

Experimenteren
in Almere

Privatisering:
een heilloze weg

Q-Gezondheids-
centrum. Utrecht

Test-case voor de
psychiatrische
tegenbeweging

Verpleging:
zorg om de zorg

3

7

5

3

7

5

12

Tijdschrift
voor
gezondheid
en politiek

34

83

INHOUD

eerste jaargang, nr. 2, sept., 1983

kernredactie: Yvonne van Geenhuizen, Greet Lely, Dirk Soeters, Sigrid Sijthoff, Jaap Talsma, Rein Vos; m.m.v. Paul van de Berg en Kees Hertog

redactiesecretariaat: postbus 41 079, 9701 CB Groningen.

jaarabonnement (4 nrs.): f 30,-; instellingen f 40,-; gironummer 5441758. t.n.v. uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek

losse nummers: kosten f 8,50, verkrijgbaar in de boekhandel of te bestellen bij uitgeverij Macula (exclusief portokosten à f 2,30)

37.5 is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en Uitgeverij Macula

Stichting Gezondheid en Politiek, Westersingel 37, 9718 CC Groningen, gironummer 1461678

Uitgeverij Macula, Nieuwstraat 26, 2771 XC Boskoop; tel. 01727-4381

drukwerk: drukkerij Macula
zetwerk: zetterij Wil van Dam, Utrecht

advertenties: uitgeverij Macula
vormgeving/layout: KLUS Groningen

tekeningen: Bert Cornelius
bijdragen: in drievoud, op A4 getypt, 35 regels en spatie-afstand 60, toesturen naar het redactiesecretariaat; vooraf overleg

redactieraad: Dolf Algra, Ingrid Baart, Henk Bakker, Cees van de Berg, Ditta Bolt, Gouke Bonsal, Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, Aridré Knottnerus, Greet Lely, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frans Muller, Gosse Postma, Vliet van Reijen, Coos Rutgers van der Loef, Bert Rijken, Gerrit SaJemink, Wim Slingerland, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Dirk Soeters, Sandra van Staveren, Sigrid Sijthoff, Jaap Talsma, Harry van Velsen, Rein Vos, Gilles de Wildt, Hans van der Wilk

4	REDACTIONEEL
8	EXPERIMENTEREN IN ALMERE Op het kruispunt van twee lijnen Ron Helsloot
12	EEN TEST-CASE VOOR DE PSYCHIATRISCHE TEGENBEWEGING Hans van der Wilk
18	DE KRANKZINNIGENWETGEVING Over de dwang om te genezen van een gevaarlijke gekte Martijn BooI, Willibrord de Graaf, Ronald Kampman en Robert Maier
21	FYSIOTHERAPIE Een bedreigde beroepsgroep in rep en roer Twan Niesten en Gijs van Oorsouw
28	TRADITIE EN VERNIEUWING Onderzoek naar Arbeid en Gezondheid doorgeleefd Rein Vos
31	LEKKER WERK Kees Hertog
34	DRIELUIK PRIVATISERING CRISIS EN DE VRIJE MARKT Een beslissend moment voor links Erik Heydelberg HELLEND VLAK VAN DE AFNEMENDE SOLIDARITEIT Paul juffermans HIS MASTERS VOICE De loyale houding van de ziekenfondsen Theo Waaijer
41	REACTIES
42	MACHT OVER EIGEN LIJF Opkomst en uitbouw van het vrouwengezondheidscentrum Utrecht Ingrid Baart
49	VERPLEGING: ZORG OM DE ZORG Renée van Aller
52	IIA RTLIJ DEN Een nieuwe theorie van Knut Sroka Hugo Smeets en Denhard de Smit
57	BOLKEN
58	GESIGNALEERD
59	ADVERTENTIES

REDACTIONEEL

Grauwe wolken stapelen zich op boven de gezondheidszorg. Er daalt een hagelbui van bezuinigingsmaatregelen op zowel werker als gebruiker neer. In nummer 1 hebben we onder meer aandacht besteed aan de beddenreductie en de medicijnenknaak. Geen geringe ingrepen. Toch vormen ze slechts een opstap: een radicale ingreep in het verzekeringsstelsel van de gezondheidszorg is op handen. 1983 lijkt langzaam naar een climax te groeien.

Het overheidsbeleid is niet de enige bepalende factor inzake de gezondheidszorg. Toch zijn de Haagse initiatieven de laatste tijd zó ingrijpend, dat we aandacht hiervoor op z'n plaats vinden. De grondslagen van het ziekenfondsstelsel worden door het CDA-VVD kabinet zonder pardon op de helling gezet. Dit is een onderdeel van de aanval op het stelsel van sociale voorzieningen als geheel, waarmee de regering de speerpunten van haar beleid probeert waar te maken: het terugdringen van het financieringstekort door beperking van de overheidsuitgaven en lastenverlichting voor het bedrijfsleven. Dit wordt in de gezondheidszorg mogelijk gemaakt door oude liberale stokpaardjes van stal te halen als het profijtbeginsele (de gebruiker van een voorziening betaalt daar ook voor) en de privatisering (kosten die we eerst gezamenlijk droegen, worden overgeheveld naar de individuele consument). In dit nummer zet Paul Juffermans uiteen wat privatisering nu precies betekent. Hij schetst ook de al veel langer sluipende uitholling van het ziekenfondsstelsel als direct resultaat van het overheidsbeleid.

Het wordt steeds duidelijker dat van een werkelijke kostenbesparing in de gezondheidszorg geen sprake is, wél van een kostenverschuiving. Gevolg is dat diegenen, die vaker van de gezondheidszorg gebruik maken (ouderen, langdurig zieken, lagere sociaal-economische groepen) ook meer zullen moeten betalen. De solidariteitsgedachte achter het ziekenfondsstelsel wordt vervangen door het 'ieder voor zich'-principe van de vrije markt. Het achterliggende idee, dat je je wel drie keer bedenkt voor je het gezondheidszorgapparaat instapt als je ervoor moet betalen, is al eerder bekritiseerd, o.a. bij de invoering van de medicijnenknaak. Het is immers meestal niet de consument, maar de producent (arts, fysiotherapeut e.d.), die bepaalt welk gebruik er gemaakt wordt van de gezondheidszorgvoorzieningen. Erik Heydelberg illustreert in zijn artikel de ze zuigkracht van het medisch bedrijf. Hij geeft aan dat het beleid in de gezondheidszorg een uiting is van een veel verdergaande crisis, die de verzorgingsstaat over de gehele linie dreigt aan te tasten.

