



*KNMG-Ledencongres Heerlen
3, 4, 5 en 6 oktober 1984
'Geneeskunst en Communicatie'*

KNMG-voorzitter Dr. J. J. H. M. Daniëls:

Trends in de gezondheidszorg

In de wereld van de mode is het van groot belang geruime tijd vooruit inzicht te hebben in de ontwikkeling van de smaak van het publiek. Mensen die gevoelig blijken voor deze signalen worden daar zeer hoog gewaardeerd. Trendsetters zijn nu bezig de stoffenfabrikanten te adviseren over de weefsels en de kleuren voor 1987.

Zowel voor de industrie, alsook voor grote organisaties en voor de overheid is het van groot belang alle signalen op te vangen die inzicht geven in ontwikkelingen binnen de samenleving, en wel zo ver mogelijk vooruit. Een beleid op langere termijn is anders onmogelijk. Een van de pioniers op het gebied van dit trendonderzoek is John Naisbitt met zijn groep. Door een dagelijkse analyse van ontelbare kranten, periodes, jaarverslagen, beursberichten, enz., rubricering van deze gegevens en veel computerwerk blijkt hij in staat te zijn ook toekomstige ontwikkelingen in te schatten.

Het leek een goede gedachte enkele van deze, ook hier signaleerde trends te be-

spreken – uiteraard niet diepgaand – in het bijzonder juist vandaag, omdat daarbij zal blijken dat deze trends veelal te maken hebben met communicatie in al haar facetten. Ik zal speciaal belichten hoe deze trends naar mijn mening de gezondheidszorg raken.

Megatrends

In zijn dit jaar verschenen boek geeft Naisbitt een uitvoerige uiteenzetting over een tiental, naar zijn Amerikaanse opvatting belangrijkste ontwikkelingslijnen in de maatschappij, die hij, evenals zijn hele boek, 'Megatrends' noemt. Ik koos daaruit de voor ons interessante:

1. Alhoewel wij nog steeds menen te leven in het tijdperk van de massa-industrie, zijn wij in feite al overgegaan naar een tijdperk dat wordt gekenmerkt door communicatie en informatie en een daarop gerichte economie.
2. Er is een trend naar humanisering van de voortschrijdende technologie.

3. We zien een overgang van korte-termijnplanning: uitgaande van jaarcijfers, verkoop en winst, naar lange-termijnplanning: uitgaande van behoud van werk, behoud van menselijke waarden, behoud van het leven.

4. Het centrale management vanuit de top gaat over naar een op decentralisatie gerichte organisatievorm.

5. Er is een toenemende weerstand tegen de afhankelijkheid van anderen, of het nu gaat om het bedrijf, de organisatie of de overheid.

6. De twijfel aan het nut van representatieve democratische verhoudingen neemt toe.

In het tijdperk van direct beschikbare informatie voor iedereen wil men zelf participeren.

7. De verstarrende werking van hiërarchische structuren wordt aangetast door meer informele horizontale netwerkstructuren.

8. Van een wat enge 'zo of niet'-samenleving gaat de trend naar een meer open 'multiple option'-maatschappij. ▶

Dat zijn de waarnemingen van nu en een analyse daarvan lijkt een betrouwbare weg om op de toekomst in te spelen. Als ik het goed zie zijn er twee ontwikkelingen die in bijna al deze, wat kunstmatig gescheiden, megatrends een overheersende rol spelen: ten eerste de ontplooiing van het individu in reactie op de afhankelijkheid van anderen; ten tweede de rol die de informatie-uitwisseling, de communicatie, in dit alles speelt.

Van deze trends is denk ik in de westerse wereld de meest subtiele maar tevens de meest explosieve ontwikkeling: die van het massa-industrietijdperk naar het *informatietijdperk*. De technische ontwikkeling in de informatica heeft de wereld veel kleiner gemaakt: wat waar ook gebeurt is praktisch op hetzelfde moment gemeengoed voor allen. Ook alle kennis is voor een ieder die wil onmiddellijk toegankelijk, althans in theorie. Er zijn nog niet voldoende mensen om de informatie-explosie in hun technische centrales te beteugelen tot de energie voor de toekomst. De enige massaproductie die nog bloeit is de massaproductie van informatie.

Lijkt het revolutionaire element in deze ontwikkeling in de geneeskunde minder spectaculair, dan komt dat omdat de geneeskunde altijd al gebouwd is geweest op informatie en communicatie op basis van kennis. De snelheid van de ontwikkeling is er niet minder spectaculair om. Ook puur technisch gezien zal de informatie-explosie een steeds grotere invloed krijgen. De computer is niet meer weg te denken. Nu reeds zijn praktisch alle grote bibliotheekbestanden via computers gekoppeld. Voor beleid en toetsing komen steeds meer gegevensstromen beschikbaar. Geen ziekenhuis kan goed functioneren zonder computer. En dat alles is nog maar het begin. Voor het opstellen van protocollen, voor het werken met algoritmen, zal de computer onontbeerlijk blijken.

