbesteden van functies en capaciteiten door overheden-ziektekostenverzekeraars en wordt gesproken over de ontwikkeling van multifunctionele organisaties, dwars door de echelons heen, tot het niveau van meerdere regionale gezondheidszorg-concerns toe.

Twee algemene punten vallen nu op. Ten eerste wordt hiermee voorzichtig afstand genomen van de tot op heden harde principes van regionalisatie en echelonnering, ten tweede wordt er voorzichtig een start gemaakt met het concurrentiebeginsel en het 'marktgebeuren'. Twee algemene punten die heel goed in samenhang gezien kunnen worden.

Nog afgezien van de vraag hoe we dit waarderen, zijn voor de toekomst nu vragen aan de orde als: 'hoe verhouden zich deze elementen van het besturingssysteem als concurrentie en marktgebeuren tot de voorgaande als planning en de overheid als centrale betrokkene in het hele gezondheidszorgbesturingssysteem. Kunnen deze verschillende elementen in samenhang gezien, maar ook gerealiseerd worden? Is hier daarentegen sprake van inconsistenties? Of wordt de poort opengezet voor een tweede besturingstraject, of zelfs een alternatief besturingstraject?'

Om te beginnen moeten wij vaststellen dat het huidige besturingssysteem, zoals zich dit de laatste tien jaar ontwikkeld heeft, bepaald ook een gebrekkige samenhang vertoont en deels inconsistenties bevat. De hele ontwikkeling ten aanzien van planning en financiering is een problematiek van machts- en taakverdelingen en coördinatie. Wanneer we zien dat een algemene volksverzekering, die een duidelijke samenhang beoogde tussen planning en financiering, midden zeventiger jaren gesneuveld is; wanneer we zien dat een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg ups en downs kent van territoriale en functionele decentralisatie; wanneer we zien dat er een centralistische financierings- en betalingswetgeving is naast decentralisatie van planning, dan is hiermee duidelijk dat wij op dit moment een weinig consistent besturingssysteem hebben, dat slechts met veel moeite in samenhang gezien en in samenhang gebracht kan worden. Dit betekent dat de uitgangssituatie, de huidige machts- en taakverdeling en coördinatie onder betrokkenen, minder gunstig is voor het realiseren van de doelstellingen, opties en perspectief-

ven van de Nota 2000. En het maakt dus des te nieuwsgieriger of de Nota 2000 in dit besturingssysteem toch enige lijn kan brengen. Wanneer we de Nota 2000 op de uitgangspunten van het besturingssysteem goed doorlezen, dan is deze in weerwil van onze vragen naar inconsistenties, tweede besturingstraject, alternatief besturingstraject, beslist ten principale consequent. Zorginhoudelijke doelstellingen en vraageoriënteerde gezondheidsplannen, gecombineerd met kostenbeheersing, leiden volgens de Nota tot strikte territoriale decentralisatie, integrale en multisectorale planning, stringente financiële kaderstelling, respectievelijk budgettering tot op het niveau van de hulpverlener en dat alles afgerond met een volksverzekering tegen ziektekosten. In deze optie is van een troebele machts- en taakverdeling en coördinatie onder betrokkenen geen sprake.

Het probleem met de Nota 2000 is echter, dat wij deze principiële consequentheid niet continu kunnen terugvinden in de Nota. Op het moment dat de Nota duidelijk is, komt de Nota ook in de problemen. Problemen met de positie van de overheid. Problemen met betrekking tot noodzakelijk geachte beleidscontinuïteit en met historisch gegroeide, deels wettelijk gefundeerde verhoudingen tussen de betrokkenen. En problemen vanwege het politiek-maatschappelijk klimaat zoals dat thans opgang doet. Op dat moment wordt de consequentheid en helderheid vertroebeld door beschouwelijke betogen over een terugtrekkende overheid, over een zorgende samenleving, komen zogenaamde evenwichtsmodellen tevoorschijn en worden maatregelen gelanceerd die zich goed lenen voor het terugdringen van het collectieve aandeel van de gezondheidszorg in het nationaal inkomen, maar met moeite in het perspectief van een gezondheidsbeleid geplaatst kunnen worden. Dit betekent dat de beantwoording van onze vragen naar inconsistenties in het besturingssysteem: of de poort is opengezet voor een tweede besturingstraject in de zin van marktgebeuren en concurrentie, of dit traject van concurrentie en marktgebeuren een alternatief besturingstraject wordt, volledig ligt op het niveau van de politiek. Daarvoor moeten wij ons baseren op het regeerakkoord zoals dat deze zomer tot stand is gekomen. Ten opzichte van het spoor van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening en de volksverzekering doet het regeerakkoord duidelijk een stap terug. Men moet zich goed realiseren dat het terugvallen op de oorspronkelijke Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en haar experimentele invoering van de komende vier jaar, op het gebied van wet en regelgeving, de zaak behoorlijk heeft dichtgetimmerd. Extreem gesteld is de situatie deze: dat het over veertien jaar het jaar

2000 is, en dat wanneer de WVG ons over vier jaar niet bevalt, we tien jaar vóór 2000 iets anders moeten bedenken wat dan ook nog eens experimenteel moet worden uitgetest. In dat perspectief is het dan ook maar het beste van de WVG een succes te maken. Dat betekent het systematisch dwarsverbanden leggen tussen de Nota 2000 qua benadering, qua beleid, qua concrete doelstellingen en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. De Nota zelf geeft daar ook driftig voorbeelden van. De inhoudelijke doelstellingen, de gezondheidsplannen, de territoriale decentralisatie, de regionale coördinatie, de financiële kaderstelling en budgetten vallen zonder meer in het WVG-stramien. De functionele en doelgroepenplanning zijn daarin zeker in te passen. Deregulering van financieringswetgeving is in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg alleen maar gunstig. Zelfs concurrentie-aspecten kunnen via het aanbestedingssysteem worden ingepast. De Nota 2000 kan heel wel leven met de politieke realiteit van de komende vier jaar op het punt van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Of de Nota 2000 en de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg kunnen leven met de financiële doelstellingen van het regeerakkoord is een geheel andere zaak. Het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening spoort nu al niet met de financiële trends van de Nota 2000. De bezuinigingsdoelstellingen zullen elke structurele planmatige aanpak frustreren. Bezuinigingen hebben veelal een kortetermijnen ad hoc karakter, die planprocessen en de organisatie daarvan frustreren tot destructie van de planning zelf toe, inclusief de bestuurlijke organisatie daarvan. Zo exact als de bezuinigingsdoelstelling in het regeerakkoord omschreven staat, zo ongewis is de ontwikkeling van het verzekeringsstelsel. De Nota 2000 zelf is daarover beslist inconsistent. Want de optie van een volksverzekering wordt als de beste variant onderschreven in het perspectief van het hele besturingssysteem in de zin van doelstellingen, planning etcetera, maar een definitieve keuze wordt niet gemaakt en er wordt gepleit voor nadere studie. Staat dit niet haaks op een van de hoofdbeleidslijnen die ook in de Nota staat: dat de stelselwijziging ziektekostenverzekering zal worden doorgezet. Men kan de financiering van de gezondheidszorg als het sluitstuk van het besturingssysteem beschouwen, zoals de Nota 2000 ook doet blijkens behandeling daarvan achter alle besturingspunten die wij tot nu toe genoemd hebben. Het zou ook het sluitstuk moeten zijn. Het financieringsstelsel moet de zorg en gezondheidsinhoudelijke besturing ondersteunen, niet in de zin van een open-end-financiering, maar in de zin van 'betaling volgt bepaling', ook al is deze bepaling financieel negatief ingekaderd.

Wanneer de bepaling een dergelijk breed terrein omvat als de integrale en multisectorale planning, zoals de Nota 2000 beoogt, wanneer in die bepaling geen andere betrokkene de centrale coördinerende en sturende rol kan spelen dan de overheid, dan is het niet zinnig ten aanzien van het financieringsstelsel principes te kiezen die een macht- en taakverdeling van betrokkenen betekenen, die op zichzelf weer om coördinatie vraagt met betrekking tot het vraagstuk van bepalen en betalen in de vorm van een of ander evenwichtsmodel. Een evenwichtsmodel dat minder te vinden is naarmate het principe van een volksverzekering sterker wordt losgelaten qua pakket, respectievelijk de privatisering en concurrentie verder wordt doorgezet.

Wanneer het systeem van multifunctionele eenheden en Health Maintenance Organisations in gang gezet wordt, zijn er voor de jaren negentig twee mogelijkheden: ofwel de overheid probeert in die periode dit systeem wederom in de tang te krijgen via regelgeving en het mechanisme van een 'counter vailing power' vanwege de inhoudelijke doelstellingen die zij toch vanwege de Nota 2000 beoogt, danwel moet de overheid zich terugtrekken op een preventie- en facetbeleid en terugtrekken op enkele deelsectoren van de zorg, die in het systeem van multifunctionele eenheden en Health Maintenance Organisations gemakkelijk buiten de boot vallen. Een vraagstelling die een conferentie waardig is, zodat wij elkaar dan weer kunnen ontmoeten. Liever ontmoet ik u in de jaren negentig over het onderwerp 'effectiviteit en efficiency van multisectoraal en vraaggeoriënteerde planning'. In dat geval zal ik u kunnen toespreken vanuit een universitaire positie. In het eerste geval ongetwijfeld vanuit de positie van lid van een geprivatiseerde vakgroep.

