



**Pijn in de
eerste lijn
Illich over
ziekenhuis-
bouw**

**De macht aan
de gebruikers
Ontwikkelings-
hulp
ontmaskert**

**Tijdschrift
voor
gezondheid
en politiek**

83

1

2

3

4

eerste jaargang, nummer 1, mei 1983

kernredactie: Ditta Bolt, Yvonne van Geenhuizen, Greet Lely, Bert Rijken, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Jaap Talsma, Rein Vos
redactiesecretariaat: Westersingel 3, 9118 CC Groningen

jaarabonnement (4 nrs.): f 30,-; instellingen f 40,-; gironummer 144158 t.n.v. uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek

administratie: uitgeverij Macula, Oudestraat 26, 2771 XC Boskoop; tel. 0172-4381

10-30 nummers: kosten f 8,50, verkrijgbaar in de boekhandel of te bestellen bij uitgeverij Macula (inclusief portokosten: alleen voor m.l.)

uitgeverij: uitgeverij Macula
drukkerij: drukkerij Macula
zetterij: Wil van Dam, Drecht

advertenties: uitgeverij Macula, tel. 0172-4381

rekeningen: Bert Cornelius
bijdragen: graag in drievoud, op A4 met ruime marge, regelafstand 1,5, te sturen aan het redactiesecretariaat; vooraf overleg.

redactieadvies: Dolf Algra, Ingrid Algra, Henk Bakker, Cees van der Meer, Ditta Bolt, Gouke Bonsel, Yvonne van Geenhuizen, Kees Bongaas, Erik Heydelberg, Rien Beghe, Eddy Houwaart, Pau! Juffermans, André Knottnerus, Greet Lely, Joost van der Meer, Frits Postma, T. Gosse Postma, Miriam van Reijeu, Coos Rutgers van der Lende, Bert Rijken, Gerrit Saleemink, Wim Slingerland, Denhard de Smit, Hugo Smeets, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Jaap Talsma, Harry van Velsen, Rein Vos, Gilles de Wilér, Ham van der Wilk

5-5 is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek; gironummer 1461678, Groningen
Stichting Gezondheid en Politiek en Macula

4 REDACTIONEEL

- 8 DE POLITIEKE EXPLOITATIE VAN DE EERSTE LIJN GAAT ONVERMINDERD DOOR

Erik Heydelberg en Gerrit Salemink

- 14 SLOTERVAART BLIJFT OPEN! Verslag van een actie voor behoud van een ziekenhuis

Marijke de Nie e.a.

- 20 CRISIS EN GEZONDHEIDSZORG IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Paul Juffermans

- 26 VERNIEUWING DOOR SCHAARSTE Redevoering in Berlijn

Ivan Illich

- 30 DE WIJK IN WIJKEND PERSPECTIEF

Wijkgericht denken in de eerste lijn, waarom eigenlijk?

Gerrit Salemink

- 36 "HET ZAL ME EEN ZORG ZIJN WAAR DE DOKTERS NAAR TOE MOETEN"

Een rondetafelconferentie over de toekomst van de eerste lijn.

André Knottnerus en Jaap Talsma

45 GESIGNALEERD

- 46 SOLIDARITEIT OF ELKE KEER EEN KNAAKJE KWIJT Patiëntenrechten, eigen bijdrage en ziekenfondsen

Andries Dolleman

- 49 VIJF MISVATTINGEN OVER MEDISCHE ONTWIKKELINGSSMVIENWERKING

Frits Muller

- 55 DEPRESSIEF TOT NA DE VERLOSSING

Annemarie Mol

58 ADVERTENTIES

REDACTIONEEL

Dit is het eerste nummer van 37.5, een kwartaal tijdschrift over gezondheid, gezondheidszorg en politiek. Een opiniërend tijdschrift dat schrijft vanuit een progressieve, kritische optiek.

Een blad dat een graadmeter wil zijn voor veranderingen die daadwerkelijk in de gezondheidszorg plaatsvinden; broedplaats voor linkse plannen en ideeën. In dit redactioneel doen we de achtergronden van het tijdschrift en de inhoud van dit nummer verder uit de doeken.

Profiel

37.5 is uit op discussie over de gezondheidszorg, geplaatst in een breed maatschappelijk en politiek kader. Een blad met een landelijke verspreiding, dat vanuit een progressieve achtergrond gezondheid, ziekte en zorgverlening analyseert en dat zoekt naar alternatieven voor vastgeroeste (machts-) structuren in de gezondheidszorg. 37.5 geeft ruimte aan debatten binnen links, bevordert discussie en lokt deze uit. Wij willen een uitwisseling van ideeën, zoeken naar gemeenschappelijke achtergronden voor politieke actie en dwarsverbanden leggen tussen diverse sectoren en beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Naast beschouwingen en analyses, staan er in het tijdschrift beschrijvingen van concrete werksituaties en van alternatieven, zoals die in de dagelijkse gezondheidszorgpraktijk vorm krijgen. Wij hebben geen wetenschappelijke pretenties en ook brengen we geen 'nieuwjes'. 37.5 is een onafhankelijk blad, niet gebonden aan enige organisatie; een tijdschrift voor een ieder die in zijn werk, opleiding of als gebruiker met de gezondheidszorg te maken heeft.

Noodzaak van 37.5

Het tijdschrift is in oorsprong een idee van Groningse gezondheidszorgwerkers en studenten. Een groot aantal medewerkers uit het hele land steunen inmiddels het initiatief. Samen vormen zij de redactieraad die het afgelopen jaar hard gewerkt heeft om het tijdschrift van de grond te tillen.

Een blad als 37.5 missen we in het kleurrijke scala van uitgaven over de gezondheidszorg. Hierin vindt weliswaar discussie over allerhande onderwerpen plaats, maar zij zit vaak

gevangen binnen de eigen beroepsgroep. In artsenbladen concentreert de aandacht zich voornamelijk rond het verdedigen van het eigen territorium, zoals bijvoorbeeld de strijd tussen de huisartsen en apothekers om de geneesmiddelenvoorziening op het platteland. Tijdschriften voor verpleegkundigen besteden weer ruim aandacht aan de vraag of de verpleegkundigen net als de artsen een onafhankelijke professie moeten worden. Tussen deze, en andere groepen bestaat er echter weinig communicatie.

Vakbladen als het Tijdschrift voor Ziekenverzorging, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde of het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg zijn belangrijk om bij te blijven op het eigen werktein, maar zij hebben weinig oog voor ontwikkelingen buiten de grenzen van het eigen vakgebied. Daarnaast verschijnt het Weekblad Gezondheidszorg, dat actueel nieuws nogal oppervlakkig en weinig kritisch belicht. Meer diepgang heeft Medisch Contact, weekblad voor artsen, dat wel beschouwende en analyserende artikelen plaatst, maar helaas overwegend vanuit de zeer behoudende optiek van de KNMG. Dag- en weekbladen schrijven zo nu en dan onder invloed van de recente bezuinigingsmaatregelen over ontwikkelingen in de gezondheidszorg; door hun formule blijft het echter bij incidentele oprispingen. Tenslotte bloeien er in de schoot van actiegroepen een aantal bladen. Jammergenoeg vinden ze vaak alleen lokaal verspreiding, of richten ze zich op een specifiek terrein, zoals bijvoorbeeld Gek'ooit op het gied van de psychiatrie.

Reden te over om 37.5, een breed georiënteerd links tijdschrift voor gezondheid en politiek uit te brengen.

Forum voor linkse discussie

37.5 kiest bewust voor steun aan bepaalde stromingen binnen en buiten de gezondheidszorg, zonder echter één 'goed' of 'politiek juist' standpunt in te nemen. Wij sluiten tegenstelde meningen in het tijdschrift dan ook niet uit. Wie de discussies van de laatste jaren enigszins gevolgd heeft, weet dat er nogal grote verdeeldheid heerst in linkse kringen. Zelfs termen als links en rechts lijken onder invloed van de vrouwenbeweging, de anti-kernenergie- en kraakbeweging een deel van hun waarde verloren te hebben.

Verdeeldheid bestaat er ook ten aanzien van de beoordeling van de huidige gezondheidszorg en de vereiste veranderingen. Moeten we, in navolging van Illich, ten strijde trekken tegen deskundigen en de om zich heen grijpende medicalisering? Of verzetten we ons tegen de afbraak van de bestaande

voorzieningen, die door de regering verdedigd wordt met een vals beroep op argumenten als 'mensen verantwoordelijk maken voor hun eigen gezondheid'. Paul Juffermans neemt hierover duidelijk stelling in zijn artikel. Staan we meer gezondheidscentra in de eerste lijn voor, of vinden we dit onpersoonlijke 'gezondheidsfabriekjes'? Streven we naar wijkgericht werken of komt dit voort uit verouderde gedachten omtrent gemeenschapsvorming in de wijk? Gerrit Salemink schrijft hierover in zijn artikel. 'Wijkgericht werken, waarom eigenlijk?', al de toenemende professionalisering van de verpleegkunde als verzelfstandiging ten opzichte van de artsenstand toe te juichen? Of leidt dit alleen maar tot het ontstaan van een starre, gesloten beroepsgroep, te vergelijken met die van de artsen?

Dilemma's waar nog heel wat noten over te kraken zijn; klemmende vragen waarop niet direct een eenduidig antwoord te geven valt, maar die belangrijk zijn om te bediscussieren. 37.5 wil een platform voor deze discussie zijn, zonder zich te binden aan één politieke stroming, een beroepsorganisatie, vakbond of politieke partij.

Alternatieven en veranderingen

Naast het organiseren van discussie vinden we het zeer belangrijk in onze kolommen aandacht te besteden aan beschrijvingen van alternatieven, die verspreid over het land vorm krijgen. Zo blijft de kritiek van de Kliëntenbond niet steken in haar oproep tot een moratorium voor de bouw van psychiatrische ziekenhuizen, maar geeft zij in Limburg in samenwerking met anderen concreet gestalte aan haar ideeën. In verschillende plaatsen organiseren vrouwen die ontevreden zijn met de huidige hulpverlening eigen vrouwengezondheidscentra, waarin zij zelf nieuwe vormen van zorg ontwikkelen. Dit komt onder andere aan de orde in de ronde-tafel discussie over de toekomst van de eerste lijn. In nummer twee zal uitgebreider worden ingegaan op het reilen en zeilen van een vrouwengezondheidscentrum. De komende nummers willen we meer soortgelijke artikelen 'van de werkvloer' opnemen.

Gemeenschappelijke achtergronden

37.5 wordt gemaakt voor degenen die veranderingen in de gezondheidszorg voorstaan en hierover weinig terugvinden in de bestaande tijdschriften. Acties en pogingen tot veranderingen worden vaak alleen per stad of discipline zichtbaar. Wij willen grotere bekendheid geven aan dergelijke initiatieven. Uitgangspunt daarbij is dat er veel overeenkomsten zijn in de situaties van mensen; ook al komen zij uit verschillende achtergronden.

Ontwikkelingen in de fysiotherapie of de wijkverpleegkunde staan niet los van andere veranderingen. Grootscheepse bezuinigingen op de bejaarden- en gezinshulp hebben direct effect op de positie van verpleegkundigen in de wijk of in verpleeghuizen. Zij moeten de gevolgen opvangen als de, meest vrouwelijke, bejaarden- en gezinshulpen ontslagen worden. Daarnaast zijn het vooral ook vrouwen die, in hun rol als moeder of buurvrouw, opdraaien voor de consequenties van de tekort schietende hulpverlening. Zij zijn het die aangesproken worden op het verzorgen van diegenen die zichzelf niet meer kunnen redden.

Gezondheid en politiek

Politiek betekent voor 37.5: nadenken en handelen om bewust te proberen iets te veranderen. Wat willen linkse mensen veranderen? Waarom? En hoe? Politiek staat daarbij niet gelijk aan partijpolitiek of hetgeen zich in de Tweede Kamer en gemeenteraden afspeelt. Politiek is meer dan dat. Het behelst de hele manier waarop onze maatschappij is opgebouwd of functioneert.

Spreiding van inkomen, kennis en macht is een geveleugeld begrip geworden door toedoen van de PvdA. Spreiding, omdat er sprake is van grote ongelijkheid in kennis, macht en inkomen. Minder algemeen bekend is dat die ongelijkheid ook bestaat op het gebied van gezondheid; het voorkomen van ziekte en de toegankelijkheid van zorg. Mensen uit de lagere inkomensgroepen hebben een aanmerkelijk kortere levensverwachting en zijn vaker het slachtoffer van ongelukken en ziekte, dan mensen uit hogere sociale lagen. Het 'Black-report' over de gezondheidstoestand van de Engelse bevolking toonde dat onlangs opnieuw aan.

Gezondheid en welbevinden hebben alles te maken met de

sociale omstandigheden waarin mensen verkeren. Aange- toond is dat de teruggang van allerlei besmettelijke ziekten in het verleden, vooral het gevolg was van betere levens- omstandigheden en niet primair het resultaat van medische zorg. Nog steeds geldt voor het grootste deel van de we- reldbevolking, dat haar gezondheidstoestand van deze eerste levensbehoeften, zoals voedsel, schoon water en goede be- huizing afhankelijk is. De geïmporteerde Westerse genees- kunde vermag daar weinig aan af te doen. Dit is een van de onderwerpen die Frits Muller in dit nummer aanroert.

Macht en tegenmacht

Ongelijkheid is er ook in machtsvorming binnen de gezond- heidszorg. Beheer en planning, verdeling en besteding van gelden is in handen van een selecte groep bestuurders. Be- stuurders van particuliere, vaak confessionele organisaties (ziekenhuizen, ziekenfondsen) hebben een grote greep op het gebeuren in de gezondheidszorg naast sterke belangen- groepen als artsen-, apothekers- en tandartsenorganisaties. Vanuit de basis van de machtspyramide komt gelukkig het noodzakelijke weerwerk tegen het om zich heen grijpende afbraakbeleid. Belangenorganisaties en vakbonden van werknemers zetten zich in voor meer werkgelegenheid en betere arbeidsomstandigheden. De actie van het met sluiting bedreigde Slotervaartziekenhuis is een sprekend voorbeeld. Landelijk kwam het verplegend personeel kortgeleden in verzet tegen de steeds zwaarder wordende taken. De verkort- ing van de opnameduur in ziekenhuizen gaat gepaard met intensivering van het werk, zonder dat daar voldoende uit- breiding van het personeelsbestand tegenover staat. Tegen- gas komt er ook van de organisatie van werkzoekende huis- artsen (IPH), die een ander vestigingsbeleid voorstaat dan de KNMG, terwijl in Nijmegen co-assistenten protest aan- tekenden tegen de vaak lange werkdagen en de slechte rechtspositie.

Patiëntenkracht

Patiënten en gebruikers hebben momenteel weinig macht of inspraak in de organisaties. Een uitzondering vormt het AZIVO, een ziekenfonds dat door gebruikers beheerd wordt. Andries Dolleman, secretaris van 'Patiëntenkracht' roept in dit nummer gebruikers op het heft in de zieken- fondsen in handen te nemen.

Hoe de patiënteninvloed te vergroten en welke problemen zich daarbij voordoen, zijn vragen die in de ronde-tafel dis- cussie over de eerste lijn aan de orde kwamen. Een pro- bleem bij het streven naar vergroting van patiënteninvloed is, dat sommige patiëntengroepen helemaal niet zo ver- nieuwend en emanciperend zijn, als we wel zouden willen. Wat te denken van clubs als de Nederlandse Hartstichting, die zich volledig laat leiden door de hartspecialisten en slechts meer hart-operaties eist? En hoe moeten we de ideeën van de 'Vereniging Voorkomen is Beter' beoordelen die zij enige jaren geleden formuleerde? Zij wilde de hele Nederlandse bevolking onderwerpen aan een jaarlijkse ge- zondheidskeuring en deelde huis-aan-huis urinestrips uit. Zijn dit geen voorbeelden van wat we al eerder de toene- mende tendens tot medicalisering van het leven noemden?

Medicalisering

Waarden als gezondheid en ziekte lijken een steeds belang- rijker rol te spelen in ons doen en laten. Was het vroeger de kerk, die je verbood voor het huwelijk of met verschillende partners te vrijen, momenteel is, onder invloed van de waarschuwingen tegen de herpesziekte in de Verenigde Sta- ten een nieuwe puriteinse moraal aan het ontstaan. Tegen- woordig bespreek je huwelijksproblemen niet meer met de dominee, maar met de huisarts die je allerlei soorten thera- pieën in het vooruitzicht stelt. Mensen die klachten van het bewegingsapparaat krijgen door het werken onder slechte arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld cassières met schou- der- en arm klachten) belanden bij de fysiotherapeut, revali- datiearts of andere specialisten. Deze varen allen wel bij de 'behandeling' van de individuele lichamelijke klacht, terwijl er vaak aan de arbeidsomstandigheden niets verandert.

Het lijkt er op dat meer en meer maatschappelijke proble- men worden geherdefinieerd in medische termen. Zo slokt het gezondheidszorgapparaat mensen op met een in oor- sprong niet-medische klacht. Ivan Illich beschreef dit met de term medicalisering. Over de vraag of zijn analyses en oplossingen veel hout snijden zal nog wel lang getwist wor- den; zijn beschrijving van het fenomeen is er niet minder belangrijk om, ~7.5 nam 'en geautoriseerde vertaling op van zijn rede voor een congres over ziekenhuisbouw onder de ti- tel: 'De vernieuwing door schaarste'.

In het bovenstaande gaven we een schets van de achter- grondideeën van 37.5. Daarnaast lichtten we al een tipje van de sluier van de inhoud van dit nummer op. Hieronder gaan we daar verder op in, maar eerst nog summiere infor- matie over de organisatiestructuur van het tijdschrift.

Organisatie

37.5 is een uitgave van de Stichting 'Gezondheid en Poli- tiek'. Het bestuur vormt de redactieraad die bestaat uit on- geveer veertig personen uit heel verschillende achtergron- den. Mensen uit de verpleegkunde, fysiotherapie, vrouwen- beweging, andragogie, patiëntenbeweging en het maat- schappelijk werk; sociaal-geneeskundigen, journalisten, stu- denten, huisartsen en filosofen. Zij zitten op persoonlijke titel in de redactieraad, vergaderen één maal per twee tot drie maanden en bepalen in grote lijn het redactionele be- leid. Tien mensen vormen de kernredactie, die zorgt voor de uitvoering van het redactionele beleid in de dagelijkse prak- tijk en die verantwoordelijk is voor de uitgave van de afle- veringen van het tijdschrift. De kernredactie legt hierover verantwoording af aan de redactieraad.

Binnen de redactieraad bestaan twaalf groepen die zich be- zig houden met de uitwerking van een aandachtsveld. Dit zijn gebieden in de gezondheidszorg, die wij dermate be- langrijk vinden, dat we er regelmatig aandacht aan besteden in het blad. De groepen doen voorstellen naar de redactie- raad voor artikelen over de aandachtsvelden. Deze construc- tie garandeert een hechte band tussen de organisatie en de inhoud van het tijdschrift.

De aandachtsvelden zijn in willekeurige volgorde: Over- heidsbeleid en politiek; de eerste lijn; normen in de gezond- heidszorg; buitenland; opleidingen; arbeid en gezondheid; verpleegkunde; vrouwen en gezondheidszorg; wetenschap en technologie; andere vormen van zorg. Het is niet de be- doeling dat elk aandachtsveld in iedere aflevering belicht wordt, en in dit eerste nummer vind je ze ook niet allemaal terug. Wat er dan wel in staat?

Inhoud nummer I

Het zal niemand verbazen dat juist nu een tijdschrift voor 'gezondheid' en politiek als een van de rode draden, de gevolgen van de bezuinigingsmaatregelen kiest.

Erik Heydelberg en Gerrit Salemink gaan in op de achtergrond van de nog steeds dreigende beddenreductiemaatregel en andere bezuinigingsvoorstellen: 'De politieke exploitatie van de eerste lijn gaat onverminderd door'. De mythe dat bezuinigingen in de tweede lijn gebruikt worden om de versterking van de eerste lijn te bekostigen, prikken zij genadeloos door. Wat zijn de gevolgen voor de eerste- en tweede-lijns zorg en voor de verhouding tussen beide? De ontwikkeling naar steeds grotere, onpersoonlijke specialistische centra wijzen de auteurs af. Zij schetsen de contouren van een gezondheidszorg waarbij de mensen zolang mogelijk in hun eigen omgeving blijven. Dit vereist investeringen die zich pas op langere termijn terugbetalen. Hoe lang de neus van de beleidsmakers is?

Het Amsterdamse Slotervaart is één van de kleinere ziekenhuizen dat met sluiting werd bedreigd. Het personeel zat niet bij de pakken neer, maar ging in het witte uniform de straat op om handtekeningen onder de bevolking in te zamelen. Verslag van een actie, waarin verplegend personeel samen met artsen en ander personeel streed voor het behoud van hun ziekenhuis.

Dat bezuinigingen in de gezondheidszorg niet alleen in Nederland aan de orde van de dag zijn, laat Paul Juffermans zien in zijn verslag van een internationale studieconferentie. Dit congres: 'Gezondheidspolitiek in West-Europa, de economische situatie, de invloed van de staat en alternatieve strategieën', vond in juli 1982 in Frankfurt am Main plaats. Het artikel schetst de parallellen tussen de gevoerde overheidspolitiek in de diverse Europese landen. Aan de hand van de situatie in Italië laat Juffermans zien wat de problemen voor links zijn bij het vormgeven van een andere gezondheidszorg. Hij besluit met het standpunt dat veranderingen in de gezondheidszorg gepaard moeten gaan met de strijd voor het behoud van de bestaande voorzieningen.

Ivan Illich zit op een wat ander spoor. Hij ging in Berlijn in de slag met ziekenhuisplanners op een congres over ziekenhuisbouw. 37.5 brengt zijn rede 'Innovation durch Mangel' (vernieuwing door schaarste) in een geautoriseerde vertaling; Illich hoort de plannemakers die met minder geld meer mensen hun onheilsruimte, het ziekenhuis, willen binnenhalen. Illich wil nu juist de geldnood verbinden met de kritiek die er bestaat op de geneeskunde en pleit voor minder van de ziekmakende gezondheidszorg.

Een tweede rode draad in dit nummer betreft de eerste-lijns gezondheidszorg.

Gerrit Salemink gaat in zijn stuk: 'Wijkgericht werken, waarom eigenlijk?', in op de historische wortels van dit alom in de eerste lijn gehanteerde werkprincipe. Zijn belangrijkste conclusie luidt dat het wijkgericht werken gebaseerd is op een verouderd corporatistisch idee. Het samenwerken van bevolkingsgroepen met verschillende belangen wordt met name verwoord door de confectioniers. Het ideaal van het 'samenwerken in de wijk' blijkt door de grootstedse realiteit achterhaald te zijn; de hulpverlening kan zich nog slechts ten doel stellen de ergste uitwassen van sociale desintegratie te helpen bestrijden.

De toekomst van de eerstelijns-gezondheidszorg stond centraal in een ronde-tafel-discussie met de oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde Van Aalderen, Beatrijs Sternerding en

Myra Termeulen van het vrouwegezondheidscentrum Amsterdam, Hans Achterhuis, Paul van Dijk, Guite Hansma, Erik Heydelberg en Wouter Hogervorst. Vragen die over het voetlicht kwamen: Is de gezondheidszorg van binnenuit te veranderen of kan dit alleen van buitenaf? Hoe staat het met de democratisering van de gezondheidszorg? Wat is de positie van de professionele deskundigheid en hoe verhoudt deze zich tot de medezeggenschap van de gebruiker? Zijn nieuwe vormen van hulpverlening zoals vrouwegezondheidscentra een fundamenteel alternatief voor de huidige situatie? Mede-discussianten André Knottnerus en Jaap Talsma zorgden voor de weergave van de discussie in 37.5.

Democratisering van de gezondheidszorg en de rol van de gebruiker daarin, is ook het onderwerp van een artikel van Andries Dolleman, secretaris van Patiëntenkracht, de patiëntenvereniging van het veel publiciteit trekkende Haagse Ziekenfonds AZIVO. Hij vindt dat de verzekeren het heft in eigen hand moeten nemen binnen de ziekenfondsen, om tegenwicht te bieden aan het Haagse bezuinigingsbeleid en de gevestigde belangen in de gezondheidszorg. Dolleman graaft de strijdbijl op en zwaait ermee in het rond.

In zijn artikel over medische ontwikkelingssamenwerking haalt Frits Muller vijf veelgehoorde misvattingen aan. Achtereenvolgens ontkracht hij de stellingen: gezondheid hangt af van gezondheidszorg; medische hulp is goed; de arme landen kunnen wat van de rijke landen leren op het gebied van de gezondheidszorg; medische ontwikkelingssamenwerking leidt tot overbevolking, en hulp is hulp. Hij vindt dat medische ontwikkelingssamenwerking er in de eerste plaats op gericht moet zijn ongelijke kansen op gezondheid uit de weg te ruimen; alleen dan kan men van een bevrijdende gezondheidszorg spreken. Tenslotte meent Muller dat er ruim plaats is voor medische ontwikkelingssamenwerking, mits er aan een aantal voorwaarden voldaan kan worden, welke hij in het kort aanduidt onder het motto: samenspraak moet!

Annemarie Mol schreef voor 37.5 een recensie van het themanummer over medicalisering van het Engelse Radical Science Journal. Dit themanummer pakt de gezondheidszorg, de medische technieken en de medische wetenschap flink aan en plaatst deze zaken steeds terug in de maatschappelijke context. In het schetsen hoe het een en ander dan veranderd zou kunnen worden, blijken de schrijvers van het Radical Science Journal echter toch ernstig tekort te schieten. Dit is de reden dat Mol zich afvraagt hoe het nu moet in de periode vóór de, volgens de 'Radicals', verlossende marxistische revolutie?

De politieke exploitatie van de eerste lijn gaat onverminderd door

In dit artikel stellen Erik Heydelberg en Gerrit Salemink de vraag op welke wijze een beddenreductiemaatregel een bijdrage kan leveren aan daadwerkelijke structuurveranderingen in de gezondheidszorg.

Ze vinden dat een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden alleen zinvol is wanneer die maatregel samengaat met maatregelen die medicalisering verminderen en meer in het algemeen het zwaartepunt van gezondheidszorg verleggen naar de eerste lijn.

ERIK HEYDELBERG EN GERRIT SALEMINK

Volledige sluiting van 26 ziekenhuizen, sluiting van één of meer afdelingen van nog eens 75 ziekenhuizen en het opheffen van rond 1500 arbeidsplaatsen. Dat was de boodschap die verpakt lag in de beddenreductiemaatregel, waarmee Minister Gardeniers in de zomer van 1982 voor enorme opschudding zorgde. Tot op dat moment waren de bezuinigingen in de gezondheidszorg sluipend en voor buitenstaanders tamelijk ongemerkt verlopen; nu leek het zo hecht geachte bolwerk van de gezondheidszorg met één grote klap aangepakt te worden.

Toch hield de inhoud van de maatregel weinig nieuws in. Het ging de minister in feite om een versnelde doorvoering van de 3.7 promille-norm. Door de vermindering van de bezetting van de ziekenhuisbedden bleek het noodzakelijk om naast de geplande beddenvermindering nog eens 600 bedden extra te schrappen. Alleen zo kon op redelijke termijn (1990) de norm van 3.7 ziekenhuisbed per duizend inwoners gehaald worden. Nu is in alle tumult rond de maatregel het streven om tot beddenreductie te komen nauwelijks door iemand aangevochten. Velen zagen het als een noodzakelijke, zij het wat late, aanval op de wildgroei van ziekenhuizen, specialismen en consumptie van vaak overbodige of zelfs schadelijke medische behandelingsmethoden. De kritiek richtte zich vooral op de ontransparante besluitvorming van het ministerie die alle lokale en provinciale plannen doorkruiste. Een ander punt van kritiek was het voornemen van de minister om bij voorkeur hele ziekenhuizen te sluiten en kleinere ziekenhuizen te laten fuseren.

De Nationale Ziekenhuisraad, ziekenhuisdirecties, personeel en patiënten konden plotseling één front vormen tegen 't plomp bestuur van de minister. Een goed en gelukkig succesvol voorbeeld van verzet tegen de maatregel lijkt vooralsnog het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis. Met steun van het gemeentebestuur en grote delen van de bevolking, er werden onder meer 85000 handtekeningen verzameld, lijkt men erin geslaagd de idiotie van verspilling, die sluiting van dit moderne ziekenhuis is, te voorkomen. Een ziekenhuis bovendien dat problemen opvangt waar andere ziekenhuizen liever niet aan willen en waar alle specialisten in loondienst zijn (zie voor een verslag van de actie 'Behoud het Slotervaartziekenhuis' elders in dit nummer).

Al met al richtte de kritiek zich toch in hoofdzaak op de voorliefde van de maatregel en vocht men de criteria voor sluiting van de diverse ziekenhuizen aan. In dit artikel willen wij de vraag stellen op welke wijze een, op zich noodzakelijke, beddenreductie een bijdrage kan leveren aan daadwerkelijke structuurveranderingen in de gezondheidszorg. Daarbij is het onze stelling dat vermindering van het aantal ziekenhuisbedden alleen zinvol is wanneer deze vermindering

samengaat met maatregelen die medicalisering verminderen en meer in het algemeen het zwaartepunt van de gezondheidszorg daadwerkelijk verleggen naar de eerste lijn. We zullen allereerst de bestaande maatregel analyseren en vervolgens eerstelijns eisen aan de tweedelijns voorzieningen gaan stellen.

Verwerking van de voorstellen

Inmiddels zijn we sinds de afkondiging van de oorspronkelijke maatregel ruim een half jaar verder, is de minister verdwenen en het ministerie opgedeeld. We hebben nu te maken met een woud van plannen en aanbevelingen op het terrein van produktie- en capaciteitsbeperking van de tweedelijns gezondheidszorg. Beroepsverenigingen, koepels, provinciale en gemeentelijke besturen hebben met succes het centralistische karakter van de oorspronkelijke maatregel betreden. De plannen voor het beheeren en verminderen van de capaciteit van ziekenhuizen en specialismen zullen voor een groot deel op regionaal en lokaal niveau gemaakt kunnen worden, en wel in overeenstemming met de nieuwe Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

Onder druk van de dreiging om straks voor het voldongen feit van een kamerbesluit te staan, hebben verschillende belangenorganisaties zelf bezuinigingsplannen en voorstellen gemaakt. De Nationale Ziekenfondsraad gaf in november bijvoorbeeld de nota 'Ziekenhuizen en bezuinigen' uit. Een discussiestuk doordrenkt van 'no-nonsense'-mentaliteit, waarin onder meer gepleit wordt voor (geleidelijke invoering van) budgetfinanciering in plaats van de nu bestaande financiering per bed en per verrichting. Een ander voorbeeld van voor de wind uit lopen is het 'eigen' vestigingsbeleid dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft opgesteld. In al deze en soortgelijke stukken zitten voorstellen en ideeën die hout snijden. Toch blijft opkomen voor eigen hachje vaak een element dat een brede inhoudelijke visie op ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de weg staat. Nog te veel zijn bezuinigingsplannen en inhoudelijke verbeteringen twee verschillende, streng gescheiden circuits. Waarbij de bezuinigende overheid vaak wel handig gebruik maakt van slogans als 'beperken van medicalisering', 'versterken van de eerste lijn' en dergelijke om haar plannen de schijn van verantwoord beleid te geven. De beddenreductie-maatregel is bij uitstek een voorbeeld van het vermommen van grootschalig, vooral op kostenbeheersing gericht beleid als vernieuwende 'her-allocatie van middelen' binnen de gezondheidszorg. (allocatie = toewijzing, red.)

Uitpluizen van de maatregelen

Laten we eens nader bekijken wat er waar is van de stelling van het ministerie dat de beddenmaatregel zowel bezuinigt als tot structurele verbeteringen leidt.

Naast bezuinigingen zou de maatregel vooral financiële ruimte moeten opleveren om de eerstelijns gezondheidszorg te versterken, om de achterstand in de bouw van zwakzinnigeninrichtingen in te lopen en om aan de 'verwachte' vraag naar verpleeg- en bejaardenhuizen te kunnen voldoen. De Nationale Ziekenfondsraad heeft al bij het aankondigen van de maatregel berekend dat de sluiting van ziekenhuizen en het op grote schaal ontslaan van personeel door afvloeiingsregelingen, kapitaalverlies en dergelijk voor een reeks van jaren geen noemenswaardige bezuinigingen oplevert. Wat betreft de optie dat door de maatregel de eerste lijn versterkt wordt, kunnen we niet anders dan van een retorische truc spreken. De eerste lijn moet gaan dienen als 'substitutie' voor de vraag die straks niet langer in de tweede lijn terecht zal kunnen. Kennelijk moet dat op een koopje want zowel volumeuitbreiding als verbetering van de inhoudelijke samenhang van de eerste lijn blijven achterwege.

In werkelijkheid wordt de eerste lijn juist de afgelopen jaren uitgehold door het geleidelijk afbreken van het maatschappelijk werk en de gezins- en bejaardenzorg. Twee beroepsgroepen die juist bij uitstek geschikt zijn om medicalisering te voorkomen en thuiszorg te bevorderen. Hetzelfde geldt voor het kruiswerk waarvan de beloofde groei nauwelijks tot stand komt. De kraamzorg, thuiszorg bij uitstek, dreigt zelfs gehalveerd te worden van tien tot vijf dagen. De bezuinigers zijn, niet geremd door inhoudelijke criteria, voortdurend op zoek naar voorzieningen waarvan de output deelbaar is door twee of drie. Aan een meer vooruitlopend beleid komt men uiteraard helemaal niet toe. Zo beloofde de beddenmaatregel dat een deel van het af te vloeien personeel uit de ziekenhuizen terecht zou kunnen in de eerste lijn. Aan gespecialiseerde artsen, technisch en administratief personeel is daar nauwelijks behoefte. Alleen door de wijkverpleging flink te laten groeien zou een deel van de ontslagen verpleegkundigen op hun plaats in de eerste lijn kunnen krijgen, dan moeten wel de part-time opleidingen Maatschappelijke Gezondheidszorg uitgebreid worden, anders. In deze verpleegkundige kansloos legenoever bijvoorbeeld mensen met een Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde. Maar die uitbreiding komt er niet. Een zelfde treurig verhaal valt te vertellen voor het maatschappelijk werk en de gezins- en bejaardenzorg. Schone beloften in de nota's, hard snijden in de praktijk. Wel werkt men ondertussen aan

een vestigingsbeleid voor verschillende werkers in de eerste lijn. Dat is belangrijk, maar als instrument voor een versterking van de eerste lijn alleen bruikbaar wanneer men tegelijk ernst maakt met de uitbreiding van gezins- en bejaardenzorg, verbeterde regelingen voor maatschappelijk werk realiseert en huisartsen kleinere praktijken toewijst.