Het drieluik over privatisering wordt gecompleteerd door Theo Waayer, die fel van leer trekt tegen de ziekenfondsen, die zich in groten getale achter de plannen van Van der Reijden scharen. Waar Paul Juffermans voor waarschuwt lijkt in

de ziekenfondswereld al geschied: bureaucratisch cynisme en repressie hebben de solidariteitsgedachte verstikt. Het enige dat de patiënt nog rest is verantwoordelijkheid en zelfzorg voor de eigen portemonnaie. Wie zal er nog beweren dat gezondheid niet te koop is?

Het overheidsbeleid inzake het verzekeringsstelsel heeft regelrecht aantoonbaar negatieve effecten. Op andere terreinen ligt dat ingewikkelder. Terwijl de regering met strikt financiële motieven in de gezondheidszorg in alle richtingen om zich heen hakt, treden in het veld, op inhoudelijk niveau, ook onvermoede, soms tegenstrijdige effecten op. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de bijdrage van Ron Helsloot over de Almeerse situatie. De unieke eerstelijnszorg in Almere lijkt het tij mee te hebben, nu er een - onder invloed van de bezuinigingen - sterk in capaciteit ingedamde tweede lijn gepland is. Tegelijkertijd heeft de kruideniersgeest van de overheid op deze ontwikkeling een belangrijk negatief effect. Het binnenhalen van het overbodig geworden Amsterdamse Burgerziekenhuis en de centralistische aanpak bij het opzetten van de tweede lijn bedreigt de vernieuwing in de polder.

Het regeringsbeleid veroorzaakt onvermoede effecten. Dit blijkt ook uit het betoog van Hans van der Wilk. De uitlouter financiële overwegingen afgekondigde bouwstop voor psychiatrische ziekenhuizen betekent voor de patiëntenbeweging de stroom mee om een niet-instituutgebonden geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen. Van der Wilk beschrijft de geschiedenis van de patiëntenbeweging, waarin de moeizame strijd tegen de nieuwe 'krankzinnigenwet', de BOPZ, een belangrijke plaats inneemt. Hij schetst het dilemma voor de beweging: moet zij iedere wet principieel afwijzen en zich verder niet bezighouden met de invulling daarvan? Of toch vuile handen maken en er voor de patiënten het beste uitslepen? De patiëntenbeweging, koos voor de laatste aanpak.

Overigens beschrijven Martin Bool e.a. in dit nummer op grond van hun analyse van de BOPZ een ander perspectief. Ze bekritisieren in dat verband de opstelling van de patiëntenbeweging.

Hoe moeten progressieve bewegingen in de gezondheidszorg zich opstellen ten opzichte van de bezuinigingsgolf? Tegen de stroom inroeien? Of soms even meedrijven omdat die stroom plotseling in een goede richting gaat? Maar hoelang meedrijven dan?

Het is duidelijk dat het Haagse beleid een grote politieke zuigkracht uitoefent. Deze zuigkracht belemmert en frustreert de discussie in het veld, waar - wel degelijk - ideeën ontwikkeld worden over kostenbeheersing en -besparing.

Maar dan gekoppeld aan, of als uitvloeisel van inhoudelijke en kwalitatieve verbeteringen van de gezondheidszorg. Het 'beleid-van-de-telmachine' zet iedere inhoudelijke discussie over gezondheidszorg onder zware druk.

Zo worden verpleegkundigen geconfronteerd met intensivering, bureaucratisering en arbeidsdeling. Hierdoor komt de zorg in de knel en wordt deze steeds onpersoonlijker. Dat, terwijl er in dit beroep, dat zich moeizaam losmaakte uit de sfeer van 'natuurlijke vrouwelijke bezigheid uit roeping', verstrekkende inhoudelijke discussies aan de orde zijn. Terug naar de zichzelf wegcijferende nonnen? Renee van Aller roept verpleegkundigen op tot machtsvorming.

Ook de inhoudelijke discussie over waar het met de fysiotherapie naar toe moet, dreigt onder de druk te bezwijken. Het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie probeert zich in allerijl te verdedigen, met name door een 'wetenschappelijke' onderbouwing na te streven van de werking van talloze behandelmethoden.

Een bezinning op de inhoud en de ongebreidelde uitbreiding van dit vak komt hierdoor op een zijspoor. Twan Miesten en Gijs van Oorsouw beschrijven de situatie binnen een bedreigde beroepsgroep.

Houdt de gebruiker, de verpleegkundige, de fysiotherapeut, het hoofd gebogen omdat Lubbers zegt dat 'ie dat voorlopig moet doen? Dan liever het hoofd in de nek! We bieden in dit nummer een aantal artikelen die uitzicht geven op belangrijke positieve ontwikkelingen.

Ingrid Baart geeft een beeld van de opkomst en uitbouw van het vrouwegezondheidscentrum in Utrecht, waar nieuwe vormen van zorg ontwikkeld worden.

Verder een kennismaking met Sroka, een Duitse arts, die een nieuwe theorie en hulpverleningspraktijk op het gebied van het hartlijden wil introduceren.

In dit nummer ook twee artikelen over arbeid en gezondheid. De huidige situatie wordt geanalyseerd en er wordt gepleit voor nieuwe vormen van onderzoek op dit terrein.

Op het kruispunt van twee lijnen

Experimenteren in Almere

Almere: snel groeiende stad in de zuidwest-hoek van de IJsselmeerpolder, die fungeert als 'overloopgebied' voor de overvolle randstad. De laatste jaren is hier een eerstelijns zorg opgebouwd met unieke, nieuwe kenmerken.

Ron Helsloot schreef eerder een boek over de ontwikkelingen vanaf het begin, onder andere voor het in maart gehouden 'Congres Gezondheidszorg Almere' (1). In dit artikel bespreekt hij de totstandkoming van het 'Project Gezondheidszorg Almere' en de gevolgen die dit heeft voor de verhouding tussen de eerstelijns en tweedelijns hulpverlening. Zijn conclusie luidt dat deze op een aantal punten afwijkt van de in het land gebruikelijke relatie tussen eerste en tweede lijn. Dat geeft hoop op vernieuwing en geeft het 'project' een betekenis die uitstijgt boven de plaatselijke belangen. Tegelijkertijd dreigt de nieuwe eerste lijn overspoeld te worden door een (te) traditionele tweede lijn. Tegenwerk vanuit de bewoners en werkers zal moeten voorkomen dat het project door haar bezuinigingsdoelstelling van 'vernieuwing uit gebrek' uitdraait op 'vernieuwing met gebreken'.