Literatuur

- Hoogerwerf, A., *Vanaf de top gezien: Visies van de politieke elite*, Amsterdam, Sijthoff 1986, pp. 58–109
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2

5 Nota 2000: zeven (veronder-)stellingen

H.G. van den Doel

1. De Nota 2000 is een werkstuk van gezonde mensen voor gezonde mensen.
Mensen die ziek zijn, komen vaak in een circuit terecht, waarin hun optiek tegenover diagnostisch en curatief medisch handelen totaal anders wordt. Voor 'luisterrijke' mensen is het nodig zich in te leven in de positie van 'ontluisterden'.
2. Vanuit de 'schrijftafeloptiek' is een patiënt een aantal dossiers over een ziektegeval, voorzien van een bewijs van verzekering. Op deze wijze is de gezondheidszorg de optelsom van een aantal grafieken en getallen over instellingen en beroepsbeoefenaren, voorzien van een verzekeringsstelsel.
3. Als het publiek spreekt over ziekenhuiszorg, wordt vaak gedacht aan het somatisch ziekenhuis voor mensen in de kracht van hun leven.
In feite wordt het merendeel van de kosten voor intramurale gezondheidszorg uitgegeven aan zwakkeren in de samenleving: 65-plussers in algemene ziekenhuizen, gehandicapten, zwakzinnigen, chronische psychiatrische patiënten, bejaarden.
4. Wie in dit verband durft te spreken over 'gezondheidswinst' geeft in feite te kennen, geen of minder geld over te hebben voor deze groeperingen. Bij die groeperingen is nauwelijks gezondheidswinst te behalen; zij behoeven gewoon zorg, of een curatief op-de-beenhouden.
Veel instellingen voor intramurale gezondheidszorg zijn in het verleden ontstaan, doordat de samenleving groepen waaraan geen medische eer viel te behalen, letterlijk liet liggen.
5. Gezondheidswinst is bovendien geen absoluut meetbare zaak. De manier waarop vandaag de dag tegen ziekte en behandeling wordt

aangekeken, wordt bepaald door een constellatie van maatschappelijke en culturele factoren, door de stand van de ontwikkeling van de medische wetenschap en de historische context.

6. Vroeger waren ziekenhuizen armenhuizen. Wij hebben echter met elkaar een gezondheidszorg opgebouwd die gelijk toegankelijk is voor armen en rijken.
Ieder heeft een gelijk recht op behandeling en verzorging, volgens de norm die bepaald wordt door de factoren van onze maatschappij en cultuur, de huidige stand van de medische wetenschap en de fase van de ontwikkeling van ons denken over die dingen.
7. Indien wij niet spoedig op een andere manier over de gezondheidszorg gaan denken dan vanuit de gewraakte schrijftafeloptiek gebeurt, dragen wij, met ons allen, bij aan een verloedering van de zorg, waarvan wij over niet al te lange tijd de wrange vruchten zullen plukken, als wij zelf tot de 'ontluisterden' zullen behoren.

6 De Nota 2000: gezond beleid?

Th.H.G. van Berkestijn

De Nota 2000 is een uniek document.

Het is bij mijn weten voor het eerst dat de overheid een schier allesomvattend gezondheidsbeleid voor de lange termijn ontwikkelt. Voorts is er de hoop dat, gezien het voornemen tot periodieke bijstelling, dit stuk niet in een donkere bureaula verdwijnt. Beter één Nota 2000, met wellicht gebreken, waar iets mee gedaan wordt, dan 2000 deelnota's die het lot van de donkere lade te wachten staan.

Verder is het voor het eerst dat getracht wordt één volksgezondheidsbeleid in internationaal verband aan te pakken.

En tenslotte heb ik nimmer meegemaakt dat beleidsvoornemens van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg zó intensief en uitvoerig buiten de politiek en haar overleg- en adviesorganen besproken worden.

Dit alles geeft de burger moed. En om die moed niet te laten zakken en de dialoog in stand te houden, zijn mijn kanttekeningen bedoeld. Als een bijdrage aan – om in de stijl van de Nota 2000 te blijven – het ontwikkelen van een toekomstscenario voor de Nota zelf.

Mijn opmerkingen hebben voornamelijk betrekking op de doelstelling en subdoelstellingen van de opstellers. Die komen – het valt hen niet euvel te duiden – onvoldoende uit de verf. Er wordt impliciet van veronderstellingen uitgegaan, die soms juist, soms onjuist en soms strijdig met elkaar zijn. Goed en goedkoop: dat lijkt het onderliggende motto.

Maar is preventie wel zo goedkoop? En zijn preventieprogramma's – als zij erg ingrijpen in de individuele vrijheid en het persoonlijke leven van mensen – wel zo gezondheidsbevorderend? Dat, nog los van wat ik daar als democraat van denk.

Zoals gezegd: het valt de opstellers niet euvel te duiden. Immers, het is nauwelijks te doen om zonder de voeling met de dagelijkse praktijk over zulke moeilijke materie te schrijven. Maar gelukkig hebben de mensen uit het veld en hun organisaties hun beleidsvisies ook in de nota's neergelegd. Zij ontbreken helaas nog in de literatuurlijsten van de Nota 2000 in tegenstelling tot de vele aangehaalde nota's van overheden en

advieslichamen. Dat zal, gezien het beleidsvoornemen om de Nota in dialoog met anderen bij te stellen, hopelijk veranderen.

Ook inhoudelijk wordt de rol van het veld van de gezondheidszorg en de geneeskunde te kort gedaan. Het feit dat de cariës is teruggedrongen en de verpleegduur van postoperatieve patiënten is teruggelopen, is uitsluitend en alleen te danken aan de inspanningen van de betrokken beroepsgroepen. Geen overheidsbeleid en geen planningswetgeving hebben deze ingrijpende veranderingen teweeggebracht.

Alvorens op dat gebied weer nieuwe dingen aan te pakken, verdient het aanbeveling om een kosten-batenanalyse te maken van wat alle planningswetgeving heeft gekost en wat zij daadwerkelijk voor de gezondheidszorg heeft opgeleverd.

Onzerzijds is bijna een jaar geleden het Rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' (KNMG, 1986) uitgekomen. Daarin wordt uitgegaan van de doelstellingen voor gezondheidszorg, zoals geformuleerd door McKneown. Na een uitwerking daarvan wordt het medisch handelen onder de loep genomen. Door dit voortdurend op zijn doelmatigheid en doeltreffend te toetsen, kan een kwalitatief gelijke en goede, misschien zelfs betere gezondheidszorg worden bereikt binnen de thans (ik spreek nu over 1985) beschikbare middelen.

Ik wil stellen dat als wij denken vanuit de doelstellingen van gezondheidszorg en met een toetsing als in genoemd rapport beschreven, de grenzen van de groei van de zorg niet van buitenaf en met als instrument de geldkraan getrokken behoeven te worden. Immers, goede hulpverlening, gericht op het zo autonoom mogelijk blijven van het individu, kent zijn natuurlijke grens. Méér hulp dan nodig is, werkt invaliderend in plaats van revaliderend. Deze grens kan alleen worden ontdekt door vanuit doelen inhoud van hulpverlening te verstrekken. Het is niet ondenkbaar dat die grens vanzelf samenvalt met de grenzen die de economisch-politieke benadering zich wenst.

Een ander aspect van de grenzen aan de zorg is het ethische aspect. Tegen welke patiënt moet – als de middelen niet beschikbaar zijn – nee worden verkocht en door wie? En hoewel ik geen ethicus ben, heb ik één kunst van hen afgekeken. Het stellen van vragen en de antwoorden aan anderen over te laten. Mijn vraag is: waarom stellen we ons de vraag van het nee verkopen aan de patiënt pas als het gaat om kostbare voorzieningen voor patiënten die dat evident nodig hebben. Zelden verkopen wij nee aan de patiënt als het gaat om minder dure zaken die we – als je diep in het hart van de deskundigen kijkt – niet zo nodig vinden. Waarom ja tegen een toenemende vraag om uitsluitingsdiagnostiek zonder dat dat

tot een meeropbrengst aan diagnostiek leidt, ja tegen het vragen van specialistische hulp waar dat eigenlijk niet nodig is, ja tegen uitgebreide 'general check-ups', zoals die thans – op commerciële basis – steeds meer in de mode raken? Wie het betaalt doet er niet toe; ze leggen onnodig beslag op de totale capaciteit aan voorzieningen. Als op die gebieden doelmatig en doeltreffendheid wordt gewerkt, levert dat wellicht zoveel ruimte op dat we ons de gewetensvraag om dure, maar erg noodzakelijke voorzieningen aan een kleine groep ernstig zieke patiënten te onthouden, niet hoeven stellen.

Voor een ander aspect van de Nota wil ik eveneens uw aandacht vragen. Beleid gericht op een goede volksgezondheid kan niet zonder meer worden verenigd tot een gezondheidszorgbeleid. De Nota stelt dat ook en lanceert het idee van een facetbeleid. Een uitstekende visie, maar te mager uitgewerkt, in die zin dat onvoldoende duidelijk is of de politieke instrumenten en de politieke wil daartoe reëel aanwezig zijn. Een anti-rookbeleid bijvoorbeeld kan alleen effectief gevoerd worden als ook andere ministeries dan Volksgezondheid, bijvoorbeeld Financiën, Economische Zaken en Werkgelegenheid en dergelijke, een breder belang zien dan hetgeen uitsluitend tot hun competentie behoort. Een dergelijk breed gedragen beleid is mijns inziens alleen te realiseren als volksgezondheid de politieke zwaarte krijgt die het verdient in de zin van een Minister die deel uitmaakt van het Kabinet.