De computer is klaar voor ons; de vraag is: zijn wij klaar voor de computer? Vraag het de cardioloog die thuis via de telefoon al de cardiogrammen van zijn klinische patiënten kan ontvangen. Ook voor de directe uitvoering van de geavanceerde medische technologie zijn de elektronica onmisbaar; denk aan scan en aan nucleair magnetische resonantie. De transplantatieheelkunde zou onmogelijk zijn zonder Eurotransplant.

Nog niet in toom

Maar laat ons eerlijk blijven: het geheel

van deze informatica-explosie kan in zijn huidige vorm nog niet in toom worden gehouden. De informatiewereld zal zelf snel orde moeten scheppen. Daartoe zullen ook in de gezondheidszorg organisaties in het leven moeten worden geroepen. Daaraan wordt al hard gewerkt. Ik noem als voorbeeld de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. Wanneer men zeker weet waar men precies die informatie kan krijgen die men nodig heeft, wil men daar ook voor betalen. Dat zal de nieuwe informatie-economie gaan worden. Het gaat nu al niet meer om het aanbod van informatie, het gaat om de selectie van informatie. Ik ga hier bewust voorbij aan de komende generatie van zelf beslissende zelf denkende computers, die naar ik las de huisarts overbodig zou maken: ik geloof daar niet in, creativiteit kan niet worden ingebouwd. Ik geloof bovendien dat alle andere trends zich daartegen zullen blijven verzetten. Eerder nog zou het kunnen zijn dat de ontwikkeling meer gaat van superspecialist naar generalist, die toch ook alle kennis die hij nodig heeft, zelfs voor de meest bijzondere en meest zeldzame gevallen, in seconden kan oproepen.

De geavanceerde technologie in het ziekenhuis, met haar neiging tot *gebrek aan medemenselijkheid*, heeft mede de trend opgeroepen die zich richt op thuis-hulp, mantelzorg en zelfzorg; ik kom daar nog op terug. Het is al waarneembaar dat iedere nieuwe technologie de vraag oproept om een tegenwicht in menselijkheid. Naisbitt noemt dit de 'high tech/high touch'-balans. Ons antwoord op de technologie om ons heen is de ontwikkeling van de zelfhulpbeweging, de ontwikkeling van persoonlijke waarden en de hang naar ontplooiing van verborgen mystieke krachten in de mens. Hoe meer technologie wij in onze ziekenhuizen stoppen, hoe minder wij willen dat daar mensen geboren worden, hoe minder wij daar willen sterven en hoe meer wij daartussen de opneming willen vermijden. De gehele gezondheidszorg zal mensvriendelijker moeten worden. Wanneer de balans tussen 'high tech' en 'high touch' wordt verstoord, komt er reactie: de patiënt raakt verstoord, wanneer hij zijn eigen dokter nodig heeft en slechts een antwoordapparaat ontmoet, ook al is dat een onderdeel van een goede waarnemregeling. Hierop inspeland zal ook de arts zich dienen te bezinnen op zijn humaan optreden, vele klachten van patiënten richten zich daarop. Wanneer de arts dan ook zelf helpt streven naar meer humane werktijden kan hij, met hulp van anderen, ook plaats

creëren voor werkloze collegae; zeker ook een humaan streven.

Een ander en levensgroot probleem van de geavanceerde technologie in de gezondheidszorg is de eigen *kwetsbaarheid*. Storingen en uitval zijn schering en inslag. De vaardigheden die nodig zijn om alles in gang te houden en te herstellen lijken even groot te moeten zijn als die om de gehele apparatuur te ontwerpen. Wat is het risico van plotselinge uitval (en ik denk niet alleen aan kunsthartpompen)? Het laatste gevaar van de technologie voor onze gezondheid is het *gebrek aan fysieke arbeid* door alle technische hulpmiddelen. Naarmate wij meer ons verstand moeten gebruiken, gebruiken wij minder onze spieren. De 'high tech'/'high touch'-balans roept ook hier reacties op. Kwam men vroeger doodmoe thuis van zijn werk nu gaat men voor het slapen eerst nog een uur hollen of fietsen. De trend naar meer lichamelijke beweging is wereldwijd, ook hier gericht op de individuele drang naar gezond leven. Sport is in. De tribunes zijn leeg, maar de eenzame jogger is een vertrouwd beeld in de straat.