Daarnaast is een herziening van het verzekeringsstelsel aangekondigd. Dit kan inderdaad een instrument zijn om de besluitvormingsprocedures in de gezondheidszorg te beïnvloeden. Van verschillende kanten is er voor gepleit de hele eerstelijns zorg onder de AWBZ onder te brengen, teneinde de financiële onderbouw daarvan - vooral samenwerkingsverbanden - te versterken. Dit zou één van de mogelijkheden zijn tot versterking van de eerste lijn. De plannen van de regering met het verzekeringsstelsel lijken, voor zover bekend, een heel andere kant op te gaan; dat eigen bijdragen er een belangrijk bestanddeel van zijn, hebben we al gemerkt aan de ondoordachte f 2,50 per voorgeschreven geneesmiddel. Er zullen geen nieuwe voorzieningen onder de AWBZ worden gebracht, zo is gezegd. Er zal een algehele herziening van het verzekeringsstelsel worden uitgewerkt met een verplichte volksverzekering voor het basispakket, waarin vooral ziekenhuiskosten en andere zeer hoge kosten zitten. Voor de eerstelijns hulp en andere aanvullende zaken zal men zich particulier bij kunnen verzekeren.

Dergelijke plannen kunnen desastreus zijn voor de eerste lijn en voor de portemonnee van de laagstbetaalden. Het is duidelijk dat zij op deze kosten zullen gaan bezuinigen, waardoor de financiële basis onder de eerste lijn wordt weggeslagen ten koste van de gezondheidstoestand van de bevolking. 'Privatisering' lijkt het motto van de toekomstige gezondheidszorg te worden; ieder voor zich ten koste van de solidariteit, en een collectief voorzieningensstelsel.

Het klopt niet

Recente bezuinigingspogingen op buurtgerichte voorzieningen voor bejaarden- en verpleeghuizen wekken nog meer twijfel aan de goede bedoelingen van het overheidsbeleid. De beddenreductiemaatregel stelt dat leegkomende ziekenhuizen en afdelingen daarvan in de toekomst als bejaarden- en verpleeghuizen in te richten zijn om de gevolgen van de gevreesde 'vergrijzing' van onze bevolking op te vangen. Dat het bij die 'te verwachten vraag' gaat om een zelf-ervullende-voorspelling die voortkomt uit een verkrampt groot-schalig denken over voorzieningen, toonde Paul van der Maas in een recent artikel in het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg aan. Onder de titel 'De mythe van de ver-

grijzing' laat Van der Maas zien dat het huidige percentage bejaarden in onze bevolking niet erg hoog is, lager bijvoorbeeld dan in West-Duitsland, Zweden en Groot-Brittannië, en dat dit percentage de komende dertig jaren ook niet ingrijpend zal stijgen. Het betoog van Van der Maas komt erop neer dat de toekomstige behoefte van bejaarden aan zorg vrijwel onvoorspelbaar is, maar in ieder geval sterk afhankelijk van sociaal-economische factoren.

Eén van die factoren is in onze ogen ongetwijfeld de structuur die de gezondheidszorg tegen het jaar 2000 zal hebben. De keuze is duidelijk. Of een goed georganiseerde eerste lijn met aangepaste bejaarden- en verpleeghuizen in eigen wijk, thuis- en buurtzorg met ondersteuning van wijkverpleging, artsen en fysiotherapie en een beperking van medische experimenten op bejaarden. Of grootschalige, over-gemedicaliseerde bejaarden- en verpleeghuizen in grote geïsoleerde gebouwen met een flinke bezetting aan (psycho-)geriateren. En die keuze is al gemaakt wanneer je dec-tweede lijn verschaalt zonder de eerste lijn zowel in omvang als kwalitatief te versterken.

Een ander punt dat fnuikend is voor de verdere ontwikkeling van de eerste lijn is de tendens tot schaalvergroting van de tweede lijn, die door de beddenreductie wordt versterkt. De voorkeur van het ministerie om bij voorkeur hele ziekenhuizen te sluiten en kleinere ziekenhuizen te doen fuseren, maakt de bestaande spreiding van ziekenhuizen ongedaan. Hierdoor verlopen de contacten tussen de werkers in de eerste lijn en de specialisten uit de ziekenhuizen steeds moeilijker. De ziekenhuizen die over blijven, hebben nauwelijks meer een wijk- of streekfunctie. Een sterk voorbeeld van het verloren gaan van de spreiding van de ziekenhuizen door het doen fuseren of sluiten van kleinere ziekenhuizen is de situatie in de binnenstad van Amsterdam. Hier verdwenen in principe zes ziekenhuizen, zodat het zich liet aanzien dat de bevolking van de binnenstad en een deel van de negentiende-eeuwse wijken voor alle ziekenhuisfuncties, waaronder zelfs de eerste hulp, op ziekenhuizen in de Bijlmer en in Nieuw-West zouden zijn aangewezen. De pogingen om op het Wilhelmina Gasthuis terrein, een middelgroot ziekenhuis te realiseren, stuiten op enorme tegenstand van overheid en financiers. Door steun van de gemeenteraad en bevolking lijkt de kans op een ziekenhuis nu toch weer groter. Maar de tendens is duidelijk. De uitvoering van de beddenreductiemaatregel heeft niet alleen tot gevolg dat de regering de spreiding van de ziekenhuizen ongedaan maakt. De maatregel versterkt bovendien een ontwikkeling om alleen nog maar relatief grote ziekenhuizen te bouwen en te exploiteren. Maar zelfs ook deze wat grotere ziekenhuizen krijgen meer en meer niet alle specialismen in huis. Daarvoor moeten zij doorverwijzen naar vaak academische su-

percenta. Natuurlijk is er op uitzonderlijk gespecialiseerd medisch-technisch terrein wel iets te zeggen voor een zekere arbeidsdeling tussen ziekenhuizen. Maar wat nu dreigt te ontstaan is een verschraving van de normale ziekenhuisvoorziening ten gunste van een paar uiterst prestigieuze en moeilijk controleerbare specialismen-paleizen. De vraag komt dan ook op of bij een sterke beperking van de middelen wel zoveel aandacht gegeven moet worden aan de academische, wetenschappelijk zeer geavanceerde gezondheidszorg. Zeker wanneer daar iedere menselijke maat, hoe moeilijk ook te definiëren, verloren gaat en er tegelijkertijd een tot op het bot uitgeklede eerste lijn en een mager netwerk van te grote en onpersoonlijke algemene ziekenhuizen ontstaan.

Vraagtekens

Als men bedenkt dat de capaciteitsvermindering in de tweede lijn niet alleen door middel van beddenreductie, maar ook door concentratie van de voorzieningen in grotere eenheden wordt nagestreefd, dan valt te concluderen dat ook al zou de eerste lijn worden versterkt, deze het nochtans moeilijk zou krijgen in relatie met de aldus gesaneerde tweede lijn. De tweedelijns voorzieningen zullen zoals gezegd nog slechts grootschalig zijn en vaak ver van de woonbuurten verwijderd. Vandaar de noodzaak tot het stellen van eerstelijns eisen aan tweedelijns voorzieningen. Goede samenwerkingsvormen tussen eerste lijn en tweede lijn zijn tot nu toe vooral ontstaan rondom kleinschalige tweedelijns voorzieningen met een beperkt verzorgingsgebied; dus dichtbij de plek waar de patiënt woont en waar de eerstelijns werkers zich bewinden. In samenspraak kunnen de klinische en poliklinische behandelingen worden gepland; overleg kan plaatsvinden over tussentijds optredende, onverwachte wendingen in een ziekteverloop; ontslag en overdracht naar de eerstelijns opvang kan worden voorbereid. Heel gewoon is echter nu nog dat compleet langs elkaar heen wordt gewerkt: heeft de patiënt eenmaal de drempel naar de tweede lijn overschreden, dan zet zich een geheel autonoom mechanisme in werking, waar zelfs met herhaald ziekenhuisbezoek of telefonisch contact door de eerstelijns werkers geen invloed meer op uit te oefenen is. De patiënt die zich al vaak machteloos voelt tegenover zijn of haar ziekte, gaat zich, vooral als er een ernstige ziekte in het spel is, afhankelijk voelen van het zorgsysteem. Het systeem levert niet alleen deskundigen die wellicht noodlottige ontwikkelingen nog kunnen verhinderen, maar biedt ook verzorging en aandacht, die thuis vaak niet verkrijgen

zijn. De prijs die men moet betalen als men zorg in een gespecialiseerde kliniek zoekt, is dat men zich blootstelt aan de meest uiteenlopende diagnostische en therapeutische handelingen. Handelingen waarvan het nut voor de patiënt allang niet meer ter discussie staat. De behandelaars hebben belang bij zoveel mogelijk verrichtingen en beschikken over oneigenlijke overtuigingskracht. Het lijkt bijzonder on dankbaar om in ruil voor alle zorg deze prijs niet te willen betalen, en eenmaal plat in het ziekenhuis zijn er maar weinigen die nog protesteren of weigeren.

A. de Swaan spreekt in dit verband van 'functieverlies' van patiënten. Verbeteringen kunnen slechts worden bereikt bij handhaving en uitbreiding van kleinschalige eenheden met beperkt verzorgingsgebied, waar klinische en poliklinische zorg geboden kunnen worden. Het is daarom nodig ingrijpende verrichtingen ten alle tijde te motiveren en daarbij uit te gaan van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt die de mogelijkheid zal moeten hebben voor overleg daarover met zijn of haar vertrouwensfiguren in en buiten het systeem, eventueel op 'neutraal terrein' (thuis!). Kortom er zal erkenning moeten komen of moeten worden afgedwongen dat de continue relaties die patiënten met hun eerstelijns werkers hebben, ook van kracht zijn en door patiënten gebruikt kunnen worden tijdens behandeling in de tweede lijn.

Een verbeterd verwijskaartensysteem zal daarbij van nut kunnen zijn. Met name denkt men aan de invoering van een zogenaamde consultkaart waarmee een specialist om beoordeling en advies kan worden gevraagd, zonder dat daar automatisch behandeling en controle aan mogen worden gekoppeld. De verwijzer moet daartoe dan eerst een behandelkaart uitreiken, waarbij de specialist dan eerst met argumenten zal moeten komen.

In het algemeen moet het doel van het beleid zijn patiënten zolang mogelijk 'in de eerste lijn te houden'. Het functieverlies is daar het minste en de zorg is er niet gekoppeld aan medische technologie. In die gevallen waar toch intensievere verzorging nodig is dan buiten het ziekenhuis geboden kan worden, zou een beroep moeten kunnen worden gedaan op genoemde kleinschalige eenheden voor klinische en poliklinische zorg, die in goede harmonie met de plaatselijke eerstelijns zorg kunnen functioneren.

Er is er maar één die dan nog roet in het eten kan gooien, en dat is de patiënt zelf die verdere specialistische expertises voor zich opeist. Deze eis is een belangrijk element in de zuigkracht van de gespecialiseerde tweede lijn. Gevoelens van onzekerheid, angst en machteloosheid over het ingewikkelde maatschappelijke gebeuren om ons heen verhalen zich in onzekerheid en machteloosheid ten aanzien van het eigen innerlijk functioneren, waardoor ieder teken

van dysfunctioneren paniek en woede oproept. Vanuit deze gevoelens zoekt de patiënt de zekerheid van een deskundige beoordeling en stelt de eis dat alles, koste wat het kost, in werking wordt gesteld om de oorzaak op te sporen en het dysfunctioneren op te heffen. Men heeft er immers goed voor betaald en ontleent daar niet geheel onterecht het recht aan om deze eis aan het systeem te stellen. Eerstelijns werkers beschikken niet over voldoende instrumentarium om deze angst en woede te hanteren. Hun benadering staat of valt met de mogelijkheid om de patiënt te kunnen overtuigen van de niet medische achtergrond van de klachten. Dit stelt bijzondere eisen aan hun vaardigheden op dat terrein.

Er gaan wel stemmen op die in de stijl van 'schoenmaker, blijf bij je leest' de huisartsen willen bewegen meer bij hun oorspronkelijke taak te blijven: het medisch-somatisch handelen. Zij zouden de rest over moeten laten aan anderen, die daar beter voor geschoold en toegerust zijn. In deze visie is de fout die de huisartsen in de afgelopen decennia gemaakt hebben, het naar zich toe trekken (of het niet van zich afstoten) van allerlei oneigenlijke taken op het gebied van de geestelijke problemen van hun patiënten. Dit is ten koste gegaan van hun oorspronkelijke taak; zij gingen het eenvoudig handwerk verwaarlozen, dat daardoor gemakkelijk tweedelijns werk werd.

Hoewel dit laatste juist is in veel gevallen, is het zo toch geen afdoende verklaring. De oneigenlijke taken zijn de huisartsen niet toegevalen, omdat zij dit nastreefden, maar omdat er een aantal maatschappelijke ontwikkelingen optraden die ertoe leidden dat de instanties waar de mensen zich traditioneel vervoegden voor geestelijke hulp en leiding, in snel tempo in verval zijn geraakt. Aan de andere kant zijn door de combinatie van fragmentatie van het sociale leven (men leeft minder gebonden met anderen; men is in mindere mate opgenomen in allerlei grotere sociale structuren) met de geweldige verbetering van de communicatiemiddelen (waardoor men onmiddellijk over het totale wereldgebeuren is geïnformeerd) de kansen om geestelijk gedesoriënteerd te raken eerder toe- dan afgenomen. Buiten de directe familiekring die steeds kleiner wordt, zijn de huisartsen vaak de enige vertrouwensfiguren met wie de mensen een vaste relatie onderhouden. De omstandigheid dat deze professionele vertrouwensfiguur een medicus is, zal niet de enige reden zijn dat de geestelijke desoriëntatie zich als medische symptomatologie manifesteert. Fragmentatie en vervreemding zijn verschijnselen die zich ook in het persoonlijk functioneren voortzetten, waardoor mensen lichamelijke klachten niet meer als uiting van emoties herkennen.

De vraag is niet zozeer of de huisartsen deze taken wel op

zich hadden moeten nemen, maar wat ze er mee moeten, nu ze eenmaal op hun bureau belanden. Zo is het ook niet zozeer de vraag of zij dit nu weer moeten afstoten en of zij moeten teruggaan naar hun oorspronkelijke taak, alswel hoe de opvang van enerzijds de medisch-technische en anderzijds de psychosociale problemen moet worden georganiseerd. Gezien het feit dat in Nederland de bevolking op dit moment haar psychosociale problematiek, voor zover ze daar hulp voor zoekt, bij de huisartsen op tafel legt en terwijl het medisch handelen vooral in de steden voor een groot deel al automatisch tweedelijns werk geworden is, zal op een of andere manier daarbij aangesloten moeten worden.

Wel kan er naar gestreefd worden de centrale positie die de duizendpotige huisarts inneemt terug te dringen door mensen het alternatief van de andere eerstelijns hulpverleners duidelijker aan te bieden. De eerstelijns werkers zouden beter op de opvang van psychosociale problemen moeten zijn voorbereid. Daartoe moeten hun samenwerkingsmogelijkheden worden uitgebouwd of beter onderbouwd, en hun mogelijkheden voor onderzoek, consultatie en diagnostiek in eigen beheer worden uitgebreid. Deze opvang van psychosociale problemen zou zich op bewustwording en verheldering moeten richten en op het voorkomen van onnodige medisch-specialistische expertises.

Zoals de situatie nu is verwijzen de eerstelijns werkers eenvoudig medisch-technisch handelen (kleine ingrepen op chirurgisch en gynaecologisch terrein en uitgebreidere diagnostiek), of gaan patiënten via eerste hulpposten direct naar de tweede lijn (traumatologie). Wij stellen ons voor dat er een tussenvoorziening moet komen, eventueel gekoppeld aan de eerder genoemde kleinschalige tweedelijns eenheden voor klinische en poliklinische zorg. En wel zo dat er geen drempel is naar de technische geavanceerde, centralistische tweedelijns voorzieningen met hun eigen dynamiek. De eerstelijns werkers en de werkers in de kleinschalige voorzieningen met beperkt verzorgingsgebied kunnen dan behalve patiëntgerichte contacten (in het kader van een behandeling of ter consultatie) opbouwen, ook zinvolle informatie uitwisselen over functies, disciplines en voorzieningen in de beide sectoren. En kunnen ze ook projecten opzetten voor scholing en toetsing.

Een ander middel tot versterking van de eerste lijn zou een integratie van de curatief gerichte voorzieningen met de op preventie gerichte basisgezondheidsdiensten, zoals bijvoorbeeld Gemeentelijke Gezondheidsdienst-wijkposten voor bejaardenwerk, geestelijke hygiëne en jeugdgezondheidszorg, kunnen zijn. Op dit moment werken de verschillende systemen op vaak indrukwekkende wijze langs elkaar heen, terwijl de mensen de functie van de verschil-

lende instanties vaak niet uit elkaar kunnen houden.

Zonder wil geen weg

Het is duidelijk dat de verbetering van de structuur en systematiek van de zorg buiten de grote geavanceerde centra (datgene wat men zou kunnen samenvatten in de term: versterking van de eerste lijn) investeringen zal vergen die er pas later weer uit kunnen komen in de vorm van een verminderd beroep op de tweede lijn. Zolang de bereidheid om uit de capaciteitsvermindering van de tweede lijn vrijkomende middelen en mensen in de eerste lijn in te zetten niet bestaat, zal van een werkelijke versterking geen sprake zijn.

Verslag van een aktie voor behoud van een ziekenhuis

Slotervaart blijft open!

Juli 1982. Minister Gardeniers kondigt een maatregel aan: achtduizend ziekenhuisbedden gaan verdwijnen. Een nieuw ziekenhuis in Amsterdam, 'Het Slotervaart', moet in zijn geheel opgeheven worden.

Wat voelen dokters, verpleegkundigen en andere werkers wanneer ze horen dat het ziekenhuis waarin ze werken sluit? Wat doe je dan? Je gaat vechten voor het behoud van je werk; je richt een actiegroep op.

Een relaas door en over de werkers in 'hun Slotervaart', die door gezamenlijke actie het voortbestaan van hun ziekenhuis veilig wisten te stellen. "Het Slotervaart blijft open". Zo eenvoudig is dat!

MARIJKE DE NIE en anderen

Wat is het Slotervaart ?

"... Je werkt in een ziekenhuis waar je in opleiding bent voor verpleegkundige A. Je weet dat je ontslagen wordt wanneer je klaar bent, dus een binding voor drie-en-een-half jaar met datzelfde ziekenhuis, maar met vele verschillende afdelingen. Je hoort thuis in het Slotervaart. Daar hoor je dat mevrouw Gardeniers een of andere 'bijl' in het hoenderhok gooit. Ziekenhuis dicht. Plotseling voel je je zo één met het Slotervaart Ziekenhuis dat je tot veel dingen bereid bent. Dan wil je 'vechten' voor het behoud van je ziekenhuis. Op dat moment ontdek je wat Slotervaart voor je betekent ..."

Op dertig december 1975 werd het gemeentelijk Amsterdams ziekenhuis met 721 bedden geopend. Na de vrijwillige beddenreductiemaatregel in 1981 heeft het ziekenhuis nog ot:) erkende bedden. In het ziekenhuis werken ongeveer twaalfhonderd mensen. Het Slotervaztziekenhuis is het enige algemene ziekenhuis waar alle specialisten in een vnlleog dienstverband werkzaam zijn.

"... He't bericht komt als een donderslag bij heldere hemel: Minister Gardemers is - al stoeiend met bezuinigingsmaatregelen - tot de conclusie gekomen, dat Nederland veel te veel ziekenhuisbedden in gebruik heeft, dat er dus vele honderden moeten verdwijnen, die daarom dan ook maar opgeheven moeten worden ... en daarbij noemt zij ook het Slotervaart, ons Slotervaart, mijn Slotervaart. Mijn eerste reactie was: dat kan dus zomaar gebeuren ... dat kan dus ook ons overkomen. Tweede reactie: ze zijn toch niet gek! Zo'n gloednieuw ziekenhuis! Kan niet waar zijn!

Die avond in het Journaal zegt Gardeniers met een onbewogen gezicht dat gebouwen inventaris van het Slotervaart best een goede bestemming zullen vinden. We zijn nog niet eens dicht, maar de boel wordt al onder ons gat vandaan gehaald. Welja! Maar dat gaat zomaar niet! De volgende ochtend tonen alle kranten op de voorpagina een grote foto van ons Slotervaart. Ons hart gaat er sneller van kloppen; we houden nog veel meer van ons ziekenhuis dan gisteren en we besluiten het niet zonder strijd uit onze handen te geven. We zijn zonen en dochteren van Jan de Witt en dat zal Til wel merken ook! ..."

Wat wil Til?

In juli 1982 stelt minister Gardeniers de directie per brief op de hoogte van haar voornemen om versneld achtduizend



ziekenhuisbedden op te heffen. Zij beschrijft een plan tot structurele ombuigingen binnen de gezondheidszorg, waarin ze zich beroept op de financieel-economische situatie van ons land (Voorjaarsnota 1982) en op de noodzaak de groei van de tweedelijns gezondheidszorg terug te dringen ten behoeve van een versterking van de eerste lijn. Bij het plan zit een lijst met de voorlopig aangewezen ziekenhuizen: voor de regio Amsterdam stond daarop, naast vooral kleine Amsterdamse ziekenhuizen, het Slotervaartziekenhuis. Als wettelijke basis noemde ze de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (artikel 18a en 29). Het plan zou rond 1990 uitgevoerd moeten zijn. Voor het Slotervaartziekenhuis kwam dit plan als een grote verrassing; immers in het voorjaar had een stuurgroep, samengesteld vanuit gemeente en provincie, in haar rapport 'Schets en hoofdlijnen Amsterdamse ziekenhuissituatie' andere plannen ontwikkeld. Deze stuurgroep kreeg de opdracht advies uit te brengen aan Gedeputeerde Staten over de te nemen maatregelen voortvloeiend uit de zogenaamde 3.7/00-norm (Wet Ziekenhuisvoorzieningen). Het rapport van de stuurgroep beschreef een aantal alternatieven voor betere verdeling van bedden in de regio, maar sluiting van het Slotervaartziekenhuis was in geen van de alternatieven aan de orde. Op het moment van de lancering van het voorstel van minister Gardeniers was de werkgroep druk bezig de op- en aanmerkingen van diverse instellingen te verwerken in een tweede advies, wat uitgebracht moest worden aan Gedeputeerde Staten van Noord-Holland. Al snel bleek het volgende: volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen hebben de provincies een grote inbreng in de planning van de gezondheidszorg. Pas als er geen plannen ingediend zijn door Provinciale Staten, kan de minister zelf de plannen maken. De door de minister voorgestelde procedure zou minstens zestien maanden in beslag nemen... De door de minister gewenste procedure was aanvechtbaar. Het leek ons vooral de taak van Provinciale Staten om dat duidelijk te maken. Lij konden zich samen met de Tweede Kamer verzetten tegen de door de minister gekozen procedure om de bezuinigingen te bereiken. Bij het vaststellen van een plan voor de regio Amsterdam heeft het College van Burgemeester en Wethouders een belangrijke stem. Voor Amsterdam is de mening van dit College van vitaal belang voor de vaststelling van de gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen en de handhaving van het gemeenteziekenhuis in het bijzonder. Om het College te ondersteunen bij de meningsvorming zou de opinie van de bevolking belangrijk zijn.

De geboorte van de actiegroep

We waren verbijsterd en vol ongeloof: "Onze slechte financiële positie zal wel doorslaggevend geweest zijn" of "Het gemeentebestuur wil van zijn gemeenteziekenhuis af". Er moest iets gebeuren. De medezeggenschapscommissie organiseerde enkele bijeenkomsten. Snel groeide het besef dat acties niet uitsluitend door de medezeggenschapscommissie georganiseerd moesten worden, maar door een bredere groepering. We richtten een actiegroep op: 'Behoud Slotervaartziekenhuis'.

"... Dezelfde mensen die altijd overal tegen in opstand komen, begonnen ook deze keer met het op touw zetten van acties. Zelf ben ik nooit zo actiebelust, maar vond het deze keer toch wel belangrijk om mee te doen..."

"... De eerste vergadering van het actiecomité was een groot succes. Daar zit je dan, eng, bang om wat te zeggen, maar voor je ziekenhuis doorbreek je dat en praat je mee..."

"... Verzet werkt bevrijdend; de mensen blijken opeens veel creatiever en inventiever te kunnen zijn dan je ooit gedacht had..."

Samenstelling van de actiegroep

De groep was samengesteld vanuit alle beroepsgroepen en diensten uit het ziekenhuis. Artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers namen deel op persoonlijke titel en niet als vertegenwoordigers van een groep medewerkers. De besluitvorming werd vertraagd doordat in het begin de deelnemers aan de actievergadering wisselden. Voordeel van deze wisseling was wel dat vele nieuwe ideeën naar voren kwamen. We besloten tot het oprichten van een kerngroep. De leden van deze kerngroep waren een chirurg, een personeelswerker, een doktersassistente, een hoofdverpleegkundige, een bacterioloog, een biochemicus, een coördinerend hoofdverpleegkundige en een leerling-verpleegkundige. Zij behoorden niet tot de topfunctionarissen van het ziekenhuis en waren makkelijk aanspreekbare personen voor alle medewerkers. Na korte tijd erkenden de meeste medewerkers in het ziekenhuis deze kerngroepleden, die zorgden voor voortgang tussen de wekelijkse vergaderingen, die beslisten over uitvoeringszaken en die actievergaderingen voorbereidden. Zij waren een vraagbaak voor vele medewerkers en traden op als woordvoerders van de actiegroep 'Behoud Slotervaartziekenhuis'.

Werkwijze

Vanuit de actiegroep vormden zich werkgroepen die zich bezig hielden met bepaalde activiteiten. Er was een werkgroep 'handtekeningen verzamelen', een werkgroep 'financiën'. Een groep medewerkers begon buttons te maken en bestelde stickers.

"... Medewerkers stelden hun kennis en kunde ter beschikking; een amateur-fotograaf maakte een ontwerp-affiche, tekenschrijvers bedachten leuzen, de timmerman hielp met het latjes maken voor de spandoeken; medewerkers van de postkamer beheerden het actiemateriaal (voor iedereen een gemakkelijk centrale post). De medewerkers van de naai-kamer maakten spandoeken die weer bedrukt werden door lesgroepen leerling-verpleegkundigen in het handenarbeid-lokaal. Op de reproductieafdeling verzorgde men al het kopieerwerk, wat altijd een haastklus was. Spontaan meldden mensen zich aan om affiches te plakken, buttons te maken, handtekeningen te tellen, of cabaret te maken ..."

"... Al wie het hart sneller voelt kloppen bij de sluitingsbedreiging, klimt ergens in: iemand stelt zijn huis ter beschikking voor het vervaardigen van buttons met de tekst 'Het Slotervaart blijft open'. In de buttonfabriek werken alle mogelijke afdelingen van het ziekenhuis zich letterlijk de blaren in de handen, verzwellen liters koffie en een enkel pilsje en liggen om beurten onder tafel van het lachen bij de ervaringen die uitgewisseld worden ..."

Tijdens de wekelijkse actievergadering stelden de deelnemers samen de grote lijn vast, waarna zij zelfstandig konden werken. Veel handelden nu in de wandelgangen tussendoor af, wat de snelheid van handelen bevordert heeft. Besluitlijsten publiceerden zij direct na de vergadering op de algemene publikatieborden.

Financiën

Aanvankelijk storten medewerkers spontaan grote en kleine bedragen op het actie-gironummer. Ook verliep de verkoop van stickers en buttons goed.

"... Er komt een kraampje in de hal voor de verkoop van buttons, later ook van de stickers en het verzamelen van handtekeningen. De buttons kosten één gulden per stuk. We staan er ietwat bevangen; het is niet niks om je waar luidkeels aan te prijzen als je dat nog nooit gedaan hebt. Maar het is voor ons Slotervaart, dus bleren maar: 'Is het Slotervaart, U een gulden waard?'. De eerste twee gulden

liggen zielig bij elkaar als er een 'klant' komt die er zo maar drie tegelijk koopt. Grote klasse! Gaan de zaken effe goed! Hij haalt honderd gulden te voorschijn. Voorzichtig vertellen we hem, dat we nog maar net begonnen zijn en hem niet terug kunnen geven van dit machtige biljet. Ondertussen bidden we de Allerhoogste dat de man toch maar even drie piekjes uit zijn broekzak zal toveren. Maar wat gebeurt er? Dromen we? De man zegt: 'Laat maar zitten voor de pot!' ..."

Om echter verzekerd te zijn van vaste inkomsten voor de te voeren acties, konden medewerkers via machtigingen, een vaste maandelijkse bijdrage storten op het gironummer; dit verzorgde de salarisadministratie. De actiegroep streefde er naar en is erin geslaagd om financieel zelfstandig te blijven; daarvoor benoemde ze een kascommissie. De twee advertenties in de plaatselijke dagbladen zijn ook uit dit fonds betaald.

Contacten met de medewerkers

Doordat een ziekenhuis een continu-bedrijf is waar mensen 24 uur per dag werken, is het moeilijk de medewerkers erbij te betrekken en ze te bereiken. De actiegroep was zich goed bewust van het gevaar dat zij geïsoleerd zou kunnen raken van de rest van de medewerkers. Om dit te voorkomen zijn er een aantal communicatiewegen bedacht.

1 De interne krant 'Nieuws van de week': De redactie van het twee-maandelijkse blad 'Sloterpraat' bood direct aan om via een interne krant wekelijks de nieuwsvoorziening te verzorgen. Deze krant, later 'Nieuws van de week' genoemd, nam het verslag op van de actievergaderingen. Zodoende waren alle medewerkers in staat op de hoogte te blijven van de activiteiten van de actiegroep en van de ontwikkelingen van en de reacties op de plannen van de minister. Omdat de nieuwsvoorziening soms zeer snel moest verlopen hingen er op vijf plaatsen in het ziekenhuis goed herkenbare muurkranten.

2 Video en ziekenhuisomroep: Van alle acties op straat maakten we video-opnamen. De daaropvolgende dagen draaiden we deze opnamen af in het personeelsrestaurant. Zodoende konden de thuisblijvers of diegenen die moesten werken toch de sfeer meeleven en het verloop blijven volgen. Voor één straatactie werd een cabaretgroep opgericht; zij maakten liedjes, repeteerden deze en hadden een generale repetitie in het personeelsrestaurant tijdens de middag-pauze. Ook de patiënten wilden we niet vergeten. Via Radio Domino, de ziekenhuisomroep, konden zij de reportages



van onze acties volgen.

Contacten met de Medezeggenschapscommissie en de directie

Omdat het Slotervaart een gemeentelijk ziekenhuis is, heeft het gekozen voor een medezeggenschapscommissie. Dit is het officiële orgaan van de medewerkers en te vergelijken met een ondernemingsraad in niet-overheidsinstellingen. De medezeggenschapscommissie heeft regionale bijeenkomsten georganiseerd met alle medezeggenschapscommissies en ondernemingsraden van instellingen in de regio Amsterdam. Vanuit de medezeggenschapscommissie nam iemand deel aan de actievergadering en verzorgde zodoende de communicatie. De relatie tussen de actiegroep en de directie was goed; incidenteel bezocht een directielid de vergadering. De directie en de actiegroep streefden hetzelfde doel na, maar erkenden van elkaar dat de actiemethoden verschillend waren. In het algemeen had de actiegroep volledige vrijheid van handelen en was de directie makkelijk toegankelijk voor overleg. De directie informeerde de actiegroep over ontwikkelingen in diverse overlegorganen zoals de overheid en Nationale Ziekenfondsraad, en nam, als het enigszins mogelijk was, deel aan de straatacties. Stilzwijgend ontstonden gedurende het verloop van de acties een aantal niet vastgelegde 'spelregels' tussen de directie en de actiegroep: zij lichtten elkaar wederzijds in over acties en te verwachten publikaties; de directie gaf de actiegroep de vrijheid om gebruik te maken van de faciliteiten binnen het ziekenhuis, zoals vergaderruimte, kopieermogelijkheden en gebruik van technische diensten.

Slotervaart en de media

In het begin, bestond bij de medewerkers van het ziekenhuis een behoorlijk wantrouwen tegen de schrijvende pers. Dit was door de jaren heen ontstaan door de manier waarop door een verslaggever van het Parool het ziekenhuis in een negatief daglicht werd gesteld. De financiële situatie en het bestuurlijke functioneren haalden de voorpagina van deze krant. Hoewel de hulpverlening en de patiëntenzorg nooit in deze artikelen aan de orde kwamen, ervoer men toch een zekere mate van kritiek op de manier van werken; "ik werk

in dit slecht functionerende ziekenhuis", zo vertaalde men de kritische kanttekeningen. Eén van de middelen om actie te voeren is aandacht trekken door publiciteit. Dit betekende dat het wantrouwen tegen de pers overboord gezet moest worden. Door middel van eerlijke, uitgebreide en duidelijk geschreven persberichten bracht de actiegroep de pers op de hoogte van de acties en de achtergronden. Terugkijkend heeft deze werkwijze succes gehad; tot onze eigen verbazing gaven de journalisten van de kranten, de radio en de televisie onze acties en boodschappen goed weer. Toen het vertrouwen hersteld was, ontstond er een goede relatie met de pers, met name met de plaatselijke pers en Radio Stad Amsterdam.

Actiemethoden

Als eerste actie naar buiten kozen we het verzamelen van handtekeningen van de Amsterdamse bevolking ten teken van solidariteit, en het aanbieden van deze handtekeningen aan Burgemeester en Wethouders van Amsterdam. Indirect vormde dit een pressiemiddel naar de Provinciale Staten en de leden van de Tweede Kamer. Er zijn drie grote handtekeningenacties gehouden door een grote groep medewerkers: op de Albert Cuypmarkt, op het Spui en op het Osdorpplein. Zorgvuldig heeft de actiegroep vermeden de acties te richten op het behoud van het Slotervaartziekenhuis ten koste van de nabijgelegen andere ziekenhuizen. De actiegroep propageerde een evenwichtige planning van de gezondheidszorgvoorzieningen in de regio.

"Ik besloot mee te doen met de actie op het Spui. Ik woon zelf in Hoorn; dus betekende dit op mijn vrije dag vroeg uit de veren. Dit zou om een uur of tien beginnen. In de trein voelde ik mij al wat opgelaten en bij het Spui aangekomen werd dit nog erger. Her en der liepen wat mensen van het Slotervaartziekenhuis; sommigen duidelijk afwachgend, anderen al druk in de weer met het opzetten van een marktkraam in de Kalverstraat. Langzaam maar zeker kwamen er meer mensen van het Slotervaartziekenhuis. Het was een gek idee om met mensen die je vaak alleen maar van gezicht kent, een actie te voeren die toch voor allen een gelijk doel heeft: het behoud van eigen werk en het behoud van een belangrijk deel van de gezondheidszorg voor de mensen in Amsterdam. Mensen uit het ziekenhuis zijn nu medestrijd(st)ers en gesprekspartners. Inmiddels was het podium opgebouwd en had de eerste spreker zijn woordje gedaan. De meeste medewerkers hadden een witte jas aangetrokken. Ik voelde me in het begin voor gek lopen en beslist niet op mijn gemak. Volgens mij speelt hier mee, dat ziekenhuisme-

dewerkers gewend zijn dat de patiënten en bezoekers naar hen toe komen en dan een heroep doen op hun deskundigheid. De straatactie maakt dat zij buiten de ziekenhuismuren als herkenbare ziekenhuismedewerkers naar de bevolking toe moeten gaan. Ze moeten zich kwetsbaar opstellen, omdat ze door het vragen van handtekeningen indirect beoordeeld worden door de bevolking. Als alle hoge bomen vangen wij ook veel wind. We voeren bedden mee en zitten doorlopend met de wielen in de tramrails. Een collega met een gebroken been komt ons uitstekend van pas: we vervoeren haar in de optocht als een patiënte op de brancard ..."