Onlangs mocht ik in Wenen een conferentie bijwonen van de regio Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie met alle Europese landelijke koepels van artsorganisaties. Daar werd onder andere gesteld dat de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie met betrekking tot gezondheid, te weten: niet alleen afwezigheid van ziekte, maar een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden, als niet realistisch en te ambitieus aan herziening toe is. In de discussie daarover werd opgemerkt dat ziekte niet altijd en uitsluitend als negatief en een te bestrijden kwaad moet worden gezien. Integendeel, soms kan een fase van ziekzijn het leven van een mens een zeer positieve wending geven.

In dat licht zou ik deze Nota 2000 willen zien. Een pasgeboren, zo te zien gezonde en weldoorvoede baby, die bij nader onderzoek echter verschijnselen heeft die duiden op een te eenzijdige voeding. De ziekteverschijnselen lijken veroorzaakt doordat in de voeding de vitamines uit het veld hebben ontbroken. En een arts die een zorgzame wat overbezorgde moeder, die haar uiterste best gedaan meent te hebben, daarop wijst, loopt het risico op een zeer geprikkelde reactie. Bij nader inzien

zal zij hopelijk haar teleurstelling en boosheid te boven komen en zo zal de baby – evenwichtig gevoed – opgroeien tot een gezonde volwassene. De fase van ziekzijn door foute voeding heeft zo een constructieve bijdrage geleverd aan het leven van het kind, aan dat van de moeder en haar relatie met de dokter.

Moge het zo de Nota 2000 vergaan; nu nog wat ziekjes door eenzijdige voeding, bij een goed invullen van haar eigen toekomstscenario een gezonde bijdrage aan een volksgezondheidsbeleid.

Literatuur

Gezondheidszorg bij beperkte middelen, rapportage van een KNMG-Commissie, *Medisch Contact* nr. 12, 21 maart 1986 (41), blz. 357–373.

7 Studiedag Nota 2000

E. Veder-Smit

Op de eerste van de vijf studiedagen gewijd aan de Nota 2000, heeft de heer Roscam Abbing de inleiders en de andere aanwezigen verzocht zich duidelijk over de Nota uit te laten, en de verwachting uitgesproken dat de Nota 2000 vervolgens wel in stukken gescheurd zal worden, zodat er weinig of niets van overblijft. Gelukkig is de Nota veel te omvangrijk om dat te gaan doen. Gelukkig bevat de Nota ook te veel goede denkbeelden, om verscheurd te worden. En gelukkig is de Nota ook in positieve toon geschreven, die ons uittilt boven de problemen die de gezondheidszorg dagelijks ontmoet.

De Nota geeft blijk van een zeker optimisme. Van harte hoop ik dat departement en bewindslieden dit optimisme zullen kunnen handhaven, ook als zij de vele barrières uit de weg gaan ruimen, die hun denkbeelden in de weg staan.

Enkele voorbeelden van dit optimisme:

1. richtlijnen voor de planning zullen globaal moeten zijn;
2. in het verstrekkingenpakket zullen prioriteiten moeten worden gesteld;
3. de decentralisatie moet centraal staan (taalkundig een aardige uitdrukking);
4. het aandeel van de gezondheidszorg in het Bruto Nationaal Produkt zal in het jaar 2000 7,8% bedragen.

De materie is weerbarstig, maar dat mag niet betekenen dat alles kan blijven zoals het nu is. In elk geval beschikken we met deze Nota over een uitstekende samenvatting van de stand van zaken op wetenschappelijk en bestuurlijk terrein, waarmee we op een aantal punten aan de slag kunnen.

Als spreker namens één van de koepelorganisaties op het gebied van de extramurale gezondheidszorg, wil ik uiteraard graag speciaal ingaan op de *beleidsvoornemens* ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Veel van wat de Nota daarover zegt, spreekt de Nationale Kruisvereniging zeer aan.

De Nota zegt bijvoorbeeld, dat er minder in termen van gezondheidsvoorzieningen moet worden gedacht, maar meer in termen van gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering. Het Kruiswerk probeert die opdracht al jaren uit te voeren door als organisatie van zorg, vooral op wijkniveau, tegelijkertijd én voorlichting en preventie te geven én zorg op maat, zoveel als de omstandigheden toelaten. Of met andere woorden: het is één pluriforme organisatie, die in haar dagelijks werk tegelijkertijd een heleboel voorzieningen biedt. Dat maakt het runnen van deze organisatie niet eenvoudig, zeker nu de behoefte er aan steeds sneller toeneemt.

Een tweede stelling van de Nota is, dat het aandeel van de preventie ten opzichte van de curatieve sector relatief en absoluut moet worden vergroot. Ook deze stelling is het Kruiswerk uit het hart gegrepen. Een sterker accent op de preventie is ongetwijfeld noodzakelijk, al kunnen preventie en curatie niet volledig worden onderscheiden, vooral nu in de wijkverpleging de curatie de preventie dreigt te gaan verdringen. Uit recente cijfers van de wijkadministratie blijkt, dat de toenemende druk op de wijkverpleging (veroorzaakt door de capaciteitsreductie in de intramurale zorg en de dubbele vergrijzing) geleid heeft tot een vermindering van het aantal GVO-contacten met ruim 15%.

Terecht spreekt het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in het jaarverslag 1985 daarover zijn bezorgdheid uit, een bezorgdheid die door de Nationale Kruisvereniging wordt gedeeld.

De vele preventieve taken die het Kruiswerk verricht bij de zwangerschapszorg, kraamzorg, vaccinaties, VTO en algemene voorlichting bij zuigelingen- en kleuterbureaus, voedingsvoorlichting en patiëntenvoorlichting, leggen een aanzienlijk beslag op de volumegroei, waar jaarlijks om gevochten wordt. Alleen al voor de voedingsvoorlichting wordt door de overheid verwacht dat tussen nu en 1997 rond 200 extra diëtisten worden aangesteld.

Een derde belangrijke uitspraak van de Nota is, dat voor de eerste lijn, en daarin ook het Kruiswerk, een taakverzwaring te wachten staat. Men spreekt van een verschuiving van middelen van de intramurale naar de extramurale zorg voor het opvangen van die taakverzwaring, en gaat daarbij uit van een norm voor de wijkverpleging van 1 : 2.500 in 1995 en 1 : 2.000 in het jaar 2000.

De argumenten voor deze taakverzwaring zijn steekhoudend en eigenlijk ook algemeen bekend: de toeneming van het aantal thuiswonende ouderen, van het aantal hoogbejaarden onder hen, van de chronisch zieken en de terminale patiënten die thuis verzorgd willen worden. Vooral de ziekten van het bewegingsapparaat verdienen hier bijzondere aandacht omdat de therapie en verzorging daarvoor heel arbeidsintensief en tijdrovend zijn.

Op de eerste van de vijf studiedagen heb ik al het nodige gezegd over het verband tussen taakverzwaring en volumegroei. Ik zal dit niet herhalen. De concrete kritiek die het Kruiswerk heeft op sommige veronderstellingen en berekeningen is aan de Tweede Kamer en aan het ministerie meegedeeld en zal dus haar weg wel vinden. Wel wil ik twee andere opmerkingen maken.

1. Verlegging van een deel van de geldstroom naar de extramurale zorg hoeft niet per definitie en volledig ten laste van de intramurale zorg te gebeuren. Voor die geldstroom kan wellicht ook uit andere middelen worden geput, hetzij in de verzekerings sfeer (interessant is dat de enquête van vanmorgen een meerderheid oplevert voor meer eigen bijdragen), hetzij uit andere sectoren van de gezondheidszorg.
2. Over het substitutie-effect is nog veel te weinig bekend. Mijn persoonlijke mening is, dat 'het substitutie-effect' dat 'per verpleegdag een bedrag X oplevert' niet bestaat. Er is een aantal zeer verschillende substitutie-effecten, die je nauwelijks met elkaar kunt vergelijken. Om maar een enkel voorbeeld te noemen: een post-operatieve patiënt, die met vervroegd ontslag naar huis gaat, levert een heel andere substitutie op dan een terminale patiënt die verkiest om thuis te sterven. De optredende substitutie zal verschillen per ziektebeeld, per instelling en per patiënt.

Niet in alle gevallen zal verpleging en verzorging thuis goedkoper uitvallen dan in een instelling. Dat zal in elk geval heel zorgvuldig uitgerekend moeten worden.

Het merkwaardige is, dat er op het terrein van de substitutie (toch zo'n belangrijke pijler van het beleid) nog vrij weinig kwantitatief onderzoek is verricht. De richting van het onderzoek lijkt te zijn: het vinden van de beste methodiek voor nazorg van patiënten. Natuurlijk is dat heel belangrijk en gelukkig wordt ook daaraan gewerkt, maar ik vraag me af of daarmee de kern wordt geraakt van het vraagstuk, namelijk welke factoren bepalen de oorzaak van het

ontslag, en welke factoren kunnen daarbij leiden tot gunstige of minder gunstige gevolgen?

Het voorgaande is, zoals de organistoren hebben gevraagd, beperkt tot het bespreken van een aantal hoofdlijnen. Hoofdlijnen, die het Kruiswerk voor het merendeel kan onderschrijven.