De speciale omstandigheden in de nieuwe stad Almere boden indertijd het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een nagenoeg ideale situatie om een op dat departement levende vraag met betrekking tot de verhoudingen tussen eerste en tweede lijn nader te bestuderen. Men wilde daar namelijk graag een antwoord zien te vinden op de vraagstelling in hoeverre een versterkte eerste lijn kan samengaan met een in capaciteit aangepaste tweede lijn. Weliswaar wordt er in verschillende plaatsen in Nederland ervaring opgedaan met een versterkte eerste lijn, maar op al die plaatsen is de potentiële capaciteit van de tweede lijn niet veranderd, noch daarmee de zuigkracht die de tweede lijn op de eerste uitoefent.

In Almere echter zou het mogelijk zijn de, nog geheel afwezige, tweede lijn op te bouwen op de fundamenteën van een versterkte eerste lijn, en zo tegelijkertijd de bovengenoemde vraagstelling te onderzoeken.

Daartoe werd, na een lange voorbereiding, begin 1983 in samenwerking met de lokale autoriteiten het 'Project Gezondheidszorg Almere' ingesteld. De hoofddoelstelling daarvan luidt: het tot stand brengen van een in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, welke aan de bevolking een op haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit tegen acceptabele kosten.

Deze doelstelling gaat duidelijk veel verder dan het oorspronkelijke vraagstuk van de ('somatische') eerste en tweede lijn. Zoals gezegd, zal ik me daar echter toe beperken. Verder blijkt eruit dat, naast de kwaliteit, ook belang wordt gehecht aan het kostenaspect. Vooral in de verhoudingen tussen eerste en tweede lijn -- en bij de accentverschuiving van tweede naar eerste lijn -- speelt het kostenaspect, of anders gezegd het aspect van bezuinigingen ten gevolge van de economische crisis, een grote rol. Dat zal dan ook hierna mijn voornaamste uitgangspunt vormen.

Ten slotte, wie enigszins bekend is met het landelijke gezondheidszorgbeleid, zal de bijna letterlijke overeenkomst van de doelstelling met de doeleinden van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) niet zijn ontgaan. Het centrale thema daarvan is óók de creatie van een samenhangend en sluitend stelsel van voorzieningen. In deze wet, die inmiddels door beide kamers is aangenomen, krijgen de lagere overheden (provincies maar vooral gemeenten) en 'het veld' grotere bevoegdheden toebedeeld in de planning van de gezondheidszorg. Het is de bedoeling om, door aan te sluiten bij regionale behoeften, te komen tot een bevordering van kwaliteit en tot een beheersing van de omvang van de gezondheidszorg. De slagwoorden zijn dan ook: regionalisa-

tie, door middel van decentralisatie en democratisering, gericht op kwaliteitsverbetering en regulering. Almere is nu te zien als een nieuwe 'proefregio', waarin met het in de wet gegeven kader geëxperimenteerd zal worden. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is het systeem van budgetfinanciering: één budget voor de gehele gezondheidszorg in een regio. In de afsluitende paragraaf zal ik de gevolgen voor Almere van deze 'proeftu' < situatie bespreken.

De versterkte eerste lijn

De opbouw van een samenhangende eerstelijns zorg is in Almere vanaf het begin een belangrijk thema geweest, ook in de plaatselijke politiek. Men kwam overeen dat die zorg verleend zou moeten worden door multidisciplinair samengestelde kernteams, werkend vanuit buurtgezondheidscentra ten behoeve van 6 à 8.000 inwoners. De plaatselijke overheid zou als voorwaarde daartoe een vestigingsbeleid moeten voeren.

Het enige grote geschilpunt was het vaste dienstverband. De PvdA was daarvoor, maar dit ging het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders (ZIJP) en de eerste hulpverleners uiteindelijk toch te ver. Het eerste gezondheidscentrum kreeg tenslotte de gebruikelijke mengeling van 'vrije beroepsbeoefenaren' (huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten) en 'dienstverbanders' (wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en maatschappelijk werkers, die werden gedetacheerd vanuit hun respectievelijke instellingen).

Een andere belangrijke doelstelling betrof de democratische controle door bewoners, werkers, het particuliere initiatief en de lokale overheid gezamenlijk.

De huidige situatie is dat, op enkele uitzonderingen na, de eerstelijns zorg wordt verleend vanuit 6 gezondheidscentra, drie in Almere-Haven (de 'oudste' kern) en drie in Almere-Stad (het centrum). Wanneer we bedenken dat er elk jaar ongeveer 10.000 nieuwe bewoners in Almere bijkomen, dan betekent dat voor de komende tijd ook ongeveer één nieuw gezondheidscentrum per jaar!

Op het congres in maart noemde een eerstelijns vertegenwoordiger aan aantal prestaties uit de praktijk, waaraan het idee ten grondslag ligt dat er eigenlijk teveel van het goede is, teveel (professionele en met name specialistische) gezondheidszorg. Hij vertelde dat in Almere maatschappelijke gebeurtenissen als woningtoewijzingen, crisistoestanden en pedagogische ontsporingen al voor een flink deel zijn ontdekt; dat de apotheek minder omzet maakt en dat het

er naar uit ziet dat heilloze somatische fixatie van leefproblemen door samenspel binnen de eerste lijn voorkomen kan worden. De EHBO wordt verder door de huisartsen gedaan en bevallingen voor het merendeel door de eerste lijn, thuis of poliklinisch; en 60 procent van de stervensbegeleiding wordt voornamelijk vanuit de eerste lijn verzorgd. De wijkverpleging is een volwassen discipline, die als enige aan preventie doet. Naar hij zei, zijn deze punten misschien elk op zich niet zo uniek, maar is het feit dat ze een samenhangend, breed pakket vormen wél bijzonder te noemen.