"... Medewerkers die alleen kwamen kijken, verwisselden spontaan hun jas met een witte jas en gingen handtekeningen verzamelen ..."

"... Daar ging ik dus met mijn witte jas en handtekeningenlijst op mijn eerste 'slachtoffer' af. Na een paar keer slikken durfde ik iemand aan te spreken en het ging steeds beter. Het viel me op dat de meeste mensen erg positief reageerden; men wist meestal ook waarom het ging; soms moest ik echter het een en ander uitleggen. 'Af en toe' wijgerden mensen een handtekening te zetten, omdat ze het er wel mee eens waren dat het Slotervaartziekenhuis dichtgaat; dit dan naar aanleiding van de negatieve krantenberichten. Vervelend vond ik de mensen die je echt negeerden. Gebeurde dit een paar keer achter elkaar dan stopte ik weer een poos met handtekeningen ophalen. Het was al met al een lange dag, en aan het eind was ik blij dat ik weer binnen kon zitten met een warm drankje ..."

"... 'Is dat nou een echte dokter die daar loopt te blèren?'. Jazeker, meneer, namaak-dokters hebben we niet!!..."

Aan het eind van de dag kon het gevoel van zelfvertrouwen 'niet meer stuk'. De uitzending via het NOS-journaal besloot de eerste actiedag; deze uitzending was van essentieel belang voor diegenen die gewerkt hadden of thuis gebleven waren.

Dokters in dienstverband

"... Medisch specialisten in volledig dienstverband, zoals alle werknemers; het einde van een uitzonderingspositie, van een eigen belangenorganisatie die de prijzen voor verrichtingen, onderzoek en behandeling bij ziektekostenverzekeraars bedingt. Het is een begrip, passend bij de collectieve voorzieningen zoals water, gas, elektriciteit en spoorwegen. Daar hoort dus dienstverband bij en niet een vrij beroep. Een standpunt, door vele politieke partijen ingenomen,

door geen partij gerealiseerd. Bij onze acties werd dus door pers, radio en televisie het dienstverband voor artsen in het Slotervaartziekenhuis naar voren gebracht als bijzonder motief om te blijven bestaan. Indrukwekkend was het tegenspel van de Landelijke Specialisten Vereniging, onverbloemd tegenstander van het werken in dienstverband. En minstens even indrukwekkend was de houding van de Amsterdamse Specialisten Vereniging, waarvan geen lid op de gedachte kwam voor de 'collega's' in het Slotervaartziekenhuis enig teken van belangstelling te tonen in verband met de dreigende sluiting en het daaruit voortvloeiende ontslag. Artsen hebben zich altijd buiten de politiek gehouden, specialisten sterker nog dan huisartsen. Een uitgesproken mening zou immers de vertrouwensrelatie met de patiënt kunnen schaden. Artsen zijn een behoudende, meestal rechtse, zwijgende groep. Artsen die dagelijks in de dankbare sfeer van bewondering van hun patiënten staan, zijn weinig geneigd tijd en toewijding in te ruilen voor het moeizame ploeterwerk, dat democratisering van het ziekenhuis heet en dat via een medezeggenschapscommissie in werkgroepen, commissies of overlegvergadering tot stand moet komen. Dit, als actie, hebben ons gekind dat we hijsd andere werkers van het ziekte-huis horen, dat zij veel voor het ziekenhuis en dus ook voor onze groep gedaan hebben en dat wij dus bij die acties niet achter konden blijven. Sommige artsen zijn de schellen van hun a-politieke ogen gevallen, toen zij merkten dat sommige politieke partijen vóór radicale sluiting van hun ziekenhuis waren en andere tegen. Aan zoiets hadden ze nog nooit gedacht! ..."

"... De artsen aarzelden volgens mij niet meer of minder dan de rest van de medewerkers. Verhoudingsgewijs waren er waarschijnlijk meer artsen actief bij het actievoeren dan andere categorieën medewerkers. Artsen die het werken in dienstverband kiezen zijn minder conservatief en minder geïmponeerd door de hiërarchie en de poeha rond wat men de medische professie noemt ..."

"... Ook artsen demonstreren mee en Amsterdam ligt op apegapen. Amsterdam eerbiedigt artsen en zo'n demonstrerende arts wordt bewonderd als een onbekende diersoort. We moeten hen aanwijzen en zij ontvangen als gewone mensen de adhesie van het publiek ..."

Terugblik

Als we het hele proces van actievoeren weer de revue laten passeren, komen we tot de conclusie dat de acties geslaagd zijn. In de eerste plaats omdat minister Gardeniers in okto-

ber haar plan ingetrokken heeft; in de tweede plaats omdat het actievoeren heeft geleid tot het besef dat ziekenhuispersoneel gezamenlijk acties aandurft en in staat is deze te voeren. We hebben het gevoel actief de negatieve publieke opinie en de twijfel bij het College van Burgemeester en Wethouders te hebben veranderd. De negatieve meningen over de zogenaamde hoge kosten van het ziekenhuis in het algemeen en de geriatrie en het volledig dienstverband van specialisten in het bijzonder zijn omgezet in positieve aspecten om vooral het ziekenhuis te behouden. Ook het College van Burgemeester en Wethouders is hiervan overtuigd. Naar ons idee is ook een zeer belangrijk moment geweest dat artsen, weliswaar aarzelend, deelnamen aan de straatacties. Zij hebben met deze daad wel wat kritiek moeten doorstaan van hun collega's, omdat men vond dat zij zich op de grens van geneeskunde en reclame begaven. Het is echter binnen en buiten het ziekenhuis essentieel geweest dat 'zelfs' artsen op de markt mee liepen om handtekeningen te verzamelen.

"... Op de markt van de Bijlmermeer vroegen de marktkooplui affiches om op te hangen, omdat ze zagen dat ik met een button van het Slotervaartziekenhuis opliep. Het leukste was dat ik na afloop van alle acties bij de slager gefeliciteerd werd met het resultaat..."

"... We moeten goed in ons geheugen prenten dat de gezondheidszorg niet zomaar over zich heen hoeft te laten lopen, want samen hebben we meer kracht dan velen denken..."

"... Je plakt pamfletten en als je huisarts bij je thuis op bezoek komt, dan brult hij dat zijn hele ingang is dichtgeplakt met de kreet dat het Slotervaart openblijft. Van hem mag het! Je weet dat je opleiding bijna voltooid is en dat daarna het Slotervaart niet veel meer voor je kan doen. Maar het Slotervaart is een dagelijks deel van je leven geweest; het heeft zijn etiket op je geplakt en het blijft open. Zo eenvoudig is dat!!! ..."

René Helm, verpleegkundige
Hugo Koops, leerling-verpleegkundige
J.N. Landsman, chirurg
Ilse Lischer, hoofdverpleegkundige
Wilma Melkert, leerling-verpleegkundige
Marijke de Nie, coörd. hoofdverpleegkundige
Wouter Pauw, bacterioloog



Crisis en gezondheidszorg in internationaal perspectief

Dat bezuinigingen in de gezondheidszorg niet alleen in Nederland aan de orde van de dag zijn, laat Paul Juffermans zien in zijn verslag van een internationale studieconferentie. Dit congres: 'Gezondheidspolitiek in West-Europa, de economische situatie, de invloed van de staat en alternatieve strategieën', vond in juli '82 bij Frankfurt am Main plaats. Sociaal-geneeskundigen, economen en sociologen, werkzaam op het terrein van het gezondheidsbeleid, namen aan deze conferentie deel. Zeven landen waren vertegenwoordigd: het gastland West-Duitsland, Italië, Spanje, Engeland, Zweden, Oostenrijk en Nederland. Tijdens de conferentie is geprobeerd uit de verschillende ontwikkelingen in de landen een aantal gemeenschappelijke trends vast te stellen. In dit artikel haalt Paul Juffermans als Nederlands deelnemer de belangrijkste conclusies uit de discussies naar voren.

PAUL JUFFERMANS

De publieke sector

De economische crisis treft alle Westeuropese landen met hun gezondheidszorgsystemen, hoe verschillend van organisatiestructuur deze ook zijn; deze crisis ontwricht sinds de jaren 1973 en 1974 in steeds ernstiger mate het internationale kapitalistische stelsel. Hoewel de economische en politieke situatie per land verschilt en de specifieke toestand van de diverse nationale gezondheidszorgstelsels uiteenloopt, zijn er toch een aantal gemeenschappelijke achtergronden en ontwikkelingen vast te stellen in het beleid, dat de nationale overheden voeren ten aanzien van de publieke sector in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder. Onder druk van de economische crisis ontwerpen de nationale staten strategieën die het herstel van de particuliere sectoren in de samenleving beogen. Een politiek van stelselmatige besparingen op de sociaal gerichte, publieke bestedingen vormt een centraal element in deze strategieën (dat zijn de uitgaven aan de sociale voorzieningen, gefinancierd uit de staatskas of uit de sociale verzekeringen). Alle regeringen beschouwen een te ver uitgedijde publieke sector als één van de voornaamste oorzaken van de crisis.

BELASTING- EN PREMIEDRUK IN % VAN HET BRUTO NATIONAAL PRODUKT

Zweden	49.87
Nederland	46.19
Oostenrijk	41.54
West-Duitsland	37.23
Engeland	35.91
Italië	30.09
Spanje	23.16

Bron: Organization for Economic Cooperation and Development, Main Economic Indicators, 1980

Uit dit staatje blijkt dat de welvarende landen van Noord-Europa (met uitzondering van Engeland) een relatief hoge belasting- en premiedruk en een betrekkelijk uitgebreide publieke sector kennen. Daarentegen tonen de minder welvarende landen van Zuid-Europa een lagere belasting- en premiedruk en een minder uitgebreid stelsel van sociale voorzieningen. In alle landen bespaart men echter evenzeer op de publieke bestedingen.

De door de kapitalistische staten gevoerde strategie van 'crisisbeheersing' leidt tot een toenemende plundering van

de sociaal gerichte, publieke bestedingsfondsen ten gunste van het particuliere bedrijfsleven en van een door de staat gesteunde militarisering van het economische leven. Kennelijk gaat men uit van de veronderstelling dat de kapitalistische economie zijn oude groeitempo slechts kan hervinden door steeds meer te parasiteren op de publiek-gefinancierde sectoren van de samenleving. Zo streeft men naar economisch herstel ten koste van 'openbare armoede', groeiende sociale ongelijkheid tussen de maatschappelijke klassen en verpaupering van steeds grotere bevolkingsgroepen. Stapje voor stapje worden zij over de armoedegrens geduwd en aan de werkloosheid prijsgegeven.

In geen van de hier genoemde landen heeft deze strategie van crisisbeheersing tot nu toe noemenswaardige resultaten opgeleverd. Integendeel: zoals uit recente cijfers van de Organization for Economic Cooperation and Development blijkt, verergert de crisis in alle E.E.G.-landen, wat onder meer tot uiting komt in een snel toenemende werkloosheid. Het zou te ver voeren op deze plaats in te gaan op het netwerk van factoren, die tot de economische stilstand hebben geleid of deze verergeren. Stagnatie van de internationale afzet, industriële overproductie en overcapaciteit, verscherpte concurrentie tussen de internationale kapitaalcentra, overheveling van bedrijven naar lagelonenlanden en een aanhoudende crisis in het internationale bank- en geldstelsel; het zijn allemaal onderling samenhangende factoren die meespelen. Het éézijdig herleiden van de economische crisis tot een te sterk uitdijen van de publieke sector is een te simpele verklaring. Het eenvoudige recept van besparingen op de sociale voorzieningen kan ons dan ook nauwelijks verouwen en bemoedigen. In de bestedingspolitiek van de nationale overheden krijgt zijn beslag na een historische ontwikkeling van enige decennia, waarin de sociale verzekeringen, de gezondheidszorg, het onderwijs en de maatschappelijke dienstverlening zijn uitgegroeid tot de sleutelsectoren binnen het nationale welstands- en samenlevingsproces. Deze historische periode noemt men wel de opbouw van de 'welvaartsstaat' of beter: de 'verzorgingsstaat'. Aan de ene kant groeide in deze tijd het netwerk van sociale voorzieningen, dat onder andere functies vervulde voor de beweging van het kapitalistisch productieproces. Aan de andere kant werden deze voorzieningen belangrijk voor het levensonderhoud van de maatschappelijke klassen, in het bijzonder van de arbeidersklasse. Daarom heeft een aantasting van de sociale voorzieningen directe gevolgen voor het levenspeil en de bestaansvoorwaarden van grote delen van de bevolking in de West-Europese landen.

De gezondheidszorg

De diverse West-Europese landen hebben een uiteenlopend aandeel van het bruto nationaal produkt besteed aan de gezondheidszorg, variërend van 6% van het bruto nationaal produkt in Spanje tot 10% in West-Duitsland. Ook is de verhouding tussen publieke en private bestedingen aan gezondheidszorg verschillend. Onder publieke bestedingen verstaan we de uitgave uit sociale verzekeringen en staatsmiddelen, onder private bestedingen die uit particuliere verzekeringen en uit de eigen portemonnee van de consument. Stellen we de totale bestedingen aan gezondheidszorg op 100% dan is de verhouding tussen publiek en privaat in de verschillende landen als volgt:

	PUBLIEK	PRIVAAT
Engeland	92.6%	7.4%
Zweden	91.6%	8.4%
Italië	91.3%	8.7%
West-Duitsland	77.1%	22.9%
Nederland	71.1%	28.9%

Bron: Health and Wealth, an international study of health care spending, Robert Maxwell, Lexington Books, 1982

De bovengenoemde nationale regeringen vatten deze publieke bestedingen op als 'sociale lasten', die een herstel van het rendement van het bedrijfsleven bemoeilijken. Ook wordt steeds meer twijfel gezaaid over het nut en de doelmatigheid van de uitgaven aan gezondheidszorg. Bepaalde economen hebben deze twijfel verwoord in wat zij de "wcl van de verminderde meeropbrengst" noemen. Zij bedoelen hiermee dat iedere extra-besteding aan gezondheidszorg minder oplevert in termen van verbetering van de volksgezondheid. Voor ingewijden is het algemeen bekend dat het 'nut' en de doelmatigheid van de gezondheidszorg zeer moeilijk te meten zijn en dat de relatie tussen de gezondheidszorg en het peil van de volksgezondheid zeer ingewikkeld is. Voorkomen van sterfte en ziekte, gemiddelde levensverwachting, hoogte van het ziekteverzuim, omvang van arbeidsongeschiktheid en vroeg-invaliditeit zijn niet in de eerste plaats maatstaven voor het peil en de doelmatigheid van onze gezondheidszorg, maar voor de kwaliteit van het bestaan in onze samenleving. De omvang, de aard en de kwaliteit van de medische voorzieningen hebben slechts een secundair effect op de hoogte van deze maatstaven. Niettemin leggen

vele politici en beleidsvoerders een simpele relatie tussen de uitgaven voor de gezondheidszorg en het peil van de volksgezondheid om hun besparingspolitiek te kunnen rechtvaardigen. Het is — om met een duidelijk voorbeeld te illustreren — alsof de toename van het aantal slachtoffers van verkeersongevallen niet wordt toegeschreven aan de aard van het maatschappelijk vervoersstelsel, maar aan het tekortschieten van de voorzieningen voor verkeersslachtoffers.

Men kan zich afvragen of de groeiende populariteit van economische kosten-baten-modellen in de gezondheidszorg niet verbonden is met het feit, dat deze sector inderdaad een afnemend nut heeft... niet voor de gezondheid van het volk, maar voor de kapitalistische economie! Het staat immers wel vast, dat in alle Westeuropese landen een stijgend deel van de bestedingen aan gezondheidszorg geen rol meer vervult bij het herstel van het arbeidsvermogen, bij het omlaag drukken van het ziekteverzuim en bij de verhoging van de produktiviteit in de ondernemingen. Ik licht dit met de volgende gegevens toe: 1. In elk land neemt gelijkelijk het aantal ouderen in de bevolking toe. Tevens blijkt uit vrijwel alle statistieken, dat oudere mensen een meer dan gemiddeld en stijgend beroep doen op gezondheidsvoorzieningen.

2. Ook neemt het aantal blijvend 'arbeidsongeschikten' onder de pensioengerechtigde leeftijd snel toe. En ook deze groepen, die niet aan het arbeidsproces deelnemen, doen een meer dan gemiddeld en groeiend beroep op medische voorzieningen. 3. Er vindt tevens een toename plaats van chronisch zieken en gehandicapten, onder andere dankzij de vorderingen op medisch-technisch terrein, die juist voor deze groepen een levensverlenging mogelijk gemaakt hebben. Ook zij maken veelvuldig gebruik van medische voorzieningen.

Als gevolg van deze ontwikkelingen hebben de Westerse gezondheidszorgsystemen zich meer en meer ontwikkeld van 'cure-gericht' (op genezing gericht) naar 'care-gericht' (op verzorging gericht). Criteria als levensverlenging en sterftedaling vormen om deze reden éézijdige meetlatten van de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Zij doen immers geen recht aan het feit, dat een steeds groter deel van de gezondheidsvoorzieningen niet op deze kwantitatieve aspecten van het menselijk leven is gericht, maar op kwalitatieve aspecten als een zo goed mogelijk herstel of behoud van lichamelijke en psychische functies. In elk geval vloeit een steeds groter deel van de uitgaven aan gezondheidszorg naar de verzorging van bevolkingsgroepen die blijvend buiten het arbeidsproces staan.

Voor zover de besredingen aan gezondheidszorg nog wél hertrekking hebben op bevolkingsgroepen, die in het arbeids-

proces zijn ingeschakeld, wordt net zo hard aan hun economisch nut getwijfeld. Zo is een veel gehoorde redenering dat het ziekteverzuim de laatste tientallen jaren gestaag is opgelopen ondanks de explosief gestegen uitgaven aan gezondheidsvoorzieningen. Ook hier geldt dat de omvang en aard van de medische voorzieningen slechts een secundair effect hebben op de hoogte van het ziekteverzuim en dat factoren als de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden en de situatie op de arbeidsmarkt meer gewicht in de schaal leggen. En ook hier dient het leggen van een simpel verband tussen de uitgavenstijging van de gezondheidszorg en de toename van het ziekteverzuim als rechtvaardiging voor een politiek van besparingen op de publieke bestedingen aan gezondheidszorg. In deze tijd van economische crisis hebben ondernemers de beschikking over een groot reservoir van arbeidskrachten, waar zij uit kunnen putten. Dit maakt het voor hen gemakkelijker minder produktieve, minder valide en minder bekwame arbeiders te vervangen in plaats van aandacht te besteden aan het behoud van hun gezondheid. De kapitalistische economie is in tijden van crisis minder op herstel uit dan op vervanging van zieke en minder arbeidsgeschikte arbeidskrachten. De medische begeleiding rond de opname en uitstoot van werknemers in en uit het productieproces weerspiegelt zich in veranderende normen rond aanstellingskeuringen, ontslagprocedures, ziekteverzuimcontroles en arbeidsongeschiktheidsverklaringen.

Samengevat: de snel gestegen uitgaven aan de gezondheidszorg vormen aan de ene kant een bedreiging voor de winstvoet en het groeivermogen van het kapitaal, aan de andere kant is het nut van de gezondheidszorg voor dit kapitaal, gelegen in een doelmatige reproductie van het arbeidsvermogen, twijfelachtig geworden. LCO normsc.hc kosten-baten-modellen dienen als leidraad voor ingrijpende saneringen in de medische sector..

Ideologie

De geleidelijke afbraak van de sociale en medische voorzieningen gaat samen met een herleving van neoliberale ideologieën, die ook op het terrein van de gezondheidszorg doorwerken. Toen men na de oorlog de sociale en medische voorzieningen in de Westeuropese landen ging uitbouwen, werd in het openbare debat het accent gelegd op het recht op gezondheidszorg, dat als een belangrijk sociaal grondrecht gold. Dit sociale grondrecht diende de staat te waarborgen door een uitbreiding van de overheidsfinanciering



van medische diensten en door het scheppen van voldoende gezondheidsvoorzieningen: alle burgers moesten een gelijke toegang tot alle gezondheidsvoorzieningen krijgen. Met het voortschrijden van de economische crisis in de jaren '70 is dit sociale grondrecht steeds meer in vergetelheid geraakt. In plaats van op het recht op gezondheidszorg wordt de nadruk steeds meer gelegd op de plicht van de burger zich een gezonde levensstijl aan te meten ('life-style-campaigns'); zoveel mogelijk voor zichzelf en zijn naasten te zorgen (zelfzorg en onderlinge zorg) en geen overmatig beroep te doen op professionele hulp. We hebben hier te maken met een sterke individualisering van het gezondheidsbeleid. Gezondheid wordt vooral gezien als het resultaat van individuele gewoonten en gedragingen en ziekte geldt op haar beurt als een gevolg van verkeerd individueel gedrag. Op deze wijze ontstaat ook het gevaar dat zieken moreel verantwoordelijk worden gesteld voor hun ziekte ('Victim Blaming').

Beleidsstrategieën van de staat: herstructurering

In alle Westeuropese landen proberen regeringen de laatste jaren tot een herstructurering van de gezondheidszorg te komen. Dit proces is tegenstrijdig, omdat het enerzijds een uitvloeisel is van allerlei saneringsmaatregelen, terwijl het anderzijds ook de weerspiegeling is van tendensen tot democratisering van de gezondheidszorg. In landen als West-Duitsland, Engeland en Nederland neemt het herstructureringsproces een technocratisch karakter aan. Typerend voor een technocratische herstructurering is dat de discussie zich voornamelijk beweegt rond de vraag op welke wijze een zo efficiënt en goedkoop mogelijke inzet van de schaarse middelen kan worden verkregen ('the managerial approach'). Economische kosten-ha-ten-analyses spelen hier de hoofdrol. Het probleem van de doeleinden en doelmatigheid blijft grotendeels buiten beschouwing. In Italië bijvoorbeeld, waar men enkele jaren geleden begonnen is met een grondige hervorming van de gezondheidszorg, is meer de nadruk gelegd op democratisering van de zorg en inhoudelijke discussies over doelen en prioriteiten. Ik kom hier nog op terug.

Het herstructureringsbeleid van de staat kent vele tegenstellingen. Zo is er sprake van een meer dwingende controle van de overheid op de geldstromen naar de gezondheidszorg, terwijl het staatsaandeel zelf in deze geldstromen afneemt. In ons land bijvoorbeeld is er al enige jaren sprake van een stelselmatige vermindering van de rijksbijdragen aan de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de ziekenfondsverzekering. Ook in Engeland en West-Duitsland neemt het staatsaandeel in de financiering van de gezondheidszorg geleidelijk af (zie privatisering). Aan de ene kant probeert de overheid meer controle te krijgen op de vrije beroepsbeoefeningen, de particuliere gezondheidsinstellingen en op de bouwen tarieven in de gezondheidszorg, aan de andere kant leidt deze overheidsbemoeienis niet tot een doeltreffende aantasting van de belangen van de medische-apparatenindustrie en de farmaceutische industrie, van de bij de gezondheidszorg betrokken banken en verzekeringsmaatschappijen, van particuliere instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. De door de conservatieve regering in Engeland in 1980 en 1982 doorgevoerde 'hervormingen' hebben zelfs tot een versterking van de macht van de particuliere verzekeringen en instellingen en van de diverse professies geleid en tegelijkertijd tot een verzwakking van de publieke controle op de gezondheidszorg. Andere landen vertonen gelijksoortige trends, zij het in mindere mate. Door dit alles blijft de herstructurering tweeslachtig en - vanuit een oogpunt van werkelijke kostenbeheersing en doelmatigheid - veelal effectloos.

Verscherpte uitbuiting

De politiek van bezuiniging en rationalisering dreigt zich te voltrekken over de rug van diegenen die onderaan de pyramide van de gezondheidszorg staan: de loonafhankelijke werkers, meest vrouwen. De instellingen voor gezondheidszorg zijn arbeidsintensieve vormen van dienstverlening. Gemiddeld vormen de loonkosten van het personeel 60 tot 70% van de totale uitgaven van zo'n instelling. De staat en het management proberen het arbeidsproces in deze instellingen te rationaliseren. Dit gebeurt door hetzelfde werk door minder mensen tegen lagere lonen te laten verrichten. In diverse landen, waaronder ook Nederland, houdt de laatste jaren het aantal verpleegkundigen in ziekenhuizen geen gelijke tred met de verhoging van de intensiviteit van het verpleegkundig werk. Dit werk wordt zwaarder zoals blijkt uit een verkorting van de gemiddelde verpleegduur en een stijging van het aantal verpleegkundige verrichtingen per tijdseenheid. Het doorvoeren van rationaliseringsmaatregelen in de ziekenhuizen leidt tot minder contact tussen patiënt en verpleegkundige en tot ontmenselijking van de zorg. Ook bestaat de besparingspolitiek van de regeringen uit een aantasting van het toch al vaak schamele loon van de werkers in de gezondheidsinstellingen. Het meest spectaculaire voorbeeld daarvan is de loonmaatregel die de regering Thatcher in augustus 1982 trof ten aanzien van het personeel van de klinieken van de National Health Service, waardoor ongekend hevige botsingen tussen de vakbonden van ziekenhuispersoneel en de regering ontstonden. Ook recente stakingen van het ziekenhuispersoneel in Italië vormen een uitvloeisel van scherpe loonkortingen.

Privatisering

Niet alleen de laagstbetaalde werkers in, maar ook de minder welgestelde consumenten van de gezondheidszorg dreigen de dupe te worden van de politiek van de nationale overheden. Het recht op gelijke toegang dreigt nu te worden uitgehold. In vrijwel alle landen zijn de laatste jaren 'eigen bijdragen' voorgesteld en doorgevoerd. Daarnaast winnen de particuliere verzekeringen veld. Sprekend voorbeeld is Engeland met de National Health Service. Als de huidige trend doorzet, zal in 1985 20 tot 25% van de Britse bevolking deel hebben aan een of andere vorm van particuliere ziektekostenverzekering. Dan zal in Engeland een gespleten gezondheidszorg ontstaan met een private sector van hoge kwaliteit voor de welgestelden en een publieke sector (het restant van de National Health Service) van minder kwaliteit voor de armen, de werklozen en de bejaarden. Op dit moment al zijn er in Londen stadsdelen waar meer ziekenhuisbedden in de private sector zijn dan National-Health-bedden. De competitie tussen de private en de publieke sector is zeer intens. Door de stelselmatige aantasting van het loon in de National Health Service klinieken wordt staf en personeel naar de beter betalende privéklinieken weggezoegen. De starre loonpolitiek van de regering Thatcher ten aanzien van de verpleegkundigen vatte de Britse vakbeweging dan ook terecht op als een aanval op de National Health Service als verworvenheid van de Engelse arbeidersbeweging. Ook in ons land werkt de regering Lubbers momenteel aan een herziening van het bestaande ziekenfondsstelsel, waarbij de particuliere verzekeringen en de eigen bijdrage een belangrijke plaats krijgen. Nederland financiert al 28.9% van zijn gezondheidszorguitgaven privaats. In ons land is momenteel slechts 70% van de bevolking aangesloten bij een ziekenfondsverzekering. In de meeste andere Westeuropese landen (Zweden, West-Duitsland, Spanje, Italië) verkrijgt 90% of meer van de bevolking zijn gezondheidsdiensten via publieke financiering.

Centralisatie en decentralisatie

De herstructureringspolitiek van de nationale overheden gaat hand in hand met een vaak paradoxale verstrengeling van tendensen tot centralisatie en decentralisatie (regionalisatie). De neiging tot centralisatie blijkt uit het feit dat de centrale regekingen normen en richtlijnen opstellen voor de capaciteit van voorzieningen (uitgedrukt in aantal bedden of beroepsbeoefenaren per 1000 inwoners, de benodigde hoeveelheid personeel). Lij proberen dit met wettelijke maatregelen te garanderen. De medische dienstverlening en consumptie moet zich meer en meer aan deze nationale richtlijnen en normen onderwerpen. Besluiten over deze normen en richtlijnen worden in het algemeen genomen in de uitvoerende en administratieve takken en de daaraan verbonden nationale beheersorganen. Deze semi-openbare sfeer op het raakvlak van staats- en gezondheidszorgbureaucratie is in hoge mate afgeschermd tegen publieke controle en democratische beïnvloeding. De minder cruciale onderdelen van de besluitvorming worden in het algemeen gedelegeerd naar regionale of lokale bestuursorganen. Het gaat hier om het uitvoeren van op nationaal niveau vastgestelde normen en richtlijnen.

Vanuit het oogpunt van de nationale staat heeft decentralisatie een dubbel doel. Ten eerste is het voor de centrale overheid een noodzaak - juist in deze tijd van bezuinigingen en 'impopulaire maatregelen' - om regionale en lokale gezondheidsorganisaties bij de voorbereiding en uitvoering van de centraal genomen besluiten te betrekken. Ten tweede kan een beperkte en gecontroleerde deelname van organisaties van verleners en ontvangers van gezondheidsdiensten aan het besluitvormingsproces bijdragen aan de handhaving van een minimum aan consensus en aan het vermijden van mogelijke conflicten. De staat is immers gewrongen juist in deze tijd het idee te bevestigen dat zij altijd handelt, in het belang van natie en volk.

In (de meeste) Westeuropese landen misschien met uitzondering van Italië - overheerst de neiging tot centralisatie. De besluitvorming in de *National Health Service* is als gevolg van de herstructurering na 1974 in vergaande mate gecentraliseerd. De uitvoeringslijnen lopen van boven naar beneden, de verantwoordingslijnen vice versa. Ondanks centrale budgettering van de regio's is er geen herverdeling van middelen opgetreden tussen de regio's met een hoog voorzieningenpeil (de rijke regio's) en die met een laag voorzieningenpeil (de arme regio's). Een nieuwe poging tot decentralisatie van de *National Health Service* in 1982 lijkt uit te lopen op een toenemende verstrengeling van staatsbureaucratie en professionele macht door een strak bezuinigingsbeleid. Ook in Zweden is vanaf 1979 een zekere decentralisatie ingezet naar de regio's, maar tegelijk is de financiële druk op de regionale organen vanuit de centrale overheid toegenomen. Ofschoon in Zweden slechts 30% van de regionale uitgaven aan gezondheidszorg gedekt wordt door de centrale staatskas, - de rest wordt verkregen uit inning van regionale belastingen - is dit percentage hoog genoeg om de regio's onder zware financiële druk te zetten.

Daarom heeft ook in Zweden de decentralisatie niet geleid tot een nivellering van het peil van gezondheidsvoorzieningen in rijke en arme regio's. Nederland en West-Duitsland zijn voorbeelden van landen, waar de geldstromen ('de zilveren teugels') van de gezondheidszorg grotendeels buiten het overheidsapparaat om lopen. Nederland financierde in 1982 van alle publieke bestedingen aan gezondheidszorg 79% uit sociale premies en slechts 21% uit belastingen. In West-Duitsland was dit 81% uit sociale premies en 19% uit belastingen. In beide landen vindt wel een zekere decentralisatie (regionalisatie) plaats van de besluitvorming, maar over de verdeling van de financiële middelen hebben de regionale organen in wording weinig te zeggen. Zij hebben de 'zilveren teugels' niet in handen. Gedachten over regionale

budgettering blijven in deze landen voorlopig steken in academische bespiegelingen en schoorvoetende experimenten. Bovendien moeten ook in deze landen de regionale organen opereren binnen de mazen van een steeds strakker aangehaald netwerk van nationale normen en richtlijnen.

Een voorbeeld: Italië

Het Italiaanse voorbeeld is interessant, omdat hier pogingen tot sociale hervorming en democratisering van de gezondheidszorg op ingewikkelde wijze overvloeien in een politiek van pure besparing en rationalisering. Ik ga er daarom wat uitgebreider op in. Tot aan 1978 was de Italiaanse gezondheidszorg in hoofdzaak gebaseerd op de volgende elementen: 1. De financiering was gestoeld op een verplicht stelsel van ziektekostenverzekering, waartoe weliswaar 95% van de bevolking behoorde, maar dat niettemin grote gebreken kende: de verzekeringsgraad tussen beroepsgroepen en regio's liep sterk uiteen, het stelsel was ondemocratisch en ondoelmatig en het bracht daardoor een grote verspilling van middelen met zich mee. 2. Particuliere organisaties beheersten grotendeels de ziekenhuizen en andere instellingen voor gezondheidszorg. Er bestond weinig samenhang en coördinatie tussen deze beheersorganen. 3. De artsen werkten merendeels als vrije beroepsbeoefenaren en oefenden hun particuliere praktijk uit, al of niet verbonden aan een ziekenhuis. 4. De staat had zichzelf de taak toebedeeld zorg te dragen voor preventie en openbare gezondheid, maar schoot hierin schromelijk tekort, zoals onder meer duidelijk bleek bij een cholera-epidemie in Napels en bij de aardbevingen in Zuid-Italië. Het Italiaanse staatsapparaat is in sterke mate verziekt door corruptie, wat ook op het gebied van de openbare gezondheid een schrijnend wanbeheer ('malgoverno') tot gevolg kan hebben.

Al vanaf 1960 bestaat in Italië een sterke maatschappelijke beweging op het gebied van de gezondheid met een brede waaier van strijddoelen, zoals instelling van een Nationale Gezondheidsdienst, verbetering van het peil der voorzieningen, waar mogelijk opheffing van de institutionalisering van de zorg (zie de ontwikkelingen in de psychiatrie) en last but not least een preventief beleid op de arbeidsplaats en in de communale woonomgeving (woningbouw, buurtleven, enz.). Van de maatschappelijke beweging maken deel uit: de linkse politieke partijen, in het bijzonder de communisten en socialisten, de vakbonden, vele lokale en regionale bestuursorganen, met name in de zogenaamde rode regio's, vrouwenorganisaties, delen van beroepsgroepen uit de gezondheidszorg enz. In december 1978 werd in het parlement een wet aangenomen, die in de invoering van een Nationale Gezondheidsdienst voorzag. Deze Nationale Gezondheidsdienst zou moeten functioneren op basis van de volgende principes: 1. Eenheid van genezende, voorkomende en revaliderende taken op grond van planmatige afweging van prioriteiten; 2. Gelijk recht van alle burgers op gezondheid en gezondheidszorg. Een nationaal uniform financieringsstelsel moest dit onder meer waarborgen. Ook zou een zekere spreiding van de besluitvorming van de nationale regering naar de regio's en gemeenten er zorg voor moeten dragen, dat het verschil in de toegang tot en het peil van de medische voorzieningen tussen de rijke regio's in het noorden en de arme regio's in het zuiden geleidelijk zou verdwijnen. 3. Over het gehele land zouden zeshonderdvijftig lokale gezondheidsunits (unità sanitarie locali) opgericht worden ten dienste van de basisgezondheidszorg.