Krapte

De ontwikkeling van nationale naar wereld-economie laat ook de geneeskunde niet onberoerd. De technische ontwikkelingen, die de toekomst van de geneeskunde zeer ingrijpend zullen beïnvloeden, worden meer en meer wereldwijd aangepakt via multinationale samenwerking, kennisuitwisseling en investering. De trias: fermentatietechnologie, enzymproductie en gensplijting, samen biotechnologie genoemd, krijgt zodanig de overhand dat de research van andere ook noodzakelijke geneesmiddelen welhaast tot stilstand lijkt te komen. Gensplijting lijkt toch belangrijker te worden dan atoomsplijting. Het wordt zeker de griezeligste en machtigste vaardigheid van het mensdom, maar één die, mits menswaardig uitgevoerd, de mensheid enorme diensten kan gaan bewijzen.

Biologie zal de opvolger worden van de fysica en zal ook een grote bijdrage leveren aan de ontplooiing van de derde wereld. Zij zal ook de geneeskunde wereldwijd nieuwe en ongekende mogelijkheden geven. Het tempo waarin de wereldgezondheidszorg op gang komt steekt daar schril tegen af. Het plan 'Health for All by the year 2000' van de Wereldgezondheidsorganisatie geeft toch voldoende onderwerpen aan die om een wereldwijde aanpak vragen: water, milieu, voeding, huisvesting, drinken, roken. Ik ben bang dat de ►

verwezenlijking van dit ambitieuze plan lijdt onder de krapte aan middelen en dat de armste landen daar het meest onder lijden, terwijl daar toch de grootste gezondheidswinst kan worden bereikt.

Door deze krapte aan middelen is ook de overheid in ons land gedwongen zich te beperken tot een voor de gezondheidszorg nadelig korte-termijnbeleid. De overheid is al blij als zij het ombuigingsdoel voor dit jaar ook in dit jaar zal halen. Wat daarbij verloren gaat is de planning voor de zorg over vijftien tot twintig jaar. Bezuinigen nu tot de rek eruit is in plaats van het opvoeren van de flexibiliteit die nodig is voor het opvangen van de autonome stijging, die daarna weer onafwendbaar zal inzetten door de dubbele vergrijzing, door de technologische ontwikkeling en door stijgende arbeidskosten. Ongeliefd bij bestuurders zijn in tijden van krapte technologische voortgang, herstructurering en vernieuwende ideeën, omdat die geen maat en getal kennen in het heden maar toekomstgericht zijn. Wanneer men bovendien de gehele velddeskundigheid te weinig bij het beleid betreft is iedere lange-termijnplanning onmogelijk.

Maar ook van alle betrokkenen in het veld mag worden geëist dat zij zich afvragen waar zij mee bezig zijn; niet met geneeskunst alleen, niet met verpleging alleen, niet met instellingen, niet met financiering, maar allen met hetzelfde doel: de zorg voor de volksgezondheid. Ik geloof dat Wriston gelijk had toen hij schreef: 'Het goddelijk recht van koningen is dood, maar sommigen menen dat er nog een goddelijke dispensatie bestaat voor hun eigen deeltje van de macht. Het is een oude droom die zeer hardnekkig is'. De oplossing is communicatie tussen allen die hetzelfde doel nastreven. Alert blijven op alle veranderingen rondom en vooruit zien wat de invloed daarvan kan zijn op de eigen organisatie of voor het eigen beroep; dat is lange-termijnplanning. Toenemende kritiek op de gezondheidszorg maakt ons wel duidelijk dat er iets mis is; de kunst is, de signalen op te vangen vóór het zover is. Organisaties reageren vaak te laat en te defensief. Of zijn zij toch te gepreoccupeerd met het eigen overleven? Ook de wetenschap zal nog meer uit haar isolatie moeten komen en zich steeds meer bewust worden van haar rol voor de samenwerking en inspelen op veranderende tijden.

Heroriëntatie

Via voorlichting en opvoeding komt wereldwijd een heroriëntatie op gang op het

eigen welzijn. Ook de gezondheidszorg beweegt zich van een oriëntatie op ziek zijn naar een oriëntatie op gezond blijven. Dit is een proces en geen dictaat. Het komt niet van bovenaf maar groeit van binnenuit. Het vraagt ook van de beroepsorganisaties een heroriëntering op hun doelstellingen.

Daaruit moet dan een gezamenlijke visie ontstaan en een planning voor de lange termijn. Het zal vele jaren duren, het kan niet op korte termijn.

