

ning wanneer de oefeningen van de voorgaande ontwikkelingsleeftijd zijn voltooid. Zij hebben hiermede een behandelingsschema gekregen, dat hen in de praktijk ruggesteun geeft. Het enthousiasme om te oefenen neemt hierdoor belangrijk toe.

Als besluit kan nog het volgende worden vermeld. Op 1 mei '68 werd in tegenwoordigheid van huisartsen, consultatiebureau-artsen, wijkverpleegsters en vroedvrouwen genoemde motorische ontwikkelingsstap besproken en met films geïllustreerd. Vanaf die datum tot 31 december '71 werden 116 kinderen die nog nooit enige therapie hadden gehad, getest. Van hen was 31 procent onder de anderhalf jaar en 15 procent boven de vijf jaar, vergeleken met de cijfers 1956/66 9 procent onder de anderhalf jaar en 25,5 procent boven de vijf jaar.

Van deze 116 kinderen vertoonden 69 een spas-

tisch syndroom, twaalf van hen (17,5 procent) waren ouder dan vijf jaar, slechts vier waren jonger dan een jaar (6 procent). Behoudens vijf zeer lichte gevallen hadden bijna alle kinderen afwijkingen, die met behulp van deze test reeds voordat zij een jaar oud waren geworden, hadden kunnen worden gevonden. Met fysiotherapeutische behandeling had dan terstond een begin kunnen worden gemaakt.

Köng, E. Frühtherapie cerebraler Bewegungsstörungen. Vortrag am Neurologischen Fortbildungskurs in Düsseldorf, Mai 1971.

Precht, H. F. R. en D. Beintema. The Neurological Examination of the Full-Term Newborn Infant. Spastics International Medical Publications. London, William Heinemann. Medical Books Ltd., 1964

Wiechen, H. J. van. De resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische paresen. Academisch proefschrift. Tjeenk Willink, Zwolle, 1964.

„Politici langs de lijn“; politieke en bestuurlijke aspecten van de wijkwelzijnszorg*

DOOR DR. E. DEKKER**

Definities. In de gezondheidszorg bestaan tussen artsen verschillende vormen van samenwerking, namelijk associatie, groepspraktijk en gezondheidscentrum. Wordt een verbinding gelegd tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dan wordt gesproken van welzijnscentrum. Deze inleiding betreft laatstgenoemde instelling.

Doelstellingen. De doelstellingen van een gezondheidscentrum respectievelijk welzijnscentrum variëren naar de vooronderstellingen waarvan men uitgaat omtrent de ideale wijkwelzijnszorg. Twee hoofdrichtingen kunnen hierbij worden onderscheiden.

Richting A. In de kringen van de traditionele gezondheidszorg wordt gestreefd naar de vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra met een driedig doel: een meer efficiënte praktijkvoering door concentratie van de administratie, inschakeling van hulpkrachten, wederzijdse hulpver-

lening; een kwalitatief betere praktijkvoering door multidisciplinaire samenwerking, meer studie en onderzoek; ontlasting van de individueel werkende arts door onder meer maatregelen die hem meer vrije tijd bezorgen.

Genoemde doelstellingen worden gekozen om de tekorten van de huidige gezondheidszorg op te vangen zoals het huisartsentekort en het gebrek aan multidisciplinaire samenwerking, beide bij uitstek zo noodzakelijk voor de bestrijding van psychosociale klachten.

Het model van de groepspraktijk en van het gezondheidscentrum wordt aangehangen binnen de gezondheidszorg*. Vooral het gezondheidscentrum wordt gezien als de meest progressieve oplossing van de inmiddels bekende structurele problemen. Een gezondheidscentrum omvat een groepspraktijk, een vroedvrouw, een maatschappelijk werkende, een of meer tandartsen en paramedisch personeel.

Naar mijn mening miskent een dergelijk model van de gezondheidszorg het onmiskenbare feit van de gewijzigde morbiditeit in de huisartspraktijk. De

* Voordracht, gehouden ter gelegenheid van het symposium „Meer lijn in de eerste lijn“ van de Medische Faculteit Rotterdam (M.F.R.), 19 februari 1972.

** Afdeling maatschappelijke gezondheidszorg van de M.F.R. De gedachten, die in dit artikel zijn verwerkt, vertegenwoordigen noch de mening van de Medische Faculteit Rotterdam, noch die van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op welk ministerie de schrijver zijn hoofdfunctie vervult.