Een aantal van deze ontwikkelingen zijn te kenschetsen als aspecten van een 'interne' versterking van de eerste lijn. Voor de opzet van een democratische organisatie voor beheer en bestuur van de centra lijken momenteel goede kansen weggelegd via de Eerstelijns Vereniging Almere (LVA) in oprichting. Daarvan maken alle bij de eerste lijn betrokken personen en instellingen deel uit, inclusief het eerste gezondheidscentrum dat zich tot nu toe altijd onafhankelijk van de andere heeft opgesteld. Het Samenwerkingsproject Eerstelijns (S1), een landelijke organisatie, heeft eind 1981 een advies uitgebracht over hoe de LVA in de toekomst kan worden uitgebouwd. Het plan is nu te komen tot verenigingen op wijkniveau, die als beheerder én werkgever gaan optreden voor de drie à vier gezondheidscentra in de wijk. De patiënt en gebruikers krijgen een meerderheidsstem in het bestuur daarvan. De verschillende wijkverenigingen worden op plaatselijk niveau gebundeld in een federatie, waaraan een stafbureau en een ontwikkelingsinstituut zullen worden verbonden. In het S1-advies wordt tenslotte aangeraden te kiezen voor een dienstverband voor alle medewerkers om tot een beheersbare, integrale organisatievorm te komen. Voor een groot deel van de werkers is dat de afgelopen jaren al gerealiseerd.

Het is lang niet eenvoudig geweest deze beheers- en bestuursstructuur te ontwikkelen. (Politieke) meningsverschillen daaromtrent zijn in de afgelopen jaren schering en inslag geweest. Velen ligt met name de 'STAG-affaire' nog vers in het geheugen. De Stichting Algemene Gezondheidsvoorzieningen (STAG), een initiatief ondersteund door ziekenfondsen en vakbonden en gevestigd te Den Haag, presenteerde zich als een landelijke organisatie die overal in het land gezondheidsvoorzieningen wilde instellen met de bedoeling de eenzijdige beheersing van de gezondheidszorg door de beroepsorganisaties als die van artsen en apothekers, te doorbreken en de gebruiker centraal te stellen. Alle gezondheidswerkers, ook artsen en apothekers in loondienst was hiervoor een belangrijke voorwaarde. Aan het eind van de zeventiger jaren was de PvdA, die toen een meerderheid in de raad had verworven, ervoor met de

STAG in zee te gaan, op grond 'van ideologische overeenstemming. Deze poging mislukte echter door de oppositie ertegen op politiek vlak, maar ook vanuit de hulpverleners, die onder meer huiverig waren voor centralisme en liever een plaatselijk samenwerkingsverband zagen (een rol speelde overigens ook nog steeds het dienstverband, waartegen een aantal van hen zich bleef verzetten). Ook het plaatselijk alternatief, de **Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA)** die vijf van de zes Almeerse gezondheidscentra beheert, lijkt nu echter geen lang leven beschoren; de politieke steun daarvoor is van het begin af gering geweest.

Ondanks deze 'valse start' betekent dat wat er tot nu toe is bereikt zonder twijfel een belangrijke 'interne' versterking van de eerste lijn, in vergelijking met de lage organisatiegraad elders in het land. Gelet daarop, en gezien de situatie in Almere waarin vele partijen de openliggende mogelijkheden vooral ten behoeve van hun eigen belangen proberen aan te wenden, is het verder niet verwonderlijk dat de (terechte) aandacht voor nieuwe vormen van beheer en bestuur de discussie over de inhoudelijke aspecten van een versterking van de eerstelijns hulpverlening (zowel van binnen uit als van buiten af) tot nu toe wat naar het tweede plan heeft verwezen. Dit was duidelijk te merken op het congres, waar de strijd voor progressieve beheers- en bestuursvormen ook nog eens, in het openbaar, geconfronteerd werd met de komst van de (traditionele) tweede lijn naar Almere.

Tweede lijn rukt op

Op een werkdag over de samenwerking tussen eerste en tweede lijn in 1979 in Utrecht gehouden, werden een aantal belangrijke constateringën omtrent die samenwerking gedaan. De eerste was dat het initiatief daartoe tot dan toe vooral was uitgegaan van de ziekenhuizen. Men achtte het echter niet ondenkbaar dat het initiatief in de komende jaren wat meer vanuit de eerste lijn zou plaatsvinden. Een andere opmerking legde de nadruk op de eisen die samenwerking stelt aan de organisatie binnen elke partner. Over deze noodzaak was voor het eerst gerapporteerd uit het Hoogeveen Ziekenhuis Bethesda, waar al in 1965 was gekozen voor een beleid gericht op versterking van de eerste lijn en integratie van de eerste en de tweede. Men was daar in het begin gestuit, op het eenvoudige feit dat er om redenen van goede communicatie één contactadres voor de huisartsen moest komen. Later werd dat een secretariaat en zo breidde de samenwerking tussen de huisartsen onderling (!) zich langzamerhand uit. Hetzelfde gebeurde ook bij de wijkverpleging en het maatschappelijk werk.

De voorspelling van toenemende initiatieven vanuit de eerste lijn is wat Almere betreft nu uitgekomen. En de reden daarvoor was niet slechts het feit dat er van een tweede lijn nog nauwelijks sprake was, maar, veel belangrijker, inderdaad die hoge organisatiegraad en samenhang binnen de thuiszorg. Dit had grote gevolgen voor de zich ontwikkelende verhoudingen tussen eerste en tweede lijn. Vanaf het begin hebben de eerstelijns werkers ernaar gestreefd invloed uit te oefenen op de tweede lijn in opbouw, om zo te voorkomen dat de vernieuwingen in eigen gelederen door een traditionele tweede lijn (zoals nog zal blijken het Amsterdamse Burgerziekenhuis), inclusief de gebruikelijke zuigkracht daarvan, weer teniet zouden worden gedaan. Men vroeg van de tweede lijn een terughoudende en ontvankelijke opstelling, en de bereidheid slechts aanvullend en ondersteunend ten opzichte van de wijkgerichte eerstelijns zorg op te treden.

De door de eerste lijn- en bewoners-- uitgeoefende druk heeft er mede toe geleid dat vraagtekens zijn gezet bij de vorm en de capaciteit van het nieuwe ziekenhuis, onder andere met het oog op die zuigkracht. Aan de andere kant zijn degenen die de tweede lijn in Almere voorbereiden -- het Amsterdamse Burgerziekenhuis, de lokale autoriteiten en het openbaar lichaam ZIJP -- erdoor gedwongen zich te bezinnen op mogelijke vernieuwingen, waarin die ondersteuning van de thuiszorg tot uiting zou komen. Toch is het de laatste jaren duidelijk geworden dat, naarmate de tweede lijn een meer uitgesproken rol in de Almeerse samenleving ging spelen (en de wens van een eigen ziekenhuis hoog op ieders verlanglijstje kwam te staan), de eerste lijn, ondanks haar (althans op organisatorisch vlak) versterkte positie, langzamerhand weer op de gebruikelijke tweede plaats terechtkwam.