Het meest elementair in dit hele proces lijkt mij de analyse van alles wat om ons heen gebeurt, een onderzoek dus naar de trends. Trends ontstaan zelden of nooit centraal. *Decentralisatie* is hier al geruime tijd het streven, zeker niet alleen bij de overheid: die is hier zelf trendvolger; het is voor mij echter een open vraag of decentralisatie en deregulering wel samengaan. Zal een centraal en eenduidig stelsel van misschien ongewenste en zeker kostbare nationale regelgeving dan niet uiteenvallen in een warwinkel van elkaar tegensprekende lokale regelingen, nog veel omslachtiger, even ongewenst en nog kostbaarder, met een totaal ontbreken van overzicht? Wanneer het ertoe zal komen – en naar mijn mening is dat onafwendbaar – dat het huidige bezuinigingsbeleid in de gezondheidszorg spaak loopt, zal het noodzakelijk worden de herstructurering van de gezondheidszorg en de stelselwijziging gezamenlijk ter hand te nemen. Ik ben het, voor deze keer, eens met Geelhoed dat dat alleen centraal zal kunnen gebeuren, uiteraard met inspraak van alle betrokkenen. Historisch gezien is in de gezondheidszorg het particulier initiatief en de ontwikkeling vanuit omschreven, verspreide, veelal confessionele groeperingen eerder regel dan uitzondering geweest, maar de decentralisatietendens van nu is iets wezenlijk anders. Het is nu een verzet tegen centraliserende krachten, verzet tegen overheidsinvloeden vanachter het bureau en het daar tegenover stellen van benaderingen die in de maatschappij zelf ontstaan, meer op het individu afgestemde oplossingen die op natuurlijke wijze voortkomen uit eigen, herkenbare omstandigheden. Een nationale politiek moet om te worden geaccepteerd tegemoet komen aan levende trends en lokale initiatieven. Maar al zijn deze in hoge mate ombuigend, bezuinigend zijn ze zeker niet. Actiegroepen, zeker die in de gezondheidszorg, werken maximerend.

Ik wil u zeker niet de indruk geven dat decentralisatie alleen slechte kanten heeft. De geografische gebondenheid van de bur-

ger aan de eigen regio is een sterk motiverende factor in regionaal of lokaal beleid. De regionale verschillen die zich openbaren berusten niet op verbeelding; zij zijn reëel en veelal waardevol. Decentralisatie zal per provincie en per gemeente krachten naar boven brengen om bepaalde problemen op eigen wijze en op eigen niveau op te lossen. Hoe dichter bij huis het probleem, hoe meer de betrokkenheid bij de oplossing. Dat verklaart ook mede de belangstelling voor de ideeën over thuiszorg, mantelzorg en zelfzorg.

Voor vele tientallen jaren hebben instituten als bedrijf, religie en medische zorg voor de burger als buffer gefungeerd tegen de harde realiteiten van het leven: de zorg voor het welzijn, gepaard aan de mysteries van geboorte, ziekte en dood. De eerlijkheid gebiedt ons als artsen toe te geven dat wij de burger daarin hebben teleurgesteld. Heel langzaam begint men zich te verzetten tegen de collectieve afhankelijkheid van deze instituten en meer te vertrouwen op het eigen oordeel. Na de grote crisis uit de jaren dertig is de burger zich meer en meer als een passieve toeschouwer gaan opstellen. Steeds meer legde men zijn welzijn in handen van het medisch gezag, niet alleen de verantwoordelijkheden die de geneeskunst aankon: het helen van wonden en genezen van ernstige ziekten, maar ook die verantwoordelijkheden die in werkelijkheid zelf moesten worden gedragen, de verantwoordelijkheden voor eigen gezondheid en welzijn.

Wanneer aan de medische wereld een verwijt kan worden gemaakt, is het niet dat deze tendens door haar is opgeroepen – hier heeft Illich ongelijk – maar wél dat zij zich al te gemakkelijk in die oneigenlijke rol heeft laten drukken en er zelfs naar is gaan streven die rol waar te maken. Dit moest uiteindelijk wel mislukken. Het besef van deze teleurstelling lijkt werkelijk eerder tot de bevolking doorgedrongen dan tot de medische professie. De uitingen van misnoegen komen nu hard aan, maar wij mogen er niet aan voorbijgaan. Mede daaruit is de trend voortgekomen naar zelfzorg die de eigen verantwoording weer opneemt voor gezonde levensgewoonten en milieu en die wanneer zij vraagt om medische hulp een benadering wil van mens tot mens – lichaam, geest en emotie – en zich verzet tegen een puur technologische of farmaceutische benadering van geïsoleerde symptomen.

Meer en meer keert men terug naar de eigen omgang met de mysteries van leven en dood. De belangstelling voor eigen gezondheid heeft zeker ook te maken met het verlies van het geloof in de medische ►

macht. De lang beloofde overwinning over vele ziekten bleef uit. De eigen mogelijkheid gezond te blijven en ziekten te voorkomen werd gepropageerd. Eerst kwam een nieuwe voedingsleer, snel daarop het heil van bewegen, milieuzuivering, rookbestrijding, enzovoort. Gelijk daarmee zocht men alternatieve mogelijkheden in plaats van het gevestigde regime van de traditionele geneeskunst. In alle media openbaarde zich een weelde aan bijdetijdse remedies. De zelfzorg voor gezondheid gaat zo ongemerkt over in de zelfhulp bij ziekten.