In de periode van 1978 tot heden bleek de doorvoering van deze principes op vele obstakels te stuiten. Onder druk van de economische crisis stelde de nationale overheid, die door de christen-democratie gedomineerd werd, steeds minder gelden beschikbaar om de boven beschreven hervormingen door te zetten. Hierdoor stagneerde de opbouw van een nationaal financieringsstelsel, kregen de arme regio's in het zuiden te weinig geld en kwamen de lokale gezondheids-

units moeizaam van de grond. Ook ontketenden de behoudende politieke partijen alsmede de conservatieve organisaties van vrije beroepsbeoefenaren en besturen van gezondheidsinstellingen een tegenoffensief om hun privileges te behouden en de doorvoering van de wet te blokkeren. Zij vertraagden de uitvoering van de wet, verdraaiden de inhoud van wetsartikelen en lanceerden in het parlement voortdurend voorstellen om de wet uit te hollen. Intussen besnoeiden de opeenvolgende regeringen toenemend op de uitgaven van de gezondheidszorg. Die delen van de hervormingen, die met de bezuinigingspolitiek in de pas liepen, werden doorgevoerd; maar zaken die geld kostten, bleven liggen. Ook werden de gebruikers van medische diensten steeds meer met eigen bijdragen belast. Het gevolg van dit alles is dat het peil van de gezondheidsvoorzieningen in weerwil van de beloofde hervormingen in tal van regio's achteruit gaat. En dat komt het geloof in de werking van de wet niet ten goede. De hervormingen dreigen fijn gemalen te worden tussen de bezuinigingspolitiek van de regering en de belangencoalities van artsen, besturen en gezondheidsinstellingen, delen van staatsbureaucratie en behoudende politieke partijen, terwijl ook de 'malgoverno' het nodige doet voor de ondermijning van de hervormingspolitiek.

Hervormingsstrategieën

Het voorbeeld van Italië kan ons leren hoe moeizaam progressieve en democratische hervormingen in de gezondheidszorg tot stand komen, vooral in een periode van economische crisis en bezuinigingen. De vraag is trouwens of dergelijke hervormingen in een sector als de gezondheidszorg kunnen worden doorgevoerd zonder diepgaande verandering van de algemene economische en politieke structuren van de samenleving. Nationalisatie, democratisering, rationele planning en verdeling van middelen, nivellering van bestaande sociale ongelijkheden in gezondheid en gezondheidszorg, speciaal in het belang van de minst bevoorrechte sociale klassen en bevolkingsgroepen, en ook meer aandacht voor preventieve maatregelen op de arbeidsplaats en in de woonomgeving; al deze doeleinden van een vooruitstrevend volksgezondheidsbeleid kunnen slechts worden gerealiseerd door de mobilisatie van brede maatschappelijke bewegingen, die de grenzen van de gezondheidszorg verre overschrijden. Het is een typerende vergissing van het technocratisch machtsdenken (ook binnen links) dat de oplossing van crisisverschijnselen in de gezondheidszorg zich kan voltrekken door technische en rationele maatregelen van bovenaf. Volgens dit denken (technocratisch rationalisme) zou het voldoende zijn de sociale verschillen in gezondheid adequaat te beschrijven en te analyseren om zo deze verschillen door een verbeterd systeem van planning te doen verdwijnen.

Dat dit een misvatting is, bewijzen de wederwaardigheden van het zogeheten Black-report in Engeland. Dit rapport van een regeringscommissie onder voorzitterschap van Sir Douglas Black werd in april 1980 voorgelegd aan de minister van volksgezondheid van de conservatieve regering-Thatcher. Het rapport bevatte tal van onthutsende gegevens over de grote verschillen in sterfte en invaliditeit tussen diverse sociale klassen, beroepsgroepen en streken in Engeland. Het rapport bevatte een aantal aanbevelingen voor een heroriëntatie van de gezondheidspolitiek, waarbij de groepen met de hoogste 'health needs' de meeste aandacht zouden moeten krijgen. De regering was echter zo geschrokken van de sociaal-explosieve lading van het rapport dat zij slechts tweehonderd zestig kopieën van het rapport liet drukken en onder geheimhouding onder de ambtenaren liet circuleren. Aan belangrijke organisaties van de National Health Service werd het rapport geheel tegen de gewoonte in, niet toegestuurd. Toen het commissielid Peter Townsend riep dat de regering van plan was om de hele zaak in de doofpot te stoppen, heeft hij samen met de journalist Nick

Davidson het rapport als boek gepubliceerd. Dit voorbeeld maakt ons duidelijk dat adequate informatieverzameling en rationele planning niet voldoende zijn voor een werkelijk vernieuwend gezondheidsbeleid, maar dat zo'n beleid alleen mogelijk is door een verandering van de bestaande machtsverhoudingen in de gezondheidszorg en de maatschappij. Linkse politieke partijen, vakbonden, vrouwenorganisaties, vooruitstrevende delen van professionele groepen voeren in alle landen over de meest adequate veranderingsstrategieën discussies. Het is ondoenlijk om van de discussies, die hierover vooral in de avonden van de conferentie zijn gevoerd, een caleidoscopisch overzicht te bieden. Bovendien zou een dergelijk overzicht oppervlakkig blijven, wanneer ik niet tegelijkertijd inga op de nationale bijzonderheden, die de sociale en politieke strijd in elk land kenmerken. Uit de hervormingsdiscussie kan ik wel twee conclusies naar voren halen. 1. Elke hervormingsstrategie die geen verbinding tot stand weet te brengen tussen de defensieve strijd voor het behoud van sociale verworvenheden en de offensieve strijd voor vernieuwing is of gedoemd te vervallen tot een onophoudelijke en afmattende reeks achterhoedegevechten of gedoemd te vervluchten in de ijle sfeer van het utopisme. 2. Wanneer geen bondgenootschappen tot stand komen tussen de organisaties uit de arbeidersbeweging met groepen uit andere sociale bewegingen (vrouwenbeweging, milieubeweging, alternatieve groepen enz.) mist elke hervormingsstrategie de politieke stootkracht voor haar eigen verwerking. Dat deze bondgenootschappen niet kunnen worden gesmeed zonder een permanent proces van discussies en controverses, bewijzen de ontwikkelingen in vrijwel alle landen van West-Europa.

Redevoering in Berlijn

Vernieuwing door schaarste

Vorig jaar maart hield Ivan Illich een inleiding op het tiende 'Krankenhaussymposium' in Berlijn. Het thema van dit congres over ziekenhuisbouw was 'Innovatie uit schaarste'. In het hol van de leeuw stelt Illich dat het bouwen van een in hoge mate efficiënt ziekenhuis per definitie gericht is op de ruilwaarde en niet op de gebruikswaarde van zorg. Daarnaast beweert hij dat innovatie de weg naar iets 'beters' dan wat tegenwoordig gezondheid heet, kan betekenen.

Gerrat Klieverik vertaalde de rede uit het Duits voor 37.5.

IVAN ILLICH

vertaling: Gerrat Klieverik

Gezondheid als onderdeel van
kwaliteit van het leven

Inleiding voor het tiende 'Krankenhaussymposium', TU
Berlijn, Auditorium Maximum, 10 maart 1982

Met dit referaat begint het tiende congres van Uw genootschap. Uw thema is 'Innovatie uit gebrek'. De vraag die ik met betrekking tot dit thema wil stellen is simpel: "Bedoelt U met innovatie meer bewustzijn, dus gezondheid, of wilt U uiteindelijk iets anders?"

Het getuigt van moed 'Innovatie uit gebrek' als thema te noemen. Het getuigt van moed, om het even of innovatie meer of iets anders betekent. Mijn complimenten voor deze moed, want ik veronderstel dat U dit thema niet uit cynisme hebt gekozen. Niet als een slogan om de economische situatie in Duitsland te vergelijken. Het getuigt niet alleen van Uw moed, dit thema te kiezen, het was ook moedig mij uit te nodigen ondanks dat ik me ertegen verzet heb op deze opening te spreken. Want U wist natuurlijk uit wat ik schrijf dat ik hier alleen maar kan tegenspreken.

Ik ben een buitenstaander. U heeft me over heel wat grenzen hierheen moeten halen: naar Duitsland, naar de geneeskunde, naar Uw bouwwezen. Ik ben een buitenstaander, die op deze plaats tegenover medici, ingenieurs en beheerders staat. Ik wil spreken als wie ik ben, als filosoof en historicus. Maar toch wil ik tot U spreken. Daarom heb ik lang nagedacht hoe ik dat dan moet aanpakken.

Ik zei tegen mezelf: In de eerste plaats spreek je tot medici. En een medicus is meer dan een arts. Artsen zijn er altijd al geweest. Soms maar van één soort, soms van verschillende soorten zoals in India: unani van de moslims, ayarveden van de Hindoes. Artsen staan in een concurrentiepositie. Ze vechten om vertrouwen, goede naam en geld. Medici willen meer. In naam van hun wetenschap vechten ze om een sociaal monopolie. En dit monopolie waar de geneeskunde om vecht is een drievoudig monopolie. De macht te bepalen wat ziekte is, de macht te bepalen wie er onderzocht moet worden als zijnde ziek en de macht over het gehele therapeutische gebeuren. Dat zijn drie soorten macht waar de medische wereld met de maatschappij om vecht. De medische monopolie-eisen hebben betrekking op elk van deze drie dimensies van macht. Wanneer ik dus tot medici spreek, spreek ik tot experts in wier handen drie soorten van macht verenigd zijn, die in een democratie via de grondwet principieel gescheiden zijn. Democratie betekent constitutioneel scheiding van machten: de wetgevende macht die de uitsluitende categorieën bepaalt, de rechtsprekende macht die beslist wie uitgesloten wordt en de uitvoerende

macht van de politie over de uitgesloten. liggen in een democratie bij van elkaar gescheiden colleges. Expertocratie ondergraaft de democratie. Zij bedreigt de democratie niet omdat er kwaadwillende experts tussen zitten, maar omdat het in de natuur ligt van de huidige wereld van experts. Expertocraten verenigen in een college drie soorten van macht, die in het vroegere Europa veelal de clerus in handen had. Historisch gezien is de geneeskunde niet een genootschap van artsen, maar een clerus van biocraten. Een genootschap van artsen heeft een interne bestuursstructuur. Een clerus wil wetgeving, rechtspraak en bestuur in één instantie verenigen. De schoenmakersgilde monopoliseert de schoenmakerij, maar kan het lopen op blote voeten niet verhinderen. Expertocraten plaatsen degene, die zich niet laat dopen of opereren, buiten de maatschappij. Wanneer ik hier dus tot medici spreek over de innovatie uit gebrek, moet ik oppassen. Het zou namelijk makkelijk kunnen gebeuren dat, dat wat ik zeg, voor de medici betekent: meer medische politie tegen veel minder geld.

Maar ik spreek hier niet alleen tot medici. Ik heb hier ook met ingenieurs te doen. En zoals een medicus meer is dan een arts, is een ingenieur meer dan een bouwmeester. Ik moet tot planologen, ontwerpers en architecten spreken. Dat zijn ambtenaren, die ruimte voor inrichting bieden, dat zijn technici, die ruimte inrichten. De bouwmeester in Mexico werkt nog zoals een kleermaker. Ik koop lemen bakstenen en hij maakt voor mij een hut als een hemd op maat. Deze experts zijn anders. Zij richten en delen mijn omgeving in. Ook zij zijn expertocraten in staatsdienst. En ze zijn betweters: hun maatstaf is er niet om mij te dienen, maar om deze beheerders van sociale behoeften in staat te stellen mij in een van hun procustesbedden te leggen. Ook zij hebben de neiging drie vormen van macht, van de macht over de ruimte aan de tekentafel te verenigen. Want deze mannen en vrouwen bepalen eerst wat hygiënisch is, dan hoe en waar het milieu gesaneerd moet worden en tenslotte gaan ze aan het ruimen: met lysol desinfecteren ze al vanaf 1880 het geboortekanaal, waarlangs men in de wereld wordt gezet, met bulldozers halen ze de oude gebouwen neer en met beton bouwen ze de kathedralen om te sterven. Meer hygiëne voor minder geld zou kunnen betekenen dat men in plaats van torens voor ziekenverpleging en intensieve behandeling een hygiënisch geëgaliseerd milieu wil hebben. De bouw van een wereldwijde verpleeginrichting, een wereld voor levenslange patiënten, die elkaar levenslang verplegen. Dat zou iets totaal nieuws zijn.

Maar voor een levenslange zelfhulp in een wereldwijd ziekenhuis hebben we een nieuwe pedagogie nodig. En de sociaal-pedagogen die ons daartoe willen opvoeden, zijn de derde groep in mijn publiek. Als er minder geld is, moet

ook de dienstverleningssector inkrimpen. En dan hebben meer dan oon de sociaal-pedagogen, die ons L.Otonbetaalde en toch professioneel feilloze zelfhulp op moeten voeren, nog een kans om te groeien. Wanneer ze ook nog aanbieden hun pupillen bij de hygiënische zelfhulp moreel te bewaken, dan kunnen ze zelfs nog huishoudgeld van de politie aftrogelen. Innovatie door gebrek; dat wil zeggen: voor de hele maatschappij en in een totaal nieuwe vorm, de verplichting tot het 'onbetaalde vrijwilligerswerk', dat in de negentiende eeuw terwille van de huisvrouw werd uitgevonden.

Voor deze drie soorten experts hebt U een filosoof en historicus uitgenodigd. Waarin verschillen we? Heel wezenlijk, in één punt: Experts moeten een toekomst hebben. Zij leven van een gebrek aan de toekomst dat ze de maatschappij aanpraten. Ze beoordelen wat er vandaag is in vergelijking met wat er zou moeten zijn. De filosoof kent geen toekomst, want die is er nog niet. Hij probeert te begrijpen wat vandaag gezegd wordt. En wat doet de historicus? Hij kan proberen vandaag beter te begrijpen, omdat hij vermoedt wat gisteren geweest is. Ik kan geen nieuwe kennis, maar slechts distantie aan dit thema bijdragen.

Uw thema is dus innovatie wegens inkrimping. Dat van de nood een deugd gemaakt moet worden, is al snel een waarheid als een koe geworden. Met grote snelheid sijpelt het nieuwe inzicht van het groene en zwarte uiteinde van het politieke spectrum door naar het midden, naar de vakbonden. Niet alleen het ziekenhuis wordt een dieet voorgeschreven. Aan de hand van het ziekenhuis is de noodzaak van zo'n kuur gemakkelijker te demonstreren. Want dat ziekenhuizen een kuur nodig hebben, weet tegenwoordig ook de leek. Zeven jaar geleden leek het nog schandig om het ziekenhuis tot de allerbelangrijkste ziekteverwekkers in de industriële maatschappij te rekenen en als grootste lijdensbron te betitelen. Tegenwoordig wordt dit soort kritiek op de geneeskunde niet tegengesproken. Het geldgebrek gaat hand in hand met deze kritiek. Haar motto is dus het Duitse spreekwoord: "In nood vreet de duivel vliegen". Op de kritiek op de geneeskunde toegepast, betekent dit, dat het geldgebrek nu de hoogdravende medische kwelgeest dwingt af te slanken tot een gediensstige vliegenvangende arts. Met minder geld zou men minder op zieken experimenteren, zouden minder mensen ziek verklaard worden, zouden dure iatrogene agressies ingebonden worden. Dat lijkt tegenwoordig allemaal zeer wenselijk, maar belangrijker is: wanneer de geneeskunde goedkoper zou zijn, zouden minder mensen ziek worden door werken. Want tegenwoordig wordt veel geld gehaald uit ziekmakend werk om met die meerwaarde de gevolgen van te hard werken ongedaan te maken.

Een herstel van de gezondheidszorg door middel van in-

krimping van de geneeskunde is een eerste mogelijkheid ter interpretatie van Uw thema. Maar er is ook een tweede. Bij deze interpretatie zorgt inkrimping er niet voor dat de buikriem van de arts aangetrokken wordt, maar staat de gezondheidszorg zelf op het spel. In deze zin betekent innovatie de weg naar iets 'beters' dan wat tegenwoordig gezondheid heet. In deze zin lijkt mij innovatie een deel van een heildronk op de gezondheid.

Ik wil dus niet de institutionalisering van de ziekenzorg door artsen ter discussie stellen. Dat had ik ook al zeven jaar geleden kunnen doen, toen ik 'Grenzen aan de geneeskunde' schreef. Ik wil vandaag het biocratische gezondheidsbegrip ter discussie stellen, het operationaliseerbaar geworden gezondheidsbegrip. En ik kan, zoals ik al zei, geen nieuwe kennis aandragen, maar alleen over Uw thema spreken vanuit de distantie. Nu luidt de titel die U mij hebt voorgeschreven 'Gezondheid als onderdeel van kwaliteit van het leven'. De titel is geschikt om drie basisbegrippen te benaderen die voor mij discutabel zijn. Het zijn alle drie sleutelwoorden uit de sociale politiek: enerzijds kwaliteit van het leven, gezondheid, anderzijds het ziekenhuis. Om wat afstand van deze woorden te winnen, wil ik ze één voor één onder de loep nemen: eerst het modewoord 'kwaliteit van het leven' en 'gezondheid' - dan pas de ruimte-aanduiding 'ziekenhuis', waaraan U allen hier goed verdient.

Ik wil tegenover deze drie begrippen telkens een ander begrip stellen. Tegenover kwaliteit van het leven: levenskunst. Tegenover gezondheid: welbevinden. Tegenover ziekenhuis: thuis. Kwaliteit van het leven is een neologisme. Het komt uit het Amerikaans. Ten tijde van de olifantencrisis werd 'quality of life' een taalkundige aspirine. "Wanneer we dan geen groei meer hebben, dan op de minst met het leven" heette het toen. Korte tijd was het modern het woord als politiek zoethoudertje te gebruiken. Tegenwoordig kan men aan het gebruik van het woord de onmondig makende ecologen herkennen. In Europa zijn we nog niet zover. Hier ontlokt de titel die U aan mijn referaat gegeven hebt, nog geen glimlach. Wat betekent nu kwaliteit van het leven voor mensen die dat woord serieus gebruiken? Het woord 'onderdeel' in de titel zegt het al: kwaliteit van het leven is een produkt. Het is een mythologisch produkt van het soort waartoe ook het bruto sociale produkt behoort: een optelsom van appels, peren en gloeilampen. Ziekedagen en uitstapjes, schoolbanken en toiletten, waterzuiveringsinstallaties en keizersneden worden daarin bij elkaar opgeteld. Alles wat één van de drie wijdvertakte dienstverleningscolleges als belangrijk en goed beschouwt, wordt in de ketel gestopt. Kwaliteit van het leven is de vergaarbak van zelfdefiniëring, zelfwaardering en zelfbevrediging van

dienstverlenende instanties. Zodra 'gezondheid' in deze bij is meegekookt, is ze een maatstaf voor de mate waarin een maatschappij zich niet goed voelt en afhankelijk is geworden van de verzorging door experts.

Tegenover de hulpbehoevendheid stel ik de levenskunst, de kunst om te lijden en te genieten. Levenskunst, kunst van het lijden, welbehagen - dat zijn oude woorden, die blijkbaar bij de grote groep van woorden horen, die niet meer passen in het bestuurlijk spraakgebruik van de vorige sprekers. Levenskunst schijnt in Duitsland een ongunstige klank te hebben gekregen en 'op de gezondheid' wordt eigenlijk alleen nog maar gedronken. En als er dan toch iemand over de kunst van het lijden spreekt dan is dat een pastoor of een sadomasochist of armenhater. Maar ook in een gesprek met mensen zoals U laat ik mij deze oude woorden niet verbieden.

Levenskunst is dat wat mij en mijnsgelijken van het dier onderscheidt. Ik zeg mijnsgelijken, opdat elke filantroop, als hij dat wil, zich van mij kan distantiëren. Zelfs de worm schrikt voor pijn terug, en ook vliegen worden door suiker gelokt. Deze wezens draven in de teugels van hun genen, ze dansen op de maat van hun instincten. Ik niet. Bij mij en mijnsgelijken is pijn iets wat geleden wordt, en ik kan en wil genieten van genot. Ik laat vreugde noch verdriet van me afnemen - bij beide zoek ik steun. Dertig jaar geleden heeft Victor van Weizsäcker het ervaren van genot en pijn tegenover de prestatie gesteld, die in vreugde en verdriet tot uitdrukking komt. De kunst van het lijden en de kunst van het vieren zijn beide in de levenskunst verweven. Ze zijn van elkaar afhankelijk als licht en schaduw, soms in het grauwe licht van de nacht, soms in het felle licht van de middag. Soms is de vreugde intens, soms als een enkele sporadische inslag in een schering van verdriet en pijn geweven. Mijn bestaan wordt niet zomaar vanzelf een kunstwerk door de samenhang van cellen, maar door de overgeleverde levenskunst. Wat Amerikaanse sociologen 'culture' noemen, noem ik levenskunst. Of dan het eigen leven een kunstwerk wordt, hangt ervan af of iemand door zijn cultuur in het lijden en het zich verheugen opgevoed is. En dat is 'prestatie' in de zin van de anthropologische geneeskunde, die exact tegengesteld is aan wat U prestaties van de gezondheidszorg hebt genoemd.

De kunst van het lijden heeft duizenden gezichten. Overal heeft ze haar ideaal: hier neemt het ideaal de gestalte van Boeddha aan, daar van de gekruisigde, en daar weer van de man aan de martelpaal of van Orestes. Wanneer en waaraan er geleden wordt, wordt zoveel mogelijk bepaald door de traditie. Hier kronkelt de vrouw in barensweeën, daar nauwelijks, en ergens anders neemt de man de ween in het kraambad over. Elke cultuur bepaalt middels eigen mythe,

en rituelen de verhouding tussen papaver en koren. En er wordt overal anders bepaald hoe de gemeenschap omgaat met de mensen die lijden, invalide zijn, verdriet hebben of sterven. En waarom er geleden wordt of geleden moet worden, wordt hier karma, daar noodlot, ergens anders kismet of schuld genoemd. Door de eigen levenskunst van elke cultuur wordt van het lijden een verantwoordelijk handelen gemaakt, doordat de arts niet voorwendt de pijn te 'doden', de ziekte 'uit te bannen' of de dood te bestrijden, maar hij probeert in het lijden bijstand te verlenen.

Wat ideaal betreft staat de zogenaamde medische zorg recht tegenover de bijstand van de arts. Deze zorg wil het lijden overbodig maken, de kunst van het lijden tot een museumstuk maken en het subjectieve geluk en ongeluk vervangen door objectieve gezondheid en ziekte. De tot produkt geworden zorg is het werk van de gezondheidszorg en niet, zoals het lijden en het plezier in het genezen, het werk van de levenskunst. Deze medische verzorging verandert zelfs de grammaticale functie van het werkwoord 'genezen'. 'Liet ik genees, nee, ik word patiënt, de patiënt van de arts, de pauze die letterlijk van Lijn medische verzetters te huren heeft, en ik word genezen. Ziek makende diagnostiek, het leven kapot organiserende therapie en hygiënische pedagogiek en planning zijn maar de aspecten van ondraaglijke verzorging.

Diagnostiek, therapie en gezondheidsleer zijn echter niet direct het thema van Uw congres. U hebt een filosoof en historicus gevraagd het een en ander over de ziekmakende ruimte die U schept, te vertellen. Want U bent hier bij elkaar gekomen om met minder geld de levensruimte van meer mensen kapot te verzorgen.

Levensruimte om de levenskunst te beoefenen wordt door mensen als U fundamenteel bedreigd. Want levensruimte is iets wat in het Duits een 'Gemeinheit' (gemeenschap) betekent. 'Gemein' (gemeen) komt overeen met het Latijnse communis en stamt uit de Indogermaanse wortel *mei* ('ruilen, wisselen'). Het geeft aan wat verschillende mensen op velele wijze toekomt, en waarvan iedereen, hoe en wanneer hij wil, gebruik kan maken om te leven. 'Gemeenschap' is dus het tegengestelde van 'inrichting'. Beide zijn ruimtes voor veel mensen. Maar de gemeenschap is een plaats voor veelzijdig leven, de inrichting de plaats voor verzorging - eenzijdig of multidisciplinair, dat maakt niets uit. Mijn onderwerp is zo moeilijk, omdat de tegenstelling tussen de gemeenschap en de openbare inrichting helemaal vervaagd is. Dit verschil weer recht te doen lijkt mij de centrale opgave van dit moment.

Aan de woonruimte is duidelijk te zien wat ik bedoel. Woningen zijn tegenwoordig garages, waarin arheidskracht 's nachts wordt ondergebracht, gevoed, via televisie geïnfor-

meerd wordt en slaapt. Woningen ontstaan niet door het leven. Men kan er onderdak vinden, maar er niet in de volle zin wonen. Leven betekent in het Duits immers ook wonen. "Wo leben Sie?" ("Waar woont U?") wordt er vaak aan mij gevraagd.

Dan moet ik bedroefd antwoorden: "In de betekenis die de taal aan Uw vraag geeft woon ik helemaal niet. Ik sta officieel ingeschreven als inwoner van Berlijn, ik heb een postadres in Mexico, maar ik laat nergens mijn sporen in de ruimte achter, nergens bewoon ik de wereld, nergens is voor mij leven en wonen een identieke bezigheid waarmee ik de wereld om me heen vorm geef. Nergens sta ik machtig in de ruimte zoals de vele krakers in Kreuzberg voor wil' tenminste voor korte tijd wonen en leven één zijn. Nergens ben ik gezond genoeg om de wereld te bewonen."

Wat betekent nu 'innovatie uit gebrek' met betrekking tot de ruimte voor zieken? Gebrek aan zulke ruimte is voor een overgroot deel bepaald, doordat alle ruimte in de maatschappij progressief ingericht is. En in tegenstelling tot gemeenschappelijke ruimtes, die poreus zijn, sluiten ingerichte ruimtes uit en monopoliseren. En voor dit soort ruimte vormt het ziekenhuis het paradigma.

In mijn grootvaders tijd stond het ziekenhuis nog aan het eind van een éénrichtingsstraat: eindstation. Weliswaar wilden ook toen artsen ons doen geloven dat het een reparatiewerkplaats, een kraamfabriek of een herstellingsoord moest zijn, maar men geloofde hen toen nog niet. Dit is veranderd. De gynaecologie maakte van de bevalling van de moeder de bevalling van het kind, de thanatologie (leer van de dood) veranderde de kunst van het sterven in een verzekerd medio cijn: "Zuster, voor hem geen coramine meer!"

Door de gewinning aan het dagelijkse bestaan in ingerichte ruimtes is de maatschappij dag en nacht hulpbehoevend geworden en ruimte een schaars artikel. Uw taak bestaat fundamenteel daaruit deze schaarste weg te werken. Maar dat kan op twee manieren gebeuren. U, ziekenhuisproducenten, kunt ervoor zorgen, dat woningen en klinieken hygiënisch meerwaardig worden: gedecentraliseerde ziekenhuizen die door onbetaalde semiprofessionele leken onder medisch toezicht gerund worden. Daarmee wordt geld gespaard en de controle door experts uitgebreid.

Of Uw tegenstanders, die ik hier maar de 'burgerbeweging' zal noemen, zullen zich langzamerhand ten opzichte van het systeem van de gezondheidszorg net zo leren te gedragen als ten opzichte van kerncentrales en vliegvelden. De strijd met de geneeskunde om de levensruimte zal beginnen. En daar vestig ik mijn hoop op.

Wijkgericht denken in de eerste lijn, waarom eigenlijk?

De wijk in wijkend perspectief

Gerrit Salemink gaat in dit artikel onder het motto: "Wijkgericht werken, waarom eigenlijk?", in op de historische wortels van dit, alom in de eerste lijn gehanteerde werkprincipe. Een van zijn conclusies luidt dat het wijkgericht werken gebaseerd is op een verouderd corporatistisch idee: dit samenwerken van bevolkingsgroepen met verschillende belangen wordt met name verwoord door de confessionalen. Het ideaal van het 'samenwerken in de wijk' blijkt door de grootstedse realiteit achterhaald te zijn.

De hulpverlening kan zich nog slechts ten doel stellen de ergste uitwassen van sociale desintegratie te helpen bestrijden.

Wijkgericht werken is in de eerstelijns gezondheidszorg een belangrijk werkprincipe geworden. De meeste gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden voeren het in hun vaandel. Zo algemeen wordt het werk op dit principe ingericht, dat gesteld kan worden dat het de kracht van een dogma heeft gekregen. Dogma's zijn uitgangspunten die niet nader meer beargumenteerd hoeven worden, maar ze hebben veelal wel een sterk ideologische betekenis. Het is de moeite waard om je af te vragen of een dergelijke betekenis ook aan het wijkgericht werken toegekend kan worden.

Het gaat mij om een onderzoek naar de vraag hoe op het eerste gezicht ongelijksoortige grootheden als stadswijk enerzijds en gezondheidszorg anderzijds met elkaar in verband gebracht zijn. Welke bedoeling zat daar achter en welke effecten heeft het wanneer je zo'n uitgangspunt hanteert zonder je bewust te zijn van de sociaal-historische wortels ervan. Ik ben me ervan bewust dat ik daarmee nog geen model heb aangedragen hoe het dan wel moet, maar ik hoop een belangrijk tot nu toe te weinig belicht element in de discussie daarover aan te voeren.

GERRIT SALEMINK

Argumenten pro

Onder 'wijkgericht' wordt in dit verband verstaan dat de werkers zich oriënteren op de voorzieningen in een bepaalde wijk en contact onderhouden met de werkers van hun eigen en andere disciplines die in dezelfde wijk werken. Onder 'wijkgebonden' moet worden verstaan dat men zijn werkgebied geheel beperkt tot een bepaalde wijk en geen patiënten/cliënten van buiten de wijk behandelt.

De samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en anderen is niet alleen opgezet om gemakkelijker naar elkaar te kunnen verwijzen. De intentie was vooral dat in de werkwijze van ieder van de betrokken disciplines zodanige veranderingen zouden komen dat ze ieder voor zich en gezamenlijk beter toegerust de hulpvragen van deze tijd aankunnen.

Er is echter niet alleen sprake van samenwerking tussen een aantal disciplines, maar ook van integratie van de structuren, waarin deze disciplines functioneren, van gezondheidszorg en welzijnszorg. Eén van de effecten van deze samenwerking en integratie is geweest dat de uitgangspunten van de één door de ander min of meer overgenomen worden. Het wijkgericht werken is een organisatieprincipe afkomstig uit de welzijnszorg dat in de gezondheidszorg wortel geschoten heeft. Het is tegenwoordig heel moeilijk dit principe niet op zijn minst met de mond te belijden, wil men niet het risico lopen zich geheel buiten de heersende trend

te plaatsen, bestreden te worden door anderen en wat nog erger is: afgesneden te worden van subsidiekanalen. De overheidsinstanties die zich met planning van voorzieningen bezighouden willen plannen per wijk.

Behalve de noodzaak van afstemming op het beleid van overheidsinstanties worden voor het wijkgericht werken in de gezondheidszorg gewoonlijk een aantal argumenten genoemd.¹ Een deel van de argumenten is van organisatorische aard en draagt een wat pragmatisch karakter. Bijvoorbeeld het afstemmen van de werkgebieden van de verschillende disciplines op elkaar en de moeilijkheid patiënten/cliënten thuis te bezoeken als ze op te grote afstand wonen, vooral nu het verkeer steeds drukker wordt. Deze argumenten maken nog niet duidelijk waar het idee vandaan komt dat nu juist de wijk het niveau moet zijn waar de voorzieningen in elkaar grijpen en welk doel daarmee nagestreefd wordt. Je zou namelijk met evenveel recht kunnen beweren dat in de wijken met een hoge migratiegraad al te strikt wijkgebonden werken de continuïteit in de relaties tussen hulpverleners en patiënten/cliënten in de weg staat. Het gaat in die relaties vaak veel meer om persoonlijk vertrouwen dan om geografische nabijheid; en continuïteit in die relaties is één van de pijlers waarop het eerstelijns werk gebouwd is. Vooral als we bedenken dat in stedelijke gebieden er nogal wat wijken met een hoge migratiegraad zijn, is het helemaal niet zo logisch om de eerstelijns gezondheidszorg buurt- of wijkgebonden op te zetten; tenminste als we uitsluitend genoemde praktische overwegingen beschouwen. Natuurlijk, er zijn fysieke grenzen, maar er is uit de aard van de gezondheidszorg weinig reden de met de stadsopbouw gecreëerde grenzen tussen wijken als grens voor een werkgebied te kiezen, tenzij het in feite om iets anders gaat.

De vraag is of andere, meer inhoudelijke argumenten zo zwaar de nadruk leggen op het wijkgericht werken, dat dit opweegt tegen het nadeel van doorbreken van de continuïteit in de relaties. De inhoudelijke argumenten vallen uiteen in twee delen. Een deel heeft betrekking op een bepaald democratie-concept dat ervan uitgaat dat democratie aan de basis gelijk gesteld kan worden aan invloed op de directe leefomgeving; uitbouw daarvan zou de maatschappij als geheel een democratischer basis geven. Wijkgericht werken zou aldus betere mogelijkheden tot patiëntenparticipatie in de voorzieningen geven. Een ander deel van de inhoudelijke argumenten voor het wijkgericht werken veronderstelt dat veel problemen die de mensen ondervinden als problemen van de buurt beleefd worden. Omdat zich daar namelijk een belangrijk deel van het dagelijks leven afspeelt. Wijkgericht werken zou aldus betere mogelijkheden geven in te spelen op de specifieke problemen in een bepaalde

wijk, die samenhangen met het sociale of stedenbouwkundige karakter van die wijk.

Het is deze stelling: "De stadsmens is in de eerste plaats wijkbewoner en om zijn problemen te kunnen begrijpen moeten de zorgsystemen wijkgericht opgebouwd zijn", die we allereerst aan een nader onderzoek zullen onderwerpen.

Het ontstaan van wijken

Om deze stelling verder te verkennen moeten we ons verdiepen in de stedelijke planning zoals die in de afgelopen decennia van deze eeuw is gehanteerd. De eerste vraag is: waarom is een moderne stad opgebouwd uit wijken?

De perioden die vooral van belang zijn voor de opbouw van de moderne steden zijn die tussen de twee wereldoorlogen en die na de laatste, perioden waarin de steden een enorme groei doormaakten. Grote groepen trokken in het kielzog van de industrialisatie van het platteland naar de steden. Stadsbesturen, vooral die van steden met een flinke sociaal-democratische invloed, stelden zich ten doel deze 'stadsuitleg' nauwkeurig volgens plan te laten verlopen. Men wilde een herhaling van de ontwikkelingen op het eind van de vorige eeuw voorkómen; toen waren er in een periode van economische bloei in snel tempo, bepaald door het vrije spel van maatschappelijke krachten, volkomen chaotisch nieuwe wijken verrezen. Er was geen plan, de straten leken willekeurig getrokken en de huizen waren slecht.

Toch was het streven om de arbeidersbevolking een betere huisvesting te verschaffen al ontstaan voordat er sprake was van een georganiseerde arbeidersbeweging. Verlichte delen van de bourgeoisie zagen in de loop van de negentiende eeuw in dat er bepaalde maatregelen genomen moesten worden om de bevolking tot loonarbeid op te voeden. De arme bevolking van destijds bewoonde in een bonte mengeling van samenlevingsvormen de tot dan toe bestaande chaotische en vervuilde krottenwijken. De beweging der filantropen-hygiënisten zorgde ervoor dat op enkele plaatsen in Amsterdam bijvoorbeeld krotten konden worden vervangen door een type arbeiderswoningen die aan hygiënische criteria beantwoordden (licht en lucht) en die de arbeiders dwongen om een door de heersende klasse opgelegd patroon te leven.² Zo waren de woningen gebaseerd op het afzonderlijke gezin als leefeenheid en daarbinnen weer ingedeeld in gescheiden slaapvertrekken voor ouders en kinderen. Men beschouwde dit als een investering in de volgende generatie die aldus opgevoed, veel positiever tegenover de industriële maatschappij zou staan dan de vorige. Een speciale politie werd noodzakelijk geacht om te controleren of

de mensen zich wel hielden aan de leefprincipes die het bewonen van zulke woningen moesten rechtvaardigen en om te voorkomen dat zij niet weer zouden vervallen tot misdaad, cafébezoek en prostitutie. Ook het eerste begin van stedelijke voorzieningen zoals de vuilophalendienst, de rioleering en de waterleiding, alsmede het onderwijs (armenschoolen) en de gezondheidszorg (moeder- en kindzorg) voor de armen, stamt uit die tijd. Tevens werden de eerste ideeën gevormd over de wijze waarop de arbeiderswoningen in een buurt gerangschikt moesten zijn: het begin van de latere stadsplanning.