Met het oog op mogelijke perspectieven voor werkelijke vernieuwingen in Almere, is het daarom van belang te doorzien hoe de tweede lijn zich ook hier weer geleidelijk een dominante positie heeft weten te veroveren, en met welke steun; en hoe zodoende de eisen van eerste lijn en bewoners werden omgevormd tot concessies van de kant van de tweede lijn en de autoriteiten.

Experiment: vernieuwing uit gebrek

Op het eerste gezicht is de tweede lijn zoals die nu in Almere wordt opgebouwd een produkt van de schaarste, en wel in meer dan één opzicht.

Ten eerste kreeg het Amsterdamse Burgerziekenhuis de ver-

antwoordelijkheid voor de opbouw toebedeeld nadat was gebleken dat daarvoor, bij wijzigingen in de hoofdstedelijke ziekenhuissituatie, geen plaats meer zou zijn. Op de belangrijke consequenties voor Almere van deze, overigens zeer ondoorzichtige ruil kom ik verderop nog terug.

Vervolgens waren het onder andere bezuinigingsmaatregelen die grenzen stelden aan het toekomstige hulpverleningsaanbod, en die de aanleiding vormden tot een zeer bepaald soort vernieuwingsplannen. In het kader van het experiment is het aantal toegestane bedden bij de geplande start van het ziekenhuis in 1988 geleidelijk teruggebracht van 325 tot 240. Dat zal voor ongeveer 80.000 inwoners zijn, oftewel 3 o/oo, een aanmerkelijke verlaging in vergelijking met de momenteel gehanteerde normen.

Om deze beddenvermindering niet ten koste te laten gaan van de kwaliteit, is besloten dat de eerste lijn zal moeten worden versterkt; dat er een hechte samenwerking met de eerste lijn zal moeten ontstaan en dat de tweede lijn zelf op andere manieren dan gebruikelijk zal moeten worden ingericht. Hierbij denkt men aan een versterkte polikliniek en, daarmee verbonden, een zogenaamde 'day surgery', 'day medicine' en dagverpleging. Discussies zijn gaande over de daarvoor beschikbare capaciteit, waarbij aantallen worden genoemd van 15 tot 35 bedden extra.

De eerste officiële vestiging van de tweede lijn in Almere zal overigens worden gevormd door een tijdelijke polikliniek in het hoofdgebouw van Almere-Stad. Daar is, tot de opening van het ziekenhuis aan het eind van de jaren tachtig, een gebouw van vier verdiepingen gehuurd, waarin binnenkort de specialismen chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie en obstetrie, oogheelkunde, keel-, neus- en oorheelkunde, urologie, kindergeneeskunde, dermatologie, neurologie en anaesthesiologie zullen worden ondergebracht, benevens laboratorium- en röntgenfaciliteiten. (Opnamen zullen vooralsnog plaatsvinden in het Burgerziekenhuis en in het ziekenhuis Gooi-Noord.)

Vernieuwing met gebreken

Het heeft er dus de schijn van dat op de eisen van eerste lijn en bewoners wordt ingegaan. De schaarste, ten gevolge van de huidige economische crisis, lijkt hen min of meer in de kaart te spelen: de autoriteiten hebben daardoor zo te zien een motief om de tweede lijn terug te dringen ten gunste van de thuisgezondheidszorg.

Voor een deel is dit ook inderdaad zo. Maar tegelijkertijd dreigt deze ontwikkeling het zicht te belemmeren op een

veel belangrijkere, tegenstrijdige ontwikkeling (die zich overigens ook op andere plaatsen in het land voordoet). Nog afgezien van het feit dat bij de 'schaarste' de nodige vraagtekens zijn te zetten -- niet bij de economische crisis waarin het kapitalisme verkeert, maar wél bij de wijze waarop de middelen worden verdeeld -- is het bij nader inzien namelijk zo dat de landelijke overheid in samenwerking met de plaatselijke autoriteiten (het openbaar lichaam ZIJP) die schaarste heeft aangewend om een grotere greep op de gezondheidszorg in Almere te krijgen.

Ten eerste is gebruik gemaakt van de schaarste in Amsterdam om het Burgerziekenhuis binnen te halen, en daarmee een traditioneel geleide en functionerende ziekenhuisorganisatie. De voorbereiding van de tweede lijn is daarop in kleine kring ter hand genomen. Daartoe is een College van Bequurlijk Overleg Ziekenhuis Almere ingesteld, dat paritair werd samengesteld uit het dagelijks bestuur van de ZIJP en vier leden van de leiding van het Burgerziekenhuis. De eerder genoemde Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA), het koepelorgaan van de eerste lijn, heeft zelf moeten vragen om aan het college te mogen deelnemen! Dat werd na herhaaldelijk aandringen toegezegd, dat wil zeggen half 1982, toen de zeer belangrijke Basisfilosofie voor het nieuwe ziekenhuis al weer een jaar oud was. Bij het schrijven daarvan is wel het Overlegplatform Gezondheidszorg Almere betrokken, maar daarover was al eerder door eerstelijns werkers en bewonersgroeperingen het oordeel geveld dat dat compleet verزند was. Op de Basisfilosofie zelf, waarin een sterk accent ligt op het instituut ziekenhuis, in plaats van op een veelzijdige, geïntegreerde tweedelijns gezondheidszorg waarop was aangedrongen, is van vele kanten commentaar gekomen. Toen echter in de lente van 1982 het Programma van Eisen voor het ziekenhuis verscheen, bleek men met die commentaren bijna geen rekening te hebben gehouden; ja, het was zelfs zo dat daarin ook de Basisfilosofie zelf nauwelijks meer terug te vinden was.

Al met al heeft het Burgerziekenhuis geen op werkelijke vernieuwing gerichte deskundigheid weten in te brengen. Veel tijd en energie moet nu worden besteed aan een proces waarin de staf moet wennen aan 'een heel vreemd land' (zoals de geneesheer-directeur de nieuwe, open eerste lijn in Almere op het congres noemde); een leerproces dat had kunnen worden voorkomen door in een open sollicitatieprocedure mensen te selecteren die voor de bijzondere vereisten gekwalificeerd waren.