Dit leidt dan tot de ook in ons land zo luid, alleen nog met de mond, beleden trias zelfzorg-mantelzorg-thuiszorg: weg van de ziekenhuizen naar de zieken thuis. De overheid heeft direct op deze trend ingespeeld, omdat ze zo goed lijkt te passen in de bezuinigingstrend, al was dat zeker niet de echte drijfveer achter deze trend.

Kortom, de mondige patiënt is in opmars, al heeft Bensing er terecht op gewezen dat deze trend nu duidelijker is onder gezonden dan onder zieken. Maar in de toekomst zal ook de patiënt zelf tot conclusies willen komen en dan voor zich zelf willen zorgen. Het is zijn goed recht en zijn eigen verantwoordelijkheid. Het berust echter op een misvatting dat welbevinden en een holistische benadering steeds weer in verband worden gebracht met nieuwe ideologieën of alternatieve behandelwijzen. De traditionele geneeskunst kan zeker zo goed holistisch zijn wanneer arts en patiënt tezamen het proces beheersen. Wat een program gericht op welbevinden inhoudt is simpel, daar is geen meningsverschil: goede voeding, niet roken en drinken, geregelde beweging, voldoende rust. Daar is niets alternatiefs in te ontdekken, allemaal persoonlijke gewoontes en eigen verantwoordelijkheid.

En dat is nu het kritieke punt. In het verleden was gezondheid immers de verantwoordelijkheid van de dokter en de verzekering moest betalen. De medische wereld zal op deze trend naar zelfzorg moeten inspelen, zij heeft ook daarin zeker een rol van betekenis. Wat is nu precies gezond, wat zijn de gevaren van ongezond leven, welke ziekten komen uit welk gedrag voort? Men vergeet te gemakkelijk dat de kennis daarover stamt uit de medische wetenschap. De opeenvolging van zelfzorg → mantelzorg → thuiszorg → eerstelijnszorg → intramurale zorg wordt veelal, ook door de overheid, gepresenteerd als een viertal scherp begrensde gebieden die achtereenvolgens moeten worden doorlopen. Dat lijkt mij een volstrekt onjuiste voorstelling. Ook bij de zelfzorg

zal de huisarts een zekere rol spelen; hier meer voorlichtend. Ook bij de mantelzorg; daar meer begeleidend. De thuiszorg vormt de overgang naar de echt professioneel getinte eerstelijns- en intramurale zorg. Maar ook daar moeten de artsen net zo goed een open oog houden voor het behoud van de medeverantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de patiënt en streven naar snelle overgang, eventueel via de polikliniek, van behandeling naar begeleiding en voorlichting in mantelzorg, thuiszorg en zelfzorg. Daarbij zie ik ook voor de sociale geneeskunde een belangrijke taak.

Fundamentele denkfout

Wanneer de staatssecretaris in zijn nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' schrijft: '... Professionele zorg zodanig te beperken dat zelf- en mantelzorg een betere kans krijgen . . .', maakt hij naar mijn mening een fundamentele denkfout. Natuurlijk, medisch-professionele zorg zonder zelf- en mantelzorg is denkbaar, maar zeker niet raadzaam. Maar zelf- en mantelzorg zonder medisch-professionele inbreng is evenmin raadzaam. Waarom? Schnabel zegt: 'Professionaliteit als basis voor hulp en zorg is niet alleen een vorm van onteigening van zorggebieden die vroeger onder het beheer van de familie vielen'.

De kritiek op het professionalisme komt voort, ik zei het al eerder, uit de teleurstelling over pretenties die niet of niet voldoende zijn waargemaakt en anderzijds uit angst voor afhankelijkheid van een macht die aan de grenzen van leven en dood staat. De ontwikkeling van de geneeskunst heeft allang geen rechtlijnige relatie meer met de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking. Juist waar het gaat om handicap, chronische aandoeningen en functionele klachten, biedt de geneeskunst vaak niet meer dan medicamenteuze verlichting van eideloos onderzocht lijden. In feite, eerlijk, faalt de geneeskunst vaak daar waar de hulpvraag het indringendst is. Met het, deels terechte, aantasten van het vertrouwen in de mogelijkheden van de geneeskunst komt ook snel het, veelal onterecht, aantasten van het vertrouwen in de goede bedoelingen en de totale inzet. Dat is een ideale voedingsbodem voor ideeën en ideologieën, zowel voor hen die zelf- en mantelzorg om geheel materialistische redenen willen propageren als voor hen die aangeven in staat te zijn daar hulp te bieden waar de geneeskunst faalt. Hierdoor wordt de zo noodzakelijke *synthese* tussen de verantwoordelijkheid van de patiënt voor eigen

gezondheid en de verantwoordelijkheid van de professe voor het verstrekken van medische hulp en kennis ernstig verstoord.