* Wijkgezondheidszorg: Rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, nummer 13, 1969; de werkgroep Gezondheidscentra van de Ziekenfondsraad; de discussies in Medisch Contact 1971 en in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1967.

schattingen van het aantal stoornissen, waarbij psychoneurotische verschijnselen een belangrijke rol spelen in een huisartspopulatie, variëren van 20 procent minimaal (Oliemans)* tot 70 procent maximaal (Schiethart). Voor dit probleem, dat steeds meer patiënten en huisartsen frustreert, biedt een enigszins „aangeklede” groepspraktijk geen soelaas. Door het model van de samenwerkingsvorm, waarmee binnen de traditionele gezondheidszorg wordt gewerkt, wordt de nadruk op de somatische geneeskunde en op de medische dominantie gecontinueerd, terwijl zij nauwelijks preventief werkt of geschikt is voor sociale actie.

Richting B. In de kringen van de op verandering ingestelde welzijnswerkers wordt daarom gestreefd naar wijk- of buurtgerichte welzijnzorg. De doelstellingen van een wijkwelzijnscentrum kan men omschrijven als het verlenen van niet-gespecialiseerde, continue hulp in somatische, psychische of sociale nood. Structureel betekent een en ander dat de gezondheidszorg met de maatschappelijke dienstverlening is geïntegreerd. Het verschil met een groepspraktijk casu quo gezondheidscentrum schuilt onder meer in de volgende drie facetten.

Bij een wijkwelzijnscentrum is werkelijk psychosociale hulpverlening mogelijk door systematische inschakeling van het maatschappelijk werk, eventueel met hulp van een psycholoog (het tweede echelon, Medisch Opvoedkundige Bureaus (M.O.B.), Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden hebben een te hoge drempel voor de lagere sociale klassen), terwijl door middel van sociale actie werkelijk een en ander kan worden gedaan aan de stress-situaties.

Een wijkwelzijnscentrum kan de democratisering gestalte geven: intern door afvlakking van de hiërarchie-pyramide; extern door wijk- of buurtbewoners bij bestuur, beheer en actie te betrekken.

Een wijkwelzijnscentrum kan een centrum voor sociale actie betekenen. Sociale actie bestaat uit drie fasen: informeren: de arts of maatschappelijk werkende als „alarmist”: verzamelen van gegevens; interpreteren: alle werkers, buurtbewoners en een sociaal wetenschappelijk deskundige trachten een verklaring te vinden voor het patroon van klachten casu quo stoornissen; politiseren: op basis van de informatie en interpretatie wordt actie (beïnvloeding) ondernomen door daartoe aangewezen werkers, buurtbewoners en sociaal wetenschappelijk deskundige. Elke fase vereist aparte deskundigheid, verschillende rollen en in bepaalde gevallen verschillende personen.

* Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. H. E. Stenfert-Kroese, Leiden, 1969.

Belemmeringen bij de realisering van gezondheidscentra en wijkwelzijnscentra.

Ten aanzien van groepspraktijken en gezondheidscentra.

1 Financiële belemmeringen (achteruitgang inkomen, extra kosten; dit wordt thans door de werkgroep gezondheidscentra van de Ziekenfondsradaad bestudeerd met als doel de financiële belemmeringen uit de weg te ruimen).

2 Ongunstige attitudes. (Gegevens enquête „Huisarts en publiek 1970: Persoonlijke preferentie voor de praktijkvoering bij een keuze uit vier mogelijkheden (N = 201): solopraktijk 40 procent; associatie met een collega 9 procent; samenwerking met meer dan een collega (groepspraktijk) 25 procent; samenwerking in multidisciplinair verband (wijkgezondheidszorg) 16 procent. Of men onder bepaalde voorwaarden zou deelnemen aan een groepspraktijk (N = 201): zou wel deelnemen 65 procent; zou niet deelnemen 33 procent; geen idee 2 procent.

3 Tijdsfactor (psycho-sociale hulp vraagt tijd, evenals overleg; gevolg: „productie” wordt minder, dus compensatie).

Ten aanzien van wijkwelzijnscentra. De volgende feiten moeten worden vastgesteld.

De wil en mogelijkheden ontbreken bij politici en bestuurders („politici langs de lijn”). Politieke partijen die groepspraktijken of gezondheidscentra noemen in hun partijprogramma's: P.v.d.A., D'66, P.S.P.; over wijkwelzijnscentra schrijft echter geen enkele partij. In de begroting 1972 van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd de wijkgezondheidszorg casu quo wijkwelzijnzorg niet genoemd; bij de behandeling van de begroting vroegen Lamberts en Tilanus aandacht voor dit onderwerp.

Bij de gezondheidszorg bestaat weerzin tegen het organiseren van de gezondheidszorg (verlies autonomie en status). Zo is bijvoorbeeld een praktische moeilijkheid dat een huisarts in principe een onbegrensd verzorgingsgebied heeft, terwijl een wijkverpleegster op een afgebakend terrein werkt; reorganisatie vraagt regionale afbakening: „melkwijken”. Bij het sociaal-culturele welzijn is de geneigdheid tot organisatie veel groter (Memorandum: een veelheid van beleidsadviserende en -uitvoerende raden). De sociale status van het sociaal-culturele werk wordt dan ook minder hoog aangeslagen dan die van de gezondheidszorg.