De snelle economische ontwikkeling in de laatste decennia van de vorige eeuw maakte echter dat veel van deze principes niet bestand bleken tegen de behoefte van het kapitaal grote groepen mensen op een zo klein mogelijk oppervlak in een zo snel mogelijk tempo te huisvesten: dit ging gepaard met uitgebreide speculatiepraktijken. Zo verzezen in zogenaamde 'revolutiebouw' de al genoemde negentiende eeuwse wijken. Doordat later in de periodes van economische groei in de twintigste eeuw de belangen van de inmiddels ontstane arbeidersbeweging en van de verlichte bourgeoisie tot op zeker hoogte parallel liepen, was men in staat een stedelijke planning ter hand te nemen. Vóór 1940 ging het daarbij nog vooral om het verschaffen van een goede woonplek aan de arbeidersbevolking. Daarnaast werd een stad als een functionerend geheel gezien en mocht zij niet uitsluitend uit arbeiderswoonbuurten bestaan: de arbeiderswoningen moesten hun plaats krijgen in een gepland stedelijk geheel. Daarin zouden ook de woningen van de rijken, de winkels, de straten en verbindingswegen, en de groenvoorzieningen hun vooraf bepaalde plaats krijgen. Het Plan Zuid van Berlage is volgens dergelijke lijnen gedacht. De scheiding tussen wonen en werken was één van de uitgangspunten. Deze werden verder doorgetrokken in de tuindorpgedachte: de arbeiders moesten wonen zoals eertijds in de dorpen, ver van de grauwe fabrieken waar ze hun dagen sletten.

Na 1945, toen de ervaring van de strijd tegen de buitenlandse bezetter de hoop op eenheid en samenhang in de gehele Nederlandse bevolking had gewekt, was het voornemen de wijken zodanig te construeren dat er een gemeenschapsleven tot ontwikkeling zou komen. De 'wijkgedachte' was daarbij de leidraad.³

De wijkgedachte

De wijkgedachte behelst op stadsplanning-gebied het compromis tussen de twee stromingen die in de naoorlogse fase van de wederopbouw het politieke beeld bepaalden: de sociaal-democraten en de katholieken. Zoals overal in de maatschappij de tijdens de bezetting al voorbereide corporatistische instanties werden opgericht, zo was de wijkgedachte het idee dat op wijkniveau een 'gemeenschap' zou moeten ontstaan van alle bewoners, ongeacht tot welke klasse of zuil ze ook behoorden. Uitgangspunten van deze gedachte waren: betrekkelijke kleinschaligheid, bestuurlijke decentralisatie, organisatie van 'voorzieningen' per wijk en een bepaalde stedenbouwkundige opbouw (open blokken, gelijkvormigheid).

In de eerste decennia van de twintigste eeuw ging het bij de stadsplanning dus met name om emancipatie van arbeiders. Doel was hen goede en betaalbare woningen te verschaffen, maar ook hen op te voeden tot een hoog niveau van gemeenschapsplicht. Later groeide dit uit tot het streven het hele maatschappelijke gebeuren te beheersen en te plannen.⁴ Een voorbeeld hiervan is het al in 1935 ontworpen Algemeen Uitbreidingsplan voor Amsterdam-West. De arbeiders die het voorrecht hadden de fraaie tuinsteden te betrekken, kregen ook in die jaren nog gemeentelijke woning-inspecteurs op bezoek; deze controleerden of men wel leefde volgens de criteria die in een dergelijke kwaliteits-

wijk verlangd mochten worden. Er heerste bij de overheid angst voor de gevolgen van het verlies van gemeenschapsleven bij de arbeiders wanneer deze in grote getale naar de steden zouden trekken, van hun oude vertrouwde buurt naar een nieuwe stadswijk. Daarom heeft men gezocht naar methoden om dit gemeenschapsleven in de nieuwe stadswijken opnieuw te laten ontstaan. Op het kleinschalige wijkniveau zouden, door de organisatie van hun behoeften in stedelijke voorzieningen bijvoorbeeld, burenhulp en wederzijds dienstbetoon weer een plaats kunnen krijgen. Er werd precies berekend hoeveel mensen er in een wijk moeten wonen om eigen voorzieningen voor alle gezinden mogelijk te maken. Ter illustratie: in Nederland moesten de wijken groter zijn dan in Amerika, omdat hier naast een openbare school ook nog een christelijke en een katholieke school noodzakelijk was; in Amerika kon volstaan worden met één algemene school. Verder moet men bij wijkvoorzieningen vooral denken aan winkelcentra, openbare gebouwen, sociaal-culturele centra, sportvelden, parken, enzovoort.⁵ Aldus dacht men te kunnen voorkomen dat zich in de van hun basis op het platteland of in de oude volksbuurten losgeslagen en in de nieuwe stedelijke gebieden geconcentreerde massa's, krachten konden ontwikkelen die een bedreiging vormden voor de machtsverhoudingen in de maatschappij.

De wijkgedachte werd tijdens de oorlog ontwikkeld en in 1945 geformuleerd door een groep Rotterdamse stedenbouwkundigen onder leiding van Ir. A. Bos in een publicatie getiteld 'De stad der toekomst, de toekomst der stad'.⁶ In 1947 wijdde Dr. Ir. J.T.P. Bijhouwer te Wageningen zijn inaugurele rede aan 'De Wijkgedachte'.⁷ Uit deze rede citeer ik enkele passages. Bijhouwer citeert op zijn beurt in zijn rede enkele keren Dr. S. Hofstra: 'Sociale en culturele aspecten van de wijkgedachte'.

"De bezwaren tegen de grote stad komen slechts ten dele neer op de uitgestrektheid, de onaantrekkelijkheid en de dikwijls ongunstige woontoestanden. De pleiters voor de wijkgedachte leggen vooral de nadruk erop, dat de mens in de metropool als eenling leeft, dat het gezin zeer moeilijk contact kan krijgen met andere gezinnen, dat het 'opgaan in vluchtige contacten' gepaard gaat met innerlijke eenzaamheid, met een zich min of meer losgeslagen en onworteld gevoelen... De grote stad, zoals die thans is, mist de beslotenheid, de vertrouwde sfeer, waarin de mens zich volledig thuisvoelt' (Hofstra).

Men zoekt dus naar de stadsvorm die bevorderen zal, dat de onsamenhangende, oppervlakkige samenleving zich ontwikkelen zal tot een verbondenheid, een gemeenschap. (...) Men meent deze te vinden in de 'wijkgedachte', 'een streven om door een regionale indeling der stad in wijken, die inzake beperkte doeleinden van bestuur, inzake onderwijs, recreatie, velerlei geestelijke en culturele activiteit, een min of meer zelfstandig, van andere wijken afgegrensd geheel vormen, het leven van de mens op een hoger sociaal en cultureel plan te brengen, hem meer liefde voor de omgeving waar hij woont te geven, dan in de stad die één groot agglomeraat vormt, mogelijk is' (Hofstra). Men wil dus pogen in de uitgestrektheid, de vormloosheid van de grote stad een duidelijke geleiding aan te brengen. De onderdelen, de wijken, behoren een zekere zelfstandigheid te bezitten op cultureel, sociaal, onderwijs- en bestuursgebied, zodat de gezinnen zoveel mogelijk binnen de wijk kunnen leven, slechts voor hun werk naar kantorenwijk in de binnenstad, de haven en de industriegebieden behoeven te trekken, slechts voor belangrijke concerten, tentoonstelling, theaterbezoek en middelbaar of hoger onderwijs op het stadscentrum zijn aangewezen. Doordat de gezinnen in een dergelijke 'complete' wijk elkander ontmoeten op allerlei terrein, vele gemeenschappelijke belangen bezitten en doordat doelbewust zal worden gestreefd naar 'het versterken en op een hoger plan brengen van het gemeenschapsgevoel' (Hofstra), verwachten de aanhangers van de wijkgedachte dat er een sterk samenhorigheidsgevoel zal optreden."

Tot zover Bijhouwer in zijn inaugurele reden in 1947. Het

lange citaat laat zien hoezeer de gedachten over de 'gelede stad' zich baseren op afkeer van de stad en van de 'stads-mens'.

Kritiek

Op een congres in 1955 over 'Sociale samenhangen in nieuwe stadswijken' maakt de socioloog Prof. Dr. J.A.A. van Doorn een voorlopige balans op."

Hij herinnert eraan dat de wijkgedachte voortkwam uit "afkeer van de onvoldoende ruimtelijk gelede, onpersoonlijke stijlloze massabouw van de grote stad in de decennia vóór de Eerste Wereldoorlog. Tegelijk vestigde de sociale problematiek, die de snelle urbanisatie in de vorm van criminaliteit, pauperisme, ondervoeding, asocialiteit, massale religieuze afval vergezelde, nog eens bijzonder de aandacht op de als 'pathologisch' beschouwde begeleidingsverschijnselen van het stadsleven. (...) Door het hele betoog van 'De stad der toekomst' loopt onmiskenbaar de rode draad van een scherpe negatieve waardering van de moderne stad. Hier immers, zo heet het in het hoofdstuk 'Het gemis aan ware gemeenschap', een massale stijlloze woningbouw die 'nomaden' kweekt, een losraken van de natuur, een nerveus en onrustig levenstempo, een mechanisatie van de arbeid, een passief cultureel leven, burgerlijk individualisme en ontbreken van volkscultuur. De 'sociale neigingen' van de mens voeren een moeilijke strijd tegen wat men kort en duidelijk kenschetst als 'het chaotische, het mechanische, het materialistische en de vervlakking, waarvan de moderne stad uitdrukking is'. (I)"

"Een van de bezwaren tegen vele beschouwingen over wijkgedachte en wijkopbouw is de vage, ietwat romantisch gekleurde of ideologisch vertekende opvattingen over de integratie der hewoner in het wijkleven. Als tegenstuk van het schrikbeeld van de 'atomiserende', 'ontwortelende' 'vereenzamende' grootstad paradeert het Ideaal van de ware Wijk gemeenschap' met alle geladenheid die de term eigen is. (..) Deze meningen, die meestal gevoed worden door een niet of nauwelijks bewust geworden verlangen naar de gemoedelijkheid, 'gezelligheid' en 'vertrouwelijkheid' van het traditionele dorp en de oude volksbuurt, wekten de suggestie dat de moderne wijkopbouw als kernprobleem de bevordering van deze direct menselijke contacten ter hand zou moeten nemen. Zij ontsprongen echter aan de in Nederland welbekende, maar vaak sterk emotioneel en moreel gefundeerde verwerping van de stad en verheerlijking van het platteland."

"Een andere kwestie is, of men het gevoel in de eigen wijk 'thuis' te komen niet wat kan bevorderen. Een veel gehoorde klacht in dit opzicht betreft het uniforme blokkendoosachtige, rationele bouwen in de nieuwe wijken, waarin alle singulariteit ontbreekt. De stedelijke samenleving die zich vroeger groepeerde rond de kerk, raadhuis en waag, ontbeert in de moderne massabouw centrale monumenten. Er is in deze wijken zelden een symbool, waarnaar men als gemeenschap kan verwijzen. De ene wijk is als de andere, men is nergens 'thuis'."

De eenvormigheid hangt samen met een interessant nevenaspect dat Van Doorn signaleert, namelijk "de neiging van bulten de wijk bestaande organisaues en mstituties, om zo spoedig mogelijk greep te krijgen op het volksleven, door de wijk 'in te lijven' of tot 'filiaal' te maken, (...). Deze tendentie is sociologisch zo belangwekkend, omdat zij aan het jonge sociale leven in de wijk een soort kolonisatiekarakter verleent."

Dit kolonisatiekarakter bepaalt de vorm, de ruimtelijke indeling van de nieuwe wijken. Koloniën, waar ook ter wereld - of men nu kijkt naar staatsgrenzen of naar de structuur van oude polders en veenkoloniën, maar ook stedelijke indelingen in de Verenigde Staten bijvoorbeeld -- zijn altijd

overzichtelijk ingedeeld in keurig gerangschikte blokken en kavels ter wille van de bestuurbaarheid vanuit centra elders. Om dit te verhullen werden later andere modellen ontworpen, zoals bijvoorbeeld concentrische ringen en honingraatvormen die zichtbaar zijn in Oostelijk Flevoland en in de Amsterdamse Bijlmermeer.

Van Doorn stelt - daarmee vooruitlopend op wat later in de jaren zeventig in bijvoorbeeld Almere gebruikelijk zou worden - dat het 'van gebrek aan psychologisch inzicht getuigt de oplossing voor het gebrek aan 'thuisgevoel'. "onmiddellijk te willen zoeken in wijkgebouwen en dergelijke, daar zij blijft hangen in de 'formele', functionele sfeer, terwijl men juist dit rationeel-functionele dient te doorbreken. Gevelplastieken, een besloten plein, in verschillende kleur geverfde huisdeuren, een straat die nu eens niet kaarsrecht en snelste weg tot het doel biedt, het zijn alles 'onregelmatigheden' die het beleven en herkennen van het woonmilieu als iets eigens mogelijk maken. Eigenlijk, zegt Groenman ergens, moet de bevolking iets hebben om zich boos over te maken. Bij het opzetten van de wijk moet men het eigenlijk een beetje fout doen." (III)

Kortom, voor het realiseren van het romantische idee van het ontstaan van een wijkgemeenschap worden vrijwel uitsluitend rationeel-functionalistische middelen aangewend.

Er wordt door Van Doorn nog op gewezen dat bij het ontbreken in de meeste wijken van enige werkgelegenheid, het uitsluitend een woonstad blijft. Alleen kinderen, bejaarden en huisvrouwen, inmiddels aan te vullen met werklozen en arbeidsongeschikten, leven in de wijk. De werkende mensen zijn er overdag niet en men kan van hen dus ook niet verwachten dat zij een actieve rol in het wijkleven zullen spelen. Dit principiële verschil met de oude volksbuurten en dorpen, waar de mensen immers meestal zowel woonden als werkten, is er vooral verantwoordelijk voor dat het leven in de moderne stadswijken altijd 'anders' zal blijven dan het was, ondanks alle moeite de wijkgemeenschap van de grond te krijgen.

De zorgsystemen in de wijken

Maatschappelijk werk in zijn diverse verseyijningsvormen (opbouwwerk, buurt- en clubhuiswerk) wordt ingeschakeld om het proces van ontstaan van de wijkgemeenschap te bevorderen. Gemeenschapsgevoel moest bevorderd worden door strijdpunten te kiezen in die voorzieningen die voor alle wijkbewoners van belang zijn. Die gemeenschapsgevoel moet niet alleen culturele vervlakking en criminaliteit, maar ook werkelijke maatschappelijke strijd voorkómen. Het gaat dus om het in gang zetten van een sociaal proces van omvorming van de ge'individualiseerde massa tot een gemeenschap waarin allen een plaats hebben. Het maatschappelijk werk heeft zich bij deze samenlevingsopbouw (community development) altijd gericht op de categorieën, de groepen waaruit de wijkbevolking is opgebouwd: de leeftijdsgroepen (jongeren, bejaarden), de vrouwen, de werklozen, de arbeidsongeschikten, de etnische en culturele minderheden. Deze groepen worden aangesproken op voor hen van belang zijnde punten. Eenmaal georganiseerd, kunnen ze zich samen inzetten voor zaken die voor de wijkbevolking als geheel van belang zijn: verkeersvoorzieningen, een speeltuin voor de kinderen of een cultureel centrum. Al deze activiteiten zijn steeds op vrij uitgebreide schaal door de overheid gestimuleerd vanuit het idee dat ze het saamhorigheidsgevoel, zoals dat in dorpsgemeenschappen en oude stadsbuurten bestond, ook in de nieuwe wijken zouden doen ontstaan. De reden om de gezondheidszorg hierbij in te schakelen was, dat een belangrijk deel van de onvrede onder de mensen in de vorm van medische klachten bij de artsen op tafel werd gelegd. Geconfronteerd met dit grote aantal psychosociale hulpvragen, hadden de artsen daarop niet veel andere antwoorden dan sussen of genoegdoening verschaffen door de hulpvragen te erkennen als medisch pro-

bleem.

De artsen gingen op zoek naar een beter antwoord en stootten daarbij op het maatschappelijk werk. Naast het perspectief van een andere aanpak bood het maatschappelijk werk een kader om deze geïndividualiseerde onvrede om te zetten in positieve actie.

De ideeën over samenwerking en verbeterde wijze van werken in de eerstelijns gezondheidszorg zijn ontstaan in de zestiger jaren. Het was de periode waarin, opgestuwd door steeds maar toenemende welvaart, oude gebruiken en structuren ter disruzie kwamen te staan. Er heerste ongekende activiteit op maatschappelijk en cultureel vlak; dit mondde uit in een gull 10.11 maatschappijkuitrsnie beweging en in allerlei sectoren, samenhangend in een omvangrijke demeratiseringsbeweging.

De nieuwe vormen en gedachten in de eerstelijns gezondheidszorg concentreerden zich op samenwerking van een aantal disciplines: huisartsen, maatschappelijk werk en wijkverpleging. Dat men in deze samenwerking het wijkkader opzocht, komt enerzijds voort uit het idee dat de woon- en leefomstandigheden de bron waren van een belangrijk deel van de maatschappelijke problemen. Anderzijds had de wijkgerichtheid van de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ook te maken met het uit de golven van de demeratiseringsbeweging opgeborrelde idee dat inspraak en medezeggenschap het best op wijkniveau gerealiseerd konden worden. Eén van de methoden om tot verbeterde werkwijze te komen was de gebruikers 'hun' voorzieningen te laten beheren.

Deze ideeën over basisdemocratie en zeggenschap over de eigen leefomgeving en de eigen instellingen zijn in de periode na het midden van de jaren zestig in sterke mate bestanddeel geworden van programma's van linkse politieke partijen. Daarnaast zijn er nog enkele partijen speciaal rond dit soort thema's ontstaan. In de praktijk van de hulpverlening ontstond een verbinding tussen de nieuwe ideeën over democratie en de oude die in het kader van de wijkgedachte naar voren waren gebracht. Daarbij werd vooral bestuurlijke decentralisatie (de wijkraad, of stadsdeelraad) gepropageerd om de illusie te scheppen dat mensen hun eigen omgeving kunnen bepalen, zonder dat het daarvoor nodig is de machtsverhoudingen in de maatschappij als geheel fundamenteel aan te tasten. Boos maken moesten de wijkbewoners zich in die opzet bij voorkeur over die ene straat die niet recht loopt.

Discussie

Het is zo langzamerhand tijd je af te vragen in hoeverre de nieuwe concepten voor eerstelijns zorg aan hun in principe emancipatoire doelstellingen beantwoorden. Deze bedoelingen zijn te omschrijven als: hewustworkeinz verheldering en omzetten van onvrede in actie; het aan de orde stellen van de machtsverhoudingen in de maatschappij en een zwaarder accent op het eerstelijns werk ten opzichte van de medisch-technische tweedelijns, waar veel van de onvrede-klachten ten onrechte naar verwezen werden.

Men kan stellen dat de individuele hulpverlening zeker is verbeterd door de samenwerking. Ook het werken met groepen patiënten (cliënten), alsook de meer op preventie gerichte activiteiten betekenen een vooruitgang. Het beoogde effect van de nieuwe wijze van werken: een verminderd beroep op de tweede lijn, heeft men nog nergens hard kunnen maken. Ook het opzetten van gezamenlijke actie in de plaats van machteloos klagen, is zeker niet op grote schaal geïnitieerd. Mogelijk komt dit doordat men zich er onvoldoende van bewust is hoezeer de nieuwe concepties aansluiten op die veel oudere gedachte die een flink element van regulering en kanalisering, om niet te zeggen: repressie van maatschappelijke onvrede, in zich bergt. Het is in dit verband opvallend dat de gezondheidszorgvoorzieningen zich pas in een wijkkader begonnen te voegen op een moment

dat duidelijk werd dat het hele streven van samenlevingsopbouw, gemeenschapsvorming in belangrijke mate een illusie was gebleken.

Als aanvulling op de op bevolkingscategorieën gerichte zorgsystemen, kunnen de individuele zorgsystemen als ambulante geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk, namelijk heel goed worden gebruikt om diegenen die uit de boot dreigen te vallen, op te vegen en hen in staat te stellen hun rol weer te vervullen. Of als dat niet mogelijk is, hen op één of andere manier ongevoelig te maken voor de bronnen van hun onvrede en woede, bijvoorbeeld door psychofarmaca. Deze functies zijn des te belangrijker nu de kerken hun mogelijkheden om ze te vervullen voor veel mensen hebben verloren. Plannende overheidsinstanties vragen daarom ook al aan gezondheidszorginstellingen te verantwoorden in hoeverre ze aandacht besteden aan categorieën wijkbewoners. Vooral aan potentieel opstandigen onder hen - in sociaal-democratische overheidstaal 'kansarmen' genoemd - zoals etnische en culturele minderheden, werklozen, drugsgebruikers, jongeren, enzovoort, moet aandacht besteed worden.

En wat de democratie betreft, je kunt vraagtekens plaatsen bij het idee of je de democratie vooral op wijk- en stadsdeelniveau moet uitbouwen. De mogelijkheden om voor de stad als geheel op democratische wijze een samenhangend beleid uit te stippelen, kunnen erdoor worden belemmerd. Er bestaan dan ook twee oplossingen voor dit probleem. Of men handhaaft de samenhang en geeft de wijkraden geen reële macht. Het is prima als de wijkbewoners zich zo af en toe eens inzetten voor een buurtziekenhuis of te hoop lopen tegen een verkeersdoorbraak, maar daarmee moet het uit zijn. Ofwel men geeft het idee van een samenhangend stedelijk beleid op en maakt daardoor de stad als geheel kwetsbaarder voor het afbraakbeleid van rechtse regeringen en levert haar over aan het vrije spel van kapitalistische krachten (speculatie, cityvorming). De CPN heeft als eerste linkse partij zich in Rotterdam afgekeerd van het wijkraadconcept.

Op het vlak van de voorzieningen werkt het kleinschalige basisdemocratieconcept ook niet zo! Buiten het wijkgebeuren gaat immers de maatschappelijke ontwikkeling en strijd gewoon verder. De mensen laten zich niet reduceren tot wijkbewoners. Ze zijn op zaken en instanties gericht die of buiten de wijk liggen, of het wijkniveau overstijgen en voelen zich dan ook primair inwoner van een bepaalde stad of lid van een bepaalde groep. Een zeer selecte groep van geïnteresseerden, meestal voornamelijk bestaande uit maatschappelijk niet (meer) actieven, bevolkt de buurthuizen en wijkcentra en bemoeit zich met het beheer van de voorzieningen. Wat als democratische wil van de wijkbewoners of gebruikers van de voorzieningen wordt gepresenteerd, is heel vaak de geprojecteerde wens van de werkers en degenen die ze om zich heen hebben weten te verzamelen.

Perspectief

Het principe van het wijkgericht werken is ingebed in een bepaalde en gedateerde visie op samenlevingsopbouw. Uitgangspunt in deze visie is dat een maatschappelijke ontwikkeling beheerst en gestuurd kan worden door het ruimtelijk kader, waarbinnen die maatschappelijke ontwikkeling zich moet voltrekken, volgens een bepaald plan vooraf te structureren. Het voornaamste doel hiervan is tegenstellingen onder de bevolking te laten verdwijnen en te doen omslaan in samenwerking van alle belangen.

Nadat Van Doom zijn opmerkingen heeft gemaakt over de wele aspecten van de nieuwe stadswijken, zijn alweer bijna dertig jaar verlopen. In die tijd heeft het wijk- en tuinstadidee een ongekende anti-climax bereikt in de constructie van hele satellietsteden zoals de Bijlmermeer. Honingraarvormige gebouwen omsluiten daar parkachtige binnenplaatsen. Een systeem van voetpaden en binnenstraten leidt naar

de woningen naar de winkelcentra en gemeenschapsruimten. Massaal kon de bevolking daar aan een voorgekookt sociaal leven beginnen.

Het pakte echter anders uit. Behalve de eerste bewoners, die bevangen waren door het achterliggende idee van de 'stad der toekomst', ging er bijna niemand voor zijn plezier wonen. De meeste bewoners zagen de Bijlmermeer als een doorgangshuis, tot ze in de stad zelf of elders een woning konden krijgen. Alle gevreesde nadelen van het ongestructureerde grotestadsleven (nomadendom, criminaliteit, isolement, enzovoort) kwamen hier dan ook het scherpst aan het licht. Voor een enkele minderheid sloeg er zelfs ghetto-vorming te ontstaan in de betonnen paleizen van de moderne stadspanning. Ook al andere praatsen kwam er later verzet van individuen en groepen die niet pasten in het geplande geheel. Nieuwmarktbezoekers, die zich niet wilden laten wegsaneren. Jongeren die niet op hun beurt wilden wachten bij het verkrijgen van woonruimte. Plannen om de negentiende eeuwse wijken plat te gooien en op die plaatsen volgens plan gestructureerde nieuwe wijken te laten verrijzen, werden getorpedeerd door de bewoners die gewoon op hun plek wilden blijven wonen.

Met het verdiepen van de economische crisis zijn overal ondanks de mooie theorieën en constructies en ondanks alle inspanningen, de tegenstellingen tussen de bevolkingscategorieën verscherpt. Over romantische dingen als gemeenschapsvorming hoor je niemand meer. De hulpverlening kan zich nog slechts ten doel stellen de ergste uitwassen van sociale desintegratie te helpen bestrijden.

Vervolgens heeft de overheid ontdekt dat het uitbouwen van de zorgsystemen alleen maar tot gevolg heeft gehad dat de mensen geen eigen verantwoordelijkheid meer voor hun lot nemen en verleerd zijn zich elkaars lot aan te trekken. Aldus valt de omgekeerde redenering te construeren dat van afbraak van de voorzieningen een heilzame werking op de sociale vaardigheden van de bevolking te verwachten is. Voor het weerstand bieden vanuit de hulpverlening aan dit soort gesol met de belangen van de bevolking moeten de vormen nog ontwikkeld worden. Het tot dogma verheffen van wijkgericht werken draagt hier op zich weinig toe bij. Ik denk dat het allereerst nodig is dat hulpverleners in de eerste lijn zich met de bevolking verbinden op een manier die niet herinnert aan corporatistische gemeenschapsconcepties.

Literatuurverwijzingen

1. Onderwijs in de buurt, een project van het Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, J.A. Knottnerus, Mw. A. de Groot en N. de Nee-ling in Medisch Contact 1982, nr. 23, p. 696.
2. De Nederlandse arbeiderswoning, uitgeschreven Jan de Heer in Te Elfder Ure 1978 nr. 26.3.
3. Van Berlage tot Bijlmer, Wouter Bolte Johan Meijer, Nijmegen 1981.
4. Beheerste stad, ontstaan en intenties van een sociaal-democratische stadspolitiek: een kritiek, Han Meijer, Richard Kouprie en Jan Roelf Sikkens, Rotterdam 1980.
5. Peoples and plans, essays on urban problems and solutions, Herbert J. Gans, 1968.
6. De stad der toekomst, toekomst der stad, door een studiegroep onder leiding van Ir. A. Bos, Rotterdam 1946.
7. De Wijkgedachte, Dr. Ir. J.T.P. Bijhouwer, Wageningen 1947.
8. Sociale en culturele aspecten van de wijkgedachte, Dr. S. Hofstra in Tijdschrift Volks-huisvesting en Stedebouw 1946, nr. 8/9.
9. Wijk en stad: reële integratiekaders?, J.A.A. van Doorn in 'Staalkaart der Nederlandse sociologie', onder redactie van Prof. Dr. S.J. Groenman en Dr. H. de Jager, Assen 1970.

Een rondetafel discussie over de toekomst van de eerste lijn

"Het zal me een zorg zijn waar de dokters naar toe moeten."

Moeten we een gezondheidszorg nog langer in leven houden, die de gebruiker steeds afhankelijker maakt en zonder werkelijke invloed op inhoud en organisatie van die zorg laat?

De toekomst van de eerste lijn staat centraal in de rondetafel discussie, georganiseerd naar aanleiding van de opmerkelijke stap van Herman van Aalderen om te vertrekken als hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Is de gezondheidszorg door de hulpverleners van binnenuit te veranderen, of kan dat alleen van buitenaf? Wat is de positie van de professionele deskundigheid? Hoe verhoudt die zich tot de medezeggenschap van de gebruiker? Zijn nieuwe benaderingen van hulpverlening, zoals het vrouwengezondheidscentrum, een fundamenteel alternatief voor de huidige situatie?

ANDRÉ KNOTTNERUS
JAAP TALSMA

Januari 1983. Het is alweer enkele maanden geleden dat Herman van Aalderen vertrok als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de VU te Amsterdam. Deze gebeurtenis heeft nogal wat beroering veroorzaakt. De reacties waren talrijk en geschakeerd. Negatieve, geïrriteerde reacties vanuit het professionele wereldje, de universitaire huisartseninstellingen inbegrepen. Iemand uit de eigen gelederen, die zo nadrukkelijk afhaakt, deserteert, naar het andere kamp overloopt ... dat is moeilijk te verwerken. Maar er waren ook velen, die openlijk verklaarden Hermans standpunten te delen en respect te hebben voor zijn stap. Veel aandacht, ook in de landelijke pers. In talloze artikelen komt de stelling aan de orde, dat professionele hulpverlening een nutteloze, zelfs schadelijke activiteit is. Scheve machtsverhoudingen zorgen voor een onoverbrugbare kloof tussen gebruiker en hulpverlener. De macht van de deskundigheid veroorzaakt een heilloze, toenemende afhankelijkheid van de gebruiker. 'Anders, of steeds meer van hetzelfde', zoals Herman zijn afscheidscollege betitelde, dat is de keus waarvoor onze gezondheid idszorg lijkt te staan.

Hermans vertrek was voor 37,5 aanleiding om een discussie te organiseren tussen een aantal (vrijwillige) huisartsen. Het doel was om de positie van de eerstelijns hulpverlening, de mogelijkheden en onmogelijkheden om de hulpverlener van der ingangspunten in de gezondheidszorg in gang te zetten; de betekenis van de machtsongelijkheid in de hulpverlening; en alternatieve vormen van hulpverlening. Dit artikel is een weergave van delen van de ronde tafel discussie eind januari te Amsterdam gehouden.

Wat weet de dokter van het leven

Allereerst komt de vraag aan de orde over welke eerstelijns gezondheidszorg we praten. Welke uitgangspunten hanteren we daarbij; wat is dan de positie van de eerstelijns hulpverleners?

Myra opent de discussie over de centrale positie van de huisarts: "Ik heb het idee dat de eerste lijn gelijkgesteld wordt met de huisartsgeneeskunde. Dat is natuurlijk niet toevallig. Je komt 't eerst bij de huisarts terecht, je wordt door de huisarts verwezen. Het is de huidige situatie, maar ik wil een vraagteken bij."

Erik: "De huisarts neemt nu, net als bijvoorbeeld 20 jaar geleden, weer een centrale positie in. In de jaren zestig, begin zeventig was dat anders. Toen is de huisarts gesloopt."



kunde, net als de verpleegkunde, op het niveau van de opleiding, sterk door agogen beïnvloed. Ik denk dat dat komt door de grote onvrede in die periode met de dokter die het middelpunt van de hulpverlening was. Hierdoor ontstond een professionaliseren in een bepaalde richting en allerlei disciplines, zoals fysiotherapie, maatschappelijk werk en psychologie trokken naar de eerste lijn. Nu treedt er een kentering op: de resultaten zijn teleurstellend en er ontstaat kritiek op deze ontwikkelingen. De huisarts krijgt daardoor de neiging zich weer terug te trekken op het medische terrein en wordt weer de vroegere centrale vertrouwensfiguur."

Beatrys denkt dat er geen werkelijke verschuiving in die centrale rol van de huisarts geweest is: "Er kwamen steeds meer psychische problemen waar de huisarts niets mee kon. Daardoor kwam een samenwerkingsconcept op gang, maar de huisarts is het centrum gebleven; de anderen zijn toch min of meer afgeleiden."

Herman beaamt dit, maar brengt naar voren dat er eigenlijk eerst meer duidelijkheid moet bestaan over welk soort gezondheidszorg er nagestreefd wordt: "Ik denk dat het aan die duidelijkheid ontbrak toen de samenwerking in de eerste lijn van de grond kwam. Bij de mensen die aan de ingang van de gezondheidszorg stonden, heerste onvrede, een vage notie van: er klopt iets niet, en: als we er nu maar andere disciplines bijhalen, dan kunnen we het kloppend maken. Ze hebben zich echter te weinig gerealiseerd, dat dit werd toegevoegd aan die enorme kolos van de gezondheidszorg, waarop ze op zichzelf weinig invloed hadden. Een organisatie met haar eigen wetmatigheden, positivistisch, eenzijdig gericht op het lijf, ontkenning van de dood met een complete industrie daaromheen."

Jaap: "Een soort stuurloze, verdergaande professionalisering dus, met alle nadelen van dien".

Herman: "Laat ik zeggen, een poging die gedoemd was te mislukken. En behalve dat het allemaal niet veel effect gehad heeft, wordt het ook nog eens teruggedraaid. De huisarts weer de centrale positie met daarbij een zich terugtrekken op het medische, inderdaad. De eigenlijke machten worden niet bemerkt. Integendeel: een psycholoog in het ziekenhuis is nooit weg en de medisch-maatschappelijk werkers doen het prima. Als je het over verbetering hebt van de eerste lijns hulpverlening, ontkom je er niet aan je eerst af te vragen wat voor soort gezondheidszorg je wilt."

Guite: "Ik vind dat daarbij de gebruikers het uitgangspunt zijn. Mensen wonen in een bepaalde buurt of bepaalde wijk en van daaruit hebben ze dingen nodig. Als je het hebt over welzijn en gezondheid, dan gaat het om leefbare woningen, veilig verkeer, speelplek voor kinderen. Het gaat er ook om dat de bewoners iets aan elkaar hebben: de zelfhulpgedach-

Herman van Aalderen, tot voor kort hoogleraar in de Huisartsgeneeskunde, is thans betrokken bij voorlichtings- en vormingsactiviteiten van consumenten in de gezondheidszorg. Hij heeft ernstige kritiek op de gezondheidszorg, die hij te eenzijdig op het bestrijden van de dood en te weinig op het bevorderen van gezondheid gericht vindt. Hij vindt de gezondheidszorg te individueel gericht, waardoor de achterliggende maatschappelijke problematiek versluierd wordt. De consument komt niet op voor zijn eigen belang maar heeft geleerd te vragen, wat de gezondheidszorg suggereert te bieden. Verandering in de gezondheidszorg is daarom vooral tot stand te brengen door verdere emancipatie en bewustwording van de consument.