Het zal in de directe toekomst onze zaak zijn te streven naar het bereiken van deze synthese en daaraan inhoud en gestalte te geven. Daarin dienen als in een continuüm zonder drempels zowel de zelfzorg, de mantelzorg, de thuiszorg, de eerstelijnszorg en de intramurale zorg een eigen specifieke plaats te krijgen. Ik ga nog eens naar het voortreffelijk stuk van Schnabel: 'Om in termen van zorg te kunnen handelen, om goed om te kunnen gaan met de eigen en andermans gezondheid, om de keuze tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg te kunnen maken, is het nodig een zeker inzicht te hebben in de verschijnselen die de behoefte aan zorg oproepen, in de mogelijkheden en beperkingen van iedere vorm van zorg en in de gevaren die er kunnen schuilen in te weinig of te veel zorg en in het te vroeg of te laat inroepen van professionele zorg. De kennis die daarvoor nodig is, heeft de mens niet intuïtief'. Dat vraagt bij uitstek om de synthese die ik zojuist bedoelde. Het lijkt mij dat het de taak van de huisarts zou moeten zijn deze synthese tot stand te brengen en te bewaken. Ik meen, met Schnabel, dat de voornaamste bron van kennis hier de wetenschap is en de daarmee opgedane ervaring. De wetenschap op het terrein van gezondheid en ziekte wordt gedragen door de bij die wetenschap behorende beroepsgroep, de zo verguisde professe.

Kortom, de trend van het streven naar versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, naar bevordering van zelf- en mantelzorg, is een goede zaak, maar daarvoor is het opwerpen van drempels en grenzen niet geëigend, maar wel de *open communicatie* tussen alle betrokkenen. Daarbij worden ook de rechten en plichten van beide partijen, hulpvrager en hulpverlener, het best gediend. Daarom is deze trend ook wel geschikt voor een herstructurering van de gezondheidszorg . . . en mogelijk zullen er bezuinigingen uit voortkomen. De omkering van dit proces met de bedoeling door snelle bezuinigingen tot herstructurering te komen getuigt van kortzichtigheid.

Participatiedemocratie

Het principe van meespreken en meebeslissen is een trend die wereldwijd en op zeer vele gebieden vanuit de bevolking naar voren komt. Men wil meedenken en meespreken in het proces dat leidt tot ►

besluiten die ingrijpen in het persoonlijk leven. Behalve de invloed die het nu reeds heeft op de overheid, speelt dit participatieproces ook in de gezondheidszorg een belangrijke rol. Ook dit is een gevolg van de ontwikkeling van communicatie- en informatiesystemen. Iedere consument beschikt over eigen informatie en wil op grond daarvan direct en persoonlijk actie ondernemen, zeker wanneer het zaken betreft waarbij het eigen ik direct is betrokken. Dat speelt dan weer in op het decentralisatieproces. Initiatiefgroepen, actiecommités, opiniepeilingen en zelfs referenda zijn de werktuigen van de nieuwe democratie, de participatiedemocratie. Ook in de gezondheidszorg kennen wij daarvan een menigte voorbeelden. Het komt mij voor dat zeker een deel van de moeilijkheden die representatieve en federatieve organisaties hebben voor een deel daardoor worden verklaard: men voelt zich niet meer vertegenwoordigd.

Participatie is een volstrekt legitiem streven en het zal zaak zijn er op in te spelen. Dit zal langs twee wegen kunnen geschieden.

Enerzijds via de grootst mogelijke openheid en communicatie. Anderzijds via het opvoeren van de kwaliteit van de professionele informatie. Grote openheid voor komt acties die alleen zijn gebaseerd op wantrouwen, afgunst of valse voorlichting: slechte bases voor herstructurering. Deskundige informatie kan initiatieven die berusten op onkunde of onbegrip vroegtijdig op het goede spoor zetten. Wanneer in de gezondheidszorg de overheid en alle participanten leren hierop in te spelen zal de herstructurering beter en gemotiveerder kunnen worden doorgevoerd dan door een centraal gestuurd hiërarchisch beleid.

Toch blijven er gevaren verbonden aan deze trend tot participatie via burgerinitiatieven en actiegroepen. Ook actiegroepen kunnen worden gemanipuleerd en misbruikt voor andere doelen dan de actievoerders zelf denken. Waarschijnlijk dreigender is het gevaar dat door harde acties van kleine groepen de juiste verhouding tussen minderheid en meerderheid kan worden gestoord. De overheid dient zodanige maatregelen te nemen dat effectief kan worden toegezien op het naleven van wetten en de handhaving van recht en orde, zonder dat de menselijke verantwoordelijkheid en vrijheid geweld wordt aangedaan.