De identiteit en professionele deskundigheid van de maatschappelijke dienstverlening is nog niet volgroeid. Het beroep van maatschappelijk werker is relatief jong, het is „zacht” en de effectiviteit is niet altijd duidelijk. Hierdoor wordt de beoefenaar vooral voor somatisch denkende medici een niet

altijd zo waardevolle partner. Anderzijds is de maatschappelijke dienstverlening niet ten onrechte bevreesd voor de suprematie van de gezondheidszorg.

Wenselijke maatregelen

A Ten aanzien van groepspraktijken en gezondheidscentra kunnen de volgende desiderata worden genoemd: ruimere subsidiëring en integrale volksverzekering in de naaste toekomst; landelijke en regionale studie- en adviescentra; meer delegatie en differentiatie van de hulpverlening.

B Ten aanzien van wijkwelzijnscentra. Op nationaal niveau vraagt een geïntegreerde welzijnszorg geïntegreerde bestuursmogelijkheden. De mening heerst dat de problemen van vandaag met de middelen van eergisteren kunnen worden opgelost. Een departementale indeling — iets negentiende-eeuws — leidt tot verstarring en competentiekwesties. Er is hier sprake van „displacement of goals”, dit is de middelen (organisatie, procedures) nemen de plaats in van de doeleinden. Nodig zijn een flexibele overheidsorganisatie (projectorganisatie) en een harmonisatie van de wetgeving. In het voorontwerp Wet gezondheidsvoorzieningen wordt een „gesloten circuit” beoogd, maar de eerstelijns gezondheidszorg ontbreekt nagenoeg geheel. Een ketting is nu eenmaal even sterk als de zwakste schakel. De wet blijkt eens te meer een enigszins uitgebouwde ziekenhuiswet te zijn.

Een socialisering en democratisering van de welzijnszorg, een geïntegreerde zorg, die in dienst staat van de bevolking, is slechts denkbaar indien de medici hun zelfstandigheid opgeven, indien hun salarissen worden gelijkgesteld aan die van vergelijkbare werkers (in het welzijnscentrum zouden artsen en maatschappelijk werkenden een even hoog inkomen behoren te hebben).

Aangezien bijna alle politici langs de lijn staan, zullen de werkers zelf in de eerste plaats het spel en de spelregels moeten bedenken. De laatste jaren

is voldoende gebleken dat politieke beslissingen, die belangrijke veranderingen impliceren, worden „voorbereid” door het particuliere initiatief van bepaalde actiegroepen (vergelijk milieuhygiëne, onderwijs, leger). Daarom is een eerste vereiste de oprichting van een permanent actie-, opleidings- en informatiecentrum, waarin vooral alle betrokken groeperingen participeren (zie participatie van dit symposium).

Op regionaal en gemeentelijk niveau kunnen provincies en gemeenten een kader scheppen waarbinnen de planning, financiering en dergelijke zich kunnen afspeelen. Nodig daarvoor is een overleg tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, het afbakenen van werkgebieden en het stimuleren van nieuwe samenwerkingsvormen. Uiteindelijk zouden binnen het kader van een welzijnswetgeving democratische bestuurslichamen moeten komen. Streken of gewesten van ongeveer 250 000 inwoners vormen het kader voor de wijken van ongeveer 20 000 inwoners.

Op wijkniveau zal, aangezien de wijkraden tot nu toe bij gebrek aan bevoegdheden in Nederland nauwelijks van de grond zijn gekomen, het initiatief van de werkers en van de consumenten zelf moeten komen („politici langs de lijn”). De sociale actie op wijkniveau kan op gang komen indien de drie fasen van de sociale actie (informeren, interpreteren en politiseren) worden onderscheiden. In concreto: artsen kunnen niet tegelijkertijd somatisch-curatief bezig zijn, psycho-sociale gesprekken houden en metterdaad sociale actie voeren. De actie slaagt indien consumenten en sociaal wetenschappelijke werkers worden ingeschakeld en indien de actie niet geïsoleerd wordt gevoerd, maar wanneer contact wordt gezocht in horizontale richting met verwante groeperingen in de wijk en in verticale richting met hogere echelons.

Wil men een gelijkwaardige inbreng van de maatschappelijke dienstverlening verkrijgen (en de steun van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk), dan zal de traditionele praktijkbegeleiding van maatschappelijk werkenden in elk geval voorlopig moeten worden gehandhaafd.