Maar voor de duidelijkheid wil ik graag toch nog een paar dingen zeggen en vragen stellen, waarover de behandeling van de Nota 2000 wel uitsluitel zal moeten geven.

Er zitten namelijk enkele tegenstrijdigheden in de Nota. Of eigenlijk zijn het meer strijdigheden tussen het huidige beleid en de aangekondigde beleidsvoornemens. Ik noem er drie.

Allereerst de kwaliteitsbewaking, die de Nota hoog in het vaandel voert, en de positie van het Staatstoezicht. Het Staatstoezicht kan niet toveren. De Inspectie kan niet een groeiende stroom klachten verwerken en een vermoedelijk dalende kwaliteit van de hulpverlening signaleren en bestrijden met minder mankracht. Zal hen een toverstaf worden aangereikt? Als dat niet gebeurt, wie komt er dan, voorzien van de nodige instrumenten, op voor de kwaliteitsbewaking?

Dan de mantelzorg. De term mantelzorg suggereert een institutie, die er in feite niet is. Er is wel een groot aantal ploeterende, improviserende, elkaar aflossende individuen, die doen wat zij kunnen. Maar zijn de problemen, de lacunes en de wensen van de mantelzorgers wel voldoende bekend? En zo ja, wordt daar iets mee gedaan? De mantelzorg is naar mijn mening een broos en wankel stelsel, waar niet een beleid tot aan het jaar 2000 op kan worden gebaseerd. Laat men bijvoorbeeld niet denken dat de moderne, geëmancipeerde vrouw van nu zonder meer bereid en geschikt is de rol van verzorgster in het gezin weer op zich te nemen, als zij éénmaal tot de arbeidsmarkt is toegetreten.

Als laatste punt: de Nota stelt dat ook op de 'vrije markt' voorzieningen gerealiseerd kunnen worden. (Nota 2000, p. 234) en vervolgt: 'Met uitzondering van kwaliteitscontrole zullen deze niet aan overheidsregulering worden onderworpen'. De vraag is dan, of tegenover deze vrije marktsector de gesubsidieerde en gepremieerde sector zich zal kunnen handhaven als zij wél aan overheidsregulering blijft onderworpen. Als zij wél gebonden is aan overheidsplanning, volumegroei, COTG-richtlijnen, arbeidstijdverkortung zonder volledige herbezetting, goed te keuren CAO's: waar blijft dan haar concurrentiepositie?

Concurrentie kan goed zijn, als de partners allebei van ongeveer dezelfde startpositie uitgaan. Maar je kunt toch niet twee atleten tegen

elkaar laten hardlopen als er één de wedstrijd ingaat met vastgebonden handen? Of zie ik dat verkeerd?

Conclusie

De Nota is een moedig, duidelijk en vooruitziend stuk. Voor het realiseren ervan zal nog veel meer moed nodig zijn; moed en gevechtskracht, want het wordt een zwaar gevecht om de realiteit van vandaag in overeenstemming te brengen met het ideaal van de toekomst.

Literatuur

Nota 2000; over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwing en beleidsvoornemens, Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–86, nrs. 1–2.

Groepsdiscussie met genodigden

Onder leiding van Aad van den Heuvel

1 Lijst van deelnemers

Mr. N. de Jong	VNZ, algemeen secretaris
Dr. A.G.W.J. Lansink	CDA, kamerlid
C.J. Korver	GS, Noord-Holland
T.N. Maris	Wethouder Enkhuizen
Mr. W.H.M. Offermans	AVP, voorzitter
G.J. van Otterloo	PVDA, kamerlid
Dr. R. Scheerens	KLOZ, directeur
E. Terpstra	VVD, kamerlid
J. van der Wilk	Landelijk Patiënten/Consumenten platform, bestuurslid

2 Groepsdiscussie tussen de heer Korver, de heer De Jong en de heer Van Otterloo

Naar aanleiding van een vraag naar de mening over de Nota 2000 in relatie tot de tot nu toe opgedane ervaring met de invoering van de WVG, stellen zowel de heer Korver als de heer De Jong dat de Nota 2000 een Nota is met goede beleidsvoornemens. De relatie tussen de planning en de financiering is echter ook hier – net als bij de WVG – niet duidelijk, zodat er op dat vlak opnieuw problemen te verwachten zijn.

De discussie spitst zich dan ook toe op de verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende participanten ten aanzien van de planning en financiering. Allen zijn het erover eens, zoals de heer Van Otterloo het formuleert, ‘dat de overheid verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg en voor het financieel bereikbaar houden ervan’.

Maar dan volgen de verschillen. De heer Van Otterloo zou een efficiënt systeem willen realiseren door middel van een volksverzekering. De heer De Jong meent dat dat niet kan voordat de solidariteit in de

particuliere sector vergroot is en de betrokkenheid van de ziekenfonds-verzekerden bij de verzekering, 'wellicht ook via de portemonnaie', is verhoogd. Hij pleit voor een systeem waarin de overheid, vanuit haar verantwoordelijkheid, de randvoorwaarden creëert waarbinnen 'vraag en aanbod in de gezondheidszorg vrij met elkaar onderhandelen'. Dit betekent tevens dat de contracteerplicht, binnen die randvoorwaarden, opgeheven zou moeten worden.

De heer Korver vraagt zich af wie de financiers dan zou moeten controleren en geeft de voorkeur aan een systeem met gedecentraliseerde (budget-)verantwoordelijkheden, waarbij de provincies en gemeenten verantwoordelijk zijn voor het toepassen van de door de centrale overheid opgestelde richtlijnen. Tot op heden is het beleid van de centrale overheid erg wisselend: enerzijds wordt aan de provincies in het kader van de WZV en de WVG de bevoegdheid gegeven om te plannen, anderzijds 'fietst de overheid daar doorheen met allerlei ad hoc maatregelen in het kader van bezuinigingen, bouwplafond- en bouwprioriteiten-discussies, enzovoort'.

3 Groepsdiscussie tussen de heer Maris, de heer Offermans en mevrouw Terpstra

Centrale thema's in deze groepsdiscussie waren: de doelmatigheid van de gezondheidszorg en de rol van de patiënten-cliënten in (het beleid in) de gezondheidszorg.

Alle drie deelnemers vinden dat de gezondheidszorg niet erg doelmatig is. De accenten worden wel verschillend gelegd. Mevrouw Terpstra wijt het gebrek aan doelmatigheid met name aan een verkeerd management en fouten in het planningsmechanisme. De heer Offermans en de heer Maris constateren dat veel mooie begrippen geïntroduceerd worden die eigenlijk alleen tot doel lijken te hebben te bezuinigen. De heer Maris verwijst in dit kader naar het begrip 'zorgzame samenleving', dat leidt tot het op oneerlijke wijze een beroep doen op vrijwilligers ter vervanging van betaalde krachten. De heer Offermans constateert dat de zorg niet meer bij de mensen terechtkomt waar ze voor bedoeld is.

Manco, ook in de Nota 2000, is het feit dat vrijwilligers, patiënten en patiëntenorganisaties niet bij het beleid betrokken worden, aldus de heer Offermans. Mevrouw Terpstra is het op dit punt met hem eens; zij is voorstander van een Wet op de Patiëntenzorg, decentralisatie en verder doorgevoerde deregulering dan de Nota 2000 voorstaat. Dit om

de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de burgers te brengen. Dat een toenemende mondigheid van de patiënten-consumenten kan leiden tot een toenemende vraag naar professionele hulp, bevestigt zij. Daarom moeten er voor alle partijen: de arts, de verwijzer, de patiënt en de hulpaanbieder 'kostenprikkels' worden ingebouwd om de gezondheidszorg betaalbaar te houden.

4 Groepsdiscussie tussen de heer Lansink, de heer Scheerens en de heer Van der Wilk

Het, door alle deelnemers aan dit gesprek verwachte, geringe effect van de Nota 2000, wordt veroorzaakt door de bestuurlijke machtsverdeling. Zoals de heer Van der Wilk formuleert: 'veel bevestiging van de bestaande situaties', met als gevolg dat de discussies over de Nota bepaald worden door machts- en territoriumgevechten, waarbij alle participanten 'een plek claimen voor de toekomst, gefinancierd en al, zo verzekerd mogelijk en met zo min mogelijk overheidsbemoeienis'. Hij verwacht van de overheid een beleid waarbij meer gekeken wordt naar de inhoud van de gezondheidszorg en minder simpelweg een maximumbedrag wordt vastgesteld voor de kosten van de gezondheidszorg.

De heer Scheerens onderschrijft de uitgangspunten van de heer Van der Wilk, daar overigens andere conclusies aan verbindend. 'Veel van de voorstellen uit de Nota zijn natuurlijk al lang beleidsdoeleinden.' Er komt alleen niets van terecht, met name doordat een paar bestuurlijke principes door elkaar spelen, waarbij 'enerzijds het veld, koepelorganisaties, dokters, ziekenhuizen een stuk macht hebben; aan de andere kant de overheid een stuk macht heeft ontwikkeld in de laatste 15 jaar'. Er moet een (politieke) keuze gedaan worden: of veel grotere bevoegdheden bij de overheid dan tot nu toe, of meer overlaten aan de 'marktwerking'. Dat laatste bepleit hij, met een overheid met meer bevoegdheden dan tot nu maar op een kleiner terrein, namelijk de bevoegdheden om financiële, territoriale beschikbaarheid te garanderen en de kwaliteit te bewaken; deze bevoegdheden mogen niet uitmonden in 'detail-regelgeving'.