Hans Achterhuis is als filosoof verbonden aan de universiteit van Amsterdam. In zijn werk heeft hij de filosofische visies van vooral Ivan Illich en Michel Foucault proberen te vertalen naar de Nederlandse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen (onder andere 'De markt van welzijn en geluk'). Op dit moment houdt hij zich vooral bezig met vragen rondom arbeid en werkloosheid.

"Mijn visie op de gezondheidszorg kan ik het beste aangeven met een citaat van Illich, waarmee ik ook m'n boek beëindigd heb: 'een wereld met een optimale en wijdverspreide gezondheidszorg is vanzelfsprekend een wereld waarin zo min mogelijk door medici wordt ingegrepen. Gezonde mensen zijn zij die in gezonde huizen wonen en zich op gezonde wijze voeden; in een omgeving die zowel geschikt is om erin geboren te worden, op te groeien, te werken, te genezen als te sterven.'"

Paul van Dijk is huisarts in Zaltbommel. Hij was indertijd initiatiefnemer van de gezondheidswinkel. Hij is auteur van onder andere 'Geneeswijzen in Nederland', 'Naar een gezonde gezondheidszorg' en 'Zachte technieken in de huisartspraktijk'.

Hij is de laatste jaren in zijn werk als huisarts voornamelijk gericht op deprofessionalisering en gezondheidsalfabetisering.

Guite Hansma is andragoge en parttime werkzaam bij de STAG-E.L. (Stichting Algemene Gezondheidsvoorzieningen - Eerste Lijn). Ze is vooral bezig met gebruikersparticipatie. Sinds kort is ze projectcoördinatrice van een gezondheidscentrum in oprichting in Delft. Als speerpunten voor veranderingen in de gezondheidszorg ziet ze: invloed van de gebruiker op eigen gezondheid en welzijn en het beleid; preventie en geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg.

vóórop en terugdringing van de macht van de tweede lijn; 'ziekte' mag geen winstobject zijn, dus werkers in loondienst en een volksverzekering zonder eigen risico.

Erik Heydalberg heeft andragogie gestudeerd en is kandidaatstudent filosofie. Hij heeft vooral belangstelling voor de kritieken van Foucault en Illich. Het gaat hem dan met name om toepassing en bruikbaarheid van deze theorieën in de gezondheidszorg. Hij is docent aan de opleiding voor wijkverpleegkundigen, medewerker van de STAG-E.L., en schrijft regelmatig bijdragen voor het weekblad 'de Groene Amsterdammer'.

Wouter Hogervorst, huisarts in het gezondheidscentrum Holendrecht in Amsterdam, probeert mensen te helpen door middel van een integrale benadering van problemen; een benadering die uitgaat van de zelfstandigheid van mensen in hun sociale context.

"Het realiseren van deze aanpak is per definitie 'teamwork'; een heldere structuur van de samenwerking is essentieel. Voor mij komt een sterke relativering van de maatschappelijke betekenis van de medische professie vooral naar voren."

Er moet nog steeds gestreden worden voor de voorwaarden van deze samenwerkingssituatie, daarom is hij actief op verschillende niveaus. Onder andere is hij bestuurlijk werkzaam als progressieve huisarts in de Landelijke Huisartsen Vereniging, bolwerk van de traditionele belangenbehartiging.

André Knottnerus heeft enkele jaren gewerkt als huisarts en was verbonden aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Momenteel is hij werkzaam aan de Rijksuniversiteit Limburg. Hij publiceerde artikelen over eerstelijns gezondheidszorg en is mede-oprichter van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen. Hij vindt dat de gebruiker en de eerste lijn centraal horen te staan in de gezondheidszorg. Nihilisme ten aanzien van professionele zorg moet echter vermeden worden, aan de zorg valt veel te verbeteren en hulpverleners hebben daarbij specifieke taken.

Myra ter Meulen werkt als maatschappelijk werkster in de therapeutische gezinsverpleging. Ze is onder andere actief in de internationale abortusbeweging. Momenteel maakt ze deel uit van een groep die bezig is een eerstelijns voorziening voor vrouwen op te zetten.

"Als gebruikster van gezondheidszorg en door allerlei acti-

te, de burenhulp, de wederzijdse ondersteuning. Opbouwwerk en buurtwerk kunnen daarop aansluiten. Als mensen ziek zijn en daar zelf niet uitkomen, kunnen ze naar hun arts. Maar die vertegenwoordigt dan maar een heel klein aspect van die zorg. Deze benadering is heel anders, dan wanneer je uitgaat van de vraag: 'wat kan ik als huisarts, als individueel hulpverlener alleen beginnen?'."

Paul: "Als Je vraagt over 'elk soort gezondheidszorg' wilt, is voor mij het uitgaan van de gebruiker inderdaad elementair. In de gezondheidszorg wordt teveel van de hulpverlener uitgegaan."

Erik: "Maar wat is nu eigenlijk de behoefte van gebruikers? Wat De Swaan zegt, is waar. Er is sprake van een 'Medisch Regiem', een asymmetrische, ongelijke verhouding tussen gebruiker en deskundige, een regiem dat zich ten onrechte over de levenssfeer van mensen uitbreidt. In Holendrecht zijn ontzettend veel mensen met problemen (WAO, werkloosheid, buitenlandse werknemers) en er is een enorme behoefte aan gezondheidszorg door allerlei disciplines. Je kunt er technisch georiënteerde artsen kwijt, maar ook hele aardige, empathische, die onmiddellijk een duwtje geven naar de psycholoog. Waar ligt nu de echte gebruikersbehoefte? Je kunt van alles invullen, het is grenzeloos."

Wouter: "Dat is een probleem waar je dagelijks mee te maken hebt. Toen wij in 1973 van de gemeente de kans kregen om voor de nieuwbouwwijk Holendrecht - waar nog niemand woonde - de planning van de gezondheidszorg in te vullen, wilden we weten wat de toekomstige bewoners van ons verwachtten. We zijn toen naar ze toegegaan; we wisten dat ze vooral afkomstig zouden zijn van de afbraakhuizen (de Kinkerbuurt, de Pijp) en bezochten enkele bijeenkomsten over sameningsplan in die buurten. Uit het interview dat wij zeiden: 'wij zijn Uw toekomstige hulpverleners', werden we het zaaltje ongeveer uitgeslagen. Men wilde daar niets van weten; we hadden daar te simpel over gedacht. We hebben wel onze plannen besproken met patiëntenorganisaties als de Kliëntenbond, de Astmavereniging en de Harry Bacon stichting. Toen de hulpverlening in 1976 begon, droegen we onze ideeën over het verminderen van de medische invloed en het relativeren van de positie van de arts ten opzichte van de andere werkers stevig uit. Dat stuitte op veel weerstand: die andere disciplines waren prima, maar aan de artsfunctie mocht niet getornd worden. Niettemin hebben we doorgezet."

Bij ons is democratisering en gebruikersparticipatie (die inhoudelijk en structureel sterk ontwikkeld is) de afgelopen drie jaar onderwerp van onderzoek geweest. Dat onderzoek heeft ons duidelijk gemaakt, dat er sprake is van wat W. noemen: spanning tussen democratie en kwaliteit. Wat je als werkers van groot belang vindt voor een goede hulpver-



lening, kan botsen met wat de gebruikers willen. Een hevige aanvaring tussen ons en de bewoners (de sociaal-medische werkgroep) vond bijvoorbeeld plaats naar aanleiding van het opheffen van het zwaar overbelaste inlooppreekuur. We vonden het namelijk voor de gebruikers en onszelf beter om de hulpverlening te structureren; daarom stelden we een afspraakspreekuur in. Zo kregen we meer tijd en aandacht voor de patiënten. De sociaal-medische werkgroep wilde dat niet, maar we hebben het toch doorgevoerd."

Guite: "Gebruikers willen vaak niet dat de arts de positie verliest, die hij heeft. Vanwege de consumptiemaatschappij, de passiviteit, het niet geleerd hebben eigen verantwoordelijkheid te nemen voor gezondheid en welzijn van jezelf en je omgeving, is het ook logisch dat men zegt: 'van de arts wil ik wel afhankelijk zijn, die moet mijn problemen oplossen'."

Hans: "Maar waar blijf je nu met je eerste voorstel? De gebruikers moeten het zeggen, en dan gebeurt dit!"

Guite: "Dat is ook het grote probleem. Eén van de punten is dat gebruikers vaak zo'n lage organisatiegraad hebben. Daardoor blijft die afhankelijkheid erg sterk."

Herman: "Ik denk dat mensen langzamerhand zijn geïndoctrineerd met een vals bewustzijn, en het is vreselijk moeilijk dat vanuit de gezondheidszorg zelf te veranderen."

Paul: "Daarom moet je bij het begin beginnen. Het toewerken naar een 'kritisch bewustzijn', in de zin van Paolo Freire's alfabetiseringsprogramma's. In bepaalde situaties kan ik me dat concreet voorstellen. Voor de gehele maatschappij ligt dat moeilijker, maar misschien is het wel mogelijk iets als een gezondheids- of welzijnsalfabetiseringsprogramma te ontwikkelen."

Hans: "Ik denk niet dat het een gezondheids- of welzijnsprogramma moet zijn, maar dat het moet gaan over hoe mensen leven, wonen en werken. Anders gebeurt er wat De Swaan beschreven heeft als 'protoprofessionalisering'. Alleen al, omdat de programmaontwikkelaars hun eigen vaktaal niet kunnen loslaten, of het nu artsen of agogen zijn. Er is een andere taal nodig, die ervan uit gaat dat je gezondheid véél meer te maken heeft met de manier waarop je leeft dan bijvoorbeeld met wat een arts je kan zeggen over je lijf."

Beatrys Sternerding (L.)

Myra ter Meulen (r.)

viteiten ervaar ik het gebrek aan aandacht voor speciale problemen van vrouwen. Ongelijke verhoudingen en afhankelijkheid binnen de medische wereld spelen met name voor vrouwen een zeer grote rol. Ik hoop dat we met een voorziening vóór vrouwen en van vrouwen een andere vorm van gezondheidszorg kunnen creëren, die niet onderdrukkend is en waar vrouwen ook als niet artsen goed kunnen werken in een minder vastgeroest patroon."

Beatrys Sternerding was tot voor kort actief in 'Wij vrouwen eisen', comité voor vrije abortus, ook in internationaal verband. Deze activiteiten hebben haar duidelijk gemaakt, dat het recht op vrije abortus veel verderstrekkende consequenties heeft dan de toelaatbaarheid van de ingreep op zich. Het gaat om het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen in alle gebieden van het leven. De huidige gezondheidszorg wordt door mannelijke artsen beheerst; heterosexuele normen zijn dominant. Het is een gebied waar macht uitgeoefend wordt over het lijf en leven van mensen. Dit geldt des te sterker voor vrouwen, door de machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen en vanwege het feit dat vrouwen meer met medicalisering te maken hebben. Sinds twee jaar werkt Beatrys in een vrouwengezondheidscentrum in Amsterdam.

Jaap Talsma is huisarts en momenteel verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen. "In de huisartsgeneeskunde zijn de schadelijke effecten van medicalisering vaak en duidelijk aan te wijzen. Voor mij is de vraag zeer belangrijk of je als professioneel hulpverlener buiten spel staat als het gaat om het bestrijden van die medicalisering. Vandaar het idee om voor 37.5 deze rondetafel discussie te organiseren."

De deskundige duikt onder

Er komen een aantal alternatieve benaderingen aan de orde.



Guite Hansma

Beatrys: "Het vrouwengezondheidscentrum is heel duidelijk een poging om te proberen om in ieder geval de kern van: 'de medicus is degene die jou gezond kan maken of waar je terecht kunt, die jou kan vertellen hoe je gezond moet worden', af te breken. Het is wel een vergissing dat het 'gezondheidscentrum' heet; dat is echt heel jammer, want daardoor staat het toch in het kader van gezond en ziek zijn. In ieder geval blijkt dat onmiddellijk associaties op te roepen, zodat veel vrouwen binnen komen met de vraag waar de dokter is. Maar meestal lukt het best als je zegt dat er geen dokter is. Het is veel moeilijker om dat probleem ter discussie te stellen op het moment dat er wel een vrouwelijke arts aanwezig is, dan wanneer die er gewoon niet is. Dat is echt een totaal andere situatie. In de paar jaar dat ik er nu gewerkt heb, was in het begin de positie van de arts toch nog heel centraal en dat had tot gevolg dat je zelf ook sneller dingen ging afschuiven. Je dacht dat zij het waarschijnlijk wel veel beter zou weten, zodat je toch weer in de val trapte. Sindsdien er nauwelijks meer artsen werken en degenen die medicijnen gestudeerd hebben op een heel andere manier binnenkomen, is de situatie helemaal veranderd, maar een punt blijft dat het 'gezondheidscentrum' heet, de mensen komen vaak op die noemer binnen."

Paul: "Maar als je zegt: als deskundige ga ik op de achtergrond en doe ik minder dan jullie verwachten, maak je mensen dan niet nog 'gretiger'?"

Wouter: "En moet je, zoals Herman dat doet, dat als arts wel in vergaande consequenties doorvoeren? Welke rol heeft de progressieve huisarts hier dan in?"

Beatrys: "In het vrouwengezondheidscentrum is het belangrijkste dat er gewoon vrouwen beschikbaar zijn. Sommigen hebben een specifieke deskundigheid en anderen niet. In Genève is een vrouwengezondheidscentrum waar ook behandelend gewerkt wordt. Vrouwen kunnen kiezen of ze daar naar toe gaan of naar de huisartspraktijk waar hun mannen en zonen ook komen. In dat centrum is om formele redenen wel een dokter aangesteld, maar in de praktijk speelt die geen aparte rol, en de vrouwen weten ook meestal niet wie dat is."

Myra: "Het liefste zou ik zeggen: werk zoals ze in Genève bezig zijn en laat de deskundigheid die er onder mensen is, aan elkaar, want het is een essentieel uitgangspunt dat iedereen van alles weet en het aan de ander leert. Ik ben twee weken geleden door een vrouw, die qua opleiding vertaalster was, met arupuntuur afgeholpen van een alkrgi, waar ik vreselijk veel last van had. En die kennis heeft ze daar opgedaan."

De discussie komt op de toekomstige activiteiten van Herman van Aalderen en de ideeën erachter.

De aanleiding was de volgende opmerking van Herman: "We

praten steeds over de positie van artsen, maar het gaat toch om de patiënten. Ik bedoel: het zal ons een zorg zijn waar artsen naar toe moeten. Laten we er maar eerst over praten hoe het met de patiënten moet. Wat ik beluister is dat in zo'n vrouwengezondheidscentrum wordt gewerkt aan het vinden van een nieuwe taal voor problemen van mensen. Ik denk dat dat eerst moet gebeuren en dat het voor artsen heel moeilijk is om daar een bijdrage aan te leveren."

Hans: "Hoe ga jij dat doen, Herman, dat vormingswerk met patiënten. Je hebt dan weliswaar niet meer de maatschappelijke positie van de arts, maar toch wel diens ervaring en deskundigheid?"

Herman: "Mijn deskundigheid is dat ik de beperktheid en de mogelijkheden van medische mogelijkheden kan uitleggen; ontmythologiseren dus. Of dat iets zal opleveren weet ik niet. Misschien moet ik na een jaar zeggen dat het niet gaat."

Hans: "Maar wat ik in jouw inleiding hoorde, maar misschien projecteer ik wel mijn ideeën, is dat het jou belangrijker leek om mensen te wapenen tegen neskundigen dan om mensen op te voeden. Ik denk dat je in staat bent om mensen als het ware ammunitie te geven in hun gevecht met deskundigen en dat is iets anders dan mensen mondig willen maken. Je wilt juist met jouw kennis van deskundigen die deskundigheid ontrafelen."

Herman: "Dat ontmythologiseren van deskundigheid is inderdaad heel belangrijk. Maar ook het horen van de woorden die mensen gebruiken als ze niet met professionelen in aanraking zijn. Om mensen te kunnen helpen - in de zin van Freire - in hun eigen taal zichzelf en anderen te kunnen beleven. Een ander uitgangspunt voor mij in dat vormingswerk is dat bewust worden geen zin heeft, als er niet ook een zekere politisering van gemeenschappelijke problemen plaatsvindt; ik denk bijvoorbeeld aan vrouwen of bewoners van een buurt. Anders kan zich geen nieuwe taal, geen nieuwe werkelijkheid ontwikkelen."

Paul: "Vooraf moeten toch concrete aangrijpingspunten zijn, bijvoorbeeld een klacht als hoofdpijn, in plaats van dat je een levensbeschouwelijk gesprek in het algemeen gaat voeren."

Herman: "Natuurlijk, maar mijn aangrijpingspunt is niet de Ir:oud van de klacht, maar het proces van de hulpverlening. Bijvoorbeeld: Iemand heeft wel eens een klacht gehad, en, wat deed ie ermee? Of: is iemand wel eens naar de dokter geweest, en hoe was dat? Je kunt dan ervaringen naast elkaar leggen, ook met wat eraan gedaan is. Dat gebeurt vaak spontaan. Ik ervaar dat ook als mensen opbellen naar het radioprogramma, waar ik nu aan meewerk."

Myra: "Maar hoe stel je je voor die mensen bij elkaar te krijgen?"

Herman: "Ik kan daar wel iets van vertellen. Er is een Wet

Voorzieningen. Gezondheidszorg, die in allerlei inspraakorganen voorziet. Op centraal, regionaal en plaatselijk niveau zal er van alles en nog wat ontstaan en daar zal de consument ook aan mee gaan doen. Die komt daar dan op een stoel te zitten en mag meepraten over alle problemen. Nou, mijn idee op dit moment is: misschien krijgen die mensen, als ze dat eens een paar keer meegemaakt hebben, de ervaring dat het ze niet lukt om mee te doen aan het algemene gesprek, of dreigen te bureaucratiseren, aangepast te raken en net zo duur mee te praten over de voorzieningen als ieder ander.. Ik hoop, dat dat een aanknopingspunt is om eens een keertje bij elkaar te komen tegen elkaar te zeggen: 'Jij zit daar nou wel in, maar als jij het nou voor het zeggen had, wat voor een gezondheidszorg zou jij nou willen hebben en binnen de kortst mogelijke tijd praten de mensen dan over zichzelf.. Dan is het punt: hoe vind je een weg om ervaringen die mensen van zichzelf hebben, tot een soort van gemeenschappelijkheid te krijgen'."

Aan Paul van Dijk wordt vervolgens gevraagd naar zijn ervaringen met de gezondheidswinkel waar hij gewerkt heeft.

Paul: "Ja, de belangrijkste bijdrage - tenminste in de groepen die ik gedaan heb - bestaat eruit, dat je niet gaat onderduiken als deskundige; zo van: ik ben 't niet, ik weet het niet of ik doe met mee, en jullie moeten het maar zeggen. Maar dat je precies vertelt wat je kunt en wat je niet kunt.. Als de mensen dat oppikken, is dat vaak het meest ontmythologiserende wat er kan plaatsvinden binnen groepen. Dan blijkt inderdaad dat je als arts ongelooflijk beperkt bent, als het gaat over ziek zijn en dat er maar zo verrekt weinig overblijft waar je echt iets mee kan. Mensen zeggen dan: als het zó zit, dan pak ik het zelf wel aan en vind ik het onzin om naar al die hulpverleners toe te lopen. Ja, ik denk dat dat de belangrijkste manier is, waarop mensen echt - ook weer die hulpverleners term - de eigen verantwoordelijkheid gaan vastpakken; want dan gaan ze in zichzelf geloven, dan zien ze dat ze eigenlijk voor een groot deel steeds naar lucht gegrepen hebben. Volgens mij kun je dus als professional wel degelijk een belangrijke rol spelen in deze vormingsprocessen. Ook in mijn functie als huisarts probeer ik zo te werken: 'Mensen, bij koorts en griep, slapeloosheid en hoofdpijn, kan ik niets!' In de cursussen 'gezondheid en gezin', die ik doe, komt het er ook echt uit: mensen krijgen door wat deskundigen wel en niet kunnen, ze ontwikkelen vertrouwen in zichzelf en hun omgeving. Er is wat dat betreft een duidelijke verandering opgetreden bij de mensen, die ik na een cursus weer op het spreekuur zie."

In de molen

Guite: "Iemand die werkloos is, daardoor allerlei spanningen krijgt, en een kwaal ontwikkelt, heeft niet in de eerste plaats behoefte aan een ontspannend middel, of uitleg hoe het lichaam werkt. Wel aan structurele oplossingen: werk, of anders met werkloos-zijn leren omgaan. Dit laatste kan het beste samen met anderen, die ook werkloos zijn. Met elkaar kun je er ook beter aan werken dat er voldoende politieke aandacht komt voor het feit dat er te weinig werk is: signalering en politisering dus."

Herman: "En wat moet er gebeuren als de werkloze van de spanningen een hartinfarct krijgt?"

Guite: "Dat weet ik niet precies. Natuurlijk heeft zo iemand medische hulp nodig. Maar hij of zij zal toch zoveel mogelijk in de eigen leefsituatie moeten kunnen blijven. Eigenlijk wordt het dan alleen nog maar belangrijker om ook sociale oplossingen te zoeken voor het probleem."

Beatrys: "Gelukkig hebben de meesten nog geen hartinfarct.. Maar wel erg veel psychische problemen. Als ze daar zelf niet uitkomen hebben ze - ook voor hun gezondheid - in eerste instantie meer aan een maatschappelijk of algemeen werker, dan de dokter.. En het zou dan ook heel belangrijk zijn als mensen kunnen zeggen: 'Ik heb niks aan mijn maag, maar ik voel mij ontzettend klote!'"

Myra: "Het gaat mij niet alleen om de vraag: worden mensen op een outmedicaliserende manier van hun kwaal verlost, maar vooral om: hoe bereik je dat ze zelf oplossingen vinden als ze zich niet lekker voelen?"

Hans: "Een groot probleem blijft, dat je totaal verloren bent, als je als gebruiker eenmaal in de medische molen, en vooral het ziekenhuis, zit.. Ook met je ideeën over gemeenschappelijkheid met je eigen omgeving. Ik heb het een paar keer meegemaakt met familieleden: verzet is bijna onmogelijk, en als je opgenomen bent, worden allerlei banden afgesneden."

Beatrys: "Maar er is ook een grote groep mensen die juist geborgenheid van het ziekenhuis wil, ook als die niet echt nodig is."

Hans: "Nee, dat zijn mensen die, eenmaal in de molen, hun verzet opgegeven hebben."

Beatrys: "Als patiënt is het inderdaad heel moeilijk om niet te doen wat dokters voorstellen. Maar dat is wel aan het veranderen. Zelf heb ik dat ook: tien jaar geleden was m'n geloof in artsen nog veel absoluter dan nu: Een röntgenfoto? Ja, natuurlijk! Maar nu weet ik dat na één foto weer een andere komt, en zo door... En ik geloof dat door alle discussies over dit soort dingen steeds meer mensen dat door krijgen, en eigen beslissingen gaan nemen. Het valse gevoel van

geborgenheid verdwijnt door ervaringen, waarvan de betekenis benoemd kan worden."

Frik: "Maar ze moeten zich dan ook met de voorzieningen bezighouden en duidelijk maken hoe die moeten werken en in elkaar moeten zitten. Ik ben zelt betrokken bij de voorbereiding van een gezondheidscentrum in Amsterdam Zuid-Oost. Als je dan als gebruiker je invloed laat schieten dan blijkt er later van alles niet te kloppen. Het is dus gevaarlijk te propageren dat gebruikers hun handen van de gezondheidszorg af moeten trekken en alleen met zichzelf bezig moeten zijn. Het 'Medisch Regiem' doet niet uit zichzelf een stapje terug."

Strategie ten aanzien van de tweede lijn

Er wordt doorgepraat over de mogelijke rol van artsen bij veranderingsprocessen.

André: "Ik vind dat je in termen van taakverdeling en samenwerking tussen gebruiker en werker moet denken. Het zou bijvoorbeeld jammer zijn als goede artsen die verandering willen, zichzelf uitschakelen, omdat alles van de gebruiker moet komen. Artsen hebben zowel historisch gezien als op dit moment alle reden tot beschaidenheid, dat is waar, maar er zijn toch specifieke taken voor hen in het veranderingsproces, die niemand anders kan overnemen. Bijvoorbeeld het schoonvegen van het straatje van de medische werkschap en hulpverlening, dat ernstig vervuild is met allerlei ingrepen en activiteiten die nutteloos en schadelijk zijn. Met name eerstelijnsartsen zouden op dat gebied veel te melden hebben, vooral naar de ziekenhuizen toe. Door ervaringen en nieuw onderzoek moet concreet gemaakt worden wat artsen wel en niet te melden hebben. Goed onderzoek naar effecten is vreemd genoeg weinig gedaan, noch bij veel ingeburgerde, noch bij nieuwe technieken. Als je hier niet aan gaat werken, blijf je te globaal met je kritiek op de geneeskunde, en sta je met je mond vol tanden als er weer eens een nieuw snufje via de televisie aan het publiek wordt voorgeschoteld. Het is ook een voorwaarde om je patiënten goed te kunnen informeren, temidden van een zich steeds meer specialiserende zorg. Anders willen mensen toch graag advies van iemand die van hun speciale geval zo veel mogelijk 'weet', begrijpelijk! En ook wijzelf, als (huis)artsen en hulpverleners, zullen als we niet precies van de hoed en de rand weten, de weg naar die 'deskundigen' in een concreet geval niet durven te versperren. Hoe goed we ook weten wat er in het algemeen mis is. Iedereen hier kent het mis-

schien ook wel vanuit een patiëntenrol: als iemand die meer weet als jij, zegt dat iets goed voor je is, dan leg je dat niet gauw naast je neer. Het is dan wel belangrijk dat wat je te horen krijgt, ook echt klopt."

Paul: "Herman, jij hebt wel eens geschreven: 'de huisarts zou een soort oorlogssituatie met de tweede lijn moeten scheppen'?"

Herman: "Ja, dat geloofde ik toen nog. Het zou ook wel kunnen. Huisartsen voelen zich afhankelijk van specialisten, maar hebben niet door hoe afhankelijk specialisten van hen zijn. Als huisartsen werkelijk gepolitiseerd zouden zijn, dan zouden ze als collectief een enorme macht hebben ten opzichte van de tweede lijn. Maar zo'n macht zullen ze nooit worden, daarvoor zijn ze door hun opleiding teveel 'gesocialiseerd', te afhankelijk gemaakt."

Erik: "Wat zou je verwachten van zo'n oorlog? Een complete chaos waaruit het publiek concludeert: we moeten zelf weer bij af beginnen, of wordt alleen de deskundigheid en macht van de eerstelijnsprofessionals versterkt?"

Herman: "Zo'n oorlog is nodig. Iemand luistert pas als hij in z'n belangen geschaad dreigt te worden. Die belangen zijn bepalend. Daarom zijn kinderartsen, die hun eigen specialisme zien afbrokkelen, nog het meest aanspreekbaar vanuit de eerste lijn. Bij de gynaecologen heeft het andersom gewerkt: toen er minder kinderen geboren werden, gingen ze maar meer baarmoeders verwijderen. Via de potentiële macht van de huisartsen is greep te krijgen op dit belangenspel."

Wouter: "Toch is er sprake van diversiteit. In Amsterdam-Zuid-Oost speelde de polikliniek Ganzehoeft de rol van voorpost van het Academisch Medisch Centrum, temidden van het woongebied dicht bij de mensen. Enerzijds bracht dit inderdaad brood op de plank van het nieuwe ziekenhuis, maar anderzijds werd er door ons een positieve ervaring opgebouwd in gerichte samenwerking met enkele zeer gemotiveerde specialisten. Toen de poliklinieken van het ziekenhuis opengingen, wilde men Ganzehoeft sluiten. Samen met bewonersorganisaties is ervoor gestreden om Ganzehoeft open te houden. Helaas zijn nu die gemotiveerde specialisten inmiddels al vertrokken naar kleinere ziekenhuizen. Je voelt je dan wel verlaten. Dat was trouwens ook mijn eerste reactie na Hermans vertrek als hoogleraar. We merken trouwens ook dat er wel degelijk specialisten, ook super-specialisten zijn, die zeggen: 'Wat wij doen is onzin, we moeten naar nieuwe hypothesen en ander onderzoek toe'. Dat heeft minder te maken met oorlog dan met belangen en vooral: een gigantische crisis in de gezondheidszorg."

Erik: "Maar het gaat alleen nog maar om verschuivingen binnen de club van hulpverleners, er verandert niet veel aan de manier waarop zij met cliënten omgaan."

Herman: "De eerste stap moet inderdaad komen van de kant van de cliënten en de politiek. De tweede stap moet beginnen bij de artsen: zij moeten zien hoe ze in hun eigen denken belazerd zijn, en wat de politieke achtergronden zijn van wat ze dagelijks in de spreekkamer doen. Het wordt hoog tijd dat progressieve artsengroepen, zoals de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen, hierover met elkaar vormingsclubs opzetten."

Voorhoede?

Mira: "Het is prima dat niet-artsen en artsen samenwerken om positieve veranderingen te bereiken, ook met gebruik van de specifieke deskundigheid van artsen. Maar dan moet wel de positie van de niet-artsen versterkt worden in zo'n setting, anders komen de artsen weer centraal te staan."

Jaap: "Is het mo zelijk dat een hulpverle ner zelf vanuit de eigen machtspositie deprofessionaliseert en macht prijs-gedt?"

Beatrijs: "Vanuit het vrouwengezondheidscentrum hebben we contacten met huisarts en specialist, en dan merk je wel verschillen in denken. Van sommigen zal je geen veranderingen kunnen verwachten; die zijn, in de woorden van Herman, te sterk gesocialiseerd. Anderen lukt het wel, vooral degenen die er zelf mee in de problemen zijn gekomen. Bijvoorbeeld vrouwen die als medicijnstudente in botsing zijn gekomen met de gezondheidszorg als gebruikster. Maar mensen uit de medische professie kunnen uiteindelijk vanuit hun deskundigheid niet meer dan een bruikbare bijdrage leveren tot verandering. Een voorhoederol is voor hen niet weggelegd."

Hans: "Paul, is het moeilijk je ideeën in praktijk te brengen?"

Paul: "Er zijn, nu ik weer actief ben als huisarts, enkele remmende mechanismen die op mijn weg komen. Zo heb ik er een hekel aan een antwoordapparaat aan te hebben staan na zeven uur, maar als ik dat niet doe loop ik de kans dat mijn collega's dat zien als concurrentievervalsing. Een ander punt: bij de cursussen 'Gezin en gezondheid' vragen deelnemers vaak of ze een vriend of vriendin mogen meenemen. Die hebben soms een andere dokter, want ik heb een kleine praktijk. Dat kan dan vaak niet omdat ik dat moeilijk vind ten opzichte van m'n collega's. Maar toch kan ik nog erg veel ideeën kwijt in de praktijk; juist bij de gratie van het feit, dat ik maar zestienhonderd patiënten heb, solistisch werk en weinig hoeft te vergaderen. Het is wel moeilijker dan vanuit de vrijblijvendheid toen ik niet als huisarts werkte met groepen. Nu is het een groep mensen met wie je de

rest van je leven te maken hebt en het kan natuurlijk flink fout gaan in zo'n groep."

Jaap: "Naar aanleiding van de vraag of je als professioneel werker een voorhoederol kan vervullen in het veranderen van de institutie gezondheidszorg, denk ik bij jouw verhaal: ja, dat kan. Je noemt wel een hoop belemmeringen en machtsfactoren om je heen, waar je tegen botst, maar het kan wel. Herman zegt: het kan niet."

Herman: "Wel als individuele gebeurtenis, niet als bron van verandering van het geheel."

Hans: "Ik denk ook dat je geen grote veranderingen mag verwachten in heel Nederland, als een grote groep mensen vanuit de professie op zo'n manier aan de slag zou gaan. Wel veranderingen in je directe omgeving."

André: "Ik vind overigens wel dat je moet oppassen dat je niet ~ wat ik noem ~ je maatschappijanalyse gaat medicaliseren. Dat wil zeggen: je hebt terecht kritiek op medicalisering, maar je gaat van daaruit te eenzijdig de maatschappij bekijken, en teveel denken dat maatschappijverandering te bereiken is door nieuwe hulpverleningsvormen. Er zijn nu eenmaal veel dingen waarvan je als goedwillende hulpverle-ner maar een klein stukje kunt overzien; laat staan dat je ze kunt veranderen. Vooral progressieve hulpverleners lopen het gevaar de beperkingen onvoldoende te zien, en kunnen dan gefrustreerd raken."

Guite: "Bovendien staan de mensen die de macht hebben, deze nooit vrijwillig af. Dat kan je ook zien in de verhouding tussen Noord en Zuid, en tussen mannen en vrouwen. Op enkele individuen na, die op hun manier wel een gedeelte van die macht ondergraven."

Wouter: "In Amsterdam-Zuid-Oost, in het Academisch Medisch Centrum, zien we in elk geval wel dat er een crisis begint te ontstaan in het bolwerk: het zit niet meer zo sterk in elkaar."

Vlitt: "Ma ar dat komt niet omdat specialisten een gedeelte van de macht afgeven. Die wordt hen ontnomen door de centrale overheid: tien jaar geleden konden ziekenhuizen uitbreiden wat ze wilden, en nu is er beddenreductie."

Wouter: "Daarbij gaan helaas de kleine ziekenhuizen dicht, en verliezen middelgrote een aantal functies, terwijl de grote misschien wel een aantal bedden verliezen maar hun functies houden. Ze worden juist tot supercentra, waar alles zich samenbalt."

André: "Ook dat gaat zo gemakkelijk niet meer. Denk maar aan de onzekerheid rond de nieuwbouw van een nieuw Academisch Ziekenhuis in Maastricht. Het leek al bijna in kan-nen en kruiken, maar er kwam verzet, ondersteund door een kritisch rapport vanuit een overleggroep van Maastrichtse gebruikers en hulpverleners. Dat sloeg aan in Den Haag, hoewel de drang tot beddenreductie en bezuiniging minstens

zo'n grote rol zal spelen."

Herman: "Maar het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam wist wel de gehele gemeenteraad te bescapen, en kreeg de hele zaak om, tegen de minister in. Werkend op sentimenten, want wezenlijk verandert men de zaak niet."

Paul: "Hoe staat het nu met de machtsvorming aan consumentenzijde, bijvoorbeeld de STAG. Kan zo'n organisatie veranderingen van belang teweegbrengen?"

Gulte: "De ~1AG-L.L. is, op dit moment klem, en dat is een belemmerende factor voor machtsvorming. De veranderingen ontstaan meer op kleine schaal, zoals een gezondheidscentrum dat goed loopt. Maar dat kan als speerpunt wel erg belangrijk zijn en aangeven dat er alternatieven zijn, zoals ook Wouter aan het werk is."

Hans: "En hoe zit het met de ziekenfondsen?"

Gulte: "Er zijn helaas nog maar een paar ziekenfondsen die onderling beheerd worden. AZIVO is daar één van. Het is in elk geval een voorwaarde dat gebruikers hun ziekenfondsen besturen, en niet de medici. Het feit dat AZIVO zoveel verzet oproept is overigens wel een bewijs dat het machtsdoorbrekend werkt. Dat geldt ook voor de STAG-E.L.. Alleen al haar streven naar loondienst van alle werkers (ook artsen, fysiotherapeuten, apothekers, tandartsen) is voor de gevestigde clubs bedreigend. Men probeert dan met allerlei middelen de zaak tegen te houden of te frustreren. Zoals bijvoorbeeld het niet opnemen van artsen in waarnemregelingen, of allerlei juridische stappen."