De tweede manier waarop de autoriteiten de schaarste hebben aangewend voor hun doeleinden van regulering was door de doelstelling van versterking van de eerste lijn gebineerd met een terugdringing van de tweede, dan te

grijpen om op het nieuwe ziekenhuis te bezuinigen via een vermindering van het beddenaantal; de voorwaarden waarop dat verantwoord zou kunnen gebeuren, heb ik hiervoor vermeld.

Op zich is dat toe te juichen. De beperking ervan ligt echter hierin dat aldus vooral op kwantitatieve aspecten werd gelet, terwijl op dieperliggende problemen in de huidige gezondheidszorg niet wordt ingegaan. Zo is de dominante, individualistisch georiënteerde geneeswijze nooit ter discussie gesteld, wat de kans er niet groter op maakt dat er een écht nieuwe tweede lijn opgebouwd zal kunnen worden. Een tweede lijn die niet alleen aanvullend en ondersteunend ten opzichte van de eerste lijn optreedt wat betreft medisch-technische vaardigheden, maar ook op het minder gebruikelijke gebied van wijkgerichte zorg, waarbij zowel de maatschappelijke achtergronden van individuele patiënten als de ziektepatronen van bepaalde groeperingen in de wijk in de beschouwing worden betrokken.

De conclusie uit het voorgaande is dat beide vormen van schaarste door de overheden zijn aangewend ter beheersing van de gezondheidszorg, met behulp van een versterking van de positie van een traditionele tweede lijn. Het gevolg daarvan is dat eerste lijn en bewoners niet langer de initiatiefnemers zijn in Almere, op wier eisen en behoeften de overige zorg wordt opgebouwd, maar trendvolgers, die inspraak krijgen in wat van hogerhand wordt gepland. Ook op het nieuwe land is zo de status quo weer hersteld ten koste van slechts geringe concessies.

Perspectieven

De volgende aanduiding van perspectieven zal betrekking hebben op twee niveaus: het plaatselijke, dat van Almere zelf; en het landelijke, in verband met de functie van Almere als nationaal experiment.

Wat het eerste betreft is, waar het historisch verslag van de zich ontwikkelende tweede lijn helaas in mineur moest eindigen, in ieder geval het perspectief van een samenhangende, door bewoners en werkers mede bestuurde en beheerde eerste-lijn nabij en indrukwekkend. Zoals het er nu naar uitziet, zal de Eerstelijns Vereniging Almere (EV\A) de gehele thuiszorg gaan omvatten, dus ook die onderdelen, zoals het eerste gezondheidscentrum en de verloskunde, die tot nu toe los van de rest stonden, en die ook bijvoorbeeld op het punt van het dienstverband een uitzondering vormden. Met betrekking tot de vervolgens door de werkers bepleite aandacht voor de kwaliteit van de hulpverlening, doet zich echter een groot probleem voor. De verbinding van het Project aan Almere wordt over het algemeen, en vooral in de

plaatselijke politiek, wel als een grote steun (en eer!) ervaren, maar het paradoxale van de situatie en de gevaren die op de loer liggen dreigen daardoor te worden onderschat. Immers, waar decentralisatie en democratisering volgens de WVG norm zouden moeten zijn en het Project juist is opgezet om de toepasbaarheid daarvan te bestuderen, daar dreigt de centralistische leiding van het experiment dit proces danig te verstoren.

Almere schreeuwt op grond van haar opzet en voortdurende ontwikkeling als het ware om flexibiliteit, kwalitatief onderzoek (bijvoorbeeld naar de relaties tussen de nieuwstedelijke omgeving en ziekte en gezondheid(szorg)) en daarop gebaseerde hulpverlening. In plaats daarvan wordt de aandacht gericht op regulering en beheersing. Zo was de oorspronkelijke vraagstelling van het Project gericht op de verwijspatronen van huisartsen naar specialisten en op de zuigkracht van de tweede lijn. (In het evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door landelijke instellingen - het VZI en het JHI - die in dit soort vraagstellingen zijn doorkneed, maar zich er ook toe hebben beperkt.)

De SMGA en de werkers hebben in hun eerste reacties op het Project overduidelijk gemaakt dat een beperking tot 'het geld en de medische aspecten' niet op de eerste plaats hun belangen maar die van het departement zal dienen. Het is vooralsnog onduidelijk hoe deze situatie zal kunnen worden opgelost. Wel kan worden gezegd dat met name de recentelijk ingestelde Stuurgroep van het Project, waarin ook bewoners en werkers zitting hebben, en het Projectteam zich zeer open hebben opgesteld. Ook op het congres in maart gaf men blijk van een grote belangstelling voor andere ideeën en voor mogelijke alternatieven. De werkers hebben overigens, uit een aantal door de SMGA als een eigen invulling van het beperkte kader geformuleerde actiepunten, die van praktijkverkleining, voorzieningen voor inhoudelijke leiding, deskundigheidsbevordering en extra apparatuur als meest wenselijk verkozen. Het ter beschikking stellen van meer hulpkrachten en van diagnostische faciliteiten bleek daarnaast veel minder aan te spreken. Het bevorderen van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) werd als een heel belangrijke taak voor het Project aangemerkt. Het is aannemelijk dat met name het toekomstige ondersteuningsapparaat van de Eerstelijns Vereniging Almere (EV\A) bij de verwezenlijking van deze wensen een grote rol zal kunnen gaan spelen.

Een belangrijke test van de kracht van de EV\A zal liggen in de verdere samenwerking met de tweede lijn. Het Burgerziekenhuis en de ZIJP hebben de afgelopen tijd een aantal besluiten genomen die mogelijkheden bieden voor de zo gewenste samenspraak, bijvoorbeeld de instelling van een paritair uit eerste en tweede lijn samengestelde Werkgroep Poli-

kliniek. Deze zal een plan voor de polikliniek voor de middellange termijn moeten gaan opstellen. Veel zal afuangen van een goede invulling door werkers en bewoners van deze en andere hun geboden mogelijkheden, maar vooral van de vraag of zij zich zó sterk kunnen maken dat zij werkelijk invloed krijgen op de zich ontwikkelde tweede lijn - ook in gezamenlijke vormen van beheer en bestuur - en zich niet laten terugdringen in organen met louter adviserende bevoegdheden. Een gunstige omstandigheid hierbij is dat de plaatselijke politiek zich zowel achter de EVA als, zoals gezien, achter het Project heeft opgesteld.