Ook de heer Lansink heeft bezwaren tegen de Nota: 'een goed stuk, maar als beleidsnota met een visie, met operationele maatregelen enzovoort, schiet hij te kort'. Naar zijn mening moet er minder in structuren en meer in mentaliteiten gedacht worden. Op dit moment is de overheid niet in staat maatregelen af te dwingen. Er is geen plan te bedenken of

er is wel een groep tegen en die gebruikt 'de onwerkbaarheid van het systeem om (...) ontwikkelingen waar de overgrote meerderheid het mee eens is toch te blokkeren'. Als voorbeeld noemt hij het falen van het streven op medicijnen te bezuinigen, terwijl iedereen daar voordeel bij zou hebben.

Plenaire discussie met genodigden en mensen uit de zaal

onder leiding van Aad van den Heuvel

1 Lijst van deelnemers

Th.M.G. van Berkestijn,	KNMG, plaatsvervangend secretaris-generaal arts
Dr. E. Borst-Eilers	Gezondheidsraad, vice-voorzitter
P.W. Burghgraaff	JOINT, voorzitter
Dr. H. van der Doel	Nationale Ziekenhuisraad, directeur
E. van Eijk	WVC, STABO, beleidsmedewerker
J. Kasdorp	NRV, secretaris
W.B. Meijer	College Ziekenhuisvoorzieningen, algemeen secretaris
F.A. van Spanje	Provinciale Raad Volksgezondheid Zeeland, directeur
Mr. E. Veder-Smit	Nationale Kruisvereniging, voorzitter en genodigden.

De Nota 2000 is een politiek beleidsstuk. Alle deelnemers aan de discussie zijn het er dan ook over eens dat, als met elkaar wordt gestreefd naar het bereiken van de in deze Nota gestelde doelen, dat een politieke beslissing is. De overheid zal derhalve een essentiële functie moeten vervullen bij het bereiken van die doelen. Zij zal allereerst duidelijkheid moeten scheppen over de *taakafbakening tussen de overheid en de maatschappelijke krachten*. Daarnaast zal zij een *basispakket* moeten garanderen, de zorg *financieel bereikbaar* moeten houden en instrumenten moeten aandragen die de *gezondheidszorg beheersbaar* houden. Hiermee zijn de centrale thema's van de discussie aangegeven.

In het creëren van de randvoorwaarden voor de gezondheidszorg schiet de overheid op dit moment te kort. Door onder meer de heer Burghgraaff en mevrouw Veder-Smit wordt verwoord dat door politiek-ideologische tegenstellingen een afbakening van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden op de lange(re) termijn niet tot stand kan komen. De politieke discussie over de taakafbakening wordt tot op heden elke vier jaar opnieuw gevoerd.

Een voorbeeld daarvan is de *WVG*, tot stand gekomen als resultante van het gevecht om de taakafbakening, toen met een groot maatschappelijk/politiek draagvlak, en nu opnieuw ter discussie. Daar waar enerzijds mevrouw Veder-Smit en de heer Korver voorstellen om, terwille van continuïteit in het beleid, met de invoering van deze wet door te gaan, mevrouw Terpstra dit voorstel ondersteunt mits de regelgeving versoepeld wordt, zijn de heer Van Spanje en anderen van mening dat een dergelijk bijstellen van de regelgeving geen zin meer heeft, gezien de – door die stringente regelgeving – grote afname van de motivatie in de verschillende invoeringsgebieden.

Een groot deel van de discussie wordt gewijd aan de *financiering* van de gezondheidszorg.

De Nota 2000 gaat uit van een *facetbeleid*. Een dergelijk beleid impliceert – aldus de heer Lansink – een voortdurende afweging van politieke belangen. Als voorbeeld noemt hij de vergrijzing, die, naar mijn mening, binnen het Ministerie van WVC en inkomensafhankelijk gefinancierd zou moeten worden. Met als gevolg een verhoging van de AWBZ-premie, enzovoort. Politiek betekent dit dat de beloofde lastenverlichting voor de burgers niet door kan gaan.

Mevrouw Terpstra is het met de uitgangspunten van de heer Lansink niet eens: ‘De vergrijzing is een maatschappelijk gegeven en dat betekent (...) dat alle facetten van dat overheidsbeleid een stukje moeten helpen om het probleem op te lossen’.

Terwille van de *kostenbeheersing* zal er een terughoudend *volumebeleid* gevoerd moeten worden, met name voor de kostbare investeringen in de (top)ziekenhuizen. Daarover zijn de heer Van Otterloo en de heer Lansink het eens. Uitgangspunten van zo’n beleid zullen moeten zijn: een evenwichtige spreiding van topvoorzieningen, de koppeling van de kosten van dure voorzieningen op één plaats aan de besparingen die dat elders oplevert en het inkrimpen van het volume op basis van functies, protocollen, normering en dergelijke.

Als ander middel om de kosten beheersbaar te houden, noemt de heer Lansink de *eigen bijdragen*: ‘Eigen bijdragen kunnen in een goed systeem, in een verantwoord systeem, inkomenspolitiek afhankelijk systeem een bijdrage zijn, even goed als preventie dat kan zijn’.

Aan de eigen bijdragen heeft mevrouw Borst in haar lezing al aandacht geschonken. Zij licht toe dat de Gezondheidsraad na bestudering van onderzoek op dit gebied (met name uit de VS) tot de conclusie is gekomen dat elke eigen bijdrage, hoog of laag, ertoe leidt dat minder

draagkrachtigen veel minder snel naar een dokter gaan. Zij deelt de stellingname van de KNMG dat er met eigen bijdragen zeer voorzichtig geëxperimenteerd kan worden, mits als uitgangspunt gehanteerd wordt dat de sociale verschillen in de gezondheid niet mogen toenemen. Maatregelen nemen, in de huidige bezuinigingsdrift, die de sociale verschillen vergroten, vindt zij onaanvaardbaar.

Naast de eigen bijdrage is er in de Nota 2000 sprake van mogelijke wijzigingen in het verzekeringsstelsel, bijvoorbeeld een *basispakket* met de mogelijkheid tot aanvullend verzekeren en eigen risico's. De heer Van Otterloo meent dat er door de stelselherziening al een forse ingreep heeft plaatsgevonden in het inkomen van sommige groepen burgers.

Eigen risico's en eigen bijdragen verminderen de solidariteit. Bovendien kunnen de mensen die gezond zijn het zich veroorloven zich niet aanvullend te verzekeren. De risicodragende groepen zullen daardoor in dit stelsel relatief hoge premies moeten gaan betalen.

De heer Scheerens is het met deze stelling volstrekt oneens. Eigen risico's kunnen heel solidair zijn als de premiereductie minder is dan het eigen risico. Het verschil draagt bij aan de kosten voor de risicodragende mensen. En het uitgangspunt dat men zich niet aanvullend zal verzekeren, is ongegrond. Ook nu heeft circa 30% van de bevolking de mogelijkheid zich niet te verzekeren. Toch is vrijwel iedereen verzekerd. Het enige effect van zo'n nieuw stelsel is, naar zijn mening, dat de inkomensafhankelijkheid van de premies vermindert. Mevrouw Terpstra ziet als een voordeel van een dergelijk stelsel dat er een grotere keuzevrijheid komt voor het type voorzieningen waarvoor men zich wil verzekeren. Het zou bijvoorbeeld mogelijk worden zich voor alternatieve geneeswijzen te verzekeren, een mogelijkheid die nu niet bestaat.

De heer Van der Wilk constateert ten slotte dat er in deze discussie veel aandacht besteed is aan de financiering van de gezondheidszorg. Daarbij, zo stelt hij, wordt voortdurend uitgegaan van een 'statistische' *patiënt* en wordt er geen rekening gehouden met de, naar schatting, 10% van de bevolking die geen goede gezondheid bezit, een laag inkomen heeft, op meerdere fronten afhankelijk is van sociale voorzieningen en de cumulatieve effecten van de bezuinigingen aan den lijve ondervindt. Wie garandeert deze mensen een betaalbare gezondheidszorg?

'De overheid schiet erin te kort om de randvoorwaarden en de controle aan te brengen op het functioneren van de gezondheidszorg en gezondheidszorg vecht tegen elkaar in alle mogelijke situaties en men laat de mensen waar het echt om gaat toch behoorlijk in de kou staan.'

Epiloog

Na de voorgaande beschouwingen rijst de vraag hoe nu per saldo het oordeel van al deze deskundigen over de Nota 2000 is. Hoewel veel auteurs van sterk wisselende uitgangspunten en loyaliteiten uitgaan en het dan ook onmogelijk is daaruit één eindoordeel te destilleren, valt des te meer de hoge mate van overeenstemming op. We zullen de belangrijkste thema's hier de revue laten passeren, waarbij natuurlijk niet steeds aan alle nuances recht wordt gedaan. Die nuances staan in de voorafgaande teksten waarvoor deze epiloog tevens als wegwijzer kan dienen.*

1 Masterplan

Zonder uitzondering beginnen de auteurs met waardering uit te spreken voor tenminste de *intenties* van de Nota. Dat lijkt geen gratuit gebaar omdat die waardering steeds wordt gepreciseerd. Men waardeert vooral dat de overheid het heeft gewaagd om zich inhoudelijk over de gezondheidszorg, of zo men wil over de volksgezondheid uit te spreken. De één noemt het werkstuk een 'frisse kijk', de volgende 'anderhalve kilo idealisme' of 'een witte raaf in notaland'. Maar daarna beginnen vrijwel onveranderlijk de bezwaren. De geringste komen van de auteurs die zich

* Teneinde het naslaan te vergemakkelijken, volgt hieronder een overzicht van de bladzijcijfers waar de verschillende teksten zijn te vinden.