Het onderschatten van de macht van eigen initiatieven zou echter zeer onverstandig zijn. Bedenken wij dat bijvoorbeeld milieuhygiëne, gelijkberechtiging, vrouwen-

beweging, consumentenrechten méér door burgerinitiatieven dan door de overheid in gang zijn gezet. Al heet het in de gezondheidszorg gewoonlijk anders, ook daar hebben wij te maken met de consumentenbeweging. Inspraakprocedures voor gebruikers in alle sectoren van de zorg worden gevraagd en zo niet goedschiks dan kwaadschiks ingevoerd. Het is een goed principe, dat echter op de wijze waarop het veelal gaat ook gevaren inhoudt. Vele van deze actiegroepen zijn ontstaan uit persoonlijke emotioneel geladen ervaringen als patiënt en neigen dan soms tot onaanvaardbare generalisaties en een sfeer van vijandigheid, die bij de hulpverleners weerstand oproept. De dieperliggende goede bedoelingen komen nauwelijks aan bod en de gezamenlijke oplossing van gesignaleerde misstanden – de enige goede methode – wordt uiterst moeizaam.

Verder verdraagt de ontstaanswijze, die is gestoeld op de participatiebehoefte op lokaal of categoriaal terrein, zich slecht met het vormen van overkoepelende organisaties en platformen op representatieve grondslag. Ook blijkt nogal eens, vooral bij de categorale patiëntenorganisaties, dat de grenzen tussen ervaringsdeskundigheid en professionele deskundigheid vervagen, waardoor conflicten van verantwoordelijkheden kunnen ontstaan. Vast staat echter dat het een gevaarlijke ontwikkeling zou zijn wanneer de beroepsbeoefenaren het principe van dit verlangen naar participatieve communicatie zouden afwijzen. Al is het een complicatie bij deze hele problematiek, zoals door Bensing geconstateerd en door de beroepsgroep steeds weer ervaren, dat nu nog de gezonde verzekerde totaal anders denkt en reageert dan de zieke consument, de trend is er en zal zich doorzetten. Wanneer, zoals voorheen, de hulpvragers en de hulpverleners elkaar alleen ontmoeten op het moment van de hulpvraag, is er nauwelijks mogelijkheid om te overleggen hoe de gezondheidszorg het best kan worden gestructureerd. Daartoe is een informeel of formeel geregeld contact tevoren vereist, dat de mogelijkheid opent voor cliënten en artsen samen invloed uit te oefenen op de structurering van de zorg. Als dit kan geschieden in alle openheid en eerlijkheid, uitgaande van de wil aan beide zijden verbeteringen te bereiken met erkenning van ieders verantwoordelijkheid, is dat een goede zaak, waaraan ook de KNMG zeker zal medewerken.

De tijd dat medici de enige beslissers waren in de gezondheidszorg ligt definitief en al geruime tijd achter ons. Ik ervaar dat niet als een achteruitgang. Waarom zou-

den wij niet kunnen toegeven wat opgelucht te zijn dat wij niet langer als enigen over patiëntenbelangen hoeven te spreken omdat niemand van hen dat deed? Hiërarchische structuren met pyramidale opbouw waaraan de noodzakelijke horizontale verbindingen mankeren werken niet meer. Het falen ook van verschillende organisaties, ieder voor zich problemen op te lossen waarvoor zij in wezen samen staan, zou ertoe moeten leiden dat zij ook op informele wijze, eventueel buiten hun organisaties om, gingen communiceren in een poging juist die problemen aan te vatten die zij met hun eigen traditionele structuren alleen niet de baas kunnen. Horizontale communicatie behoeft zeker niet alleen aan de basis plaats te vinden.

Meersporige benaderingen

Ik herhaal het: in de gezondheidszorg dienen alle organisaties zich af te vragen waar zij mee bezig zijn. Wat is belangrijker? Dat de KNMG met geneeskunst bezig is, de NZR met ziekenhuizen, de VNZ met de financiering, en gaat u maar door, of dat zij allen zich gaan realiseren dat zij samen uiteindelijk maar één doel hebben: de volksgezondheid in Nederland. Niet alles behoeft dan altijd via dezelfde formele hiërarchische lijnen te geschieden. Dat werkt vaak demotiverend, verstoort verhoudingen, verstart structuren, beperkt keuzen en maakt te weinig gebruik van bundeling van deskundigheden, en dit geldt zowel binnen organisaties als tussen organisaties.

Het is nu de tijd voor meersporige benaderingen, de tijd voor scenario's en modellen waaruit kan worden gekozen, niet alleen voor het ja of neen van een bestuur of directie. De laatste tien, twintig jaren heeft deze trend naar 'multiple options' zich overal en in vele belangrijke levensgebieden geopenbaard: cultuur, kunst, amusement, voeding, religie, familie en niet in de laatste plaats de gezondheidszorg en de geneeskunde. Zelfs bij vroeger zo eenduidige levensmysterieën als voortplanting en dood ontstaan meer keuzemogelijkheden, waarbij de keuze tussen de verschillende mogelijkheden niet meer alleen op het terrein van de geneeskunde liggen maar, zelfs ondanks wetten, berusten op persoonlijke levensopvattingen, zowel bij patiënt als arts.