Wat zijn nu, tenslotte, **landelijk** gezien de perspectieven van het nationaal experiment Almere? Wat is er, vooral met het oog op de WVC, al bereikt en wat valt er te verwachten? Helaas moet worden gezegd dat op het vlak waar het experiment landelijk de grootste invloed moet hebben, namelijk de verhoudingen tussen eerste en tweede lijn, zich nog weinig perspectief aftekent. Maar misschien is het daarvoor ook nog wel te vroeg en zou dat, gezien de omstandigheden, te veel gevraagd zijn.

Aan een aantal voorwaarden voor dergelijke nieuwe verhoudingen is inmiddels overigens al wél voldaan: de eerste lijn zelf vertoont, zoals gezien, een grote samenhang (ondersteund door een gemeentelijk vestigingsbeleid); en de vaste dienstverbanden - bijna algemeen nu in de eerste lijn en in principe per 1-1-1985 voor de specialisten die in de polikliniek komen te werken - zijn belangrijk voor een verbetering van de onderlinge contacten en voor de sturing van het geheel. Met betrekking tot het laatste zal ook het systeem van budgetfinanciering een grote rol kunnen gaan spelen. Verder heb ik al de gemengde Werkgroep Polikliniek genoemd; en aan een zelfstandige bestuur- en beheersstructuur voor de polikliniek wordt gewerkt.

Omdat nieuwe ideeën om trent die verhoudingen niet uit de lucht zullen komen vallen, is eerder en elders (bijvoorbeeld in Amsterdam-Zuidoost), en ook weer op het congres in maart, gepleit voor een soort beschermde broedplaats, waar via experimenten met samenwerking nieuwe inspiratie zal kunnen worden opgedaan. De polikliniek die nu gaat komen lijkt daarvoor nog niet geschikt, traditioneel van opzet als ze is, hoewel met wat vernieuwde franje. Wellicht zal de Werkgroep evenwel mogelijkheden zien om 'van die polimeer' te maken'. Het zal duidelijk zijn, het is gewoon nog te vroeg om op verworvenheden te kunnen wijzen, laat staan om in te schatten wat die voor het landelijke beleid betekenen. Over één ding kan echter geen twijfel bestaan: de tot op heden voorgestelde 'vernieuwingen' zouden als leidraad voor dat beleid voor velen lang niet ver genoeg gaan. Het is immers helemaal niet zeker of een verschuiving van klinisch naar (even centraal georganiseerd en eenzijdig somatisch h ge-

richt) poliklinisch werken nu wel zo voordelig is voor de thuiszorg; en een versterking van de rol van de huisarts betekent ook zeker niet zonder meer een versterking van de eerste lijn!

Literatuurverwijzing

I. Gezondheidszorg in Almere, kans op vernieuwing? Ron Helsloot, AmsterdamBoskoop (SOMSO/MACULA, Fragment nr. 3) maart 1983. Zie ook 37.5 nr. I (mei 1983), p. 58. In dit artikel heb ik vanwege de leesbaarheid citaten zonder aanhalingstekens en zonder bronvermelding in de tekst verwerkt. Voor een uitvoerig notenapparaat kan ik naar het boek verwijzen.

Een test-case voor de psychiatrische tegenbeweging

Dit verhaal, uit het hart van de patiëntenbeweging, schetst in het kort haar geschiedenis, en haar problemen met de nieuwe krankzinnigenwetgeving Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De BOPZ heeft de patiëntenbeweging geconfronteerd met het dilemma of zij iedere wet principieel moet afwijzen en zich verder niet hoeft bezig te houden met de invulling ervan; of: toch vuile handen maken en zo tot een betere rechtsbescherming van psychiatrische patiënten proberen te komen.

Ruim 10 jaar strijd, een weg vol frustratie die geleid heeft tot de basis van een nieuwe aanpak. Er zal een eigen, duidelijk geformuleerd alternatief voor een andere en betere geestelijke gezondheidszorg moeten komen. Volgens Hans van der Wilk moet de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg het breekijzer vormen om de invloed van de patiëntenbeweging te doen gelden, en zo tot een wezenlijk andere zorg te komen. Deze fase ziet hij als een test-case voor de patiëntenbeweging. Of zij de proef doorstaat, kan misschien al duidelijk worden tijdens het 'Congres Psychiatrie in Werkelijkheid' op 19,20 en 21 december 1983.

Vergeeten verleden

Er is de laatste jaren een intensieve, openlijke discussie over de geestelijke gezondheidszorg gaande. Niet alle elementen van deze discussie zijn nieuw, overigens. De behandeling van het Wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) door de Tweede Kamer heeft het vraagstuk betreffende de combinatie van dwang en hulpverlening weer opgerakeld. Dit vraagstuk is ook al in het midden van de vorige eeuw aan de orde gesteld door de zogenaamde 'non-restraint-beweging' (anti-dwang-beweging) in Engeland. Over de schadelijkheid van het psychiatrisch ziekenhuis, waar het tegenwoordige verzet tegen de bouwplannen voor nieuwe inrichtingen (moratorium) grotendeels op gebaseerd is, heeft Querido in de dertiger jaren al veel gezegd. De discussies zoals die nu vaak gevoerd worden over behandelingsvormen en over wat gekte nu eigenlijk is, lijken erg op die van de anti-psychiatrische beweging.

Een groot verschil met vroeger, toen haast uitsluitend door de vakbroeders-psychiaters hierover werd geredetwist, is echter dat de tegenwoordige discussianten een heel wat meer gemêleerd gezelschap vormen. Ex-cliënten, wetenschappers (vaak overigens wel met veldervaring), politici, hulpverleners van uiteenlopende disciplines en zelfs architecten bemoeien zich ermee. De 'moratorium'-discussie in dag-, week- en vakbladen eind vorig jaar, en de aandacht die politici daaraan gaven tijdens het psychiatrie-debat in de Tweede Kamer op 7 februari 1983, illustreren dat. Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat die toch wel opvallende aandacht van bijvoorbeeld politici wellicht veel te maken heeft met de financieel-economische situatie van ons land. Desalniettemin gaat veel discussie zowel over de inhoud en de kwaliteit van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg, als over de organisatie ervan. Daarbij is natuurlijk de belangrijkste vraag of dit alles inderdaad gaat leiden tot de fundamentele verandering van de psychiatrische en psychosociale hulpverlening zoals die onder andere door de patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg wordt bepleit. Of zal achteraf deze discussie ook niet meer blijken te zijn geweest dan de rimpeling in het verwater nadat er een kiezelsteen in gegooid is?