Baalman	102	De Haes	204	Van Londen	249
De Beer	79	Hagendoorn	191	Van der Meer	84
Van Berkestijn	291	Halm	129	Van Montfort	110
Boeckholdt	93	Haslinghuis	195	Mootz	143
Boot	280	Hoogerwerf	266	Rogmans	226
Borst-Eilers	254	Hosman	159	Roscam Abbing	17
Van den Doel	289	Idenburg	39	Valkenburg	52
Draijer	235	Jonkers-Kuiper	211	Veder-Smit	33, 295
Van Es	64	Ketting	170	Verburg	218
Frederiks	56	Van Lieshout	135	Van der Zee	22
Van der Grinten	178				

streng tot een deelonderwerp hebben beperkt en die doorgaans aandringen op nadere uitwerking. Zo lijkt De Haes het meest tevreden, omdat voor hem de *grondtoon* van de Nota overeenkomt met de ontwikkelings-tendens bij basisgezondheidsdiensten. Ook anderen, zoals Hosman benutten het gebrek aan uitwerking door zelf met gedetailleerde voorstellen te komen. Maar waar de algemene, beleidsmatige aspecten meer aan bod komen, worden ook de bezwaren fundamentele. Die spitsen zich om te beginnen vaak toe op *de status* van de Nota. Idenburg is hier het duidelijkst wanneer hij zegt dat het een vergissing is de Nota als iets anders te zien dan een – noodzakelijk en inspirerend – *perspectief*. Anderen, zoals Van der Grinten komen na uitvoerige afweging en wat voorzichtiger tot dezelfde conclusie: als het dan geen beleidsnota is, dan is het – ongeacht de kwaliteit – tenminste een aanzet tot inhoudelijke discussie over het volksgezondheidsbeleid. En zo'n brede discussie over uitgangspunten is hoog nodig en kan bijdragen aan de noodzakelijke legitimering van het overheidsbeleid. Directeur-generaal van de volksgezondheid, Van Londen, sluit zich overigens min of meer bij dat laatste aan: wanneer er overeenstemming is over de doelstellingen, volgt de vormgeving vanzelf wel. Dat er uiteindelijk iets moet komen dat wél een beleidsnota is – Borst-Eilers en Van Es vragen beiden om een 'masterplan' – is een tamelijk algemene opvatting. Ook al is het oordeel hier en daar hard – Van Lieshout vraagt zich af of de Nota geen afleidingsmanoeuvre is (een 'vlucht van voren') gezien eerdere nota's die niet of onvoldoende gerealiseerd zijn –, niemand pleit ervoor de Nota maar te vergeten en over te gaan tot de orde van de dag.

2 Politieke realiteit

De keerzijde van de opvatting dat het gaat om een perspectief of om idealen, is het verwijt dat de Nota onvoldoende aansluit bij de praktijk. Van der Grinten vindt dat de overheid zichzelf teveel presenteert als boven de partijen staand, terwijl zij niet meer is dan één van de actoren in een veld van belangentegenstellingen. Dit blijkt wel heel duidelijk bij de planning en de financiering waarbij verschillende actoren het voor het zeggen hebben. En juist daarin ligt volgens Van Es, Van der Zee en anderen een belangrijke reden voor het falen van het huidige beleid. Enkele anderen (Borst-Eilers, Hoogerwerf) merken op dat in het commentaar op de Nota het begrip 'macht' opvallend weinig aan de orde komt. Ook vinden sommigen dat men zich er in de Nota onvoldoende

rekenschap van geeft dat in het verleden allerlei beleidsvoornemens schipbreuk hebben geleden. Van Es wijst op het voornemen de eerste lijn te versterken en vraagt zich af waarom al zo vaak aan de overheid aanbevolen maatregelen om dat nu eens te realiseren niet worden afgekondigd (onder meer het honoreringssysteem en de opleidingen verbeterden). Enkelen wijzen op de afstand tot de politieke realiteit. Verschillende malen wordt de Commissie-Dekker genoemd die bezuinigingsvoorstellen voor de gezondheidszorg moet formuleren. Van der Grinten merkt op dat bij de installatie van deze commissie de Nota 2000 noch door de Minister, noch door de Staatssecretaris ook maar is genoemd. Hij noemt dit een 'voorbeeld van discontinuïteit in het overheidsbeleid'. Van der Meer vindt het onnatuurlijk om een Nota 2000 te schrijven en vervolgens een commissie in te stellen die aan moet geven wat er werkelijk met de gezondheidszorg moet gebeuren. Hoogerwerf constateert dat bezuiniging ook voor het gezondheidszorgbeleid hoofddoelstelling van het overheidsbeleid is geworden. Dat is de enige manier waarop de volksgezondheid in het regeerakkoord en in de regeringsverklaring van het tweede kabinet-Lubbers ter sprake kwam. Het kabinetsbeleid toont volgens Hoogerwerf geen enkele belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en andere, inhoudelijke kernpunten van de Nota 2000. Het lijkt er dan ook op dat bij de overheid de ene hand niet weet – en ook niet wil weten – wat de andere doet. Wat dit betreft valt van de Tweede Kamer niet erg veel te verwachten: deze is niet in op zichzelf staande visies of inhoudelijke discussie geïnteresseerd (Hagendoorn); ook blijkens haar onwil om de Nota te bespreken zonder dat daaraan een 'operationele uitwerking' is gekoppeld. (Van der Grinten)

Dit alles wil overigens niet zeggen dat bezuinigingen onvereenigbaar met de Nota zouden zijn, integendeel. Dat dit mede een doelstelling is acht Van der Grinten juist een voordeel, want dat zal de politieke steun voor de ideeën ten goede komen. Wel vindt hij en ook Borst-Eilers dat dit duidelijker had mogen worden gezegd.

Een nogal fundamentele inhoudelijke vraag is of de kostenbeheersende effecten van de Nota die er *wel* expliciet in worden genoemd reëel zijn. Het gaat daarbij om het model van de afnemende meeropbrengst van de gezondheidszorg die een motief vormt om de middelen te verschuiven naar terreinen waar meer gezondheidswinst kan worden behaald, met name dat van de positieve gezondheidszorg, preventie en GVO. Opvallend genoeg hebben juist meerdere sprekers op de desbetreffende studiedag gewaarschuwd tegen overspannen verwachtingen. Borst-Eilers gaat verder; zij betoogt dat de idee van afnemende meerop-

brengt niet deugt, onder meer omdat de waarde van dat criterium maar gering is, omdat het grootste deel (zij schat driekwart) van het medisch handelen niet op verlenging van de levensduur is gericht, maar op het voorkomen van chronische en invaliderende aandoeningen. Van Lieshout voegt hier het argument aan toe dat het geld in de gezondheidszorg wordt uitgegeven aan ongeneeslijke ziekten, terwijl geneesbare ziekten vaak bijna niets kosten. Stijgende uitgaven zeggen daarom veel minder over hetgeen de gezondheidszorg geneest dan over *het aantal* ziekten dat ongeneesbaar is. Voor de kosten is het volgens Van Lieshout veel belangrijker hoeveel mensen zich met (geestelijke) gezondheidsproblemen tot de zorg wenden dan hoeveel mensen ziek zijn. Zo is slechts 14% van de schizofrenen in de professionele GGZ opgenomen. Fluctuaties in deze ‘detectiegraad’ zijn voor de kosten dan ook vele malen belangrijker dan de effectiviteit van preventieve programma’s.

3 Gezondheidswinst

Terug naar de levensverwachting die volgens Borst-Eilers nog omhoog kan. De epidemioloog Valkenburg en Van Lieshout denken daar anders over: die levensverwachting is volgens hen maar nauwelijks te verhogen. Daarmee ondersteunen zij overigens wel weer het volgende argument van Borst-Eilers, waar zij grote vraagtekens plaatst bij de effectiviteit van middelen die voor preventie e.d. zouden worden ingezet. (Wanneer de levensverwachting niet veel meer omhoog kan, lijdt ook preventie die dit tracht te bereiken aan een verminderde meeropbrengst.)