Tot zover de weergave van het gesprek. Het is een inventarisatie van veel ideeën en problemen in de eerste lijn geworden, een start voor discussie. Herman van Aalderen tenslotte: "Het is nodig dat artsen niet langer dan bijvoorbeeld dertig uur per week werken, en daardoor tijd overhouden. Voor dit soort dingen. Dat is namelijk het knappe van het bestaande systeem: artsen worden zó druk gehouden, dat verderkomen niet lukt!"

GESIGNALEERD

Gesignaleerd is een rubriek waarin korte signalementen van recent verschenen rapporten, themanummers, scripties, discussiemappen, enzovoorts, worden opgenomen.

Voor plaatsing in deze rubriek een presentemplaar toesturen aan het redactiesecretariaat van 37,5, Westersingel 37, 9718 CC te Groningen.

VROUWEN, ARBEID EN GEZONDHEID; DILEMMA'S. KATERNEN 2000,1983 No. 1

Bepaalde vormen van arbeid brengen risico's met zich mee voor de gezondheid, soms vooral voor die van vrouwen; die worden gedwongen deze risico's dan maar te nemen, of niet te werken, dus thuis te blijven. Het gaat niet alleen om de ideologie over de maatschappelijke rol van vrouwen, maar ook om de maatschappelijke structuur waarin arbeid plaats heeft. Het Katern is geschreven door 9 vrouwen van de Stichting Arbeid & Gezondheid en bevat artikelen over vrouwenarbeid in Nederland, arbeidsrisico's en veranderingsstrategieën.

Het Katern is te bestellen door storten van f 7,15 op giro 299050, t.n.v. De Horstink, Amersfoort, o.v.v. Katernen 2000, 1983 No. 1.

'WEL OF NIET GAAN'; UITGAVE WERKGROEP MEDISCHE ONTWIKKELINGSSAMENWERKINGJ WEMOS

WEMOS stelde in november 1982 een documentatiemap samen getiteld: 'Wel of niet gaan'. Duidelijk wordt dat machtsfactoren en factoren van politieke, culturele en economische aard verweven zijn met de medische ontwikkelingshulp en de misstanden daarin. De map wil stof tot discussie geven over de vraag of je wel of niet in een ontwikkelingsland zou gaan werken.

De map is te bestellen door f 9,50 over te maken op giro-nummer 4265727, t.n.v. WEMOS, Amsterdam (adres: postbus 4098, 1009 AB in Amsterdam).

VROUWEN EN KANKER, UITGAVE VAN HET VROUWENZEZONDHEIDSCENTRUM UTRECHT

Een groep bestaand uit vrouwen die kanker hebben en vrouwen van een gezondheidscentrum, stelden een boekje samen uit de gesprekken die zij over die ziekte voerden. Zij signaleren een tegenstrijdigheid in hun ideeën: "Voor genezing is het essentieel dat mensen zelf actief zijn en zich niet overgeven aan de medische wereld. Tegelijkertijd vinden we dat deze stelling een moralistisch karakter heeft: kanker krijg je omdat je niet goed leeft en als je niet geneest dan is dat je eigen schuld; want dan had je maar harder voor je genezing moeten knokken."

Een uitgave van het Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht (aldaar te bestellen).

Patiënten rechten, eigen bijdrage ziekenfondsen

Solidariteit of elke keer een knaakje kwijt

Lubbers' "no-nonsense" kabinet ondergraaft het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg met zijn medicijnenknaak. Gebruikers verzetten zich tegen aantasting van het ziekenfondspakket en de AWBZ-verstrekingen. In de strijd tegen de verdieners in de gezondheidszorg blijkt de Haagse politiek onmachtig. Gebruikers moeten daarom buitenparlementaire druk uitoefenen. Hét middel daartoe is activeren en democratiseren van ziekenfondsen. Andries Dolleman, secretaris van de patiëntenvereniging van het Haagse ziekenfonds AZIVO, neemt de strijdbijl op.

ANDRIES DOLLEMAN

De redactie heeft mij gevraagd voor dit eerste nummer van 37.5, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, iets te zeggen over de rechten van patiënten en de strijd die daarvoor gevoerd moet worden. Dat kan het beste door te vertellen waar mensen samen tegen in verzet komen. Ik zal het hebben over patiëntenrechten, eigen bijdragen en ziekenfondsen.

Geen ervaring met politieke strijd

Het mag wel gezegd dat het van enige moed getuigt een tijdschrift over gezondheid te doen verschijnen, met een inhoudelijke pretentie naar de politiek. Duidelijke politieke stellingnames worden je niet in dank afgenomen. Dat is zeker zo, nu ongehoord brute bezuinigingen het naakte bestaan bedreigen. Uitvoeringsorganen als ziekenfondsen, verenigd in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, hebben vrijwel geen ervaring met politieke strijd. Zij blijken al te zeer geneigd als technische uitvoerings- en adviesorganen op te treden, ook al zijn politieke beslissingen duidelijk in strijd met de zorg voor de gezondheid en de belangen van de ziekenfondsverzekerden. De politiek, dat is voor hen Den Haag. Dat de politiek een maatschappelijk gebeuren is waarbij alle mensen betrokken zijn, wordt nauwelijks onderkend; althans politieke strijd wordt geschuwd.

Op 14 december 1982 nam de Algemene Vergadering van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen met algemene stemmen een motie aan, waarin onder andere gesteld werd: "... dat het invoeren van nieuwe eigen bijdragen (zoals voor geneesmiddelen) dienende als bezuinigingsinstrument en leidende tot overheveling van collectieve lasten naar het individu, in strijd is met het solidariteitsbeginsel en dus door de ziekenfondsen wordt afgewezen."

Deze motie heeft niet geleid tot praktisch verzet tegen de eigen bijdragen. De politiek - Den Haag dus - had immers een democratische beslissing genomen?! Met andere woorden: de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen ging geheel voorbij aan het massale ongenoegen en de talloze protesten. Men bleek niet bereid tot praktisch verzet. Het enige ziekenfonds dat daartoe wel bereid was, was het AZIVO. De motie en een brief aan de staatssecretaris bleven niet meer dan papieren protesten. Zó'n bemoeienis met de politiek heeft natuurlijk geen enkele invloed. De bewindslieden vinden daar trouwens geen doekjes om. De één na de ander zegt ronduit dat zij de protesten tegen hun maatregelen al bij voorbaat zien aankomen en leggen die vervolgens

naast zich neer.. "Want", zeggen zij cynisch, "ons beleid is niet meer dan de uitvoering van het door de regeringspartijen overeengekomen akkoord. Daarom bezuinigen we." Dat betekent dat de papieren afwijzingen gevolgd hadden moeten worden door werkelijke daden van georganiseerd, massaal verzet, wilden moties en brieven enige kans maken de eigen bijdragen te stoppen.

Waar blijven de rechten van de patiënten?

Dit artikel begon ik met de opmerking dat praktische strijd van de patiënten tegen bezuinigingsmaatregelen noodzakelijk is. Dat wil ik volhouden. Patiënten, verzekerden, moeten de rechten die ze niet hebben, bevechten op de structuur en de bazen van de gezondheidszorg. Alle verhalen over emancipatie zijn nog geen waarborg, dat de patiënt ook maar iets te zeggen zou hebben over het formidabele bedrag van 32 miljard gulden, dat zij voor de gezondheidszorg opbrengen. Ze hebben er niets over te vertellen, niet over de grootte van het bedrag, en helemaal niet over de besteding ervan. Het is toch van de gekke dat diegenen die verdienen aan gezondheid, ongecontroleerd over dat geld beschikken, en niet diegenen die betalen. Niettemin is het de werkelijkheid dat juist de artsen, specialisten, ziekenhuisdirecties en andere verdieners nog steeds de beslissingen nemen in de gezondheidszorg. Het zal derhalve deze verdieners een zorg zijn hoe het geld bij hen binnenstroomt. Hun zogenaamde protesten tegen de eigen bijdragen berusten dan ook vooral op de rompslomp die eraan vast zit. Als zij het standpunt verkondigen dat eigen bijdragen de volksgezondheid ondermijnen, dan dient dat beschouwd te worden als niet meer dan een aanvullend argument, dat gebruikt wordt omdat het zo aardig en 'ethisch' klinkt. Zodra dan ook het parlement een beslissing heeft genomen, verstommen die protesten. Sterker nog: de apothekersorganisatie en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen zijn er rap bij om stringente richtlijnen aan de apothekers te verstrekken. Dit onder het motto: "we moeten wel". Ze moeten natuurlijk helemaal niet. Het enige dat ze zouden moeten, is hun taak als dienaars van de gezondheid van de mensen naar behoren vervullen. Maar ze willen daar liever aan verdienen!

Brave parlementariërs, die de politiek tot hun specifieke 'vak'-gebied verklaren, hebben er evenmin behoefte aan de verzekerden aan te zetten tot daadwerkelijk verzet. Het kost hen niet de minste moeite zich te beroepen op zogenaamd democratische beslissingen door het parlement. Ook

al werd de eigen bijdrage zowel onder Veder-Smit als onder Gardeniers tot twee maal toe door dat parlement afgewezen. Pas de huidige regering noopte de CDA-parlementariërs voor de eigen bijdrage te stemmen. Dit had uitsluitend en alleen zijn oorzaak in het feit dat een kleine parlementaire minderheid, de VVD, kans had gezien die eigen bijdrage in het regeer-akkoord op te laten nemen. Zo ondemocratisch werkt de parlementaire democratie!

Kiezers en verzekerden missen deze mogelijkheid tot koe-handel. Hen rest slechts één middel om van hun ontstemming blijk te geven. Dat middel: buitenparlementaire druk uitoefenen op de regering, wordt onmiddellijk verdacht gemaakt als 'burgerlijke ongehoorzaamheid'. Alleen 150 parlementariërs mogen, desnoods gewetenloos, de dienst uitmaken; hoe miljoenen zich ook verzetten! Waar zo de rechten van patiënten blijven? Nergens!

Ziekenfondsen: belangenorganisaties?

Ziekenfondsen zijn of horen te zijn: organen van patiënten. Helaas zijn verreweg de meeste ingekapseld in het systeem van de gezondheidszorg; de ziekenfondsen zijn administratieve uitvoerders geworden van door hogerhand opgelegde verplichtingen. Dat is een bekende methode. Geef voorstanders van een goede en rechtvaardige volksgezondheid, voorstanders van een gezond milieu of van sociale verbeteringen, een stukje 'mede-verantwoordelijkheid' en ontkracht daarmee hun eerste en enige belangrijke taak: de behartiging, in de breedste zin, van de belangen van de groepen namens wie ze spreken. Deze twijfelachtige methode wordt fase na fase doorgevoerd. In de wereld van de ziekenfondsen werden strijd bare fondsen via fusies dan ook levend begraven. Hun verantwoordelijkheid als vertegenwoordigers van de belangen van hun leden en van de gezondheid van de mensen, werd ondergeschikt gemaakt aan de onnatuurlijke particuliere belangen van de verdieners aan de volksgezondheid. De ziekenfondsen zijn deel geworden van een wanordelijke en geldverslindende structuur.

Democratiseer de ziekenfondsen

Toch is en blijft het mogelijk de ziekenfondsen te activeren. Juist omdat in de ziekenfondsen 70% van alle verzekerden tegen ziektekosten verzekerd zijn, kunnen de patiënten -- verzekerden -- er alles aan doen. Ziekenfondsen zijn en blijven hun organen. Zoveel, direct bij de gezondheidszorg betrokken mensen vormen, als ze dat willen, een onverslaanbare macht om de eigen gezondheid te beschermen. Het gaat erom, dat de ziekenfondsen uitgroeien tot waarvoor ze bestemd zijn: consumentenorganisaties op het gebied van de gezondheidszorg. Verzekerden zijn gebruikers van zorg. Zij hebben er dus belang bij dat die zorg goed is en betaalbaar. Verzekerden hebben er recht op te bepalen wat zij daarvoor willen en kunnen betalen. Zij hebben er ook recht op zelf te zeggen welke behandelingen en medicijnen, welke apparatuur en welke en hoeveel ziekenhuizen er moeten zijn en hoe die laatste over het land, de streek, de stad verspreid zijn. Zij kunnen dat in overleg met deskundige adviseurs heus zelf bepalen!

Hoe kunnen we van ziekenfondsen consumentenorganisaties maken? In de eerste plaats moeten de leden van de ziekenfondsen zelf hun bestuur en hun ledenraad kiezen. Die mogelijkheid is aanwezig. Mensen die nu in de verzekerdenraden of ledenraden zitten, moeten die zaken aan de orde stellen en van geen aflaten weten. Als zij aangewezen zijn door de vakbonden, dan plegen zij overleg met die bonden. Het is zeker dat zulk overleg een goed gehoor vindt bij de FNV. Pas als de ziekenfondsen door de leden worden bestuurd, hebben de verzekerden hun recht. Dan hebben zij ook het recht om artsen en specialisten en andere mensen, die géén gebruikers zijn, maar leveranciers van de gezondheidszorg, uit die besturen te weren. In de tweede plaats: als het bijzonder moeilijk blijkt zo beweging in de zaak te krijgen; als blijkt dat onwillige besturen, artsen en directies een democratische ontwikkeling tegenhouden, dan wordt het zaak dat de verzekerden zich verenigen in een patiëntenvereniging. Maar die patiëntenvereniging moet wel de strijd met de leveranciers van zorg aandurven. Ziekenfondsen zullen slechts versterkt uit die democratisering te voorschijn komen. Dat lijdt geen twijfel. Ziekenfondsen zullen dan hun eisen aan ziekenhuizen en artsen kunnen stellen. Dat zijn immers leveranciers, en leveranciers kunnen niet zonder afnemers, gebruikers.

Strijd voor structurele veranderingen

Er moet strijd gevoerd worden tegen de eigen bijdragen, dat is duidelijk. De patiëntenverenigingen zullen in die strijd vooraan staan. Ze zullen het initiatief moeten nemen tot een zo breed mogelijk front tegen de plannen van deze regering. Ze zullen samen moeten werken met zoveel mogelijk organisaties en groeperingen. Maar het gaat om méér dan alleen de eigen bijdragen. De strijd moet gericht zijn op structurele veranderingen in de gezondheidszorg. Anders blijven we nog veel jaren vastzitten aan steeds hogere eigen bijdragen en een sterke tendens tot privatisering. Dat is de reden waarom onder andere de hervorming van ziekenfondsen tot werkelijke consumentenorganisaties, aan de orde moet worden gesteld. Dat geldt ook voor het instellen van een nationale volksverzekering, met een vrijwaardig ziekenfondspakket en een premie naar draagkracht. Dat is de manier om solidariteit tussen zieken en gezonden gestalte te geven. Dat maakt de gezondheidszorg toegankelijk voor iedereen. Dat voorkomt eigen bijdragen en dure herverzekeringen. Dat maakt de gezondheidszorg goedkoper en voor ieder betaalbaar. Nu de situatie voor de ziekenfondsverzekerden steeds slechter dreigt te worden, is het een bittere noodzaak, dat zij de strijdbijl opnemen.

Vijf misvattingen over medische ontwikkelingssamenwerking

Medische ontwikkelingssamenwerking moet er in de eerste plaats op gericht zijn ongelijke kansen op gezondheid op te heffen. Alleen dan kan men van een bevrijdende gezondheidszorg spreken. Helaas kom je in de discussie over medische ontwikkelingssamenwerking steeds dezelfde vooroordelen tegen.

Frits Muller, zelf jaren als arts werkzaam in Midden- en Zuid-Amerika, maakt schoon schip.

FRITS MULLER

De gezondheidstoestand van de bevolking van de Derde Wereld is slecht. Als verklaring daarvoor wijst men verschillende oorzaken aan. Sommigen houden het op het veelvuldig voorkomen van kwaadwillige bacteriën, gisten en schimmels in het tropische klimaat. De slechte gezondheid van de bevolking op grote hoogte, zoals bijvoorbeeld in Nepal en de Andeslanden, maakt deze verklaring op zijn minst incompleet. Anderen noemen slechte voeding en weinig of besmet drinkwater als oorzaken. Maar waar komen die slechte voeding of dat vervuilde drinkwater vandaan? Dóórdenkers wijzen op onvoldoende kennis van de voedingsleer en lage agrarische produktieresultaten. Landbouwvoorlichting, gezondheidsvoorlichting en andere 'beschavingscampagnes' (De Swaan) zijn aangewezen om daar een eind aan te maken. Gebrek aan gezondheidsvoorzieningen, een andere vermoedelijke oorzaak, werd aangepakt met spreading van bestuur, gezondheidszorgplanning, en de 'primary health care'-strategie. De armoede zelf als oorzaak tenslotte, lijkt aan de basis van alle bovengenoemde oorzaken te liggen. Gezondheidszorg die maatschappelijke ongelijkheid bestrijdt ('bevrijdingsgezondheidszorg') en andere strijdvaardige vormen van gezondheidszorg baseren zich hierop. In de Derde Wereld is in de gezondheidstoestand van de bevolking sinds de kolonisatie natuurlijk veel veranderd. Opvallende naoorlogse veranderingstendenzen zijn bijvoorbeeld: de snel toenemende bevolkingsgroei in een aantal landen; het toenemen van het belang van bepaalde infectieziekten (door snelle verstedelijking) en van de toxicologische aandoeningen door ongecontroleerd gebruik van onkruidverdelgingsmiddelen en de uitvoer van zeer gevaarlijke industrieën uit de milieubewuste westerse landen. Sextourisme en koloniale oorlogen zoals in Vietnam, zijn andere invloeden op het gezondheidsniveau van Derde-Wereld-landen, die het gevolg van hun integratie in het wereldsysteem zijn.

Dat de kolonisatie zelf een rampzalige invloed had op de gezondheid aldaar, staat vast. Slavernij, moorddadige oorlogen, onmenselijke uitbuiting en de import van nieuwe ziekten, zaaiden dood en verderf. Subtieler was de ontbinding van de relatief hoogontwikkelde maatschappijen, zoals die van de Inca's in Peru. Daar bestond voor de 'conquista' géén ondervoeding door de bestaande produktiewijze en de verdeling van de opbrengst. Nu komt in diezelfde gebieden ondervoeding van kinderen frequent voor (meer dan 50%), onder andere door de introductie van het grootgrondbezit ('hacienda') en de vervanging van ruilhandel door markteconomie.

Naast risico's die de gezondheid aantastten heeft het Westen natuurlijk ook zaken gebracht die ziekten en lijden verminderten. Dit gebeurde dan vooral in de vorm van gezond-

heidszorg. De koloniale gezondheidszorg was weliswaar vooral gericht op bescherming van de eigen koloniale, maar deze vond ook zijn weg naar de bevolking zelf, zij het meestal onder bepaalde voorwaarden. Binnen het koloniale gezondheidszorgssysteem ontwikkelde zich de tropische geneeskunde die, volgens de principes van de natuurwetenschappelijke methoden, het herkennen van de oorzaken van een aantal tropische ziekten, therapie en preventie mogelijk maakte. In de dekolonisatieperiode, na de tweede wereldoorlog, troffen de onafhankelijk geworden landen een koloniale gezondheidszorgstructuur aan, die meestal niet aansloot op de bestaande behoeften. Ze mochten de kennis overnemen die in tweehonderd jaar verzameld was door leden van her en der over de wereld verspreide, al dan niet koninklijke instituten voor tropische geneeskunde (onder andere in Londen, Edinburg, Amsterdam, Antwerpen, Heidelberg en Hamburg). De vragen waarmee de regeringen geconfronteerd werden, lagen veel meer in het organisatorische vlak dan in het technische vlak: hoe organiseer ik de beste hulp met twee tot vijf dollar per hoofd van de bevolking per jaar ter beschikking en voor zoveel mogelijk mensen? Gebaseerd op deze vraag ontstond een stroming die je naar het beroemdste boek uit die tijd 'Medical Care in Developing Countries' zou kunnen noemen. Binnen deze denkwijze werden ideeën uitgewerkt en werkwijzen ontwikkeld zoals: overdracht van medische functies; voorlichtingstechnieken; modellen voor het spreiden van bestuur; aangepaste technologie, vooral op het gebied van hygiëne en drinkwater; en volksparticipatie. Het transculturele karakter van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden werd uitgediept (Van Amelsvoort, 1964).

Om deze nieuwe ontwikkeling op gang te brengen, putten veel ontwikkelingslanden voor kapitaal en kennis uit bronnen in de rijke westerse landen. In het kader van de medische ontwikkelingssamenwerking, en vooral ook van de Wereldgezondheidsorganisatie, en haar regionale bureau's, bleef de afhankelijkheid van westerse ideeën en kapitaal bestaan. Merkwaardig genoeg zijn juist in die landen die deze afhankelijkheid doorbraken, zoals China en Cuba, de meest opvallende resultaten op het gebied van de gezondheidszorg behaald.

In het Westen is de medische ontwikkelingssamenwerking weinig kritisch bekeken. Medische hulp was immers 'goed'. Reden genoeg dus om te proberen een aantal gangbare vóóroordelen (misvattingen) over medische ontwikkelingsamenwerking aan de kaak te stellen. Dat die misvattingen bestaan, is begrijpelijk. Opvattingen over de waarde van de gezondheidszorg, de oorzaken van onderontwikkeling en de rol van de ontwikkelingssamenwerking in de wereldorde wisselen; voor- en tegenstanders bestrijden elkaar te vuur en te zwaard. Er zijn zeker méér misvattingen dan de vijf die ik noem, mogelijk zelfs meer misvattingen dan opvattingen. Deze vijf misvattingen echter, komen voortdurend terug in de discussies die ik met medische studenten gevoerd heb tijdens voordrachten, colleges of in werkgroepen.

1. "Gezondheid hangt af van gezondheidszorg"

In de typisch westerse (functionalistische) opvatting over ontwikkeling bestaat de maatschappij uit een aantal sectoren (bijvoorbeeld landbouw, onderwijs, gezondheidszorg) die principieel gelijkwaardig zijn. Omdat in deze visie geen hiërarchische ordening bestaat, kan ontwikkeling beginnen in elk van deze sectoren, en zich van daaruit uitbreiden naar de overige. Deze hokjesanalyse maakt een effectieve, historische en oorzakelijke analyse onmogelijk. Landbouwproblemen worden opgelost door landbouwexperts, analfabetisme door onderwijsexperts en gezondheidszorgproblemen door artsen. De hemel van de experts. Deze opvatting desoriënteert de bevolking en maakt sociale en politieke bewustwording onmogelijk. Die bewustwording is immers gebaseerd op een visie op ontwikkeling waarin het econo-

mische het primaat heeft (de produktieverhoudingen) waaraan andere maatschappelijke fenomenen (zoals gezondheid) ondergeschikt zijn.

Eerstgenoemde opvatting leidt ertoe dat gezondheid gezien wordt als een probleem van gezondheidszorg. Mensen zijn ongezond, hebben slechte gezondheidskansen en sterven omdat ze geen toegang hebben tot goede gezondheidszorg. Ik wil deze misvatting op drie verschillende niveau's aan de kaak stellen.

Historisch gezien klopt het niet. De grote man op dit gebied is niet Ivan Illich, maar Thomas McKeown die in zijn inmiddels klassiek geworden en herschreven boek 'The role of Medicine' laat zien dat de grootste afname aan ziekte eerder optrad dan het beschikbaar komen van specifieke medische maatregelen. Al valt er op de analyse van McKeown wel wat af te dingen, toch staat vast dat de medische kennis slechts in beperkte mate heeft bijgedragen aan de verbetering van het gezondheidsniveau in de wereld. Andere factoren als uitroeien van honger, betere hygiëne en vooral het terugdringen van armoede hebben een veel grotere invloed gehad.

Ook theoretisch is wel duidelijk te maken dat gezondheid maar ten dele van goede gezondheidszorg afhangt. Er zijn, ook binnen de functionalistische wetenschaps- en maatschappijopvatting, ingewikkelde modellen gemaakt, waarin de samenhang tussen de factoren die het gezondheidsniveau van de groep bepalen, wordt geschetst. Bij mijn weten is er nog niemand in geslaagd ook de relatieve waarde van ieder van die factoren vast te stellen (relatieve bijdrage van iedere variabele heet dat dan). Na jarenlang ontwikkelingsgezwog kan de zuigelingensterfte best een aantal punten zijn teruggalopen, maar één misoogst is voldoende om jaren werk teniet te doen. Toch zit er wel hiërarchie in de waarde van oorzakelijke factoren, in die zin dat de economische (de produktie) de belangrijkste zijn. Eveneens valt te verwachten dat de bijdrage van gezondheidszorg afhankelijk zal zijn van het soort gezondheidsproblemen dat overheersend is. Op dit ogenblik is het wat de stand van de medische kennis aangaat, mogelijk de meeste infectie- en deficiëntieziekten (waaronder ondervoeding!) terug te dringen. Dat dit niet gebeurt, is een politieke zaak; er is niet voor gekozen! Terwijl wel al het mogelijke gedaan wordt om de in het Westen veel voorkomende ziekten, zoals hart- en vaatziekten, chronische ziekten als reumatische aandoeningen, te bestrijden.

In de praktijk van de kritische discussie over gezondheid met boeren in de derde wereld komen als vanzelf en zonder dat die door de buitenstaander worden ingebracht, de politieke wortels van het gezondheidsprobleem op tafel. Je zou dit het GVO-niveau (Gezondheidsvoorlichting en opvoeding) kunnen noemen. Als voorbeeld wil ik ondervoeding nemen (Muller, 1981). Ik vat samen wat er zich in een lang proces tussen een medisch werker en een groep boeren in Latijns-Amerika afspeelt. Het doel is om hiermee zichtbaar te maken dat bij elk niveau waarop je oorzaken zoekt, een ander soort actie past.

Ondervoeding

oorzaak	actie
1 eiwitgebrek	1 eiwitrijk voedsel/ infuus
2 gebrek aan voedsel	2 voedselhulp
3 gebrekkige landbouwmethoden, gebrekkige kennis van voedingswaarde en voedselbereiding	3 landbouwvoorlichting volkstuintjes voorlichting aan vrouwen
4 onrechtvaardige verhoudingen	4 landbouwhervorming verandering machtsverhoudingen

Als je mocht denken dat dit misschien voor ondervoeding nog wel aannemelijk te maken is, maar dat dit voor botbreuken toch niet kan gelden, verwijs ik je naar de meest recente en gezaghebbende studie over ongelijkheid in de ge-

zondheid(-szorg) in Engeland, het 'Black-report'. De kans dat een kind tussen de één en veertien jaar sterft door brand, val of verdrinking blijkt tienmaal zo groot te zijn voor kinderen uit de laagste sociale klasse dan voor kinderen uit de hoogste!! (McIntosh Gray, 1982). Eén van de belangrijkste oorzakelijke factoren van botbreuken zou dus best eens het beroep van de vader kunnen zijn (want daar is het Engelse sociale klassensysteem op gebaseerd).

Dan maar geen medische ontwikkelingssamenwerking meer? Is revolutie de beste vorm van medische zorg? Verhult het medische werk misschien alleen maar de effecten van sociale ongelijkheid, ten einde die zo dragelijk mogelijk te maken en te bestendigen? Dit is te simpel. Elk mens heeft recht op redelijke medische zorg om hem of haar de kans te geven zich optimaal te ontwikkelen of, als ziekte toeslaat, beter te worden of het lijden verlicht te zien. Er is nog een lange weg te gaan, voordat verwezenlijking van dit recht voor iedereen bereikt is. Daarin kan medische ontwikkelingssamenwerking een rol spelen. Deze moet zich dan wel ontwikkelen in een voortdurende discussie met de doelgroep over de oorzaken van gezondheid en ziekte. Zij moet samenwerking zoeken met sectoren die op andere niveau's de oorzaken van ziekten kunnen terugbrengen, zoals volksbewustwordingsprocessen. Medische ontwikkelingsprojecten die dit niet doen, dragen gewild of ongewild, bij tot het onmondig en afhankelijk maken van de doelgroep en tot het handhaven van de status quo.

2. "Medische hulp is goed"

Het is nog niet zo lang geleden dat ontwikkelingshulp bij voorbaat als 'goed' werd beoordeeld. Pas de laatste tien jaar klinken er duidelijke kritische geluiden, dat de ontwikkelingshulp de rijke landen meer dient dan de arme (zie ook misvatting vijf). Medisch ontwikkelingswerk is tot het laatst toe (WEMOS congres, november 1981) buiten schot gebleven, en heeft nog vrij algemeen de naam 'goed' te zijn. Wat kan er tenslotte af te dingen zijn op het streven mensen te redden? Bij het ontmantelen van deze misvatting is het goed een onderscheid te maken tussen de medische en sociale effecten van medisch werk.

Op medisch niveau is het zeker dat gezondheidszorg op een aantal gebieden effectief is. We kunnen vaccineren, steriliseren (en daarmee opereren), antibiotica gebruiken en hygiëne bevorderen. We kunnen tekorten vaststellen (diabetes, pellagra, ijzergebreksanemie, uitdroging, ondervoeding) en behandelen (aanvullen). Naast goede, heeft gezondheidszorg ook slechte effecten en soms vallen de goede effecten geheel in het niet bij de schadelijke gevolgen. Het aantal ongevallen in ziekenhuizen bedroeg in 1980 tussen de honderd-zevenentwintig- en honderdvijfentachtigduizend. Door het medisch bedrijf zelf veroorzaakte vergiftigingen, hoog medicijngebruik, en onnodige chirurgie (waarbij de frequentie van een ingreep blijkt af te hangen van het aantal chirurgen in een bepaald gebied) zijn bekende voorbeelden (onder andere Illich, 1976). Een schrijnend voorbeeld in de Derde Wereld is het gebruik van gevaarlijke voorbehoedsmiddelen en het ongewild steriliseren van vrouwen.

Ook op sociaal niveau kunnen de effecten van medische hulp vaak negatief uitvallen. Schokkend is het zieltjes winnen door de medische zorg met als gevolg: verzwakking van de lokale organisatiestructuren. De hulpverlening in Guatemala na de aardbeving van 1976, via particuliere, kerkgebonden hulpverleners leidde in enkele jaren tot politieke en ideologische verdeling van boerengemeenschappen, die sinds mensenheugenis in eenheid en onder traditioneel leiderschap van de ouderen leefden. Vertegenwoordigers van een kerkgemeenschap, voornamelijk jongeren, kregen de distributie van hulpgoederen in handen, en daarmee een tot dan toe ongekende macht. Een dorp bekeerde zich zelfs in zijn totaliteit tot een kerkgemeenschap (Muller, 1981).

Het effect van de invoering van de westerse geneeskunde op

de bestaande traditionele geneeskunde is vaak destructief. Typerend voor westers denken is dat wij 'iets invoeren'; dat pas wanneer het Westen eraan te pas komt, er 'iets begint'. Zo hebben wij bijvoorbeeld Amerika 'ontdekt' waarbij we er maar even aan voorbijgaan dat daar al twintigduizend jaar mensen wonen. Zo ook met de geneeskunde. Medische projecten vergeten vaak de traditionele geneeskunde of bewijzen er slechts lippendienst aan. Zij wordt gezien als folklore, aardig om naar te kijken en curieus om te bestuderen. In feite maakt de traditionele geneeskunde een wezenlijk onderdeel uit van de heersende cultuur. In het mens- en wereldbeeld van de allerarmsten heeft de mens een nietig plaatsje in de machtige, voortdurende stroom die natuur heet. In die natuur spelen tegengestelde krachten, natuurlijke en magische, fysische en metafysische, waarbij de mens op het snijpunt staat. Preventieve gezondheidszorg staat dan voor het evenwicht in stand houden, bijvoorbeeld door gedragscodes en offers. Ziekte is het gevolg van doorbreking van dit evenwicht. Helers onderhandelen met goden over de prijs die betaald moet worden om het evenwicht te herstellen. Naast deze allesomvattende en in alle aspecten van het dagelijks leven doordringende vormen van traditionele gezondheidszorg, bestaat de empirische geneeskunde. Honderden jaren overlevingsstrijd hebben de mensen geleerd (empirisch) wat goed is voor wat. Kruidengebruik, bottenzetten, traditionele vroedvrouwen zijn voorbeelden van deze empirische poot van de traditionele geneeskunde. De invoering van de westerse geneeskunde, met aan de ene kant zijn voor de allerarmsten vaak verbluffende effectiviteit en aan de andere kant, de o zo arme en enge visie op leven en dood, laat geen ruimte voor compromissen en onderwerpt de traditionele visie, zoals dat eerder gebeurde op godsdienstig gebied. Eén van de gevolgen is dat de bevolking haar onafhankelijkheid inlevert. Immers, traditionele helers bedrijven geneeskunde op basis van begrippen die hij of zij met de bevolking deelt. Westerse geneeskunde daarentegen, is gebaseerd op de onbekende en onbegrepen wereld van de wiskundige logica. Haar vertegenwoordigers komen van buiten, behoren tot een andere klasse (en vaak ook een ander ras), worden betaald en gecontroleerd door vreemde instellingen, en introduceren een technologie die per definitie niet eigen is aan de traditionele cultuur. Ik heb zelf meegemaakt hoe indianen (Shipibo's) in het Amazonegebied van Peru (de rivier de Ucayali), na tien jaar medisch ontwikkelingswerk, de dokter kwamen begroeten, zwaaiend met lege flesjes en tubes. Ze willen meer van het zelfde.

Dan maar allemaal achter Illich aan? Weg met de instellingen, weg met de georganiseerde medische zorg, weg met de medische ontwikkelingssamenwerking? Dat zou een ramp zijn, het kind weggooien met het badwater! Maar wel moeten we voorwaarden aan het medische (ontwikkelings)werk stellen om de negatieve werkingen zo gering mogelijk te houden. In het geval van de tweede misvatting: 'medische hulp is goed' zijn dat tenminste de volgende. Bij medisch ontwikkelingswerk moet men uitgaan van onderzoek naar de bestaande opvattingen over gezondheid en ziekte, leven en dood, en het werk in een voortdurende samspraak met de bevolking ontwikkelen. Men zal bij snelle actie, waar weldoeners als ontwikkelingswerkers bijna per definitie naar verlangen, zeker grote fouten maken. De diensten die de medische ontwikkelingssamenwerking dan kan aanbieden zullen aanvullend moeten zijn op het al bestaande dienstenpakket. Waarschijnlijk zullen ontwikkelingswerkers die de kans krijgen zó te werken, erachter komen dat wat de westerse geneeskunde te bieden heeft, vrijwel geheel ligt op het vlak van de microbiologie en de deficiëntieziekten; en niet meer dan dat. Als tweede eis aan medische ontwikkelingsamenwerking moet men stellen dat zij uitsluitend medische maatregelen treft. Dit betekent dat het werk integraal moet zijn, uitgaande van gezondheidsbevordering en ziektevoorkoming, gekoppeld aan genezing. In he: licht van de prioriteiten die de bevolking in samspraak met het project stelt, is het 'Primary-Health-Care'-model van de Wereldgezondheidsorganisatie daarvoor een goede basis.