Het is verder een maatschappelijk gegeven dat de burger wenst te kiezen uit een groter aanbod van behandelwijzen. Wanneer wij het primaat van de klassieke geneeskunst wensen te behouden, zullen wij deze trend tenminste open tegemoet moeten ►

treden. Het is niet voldoende te verkondigen dat onze geneeskunst de beste is. Wij zullen het moeten bewijzen, door toetsen, door vergelijken, door resultaten, door feiten. Het kan dan niet moeilijk zijn. Het is verheugend dat de bereidheid daartoe groeit aan beide zijden. Het is verheugend dat de methodologie onderzoekprotocollen ontwikkelt, die vergelijking op wetenschappelijk niveau mogelijk maken.

Wij zullen daarnaast de kritiek die op de uitoefening van onze geneeskunst bestaat ter harte moeten nemen en het goede verdedigen en zo nodig veranderingen invoeren. Wij zullen, zoals wij dat in het verleden deden, uit de alternatieve behandelwijzen alleen dat moeten overnemen wat geneeswijze blijkt te zijn. Kortom, wij zullen de uitdaging moeten aannemen en onze positie verdedigen. Binnen de geneeskunst groeit de 'multiple option'-trend al evenzeer. De hulpvrager wil alle mogelijkheden kennen en zelf kunnen kiezen. Men weet uit de informatie via alle media dat er meer mogelijkheden lijken te zijn, maar men mist veelal de kennis daaruit de verantwoorde, juiste keuze te maken. Optimale voorlichting en open communicatie, in het bijzonder binnen de patiënt-artsrelatie, is daarvoor vereist. Ook binnen de eigen medische beroepsuitoefening neemt de diversiteit toe. Naarmate de grenzen tussen specialismen vervagen en het teamwork toeneemt zullen de keuzen ge-

compliceerder worden. Wie doet precies wat op een intensive care unit? Ook daar zijn 'multiple options'.

Wij leven, wanneer wij dit alles overdenken, in een bijzondere overgangstijd. Het is alsof wij het heden tussen haakjes hebben gezet te midden van verleden en toekomst: wij zijn niet hier noch daar. Het verleden is zeker nog niet dood en de toekomst allerminst duidelijk. Daarom zal het door een analyse te maken van de trends, de maatschappelijke ontwikkelingslijnen zo u wilt, mogelijk kunnen worden vooruit te zien en zo nodig op de ontwikkelingen in te spelen. Wanneer wij dat op ons gebied verzuimen en verzuimen de plaats van de traditionele geneeskunst in die toekomst te verdedigen, zou het kunnen zijn dat ondanks de geweldige technische vooruitgang deze plaats niet langer vanzelfsprekend zal blijven.

Het zal voor ons wel een noodzaak zijn te erkennen dat deze nieuwe maatschappij in ontwikkeling haar eigen structuren nodig heeft. Wij zullen met behoud van de eigen identiteit de hiërarchie moeten verlaten die nog samenhangt met centrale regelingen en wij zullen moeten toegroeien naar een netwerkmodel van communicatie en participatie. Zowel binnen als tussen organisaties zal de te solitaire opstelling (de verticale component), het moeten verliezen van de communicatie (de horizontale component). Beroepsbeoefenaren, in-

stellingen, financiers en overheid beschikken langzamerhand via de nieuwe technologie over een gelijke stroom van gegevens. Ik verwacht dat zij daaruit zullen kunnen aflezen dat er meer is dat hen bindt dan dat hen scheidt. Deze trend zou ik nog graag aan de besproken rij willen toevoegen. Wij dreigen te verdrinken in informatie maar wij dorsten nog naar kennis en inzicht om er gezamenlijk gebruik van te kunnen maken tot nut van allen.

Communicatie: de nieuwe trend

In het begin van deze congresrede heb ik gezegd dat de vele trends die ik signaleerde niet te scherp van elkaar af te grenzen zijn, dat zij veel gemeen hebben. Nu, aan het eind van mijn betoog, hoop ik te hebben aangetoond dat deze gemeenschappelijkheid kan worden samengevat in enkele woorden: 'Communicatie is de nieuwe trend'. ■

Literatuur

- Bensing J. Medisch Contact 1984; 39: 141.
 Illich I. Medical Nemesis. New York: Random House, 1976.
 Kaprio LA. Copenhagen: World Health Organisation, 1979 (Euro reports and studies no 14).
 Nalsbitt J. Megatrends. London: Macdonald & Co, 1984.
 Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen. 's Gravenhage Tweede Kamer der Staten Generaal 1983; 18 108 nrs. 1&2.
 Schnabel P. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1984; 62: 602.
 Wriston WB. Geciteerd door Nalsbitt.