Misschien is wel de meest unanieme inhoudelijke kritiek op de Nota die op de bewering dat preventie zonder meer goedkoper is dan curatie. Van Lieshout noemt dit ‘het grootste misverstand van de Nota’. Met onder meer Valkenburg en Frederiks wijst hij op het begrip ‘competing causes of death’: wanneer na veel kosten en inspanning een dodelijke ziekte is afgewend, kan men aan een andere overlijden of – nog duurder – vele jaren voortleven met een invaliderende handicap die intensieve verzorging vraagt. In de geestelijke gezondheidszorg komt daarbij dat allerlei vormen van preventie en voorlichting bovendien tot een grotere gevoeligheid voor bepaalde problemen leiden, zodat er een aanzuigende werking voor de professionele hulpverlening van zal uitgaan. Hetzelfde beweert overigens Ketting voor de somatische gezondheidszorg: volgens hem leidt vooral in de Verenigde Staten een – met preventie beoogde – toegenomen betrokkenheid bij de eigen gezondheid

tot een groter beroep op de professionele zorg. Borst-Eilers ziet preventie vooral als mogelijkheid om de kwaliteit van het bestaan te verbeteren en acht dat een betere legitimering dan dat er geld mee bespaard zou worden. Een ander, misschien nog fundamenteeler uitgangspunt – zo niet de kern – van de Nota staat aan minder algemene maar zeker niet minder scherpe kritiek bloot: de beoogde verschuiving van een voorzieningenbeleid, gericht op de gezondheidszorg naar een *gezondheids*beleid, direct gericht op de gezondheid van de bevolking. Ook hier – in overeenstemming met de teneur van de meeste kritiek – wordt het principe toegejuicht, maar valt men over de uitwerking. Zo meent o.a. Van Montfort dat de Nota de indruk wekt dat preventie superieur zou zijn aan ‘cure’ en ‘care’. Ook de felste tegenstander van deze uitwerking, Van der Meer (‘volksgezondheid richt zich voortaan op gezonde mensen’), verzet zich tegen de gevolgen die de Nota krijgt voor de zieken en hulpbehoevenden. Volgens hem wordt het criterium ‘gezondheidswinst’, waarop de preventie berust en dat alleen op gezonde mensen kan worden toegepast, volkomen ten onrechte op de gezondheidszorg van toepassing verklaard. Hij vindt dit ‘griezelig en beangstigend’ en meent dat iedereen bij wie geen gezondheidswinst te behalen valt – ouderen, zwakzinnigen, gehandicapten – hiervan de dupe zullen worden.

4 Preventie en curatie

Net als Van Montfort wijst hij er op dat er altijd problemen zullen blijven die niet te voorkomen zijn en waarvoor genezing en verzorging beschikbaar moeten zijn. In dezelfde lijn ligt Baalmans’ opmerking dat curatie wellicht iets is dat gedeeltelijk door preventie kan worden ondervangen, maar dat dit veel minder geldt voor verpleging en verzorging waaraan de behoefte juist dankzij succesvolle preventie zal toenemen. Veder-Smit vat deze stand van zaken op als een uitdaging aan het Kruiswerk, die ze graag aanneemt wanneer een eerder beloofde jaarlijkse volumegroei wordt toegekend. De meeste critici gaan ervan uit dat geld voor preventie al bij voorbaat op dat van de curatie in mindering zal worden gebracht. Verschillenden (zoals Verburg, Van der Meer en Van der Grinten) verzetten zich tegen het tegenover elkaar stellen van curatie en preventie. De meesten menen dat de besparingen – vooral wegens de vergrijzing – onvoldoende zullen zijn, zelfs wanneer ze met die van het facetbeleid worden gecombineerd, aldus Van Montfort die dit voorneemen ‘riskant’ noemt. Het is de overheid die dit risico neemt, zegt Boot,

en die dus de uiteindelijke rekening moet betalen. Hij meent dat dit alleen zal kunnen wanneer de overheid politieke beslissingen neemt over ‘grenzen aan de zorg’. Niet iedereen gelooft overigens dat een dergelijke financiële verschuiving ook realiseerbaar is. Rogmans en ook Van Montfort menen dat het aan mogelijkheden tot herallocatie ontbreekt: verzekeraars zullen daar geen brood in zien; preventie is nu eenmaal geen onderdeel van de verstrekkingen. Wil de overheid hier toch serieus werk van maken – zegt Boot – dan zal zij dus dergelijke bevoegdheden aan zich moeten trekken. Zij zal het moeten doen met een beroep op het overstijgend belang van preventie en facetbeleid. Van Lieshout relateert deze tegenstelling door te laten zien dat 45% van de tekst over ziekte gaat en slechts 8% over gezondheid. Van Londen doet iets dergelijks wanneer hij zegt dat het meest uitgewerkte deel van de Nota het zorgsysteem betreft. Niettemin mist Boekholdt juist een inspirerende boodschap voor het systeem van gezondheidszorg, een richtinggevend kader voor zorgverleners. Hij constateert dat het voor de overheid blijkbaar gemakkelijker is in preventie te investeren of een nieuw sociaal elan te propageren dan gerichte interventies voor het zorgsysteem te vinden.

Ook Van der Grinten ziet in de Nota een zekere miskennis van de cure en care aspecten. Bovendien wijst hij erop dat de overheid wellicht nog andere dan puur inhoudelijke motieven voor deze verschuiving heeft: curatie en verpleging staan onder direct beheer van gezondheidszorginstellingen waarop de overheid slechts een marginale greep heeft. Dit geldt niet voor de preventie: openbare gezondheidszorg (public health) is immers wel een directe overheidsverantwoordelijkheid. De accentverschuiving naar preventie levert derhalve een toegenomen overheidsinvloed op.

Nog geheel afgezien van de beoordeling van het voornemen om te *verschuiven* van een zorg-, naar een gezondheidsbeleid, staat ook de uitwerking van het preventiebegrip als zodanig aan kritiek bloot. Het spreekt bijna vanzelf dat het principe ‘beter voorkomen dan genezen’ door vrijwel allen wordt onderschreven. Maar dan begint het kritisch koor weer veelstemmig te zingen. Hosman doet hieraan niet mee: voor de GGZ sluiten de voorstellen goed aan bij de praktijk, maar zijn ze nog te zeer onuitgewerkt – een taak die hij vervolgens zelf ter hand neemt waarbij hij nadruk legt op een goede infrastructuur, waarop ook door Verburg wordt aangedrongen.

5 Gezondheidsondermijning

Idenburg zegt dat de keuze voor gezondheidsbevordering en tegen ziektebestrijding oeverloos is. Met dat uitgangspunt kunnen zelfs totalitaire maatregelen van de overheid worden verwacht (wanneer de Nota een echte beleidsnota was). Hij constateert – net als Ketting – dat het in de Nota ontbreekt aan relativering van de waarde ‘gezondheid’. Deze wordt nergens afgewogen tegen die van bijvoorbeeld ‘vrijheid’ of ‘gerechtigheid’.

Preventie, zo meent Verburg, wordt via de hemel het graf in geprezen. Hij sluit zich aan bij de vele anderen die zeggen dat de Nota zich te weinig aantrekt van de manco’s van het huidige beleid. Daarin figureert, aldus Verburg de preventie ook prominent, terwijl ze slechts kan rekenen op een schamele 2% van de gezondheidsuitgaven.

Verschillende malen wordt opgemerkt dat het begrip ‘preventie’ erg ruim – zo niet ‘vaag’ – wordt gebruikt en dat het vaak inwisselbaar is voor ‘positieve gezondheidszorg’, ‘gezondheidsvoorlichting en -opvoeding’ of zelfs ‘vroegtijdige onderkenning’ (Hagendoorn, Jonkers-Kuiper, Verburg, Rogmans). Ook zijn verschillende auteurs het met elkaar eens dat het begrip wel toepasbaar is wanneer oorzaken van ziekte bekend zijn, maar dat dit zeer vaak niet het geval is. Dit geldt met name ook voor de geestelijke gezondheid. Hiermee is ook de kwestie van de voorspellingen in het geding. Deze voorspellingen zijn in de Nota richtinggevend voor te ondernemen actie. Veel auteurs bestempelen ze als ‘hachelijk’ (Mootz illustreert dit); ook daar liggen de beperkingen in de veelheid en complexiteit van oorzaak- en gevolgrelaties die aan ongezondheid ten grondslag liggen. Hier en daar zijn deze voorspellingen tegenstrijdig (Van Lieshout) of worden wenselijkheden met reële verwachtingen verward (Baalman). Mootz wijst erop dat veel factoren onbekend zijn en dat zelfs waar verbanden tussen geestelijke ongezondheid en bepaalde sociale of culturele ontwikkelingen bekend zijn, het nog maar de vraag is onder welke voorwaarden ze ook tot uiting zullen komen.

Wellicht in aansluiting op de waarde ‘genot’ die Idenburg als concurrerend met die van gezondheid beschouwt, merkt Borst-Eilers op dat gedragsverandering tegenwoordig iets totaal anders is dan 100 jaar geleden. De boer, zegt zij, die zijn melkbus voorheen in dezelfde sloot omspoelde waarop ook werd geloosd, kon veel gemakkelijker tot gedragsverandering worden gebracht dan de sigaretten-roker van vandaag. Destijds ging het om onwetendheid, nu gaat het misschien om onvrede met het bestaan en verslaving, om gedrag waarvan we de motieven nog

onvoldoende kennen. Ook Hoogerwerf grijpt terug naar de vorige eeuw en de succesvolle bestrijding van de gezondheidsondermijning van destijds waardoor bijvoorbeeld longtuberculose vrijwel is verdwenen.

Volgens enkelen, zoals Hoogerwerf, schiet de analyse van krachten die ongezondheid bevorderen in zijn geheel nogal te kort. Determinanten worden als anonieme factoren gepresenteerd, maar de maatschappelijke omgeving bestaat ook uit organisaties met doeleinden en machtsposities die belang hebben bij ongezond gedrag: 'Naast de institutionele structuur van de gezondheidsbevordering is er ook een institutionele structuur van de gezondheidsondermijning (...) waartoe wellicht zelfs een deel van de geneesmiddelen-industrie behoort.'