I."De arme landen kunnen wat van de rijke landen leren"

Deze misvatting is gebaseerd op een ingebakken superioriteitsgevoel. Het is tevens de praktijk van de medische ontwikkelings samenwerking nu. Eénrichtingsverkeer, waarbij de rijke landen kapitaal en kennis uitvoeren en waarbij tegenwoordigers uit arme landen hier kunnen studeren, maar géén uitwisseling. Al eerder noemde ik als nadeel van deze werkwijze dat de ontwikkelingslanden met ons gezondheidszorgmodel komen te zitten: op genezing gericht, 'hospital based' en erg duur. De zorg die we zelf niet meer kunnen betalen is precies dezelfde zorg die we uitvoeren. Misschien kunnen we de achtduizend bedden van Gardeniërs wel uitvoeren naar de Derde Wereld, zoals we eerder met de boter- en melkberg deden! Hoog tijd om te bezien wat we van de Derde Wereld kunnen leren. Dat zou een onderdeel van medische ontwikkelings samenwerking moeten zijn. Het is niet de eerste keer dat ik aandacht vraag voor dit punt (Muller, 1981). Toen noemde ik als voorbeeld de langbestaande ervaring in ontwikkelingslanden met planmatige benadering van gezondheidszorg (in Nederland dateert het eerste nationale plan van 1974, de structuurnota van Hendriks); de ervaring in de Derde Wereld met delegatie van medische functies (die in Nederland in de weg wordt gestaan door gezondheidszorg planning op basis van belangen van beroepsgroepen in plaats van belangen van de bevolking); de ervaringen met 'health education' en participatie van de bevolking in de gezondheidszorg. Ik zou er nu wat aan toe kunnen voegen. De natuurwetenschappelijke opvatting over gezondheid en ziekte als een probleem met één oorzaak en één oplossing voldoet in Nederland niet meer. Andere, diepgaande en bredere visies worden, ondanks het bestaan van een medisch bolwerk, door de bevolking zelf ontwikkeld. In 1980 waren er naar schatting vijf miljoen consulten in de alternatieve medische sector. De herleiding van gezondheid en ziekte voldoet niet. Van de integrale en totale benaderingswijze van het gezondheidsprobleem in de derde wereld kunnen wij veel leren. De historische (vooral in verband met de financiering) gegroeide splitsing in Nederland tussen ruratieve preventieve en positieve gezondheidszorg (de rest) is in de Derde Wereld ondenkbaar. Lrvarmg en met gezondheidseduca, die de integrale zorg voor twintig- tot dertigduizend mensen op zich nemen, uitgaande van een wijkgerichte benadering en met speciale aandacht voor risicogroepen, zoals die in de derde wereld bestaan, zouden voor ons zeer leerzaam kunnen zijn.

4."Medische ontwikkelingssamenwerking leidt tot overbevolking"

Dit veelgehoorde standpunt is eigenlijk geen misvatting maar een veroordeling. Laat ik deze veroordeling aanscherpen om te laten zien uit welke ideologische school deze gedachte komt: "Epidemieën en ondervoeding hielden bevolking en hun omgeving vroeger goed in evenwicht". Of een variant op deze betoogtrant: "De armen vermenigvuldigen zich razend snel, terwijl de rijken...". Moet ik nog verder gaan, en de woordjes arm en rijk vervangen door bijvoorbeeld respectievelijk zwart en blank? Het lijkt me niet! Het gaat hier om een uiterst rechtse, ideologische vooronderstelling die gebaseerd is op wenzelijke ongelijkheid tussen mensen. Als er veel armen sterven zullen de overgebleven armen minder arm zijn is de redenering. Dit maakt het onmogelijk ter discussie te stellen dat armoede in wezen een probleem is van verdeling en niet van gebrek. De redenering geeft stilzwijgend antwoord op de schuldvraag in het armoedeprobleem. Niet de machtigen en rijken, die ongelijke verdeling van middelen (waaronder gezondheidszorg) hebben

bewerkstelligd en nog steeds bewerkstelligen zijn schuldig, maar de armen zelf. Het is een strategie van 'blaming the victim', het doden van de bedelaar als oplossing van het armoede-probleem.

Bij een goede gezondheidszorg zal, zeker wanneer deze gepaard gaat met vele andere herverdelingsmaatregelen, de zuigelingensterfte afnemen. Maar tegelijkertijd zal de verbeterde gezondheidszorg ertoe leiden dat ouders, die een grotere zekerheid hebben dat hun kinderen zullen overleven, belangstelling krijgen voor 'family planning'. Dit toont het voorbeeld van Cuba. Cuba beleefde na de revolutionaire machtsovername in 1959 een ware explosie van gezondheidszorg. Tot in de verste uithoeken van het land werden poliklinieken gebouwd, artsen ingezet en preventieve programma's gestart. Ondanks deze enorme uitbreiding van de medische zorg, en ondanks het feit dat op Cuba nooit een actieve 'family planning'-politiek is gevoerd, daalde het geboortecijfer van 27 (gemiddeld tussen de jaren 1953 en 1958) tot 17,7 in 1977. Omdat het bruto sterftecijfer veel minder afnam (van 6,4 in 1966 tot 5,8 in 1977) was het resultaat een duidelijke afname in de bevolkingsgroei (MINSAP, 1977).

Naast de feitelijke onjuistheid van bovengenoemde redenering is het ook nog zo dat 'overbevolking' een ideologisch geladen begrip is. Immers, wat is 'te veel'? Het feit dat veel mensen niet te eten hebben, niet naar school kunnen en geen werk vinden, wil niet zeggen dat er te weinig voedsel, scholing of werk is. Veelmeer is er sprake van een ongelijke verdeling. Om het voedselvoorbeeld te nemen: de Food and Agricultural Organisation van de Verenigde Naties (FAO) heeft berekend dat de wereld voor zesentwintig miljard mensen voedsel kan produceren, terwijl er nu 'slechts' viereenhalf miljard mensen lijn, waarvan er naar schatting achthonderdmiljoen dagelijks honger lijden. De misvatting kan wat mij betreft omgebouwd worden tot een uitgangspunt voor medische ontwikkelings samenwerking. Dit luidt dat medische ontwikkelings samenwerking ervan uitgaat dat alle op de wereld geboren kinderen het(zelfde) recht hebben op adequate gezondheidszorg. Effectieve medische ontwikkelings samenwerking, die tot betere gezondheidskansen in het algemeen leidt, zal bovendien de bevolkingstoename verminderen.

5."Hulp is hulp"

Deze opvatting is lange tijd gekoesterd door rijke en arme landen. Hulp kan echter alleen beoordeeld worden in het kader van de internationale relaties tussen arme en rijke landen. Die relaties zijn zodanig dat de arme landen in de koloniale periode armer en de rijke rijker zijn geworden. Dit proces heeft zich ook tijdens en na de periode van dekolonisatie doorgezet. De ontwikkelingshulp speelt in dit proces een rol die niet eenvoudig en ook niet éénduidig is. Bij de oorspronkelijke motieven voor het verlenen van ontwikkelingshulp speelden onder andere de volgende overwegingen een rol: 1. hulp zou onze afzetmarkt vergroten (vergelijk de Marshall-hulp aan Europa na de tweede wereldoorlog); 2. wapen in de koude oorlog (tegen het communistische gevaar); 3. werkgelegenheid voor plotseling werkloos geworden 'tropendeskundigen' (door dekolonisatie) (Bol, 1978); 4. hulp als charitas (christelijke moraal) en hulp als middel om ideologie te verspreiden (missie en zending); 5. hulp om de invloed van de koloniserende macht in voormalige koloniën zo groot mogelijk te laten blijven (voorkeur van centrale landen om hun 'eigen' koloniën ontwikkelingshulp te geven).

Ondanks deze motieven van welbegrepen eigenbelang vinden binnen het kader van de ontwikkelingshulp wel degelijk overdracht plaats, die de Derde Wereld ten goede komt. Hulp versterkt de reeds bestaande ongelijkheid tussen arme en rijke landen; tussen rijk en arm in de arme landen zelf en tussen man en vrouw. Er bestaan verschillende theorieën om onderontwikkeling te verklaren. De gekozen verklaring

bepaalt voor een belangrijk deel de vorm van de hulp. In de oorspronkelijke theorieën stond gebrek aan kapitaal en kennis centraal. De hulp die daarbij past, is verstrekking van kapitaal en kennisoverdracht. In het geval van de ontwikkelingssamenwerking: financiële en technische hulp. Ontwikkelingslanden zouden gewoon een paar treden achter zijn op de ladder die tot ontwikkeling leidt (Rostow). Eind jaren zestig komen er echter andere verklaringen naar voren. Deze benadrukken de structurele en historisch gegroeide afhankelijkheidsrelatie tussen de centrale kapitalistische en de perifere ontwikkelingslanden. De verrijking van het centrum gaat ten koste van verarming van de periferie (Frank, 1967; Galtung, 1972). Bij deze theorieën passen andere vormen van ontwikkelingssamenwerking met een nadruk op de allerarmsten als doelgroep, op het begrip 'self-reliance' en op de strategie van bevrediging van de basisbehoeften (ILO, 1976). Deze theorieën gaan uit van fundamentele verschillen in belangen tussen rijk en arm, zowel tussen landen, als in landen. De praktijk van deze theorieën loopt vast in de tegenstrijdigheid dat de overheden van de betrokken rijke en arme landen, een politiek zouden moeten voeren die hun eigen machtsbasis ondergraaft. Oude vormen van hulp blijven overheersen. En die vormen van hulp zijn gericht op diegenen die bijvoorbeeld sterker zijn in de maatschappij: industriële kernen, boeren met land (groene revolutie) en mannen. Hulp is gebonden. Volgens een recente studie van het Ministerie van Ontwikkelingssamenwerking werd in 1980 en 1981 62% van de hulp in Nederland besteed (Aspecten van Internationale Samenwerking, 1982). Volgens ambtenaren van datzelfde Ministerie is dat nog te weinig. Daarbij moet dan bedacht worden dat Nederlandse productie op haar schatting 25% duurder zijn dan produkten die op de vrije markt te koop zijn. De totale Nederlandse ontwikkelingshulp in de sector gezondheidszorg bedroeg tussen de jaren 1973 en 1976 228 miljoen gulden, ongeveer 8% van de totale officiële hulp. Als drinkwatervoorzieningen daar worden bijgeteld (137 miljoen gulden, dit is 5%), gaat het om 13% van de hulp. Bij particuliere ontwikkelingsorganisaties (bijvoorbeeld NOVIB, CEBEMO, ICCO, en HIVOS) was dit percentage 15% (Kuné 1979). In 1976 bestond de medische ontwikkelingssamenwerking voor tweederde uit financiële en voor eenderde uit technische hulp. De financiële hulp wordt grotendeels in Nederland besteed aan de bouw en inrichting van medische voorzieningen. Nadeel van de technische medische ontwikkelingssamenwerking is het overnemen van een westers gezondheidszorg-model met zijn sterke nadruk op wetenschappelijke geneeskunde, genezen-de zorg, en 'hospital based medicine'. Deze vorm van geneeskunde is zo duur, dat we het in Nederland niet meer kunnen betalen. Toch voeren we juist deze vorm van gezondheidszorg uit. Bovendien vernietigt deze bestaande, traditionele vormen van gezondheidszorg, andere opvattingen over gezondheid en onttrekt zij gelden aan de broodnodige dorpsgezondheidsvoorzieningen. Een speciaal probleem daarbij vormt de geschapen afhankelijkheid van (westerse) geneesmiddelen. Van die afhankelijkheid wordt door de (multinationale) farmaceutische industrie misbruik gemaakt door: woekerwinsten; dumpen van hier niet meer toegestane geneesmiddelen; uitproberen van nieuwe geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld de pil in Puerto Rico in de jaren vijftig, en nu nieuwe inentingsstoffen door het Rijks-Instituut voor de Volksgezondheid in Opper Volta! Nederland heeft ongeveer driehonderd van haar twintigduizend artsen in de Derde Wereld werken. Oorspronkelijk gingen velen om de militaire dienst te ontlopen, uiteraard een goede, maar toch niet al te onbaatzuchtige reden. Op dit moment is er door de stijgende werkloosheid in de medische sector een ruim artsenaanbod. Wat dat betreft kunnen we wat van de Belgen leren, die een tijdje geleden volgens een bericht uit de Volkskrant enige duizenden werklozen naar de derde wereld willen sturen in het kader van een arbeidsplaatsenplan. In tijden van schaarste heeft ditzelfde

mechanisme andersom gewerkt, in de vorm van de zogenaamde 'braindrain'. Een belangrijk gedeelte van de National Health Service in Engeland draait op buitenlandse artsen uit bijvoorbeeld India en Pakistan. Navarro heeft berekend dat de Verenigde Staten in de jaren tussen 1960 en 1970 vierhonderd miljoen dollar bespaarden door het tewerkstellen van in de Derde Wereld opgeleide artsen. In dezelfde periode stond daar twintig miljoen dollar aan medische ontwikkelingssamenwerking aan diezelfde landen tegenover (Navarro, 1974).

Dan maar géén medische ontwikkelingssamenwerking meer? Is onze hulp echt niet meer dan 'zelfzorg', om het zo maar eens te stellen? Is het effect van medische ontwikkelingsamenwerking als structurele factor en het effect van al die hardwerkende, soms goedwillende, soms politiek betrokken gezondheidswerkers, dan alléén maar het versterken van structurele ongelijkheid? Dat zou de analyse gemakkelijk maken, maar de werkelijkheid geweld aandoen. Beter lijkt het mij te zoeken naar voorwaarden waaronder medische ontwikkelingssamenwerking wél ten goede kan komen aan de allerarmsten. De medische ontwikkelingssamenwerking dient ongelijke kansen op gezondheid tussen groepen te elimineren. Elders (Muller, 1982) heb ik dat het belangrijkste kenmerk van bevrijdende gezondheidszorg genoemd. De medische ontwikkelingssamenwerking dient de gezondheidskansen als uitgangspunt te nemen, en daarmee deze voortdurend te analyseren en in haar evaluatie te betrekken. Meestal is het in een gebied zó, dat een klein deel van de bevolking redelijke gezondheidskansen heeft (bijvoorbeeld een zuigelingensterfte van dertig per duizend) en de anderen, bijvoorbeeld de landarbeiders zonder grond, hele slechte perspectieven (een zuigelingensterfte van driehonderd per duizend). Vaak is er voor mannen (wiens arbeidskracht een belangrijke productiefactor is) wél medische zorg, bijvoorbeeld een sociaal verzekeringssysteem, maar voor vrouwen niet. Een andere vorm van ongelijkheid bestaat hierin, dat bepaalde klachten door het gezondheidszorgsysteem wél erkend en behandeld worden, maar andere niet. Die ongelijkheid bestaat bijvoorbeeld tussen lichamelijke en geestelijke klachten. Hele ziektebeelden, zoals het premenstrueel syndroom, zijn onderontwikkeld gebleven in een 'male oriented' gezondheidszorgsysteem.

Voor zover financiële hulp gegeven wordt, dient deze gescheiden te zijn van relaties tussen landen ('ontbinding'). Dat wil zeggen dat ontwikkelingslanden zelf kunnen uitzoeken wat zij het meeste nodig hebben, en die produkten dan op de wereldmarkt tegen zo gunstig mogelijke voorwaarden kunnen kopen. De voorwaarden die het donorland aan de zachte leningen kan stellen, zijn veel meer van technische aard: past de voorziene investering in een gezondheidsplan?; is er ruimte gemaakt om in de lopende kosten te voorzien? (die bedragen minstens 20% van de investering, Prescott, 1982); wordt er bij levering ook onderhoud gedurende een aantal jaren meegeleverd? Het in Nederland (of in de rijke westerse landen) uitgevoerde onderzoek naar de handel en Wandel van farmaceutische industrieën en kunstvoeding-industrieën kan gerekend worden tot een effectieve vorm van medische ontwikkelingssamenwerking. Het werk van de Arbeidsgruppe Dritte Welt (1974) in Bern en van War on Want (1974) in Engeland tegen Nestlé en andere kunstvoedingsfabrieken heeft definitief invloed gehad op de verkooppraktijken van deze firma's in de Derde Wereld en daarmee op de kindersterfte aldaar. Het heeft bovendien geleid tot een code van de Wereldgezondheidsorganisatie op dit gebied (WHO, 1981), waar alleen de Verenigde Staten tegen stemde. Vergelijkbaar werk op dit moment door Health Action International, de BUKO Pharma-gruppe in Duitsland en WEMOS in Nederland op het gebied van de verkoop van farmaceutische produkten in de Derde Wereld zal mogelijk tot een vergelijkbaar resultaat leiden.

Eerste opvatting: samenspraak moet

Ik heb in dit artikel een aantal vooroordelen over medische ontwikkelingssamenwerking van kritische noten voorzien. Ik heb mijn best gedaan duidelijk te maken dat medische ontwikkelingssamenwerking onder een aantal voorwaarden deze bezwaren niet hoeft te hebben. Er is ruim plaats voor medische ontwikkelingssamenwerking. In het verstrekken van kapitaal zal 'ontbinding' moeten plaats vinden, zodat de ontwikkelingslanden straks niet opgescheept komen te zitten met een zelfde gezondheidszorgmodel, dat wij hier proberen te beteugelen. In technische hulp zullen veel meer dan tot nu toe het geval is, kleinschalige basisprojecten mogelijk gemaakt moeten worden, divers in vorm en inhoud. Eigenschap van al die projecten moet zijn, dat zij uitgaan van een actieve samenspraak met de bevolking, waarin de noden en de interpretatie van die noden worden vastgesteld. Daar dient het programma zich naar te richten en voortdurend aan aan te passen. Dat betekent niet dat vantevoren een plan, een blauwdruk, kan worden opgesteld. Ervaringen, op deze wijze opgedaan, moeten dan wel op hun medische doelmatigheid en op hun sociale gevolgen geëvalueerd worden. Nederlandse deskundigen, die er op dit gebied heel weinig zijn, kunnen aan dit proces een bijdrage leveren, zowel 'ginds' (door mee te werken) als hier (door ondersteuning van activiteiten, onderzoek en onderwijs). We kunnen echter ook veel leren van de ontwikkelingslanden, en medische ontwikkelingssamenwerking zou ook kansen moeten scheppen voor gezondheidswerkers van daar, om hier hun ervaringen met collega's (ik denk niet alleen aan artsen) te bespreken. Het huidige (medische) éénrichtingsverkeer zal plaats moeten maken voor uitwisseling en samenspraak, ook internationaal!

Literatuurlijst op aanvraag bij de redactie verkrijgbaar.

Depressief tot na de verlossing

Het Radical Science Journal komt in haar themanummer over medicalisering met scherpe kritiek op gezondheidszorg en medische wetenschap. "Maar hoe moet het nu in de periode vóór de verlossende - marxistische - revolutie; en wat zijn goede veranderingsstrategieën?", vraagt Annemarie Mol zich af.

ANNEMARIE MOL

Bespreking van Radical Science Journal 12, medicalisation issue

Radical Marx

Iedereen kent die mooie schema's wel met een hokje 'gezondheidszorg' en een hokje 'samenleving' met pijltjes ertussen. Soms zijn er nog meer hokjes, bijvoorbeeld 'persoonlijkheid van de hulpverlener', 'technische ontwikkelingen' of 'stand van de wetenschap'. Hoe genuanceerder degene die de schema's tekent, des te meer hokjes er zijn en des te ingewikkelder de pijltjes heen en weer lopen. Het goede van het tijdschrift Radical Science Journal (RSJ) zit 'm in de vasthoudendheid waarmee de verschillende auteurs zich tegen dergelijke op- en afsplitsingen verzetten. Ze weigeren mee te gaan met het verzelfstandigen van delen uit het maatschappelijk geheel. Ze proberen steeds te benadrukken hoe zaken als gezondheidszorg, maar ook depressies of gynaecologische technieken in de loop van de geschiedenis ontstaan, hun plaats in de sociale verhoudingen innemen, en eventueel ook weer verdwijnen. Het zwakke van Radical Science Journal is aan een zelfde vasthoudendheid gebonden. De 'sociale verhoudingen' waarbinnen zaken hun plaats krijgen, zijn onveranderlijk de 'klasse-verhoudingen'. Sekse- en soms zelfs rassenverhoudingen worden daar bij tijd en wijle braaf aan toegevoegd, maar wezenlijke gevolgen voor het gehanteerde klassiek-marxistisch schema heeft dat niet. De algemene manier waarop vervolgens de schuld van alle aardse ellende aan het 'kapitalisme' en eventueel 'het patriarchaat' wordt toebedeeld, biedt nou niet bepaald een opwekkend perspectief voor de (gezondheids) strijd van alledag.

In Radical Science Journal wordt nogal wat aandacht besteed aan gezondheidszorg en medische wetenschappen. Zo verscheen er twee jaar geleden een 'special medical issue' met onder andere een goed overzichtsartikel van Karl Figlio. Hij nam verschillende linkse benaderingen van geneeskunde onder de loep in zijn artikel 'Sinister Medicine?' (RSJ 9). In het najaar van 1982 kwam nummer 12 uit, dit keer een 'medicalisation issue'. Het nummer bevat negen recensies van boeken die het recenseren waard zijn, zoals Critical Psychiatry van Ingelby, het bekende For her own Good van Ehrenreich en English en Laboratory Life van Latour en Woolgar. De respectievelijke recensenten zijn niet zuinig met hun, vaak scherpe en nooit botte kritiek. Bovendien staat er in nummer 12 een lange lijst met namen en adressen van 'bevriende publicaties en 'groepen' uit allerlei Europese landen en de Verenigde Staten. Heel handig

allemaal, maar waar het in deze bespreking om gaat zijn de inleiding en de drie hoofdartikelen.

Bevallen of verlossen

De inleiding is geschreven door een collectief en getiteld 'Unnatural Childbirth?'. Bevallingen vormen een speerpunt in de vrouwengezondheidsbeweging, zeker in de angelsaksische landen, waar altijd ietwat afgunstig gekeken wordt naar het hoge percentage thuisbevallingen van Nederland. Betrokken vrouwen binden dikwijls de strijd aan met het gynaecologendom door tegenover de 'technische verlossing' de 'natuurlijke bevalling' te zetten. Hiermee wordt, aldus de inleiders, een valse tegenstelling geschapen: iedere bevalling in een mensenmaatschappij is immers een sociaal gebeuren. Apparaten zijn niet minder sociaal dan helpende buurvrouwen, ze zijn het alleen op een totaal andere manier. In plaats van natuurlijk tegenover technisch te zetten kunnen we beter de vraag stellen naar sociale verhoudingen waaronder gebeurtenissen plaats vinden. Het gaat erom wie er greep heeft op de verschillende technieken. Sociale verhoudingen en controle over gebeurtenissen vooropstellen, betekent dat het niet zinvol is om in naam van 'het natuurlijke', verzet tegen iedere vorm van techniek te plegen. Er valt meer te verwachten van de eis het recht op het doen van een aantal technische ingrepen terug te geven aan vroedvrouwen. Bijvoorbeeld het recht bloed te mogen toedienen in geval van ernstige bloedingen bij thuisbevalling.

Zwart-Wit links

Janet Jenings, lid van de Engelse 'Association of radical Midwives' sluit op bovenstaand pleidooi aan met haar artikel 'Who controls Childbirth?'. Het gaat volgens haar om de vraag wie de baas is over wat er gebeurt: de vrouw die bevalt, of de mannelijke gynaecoloog. De vroedvrouw staat in dezen aan de kant van de vrouw die bevalt. Met het binnen laten van een vroedvrouw in haar huis verliest een vrouw niet alle controle over haar eigen bevalling, zoals ze dat in het algemeen met het binnengaan in een ziekenhuis wel doet.

Nou wil ik dat graag geloven, maar als Jenings later in het artikel vroedvrouwen boven artsen verkiest, omdat bevallen 'een vrouwenzaak' is, ben ik toch minder enthousiast. Eerst terecht kritiek hebben op een starre natuur-techniek tegenstelling om vervolgens in een star mannen-vrouwen onderscheid te belanden, is maar een matige vooruitgang.

Mooi: de problemen zijn teruggebracht tot 'sociale verhoudingen'. Jammer alleen dat die verhoudingen zo grofmazig worden neergezet: voor tegenstellingen tussen vrouwen onderling en voor eventuele coalities van groepen vrouwen met groepen mannen lijkt geen plaats.

De depressie verziekt

In haar artikel 'Is obstetric Technology depressing?' gaat Shelly Day in op wat er op een bevalling volgen kan: de postnatale depressie. Day probeert te laten zien dat postnatale depressie geen 'ding' is, geen natuurlijk vaststaand gegeven. Geen ziekte waarvan vrouwen het slachtoffer zijn en waarvan de oorzaak moet worden opgespoord. De diagnose postnatale depressie is een constructie, een constructie van het medische kennis- en zorgsysteem. Deze diagnose voegt specifieke reacties van vrouwen op de situatie van machteloosheid die vrouwen rond hun bevalling hebben, en de tegenstrijdigheden in hun leven daarna samen, en bombardeert ze tot een ziekte. Zo wordt de vrouw ziek genoemd, in plaats van dat het deprimerende van haar levenssituatie ter sprake wordt gebracht. Door de constructie van de diagnose in het medische kennis- en zorgsysteem verdwijnen de sociale verhoudingen waaronder het lijden van vrouwen ontstaat, uit het zicht.

Day stelt voor de constructie af te bouwen (de-constructie). Er moet verandering gebracht worden in het leven van vrouwen, de situatie rond bevallingen en de voorwaarden van moederschap. Daar zou volgens haar een de-constructie van de postnatale depressie als medische diagnose aan vooraf kunnen gaan. Wanneer ervan afgestapt wordt de reacties van vrouwen op hun ellende als ziekte te bestemmen, kan uit hun lijden de motiverende kracht worden geput, die nodig is om de sociale verhoudingen aan te tasten die de voorwaarden zijn waaronder dat lijden ontstaat.

Zou het? De kritiek van Day op de sociologe Ann Oakley, die uitgaat van het bestaan van postnatale depressie als ziekte en die vervolgens naar oorzaken gaat zoeken, is raak. Oakley tuimelt in de val van het kritiekloos overnemen van het medisch ziektebegrip. Day's poging om de constructie van een 'ziekte' tegelijkertijd als een constructie van levensomstandigheden én als een kennis-constructie te zien, valt ook toe te juichen.

Echter, de hoopvolle conclusie dat inzicht in de 'ware oorzaken van het lijden' tot verzet zal voeren, zweeft volledig. Op geen enkele manier wordt aangegeven hoe lijden in verzet om zou kunnen slaan.

Stark staaltje

Het artikel van Evan Stark gaat niet in op 'details' als bevalingen. Niet gehinderd door een overmatig gevoel voor subtiliteiten, stelt hij de vraag naar de geneeskunst in haar volle omvang. "What is medicine?" heet zijn taaie en lijvige bijdrage. Stark zet zich daarin af tegen de kritiek op de gezondheidszorg zoals die gebezigd wordt door de zogenaamde 'radicals'; zoals bijvoorbeeld iemand als John Ehrenreich (redacteur van het boek *The cultural Crisis of modern Medicine*). 'Radical' is een algemene betiteling die door angelsaksische marxisten gegeven wordt aan die kameraden die weliswaar links maar niet recht in de marxistische leer zijn. De 'radicals' overschatten volgens Stark het belang van de gezondheidszorg. Die doet niet zoveel goed, maar ook niet zoveel kwaad als van haar gezegd wordt.

Gezondheid hangt immers af van sociale verhoudingen, niet van zorg. Dat er in de geschiedenis individueel gerichte zorg ontstaan is als vorm van compromis tussen kapitaal en arbeid, is volgens Stark nog geen reden om van de hervorming van die individueel gerichte zorg veel heil te verwachten. Collectieve zorg, op het niveau van de staat (riolering, warenkeuring, enzovoort) biedt meer aanknopingspunten voor linkse activisten. Maar ook een dergelijke bemiddeling tussen kapitaal en arbeid kan Stark niet écht bekoren. Collectieve zorg wordt weliswaar niet langer op het individu, maar op de omgeving gericht, maar ook van 'de omgeving' worden we niet ziek. De sociale verhoudingen scheppen die omgeving en maken ons ziek. Niet op het aanpassen of hervormen van de zorg moeten we ons dan ook richten, en evenmin op een effectiever beheer van de leefomgeving, maar op de organisatie van ons materiële bestaan, dat wil zeggen op de heersende sociale verhoudingen. Noch het bestaan van ziekte, noch het bestaan van zorgvoorzieningen, noch het bestaan van de staat mogen we van Stark als vanzelfsprekend beschouwen.

Met een materialistische epidemiologie zal kunnen worden aangetoond dat ziekte uit sociale verhoudingen voortkomt. Zorgvoorzieningen moeten dan ook niet langer het kader zijn waarbinnen vragen ten aanzien van ziekte en gezondheid gesteld worden.

Ik vind de tegenstelling die Stark hier creëert, bloedgevaarlijk. Hij stelt het hervormen van zorgvoorzieningen op individueel en collectief niveau tegenover het begrijpen van ziekte in haar sociale context. Iedere poging om voorzieningen zodanig te veranderen dat er een zorg ontstaat die gezondheid en ziekte als sociale verschijnselen benadert, lijkt daarmee bij voorbaat verloren - of liever: overbodig! En hoe het nou moet met de mensen die vóórdat de revolutie

de verlossing gebracht zal hebben, ziek zijn geworden dankzij de kapitalistische sociale verhoudingen, vertelt Stark ook niet. Inderdaad, 'de zorg' zal ze wellicht niet meer beter kunnen maken, maar daartegenover staat dat wel gezinsverzorging een stuk aangenamer kan zijn dan géén gezinsverzorging! Een dergelijke subtiliteit zal Stark, die 'de zorg' steeds als één geheel benadert, niet opvallen. Stark laat bepaald niet veel perspectief over voor wie zich - in de periode vóór de revolutie - bezighoudt met kleine strijden en strijdjes van alledag. Over de vraag wat er zal gebeuren, als de kapitalistische sociale verhoudingen verdwenen zijn, zwijgt hij. Zal dan alles goed komen?

Nuance en strijd

Het verlangen om gezondheidszorg, technieken, en zelfs medische wetenschap aan te tasten, leeft wel 15ijde schrijvers van *Radical Science Journal*. Zij weten deze zaken op een knappe manier in hun maatschappelijke context terug te plaatsen en zijn scherp in hun kritiek op degenen die daar te voorzichtig mee zijn. Maar als het op verfijningen aan komt, op het nader karakteriseren van 'de sociale verhoudingen' en op het aangeven van veranderingsstrategieën, dan blijken hun analyses erg mager en ietwat deprimerend.

Wie het allemaal zelf wel eens wil lezen en *Radical Science Journal* niet meteen in de goede boekhandel of de verstofte bibliotheek kan vinden: het adres is: 26 Freegrove Road, London N79RQ en nabestellingen kosten 2 pond.

SOMSOPUBLICITEIT IN TIJDSCHRIFT
'POLITIEK EN GEZONDHEID'

De 'Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling', SOMSO, is een jonge organisatie van werkers en wetenschappers. Het doel is gesprekken over maatschappelijke veranderingen op gang te brengen. De aandacht valt daarbij op de rol en positie van de 'staat' of 'staatsapparaten'.

SOMSO beperkt zich tot drie terreinen: de energieproductie, stadsproblematiek en gezondheidszorg. De Stichting poogt hierover 'Fragmenten' te publiceren om seminars, symposia of congressen te onderbouwen. Bijvoorbeeld over de betekenis van de 'Brede Maatschappelijke Discussie Energiebeleid'. Voor dit nieuwe tijdschrift is het interessant twee SOMSO-activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg te vermelden.

Ten eerste publiceerde het bij Macula een Fragment over de 'Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef /Amsterdam', geschreven door Laurent J.G. van der Maesen. Hierin wordt, op basis van de ervaringen met de opgeheven 'Voorpost Poliklinieken', een plan voor een werkplaats uitgeschreven. Vergelijkingen worden met o.a. buitenpoliklinieken en diagnostische centra in Nederland gemaakt. De these wordt verdedigd, dat deze verschijnselen de extramurale gezondheidszorg niet versterken. De 'Werkplaats' biedt betere perspectieven, omdat hierbij een netwerk van samenwerkingsverbanden, een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg, een ontwikkelings-instituut etc. zijn betrokken.

De 'Werkplaats' kan een instrument worden om menselijke problemen te ontwarren. Het kan, zo luidt de stelling, de dominantie van de natuurwetenschappelijke benadering in het diagnosticeren een halt toe roepen. Om deze reden gaan twee ministeries, O & W en WVC samen deelnemen aan de poging, deze 'Werkplaats' met het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam van de grond te tillen.

Ten tweede publiceerde SOMSO bij Macula een Fragment over 'Gezondheidszorg in Almere, kans op vernieuwingen', van de hand van Ron Helsloot. Met behulp hiervan is in maart 1983 een congres gehouden over de verhouding tussen de eerste en de tweede lijn van de gezondheidszorg in deze nieuwste stad. Het Ministerie WVC heeft Almere uitgekozen om op het terrein van de extramurale gezondheidszorg te experimenteren. Tevens werkt dit Ministerie mee aan de opbouw van een traditioneel ziekenhuis. Deze paradox is in dit Fragment historisch verklaard en tot probleem opgetild. Het beeld, dat alles in Almere beter is, kon tijdens het congres gerelativeerd worden. Helsloot heeft via zijn ervaringen in Amsterdam, Maastricht en in twee districten in Londen, suggesties gedaan hoe deze paradox op te heffen. De ervaringen met de 'Voorpost Poliklinieken Ganzenhoef' hebben hierbij een voorname rol gespeeld.

Zie tenslotte de gehele lijst van Fragmenten en boeken, die in het SOMSO/Macula-fonds zijn uitgegeven.

UITGEVERIJ MACULA

In het fonds SOMSO/Macula zijn verschenen:

In de reeks energievoorziening:

- Schrijverskollektief*, 'Achterde Coulissen van de Praatshow' f 11,-
De Brede Maatschappelijke Discussie doorgelicht. 96 p.
Bezinningsgroep Energiebeleid, 'Splijstof, Controverses rond Kernenergie' f 15,-
Nieuwe feiten tegen kernenergie op een rijtje. 168 p.
Helga Nowotny, 'Kernenergie, Gevaar of Noodzaak' f 25,-
De rol van o.a. de wetenschap tijdens besluitvormingsprocessen. 192 p.

In de reeks stadsproblematiek:

- Ad Goethals, Laurent J.G. van der Maesen*, 'De Bijlmermeer om de nieuwe toekomst van 100.000 Amsterdammers' f 14,75
Stedebouwkundige of bestuurlijke problemen. 132 p.
Wolfgang Beek, René Mendel, 'Bewonersparticipatie in Stadsvernieuwingsgebieden' f 15,-
Over de strategie van samenwerking bij stadsvernieuwing 140 p.

In de reeks gezondheidszorg:

- Laurent J.G. van der Maesen*, 'Een Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef in Amsterdam Z.O.' f 12,50
Een nieuw experiment op het gebied van de gezondheidszorg. 108 p.
Ron Helsloot, 'Gezondheidszorg in Almere, kans op vernieuwingen?' f 14,75
Tegenstellingen tussen een nieuwe eerste lijn en een traditioneel ziekenhuis. 134 p.

Verkrijgbaar in de boekwinkel of rechtstreeks bij de uitgeverij.

Uitgeverij Macula

01727-4381

Nieuwstraat 26

2771 XC Boskoop

Redactieadres SOMSO:

O.Z. Achterburgwal 128

1012 DT Amsterdam