6 Facetbeleid

Hier komen we op het terrein van het facetbeleid. Mevrouw Borst-Eilers herinnert zich het emotionele pleidooi voor een keiharde bestrijding van hard drugs door de Minister van Justitie die sprak van een 'ernstige aanslag op de volksgezondheid'. Dit lijkt een mooi stukje facetbeleid – zegt zij – totdat men zich afvraagt hoe groot die bedreiging is, in vergelijking bijvoorbeeld met die van het roken. In 1983 stierven er 31 Nederlanders aan de gevolgen van heroïne tegen naar schatting 19.000 aan die van het roken. Borst-Eilers vraagt zich af of het cynisch is om hierbij te bedenken dat het heroïnegebruik de schatkist geld kost, terwijl het roken geld oplevert. Ook Hoogerwerf en anderen bepleiten een verbod op alcohol en rookartikelen, verhoging van de accijnzen en andere serieuze maatregelen tegen 'het systeem van gezondheidsafbraak'. Idenburg ziet in het facetbeleid een legitimering van de overheid om zich met alles en iedereen te bemoeien en noemt het centralistisch (omdat bijvoorbeeld op kabinetsniveau alleen de minister-president voldoende overwicht op andere ministers heeft) en inflexibel (omdat ervan wordt uitgegaan dat elk probleem maar op één manier kan worden opgelost). Van verschillende kanten – ook in de Nota zelf – wordt benadrukt dat facetbeleid sterk afhankelijk is van de bereidheid binnen andere beleids-terreinen om zich door gezondheidsoverwegingen te laten leiden. De meesten zijn hier sceptisch over. Hagendoorn, die de problemen ook wel ziet, verzucht dat zoiets toch moet kunnen gezien de hoge waarde die men aan gezondheid hecht, maar ook hij is bang dat het nog erg lang zal duren. De grootste fans van facetbeleid zien er grote voordelen in voor het eigen terrein; eenmaal beperkt ingevuld, lijken de bezwaren

ook minder zwaarwegend. De Haes die van harte instemt met de centrale rol die de basisgezondheidsdiensten in de preventie zijn toebedacht, wil hen ook graag het facetbeleid op lokaal en regionaal niveau vorm laten geven. Hij betreurt het dat deze diensten geen bevoegdheden voor planning en coördinatie worden toebedeeld. Ook Rogmans ziet in de sfeer van veiligheidsvoorschriften goede mogelijkheden voor facetbeleid. In Nederland bestaat zijns inziens een forse achterstand op het terrein van kwaliteits- en veiligheidseisen die de overheid aan consumentengoederen en de gebouwde omgeving kan stellen.

7 Zwakkeren in de samenleving

De overgang naar een ander prominent thema uit de Nota, namelijk dat van de 'zorgzame samenleving' kan alleen maar abrupt zijn. Geen wonder: Hoogerwerf noemt het streven naar verschuiving van professionele zorg naar zelfhulp, mantelzorg en vrijwilligerswerk aan de ene kant en een veel actievere opstelling van de overheid in onder meer het facetbeleid aan de andere 'de meest fundamentele tegenstelling' in de Nota. De overheid kan zich met andere woorden niet tegelijkertijd terugtrekken en zich ook meer met de gezondheid bemoeien. Deze tegenstelling komt volgens Boot heel scherp naar voren waar het gaat over het 'besturings-systeem'. Daar wordt zowel gepleit voor grotere overheidsbemoeienis (meer bevoegdheden voor lagere overheden) als voor meer markt- en zelfregulering in de gezondheidszorg. De voorkeur voor een terugtrekkende overheid – vervolgt Hoogerwerf – is wel begrijpelijk waar deze bemoeizuchtig is, maar kan heel anders worden beoordeeld wanneer men de overheid ziet als beschermer van de zwakkeren: de zieken, minder opgeleiden en de mensen met lagere inkomens zijn kwetsbaar. Een gezondheidsbeleid zou zich juist op de gezondheid van kwetsbare groepen moeten richten, maar doet hier het tegendeel met zijn nadruk op zelfzorg en zelfredzaamheid. Een beroep op de toegenomen mondigheid van de burgers acht Hoogerwerf onjuist: die mondigheid kan ook tot meer vraag naar professionele hulp leiden. Die kans is overigens niet klein wanneer men bedenkt dat onder meer ten gevolge van de vergrijzing een groeiende intensiteit van medische zorg zal worden gevraagd; afwenteling naar zelf- en mantelzorg zou dan ook een daling van de kwaliteit met zich mee kunnen brengen. Dit nog afgezien van de toenemende afhankelijkheid die vooral bij bejaarden kan ontstaan wanneer zij tot een groter beroep op familieleden worden gedwongen. Zoiets

gaat juist in tegen maatschappelijke tendenties van grotere mondigheid, individualiteit en emancipatie van patiënten en bejaarden. Of er inderdaad sprake zal zijn van toenemende zelf- en mantelzorg wordt overigens van verschillende kanten betwijfeld. Baalman vindt het tegenstrijdig dat een toenemend beroep op GGZ-voorzieningen op de ene plaats wordt verklaard uit het wegvallen van sociale steunstructuren (iets wat Van Lieshout en Mootz nog eens met cijfers illustreren), terwijl op de andere plaats wordt verondersteld dat dergelijke structuren in de toekomst het beroep op GGZ-voorzieningen zullen verminderen. Ook Ketting vindt dat hierover in de Nota wat makkelijk wordt gedacht in termen van houding en opvattingen van mensen. Afnemende sociale steun vanuit de omgeving is het produkt van een structureel veranderingsproces in hoog-industriële samenlevingen dat niet met een mentaliteitsverandering is te keren. Traditionele solidariteitsverbanden zoals de familie en de buurt, komen volgens Ketting niet meer terug. Voor mantelzorg zal dan ook gezocht moeten worden naar nieuwe solidariteitsverbanden zoals rondom werk, vriendenkring of gemeenschappelijke problematiek.

8 Concrete beleidsvoornemens

Daarmee komen we bij een van de concrete beleidsvoornemens, namelijk dat van de schaalverkleining waarbij met name het voorstel om verpleegeenheden van dertig bedden in een wijk te vestigen het moet ontgelden. Veder-Smit, die trouwens wel veel voor decentralisatie naar wijkniveau voelt, noemt dit onderdeel 'een vergissing' en 'weinig realistisch'. Voorts wijst zij op de grote verschillen die tussen wijken kunnen bestaan, zoals in de stad of op het platteland. Hoogerwerf zegt hetzelfde en vraagt zich af wat de wijk eigenlijk voor de patiënt betekent. Is deze wel identiek met diens sociale omgeving? Van Lieshout rekent voor dat het draagvlak voor verschillende specialisaties in de GGZ te klein zal worden; ook de RIAGG, het jongste beleidsprodukt in de GGZ, zal bij realisering van dit model moeten verdwijnen.

Ook voor dit onderdeel geldt een zinsnede uit de Nota zelf, die door veel sprekers is gememoreerd en door Van der Zee tot motto van zijn bijdrage werd gekozen: '... dat het «blijkbaar» in de gezondheidszorg moeilijk is om uitgangspunten om te zetten in concreet beleid'.

Ongetwijfeld bevat deze bundel slechts een selectie van de reacties die de Nota 2000 heeft losgemaakt en daaruit is in deze epiloog opnieuw

geselecteerd. Maar het komt niet alleen hierdoor dat de preventie in het centrum van de kritiek staat. In zijn ruim geïnterpreteerde vorm vertegenwoordigt dit begrip in feite de accentverschuiving die in de visie van de Nota centraal staat.

Blijkbaar staan andere elementen, zoals beleid en financiering in minder direct verband met de bedoelingen van de Nota en staan de meer visionaire elementen, zoals het langetermijnperspectief en de grotere internationale verbanden te ver af van de alledaagse praktijk. In de discussie en de kritiek heeft men elkaar halverwege gevonden.

Een creatieve discussie, waarvan de noodzaak door weinigen wordt betwijfeld, is wellicht altijd een vergelijk tussen onverzoenlijke grootheden: vorm en inhoud, korte en lange termijn, praktijk en theorie, werkelijkheid en visie. Wat men ook van de Nota 2000 vindt, een discussie heeft hij op gang gebracht.

F. Schrameijer
J.M. Boot
E. Jurg
H. Saan
C. Tonnaer
J. v.d. Velden

Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BaGD	Basisgezondheidsdienst
BNP	Bruto Nationaal Produkt
BOP	Beleidsontwikkelingsgroep Patiëntenvoorlichting
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DGD	Districts Geneeskundige Dienst
ELZ	eerstelijnszorg
Eureka	European Research Coordination Agency
EZ	Economische Zaken
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HMO	Health Maintenance Organization
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KSW	Kaderwet Specifiek Welzijn
LOP	Landelijk Ondersteuningspunt Preventie
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
NCA	Nationale Commissie tegen Alcoholisme en andere verslavingen
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns- gezondheidszorg

NRV	Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIFOH	Risicofactoren Opsporing Hart- en Vaatziekten
RINO	Regionaal Instituut Nascholing en Opleiding
STABO	stafafdeling beleidsontwikkeling, ministerie van WVC
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCR	Sociaal en Cultureel Rapport
UCV	uitgebreide commissievergadering (Tweede Kamer)
VNZ	Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VTO	Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WGM	Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WHO	World Health Organization
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen

Colofon

Letter: Times

Zetwerk: Rapati tekstverwerking

Druk en afwerking: Samsom Sijthoff grafische bedrijven bv

Omslag: Nico Gaastra, Samsom Uitgeverij