Alvorens te proberen deze vragen te beantwoorden, wil ik eerst trachten aan te geven wat de patiëntenbeweging, thans een belangrijk deel daarvan, en in ieder geval mij persoonlijk, ertoe heeft gebracht deel te nemen aan een discussie met zo'n ongewis resultaat. Er zijn, althans zo blijkt uit gesprekken met hulpverleners in opleiding, inmiddels alweer heel veel mensen die onbegrijpend kijken als je praat over 'Dermendal' (een diepgaand conflict over de irurara-

HANS VAN DER WILK, ex-voorzitter van de Cliëntenbond en ex-directeur Stichting Pandora, is nu coördinator van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform.



rale zwakzinnigenzorg in de jaren '73-'74); die nooit hebben gehoord van de Commissie Van Dijk (de Werkgroep Rechtspositie van Psychiatrische patiënten, op 13 mei 1975 ingesteld door toenmalig staatssecretaris Hendriks); die nooit die foto van Vincent Mentzel hebben gezien in de NRC van 10 juni 1978 bij een artikel over Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest (een zeer ontluisterend beeld van twee zwakzinnige mannen die zich vastklampen aan pot en zijschot van een batterij open w.c.'s). Om maar een greep te doen.

Vanaf het begin van de zeventiger jaren is er wel het een en ander gebeurd. Als het effect daarvan echter evenredig is aan de indruk die die gebeurtenissen kennelijk gemaakt hebben op degenen die werkers in de geestelijke gezondheidszorg opleiden, dan rijzen er natuurlijk wel enige vragen.

Zombie's in verzet

De ontwikkeling van de patiëntenbeweging in Nederland vindt zijn oorsprong in het begin van de jaren zeventig. Gelijktijdig ontstond er ook veel beweging onder alternatieve hulpverleners en -instellingen OAC's, Release's) en ook met name onder verpleegkundigen van grote psychiatrische ziekenhuizen. De relatie van de patiëntenbeweging met de alternatieve hulpverlening was intensief en men werkte ook echt samen. De activiteiten van kritische verpleegkundigen stonden vaak meer op zichzelf, maar ik geloof dat er wel sprake was van een soort wederzijdse beïnvloeding. Ernstige kritiek vanuit de patiëntenbeweging op de geestelijke gezondheidszorg werd als het ware bevestigd door de toenemende kritiek vanuit de werkers en omgekeerd zullen de acties van de patiëntenbeweging veel werkers aanzet hebben tot het expliciet maken van hun onbehagen. In een enkel geval, zoals bij de groep van (ex-)verpleegkundigen van Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze (de Opiniegroep) die aan de wieg stond van de jaarlijkse Dag van de Psychiatrie (14 februari), was er sprake van een duurzame relatie. In dit bestek zal ik mij overigens beperken tot de rol van de kern van de patiëntenbeweging zoals die gestalte kreeg in de Cliëntenbond, de Gekkenkrant, Stichting Pandora, de patiëntenraden en de bundeling hiervan, samen met JAC's en Release', in de Werkgroep Krankzinnigenwet.

In de vijftiger jaren ontstonden er grote veranderingen in de psychiatrische en psychosociale hulpverlening. De opkomst van de psychofarmaca, de ontwikkeling van ambulante hulpverlening sloeg bressen in de ommuurde wereld van de geestelijke gezondheidszorg. De mechanische dwangmiddelen en het domweg opsluiten konden worden vervangen door chemische middelen. De ontluisterende aanblik van schreeuwende, huilende en zich grotesk gedragende mensen wijzigde zich in een zombie-achtig, passief, apathisch tafereel. Dat was minder bewerkelijk, minder angstaanjagend en het belang van muren, tralies en gesloten deuren nam enigszins af. Dat de ontwikkeling van de psychofarmaca mensen wellicht effectief heeft geholpen, zal ik niet ontkennen, maar het gaat mij hier meer om de maatschappelijke betekenis die aan deze ontwikkeling verbonden is. Het weghalen van enkele muren en wat tralies had namelijk tot gevolg dat de samenleving er beter naar binnen kon kijken. En die samenleving nam tot haar verbazing en afgrijzen dingen waar die zij niet voor mogelijk had gehouden. Machtsuitoefening, verschrikkelijke huisvesting en miserabele hygiënische situaties, bijvoorbeeld.

Ook heel belangrijk was in dit verband de publikatie van een tweetal boeken, namelijk dat van Corrie van Eijk-Osterholt, 'Laten ze het maar voelen' en van Evelien Paull, 'In het land der blinden'. Corrie van Eijk schreef de lijdensweg van haar langdurig opgenomen zuster en Evelien Paull haar eigen geschiedenis als patiënte. Nadat al iets eerder, op basis van het overgewaarde Duitse conflict in de psychiatrische universiteitskliniek in Heidelberg, getracht was om (ex-)psychiatrische patiënten te mobiliseren in patiëntencollectieven, gaf met name het boek van Corrie van Eijk de stoot tot de uitbouw van de Cliëntenbond naar zijn huidige vorm. Overigens moet in dit verband ook nog genoemd worden het onvoorstelbare bestseller-succes van Jan Foudraine, 'Wie is van hout?', hetwel in ieder geval aan mijn eigen bewustwording als (toen) opgenomen patiënt heeft bijgedragen. Ik zal mij voor wat betreft de geschiedenis verder wat beperken, te meer daar er uitstekende publikaties over bestaan van onder andere A.J. Heerma van Voss en Rozemarijn Esselink e.a. (zie literatuurlijst). Mij gaat het nu om een paar grote lijnen in de geschiedenis die uitgemond zijn in een aantal tamelijk recente activiteiten en acties van de patiëntenbeweging en om de vraag wat de invloed daarvan (geweest) is.

Van bingo naar blauwdruk

Mijrs inziens kenmerkt de eerste periode van de geschiedenis van de patiëntenbeweging zich door de bewustwording en het verwerven van een identiteit. Met behulp van onder andere het Bulletin van de Cliëntenbond, de Gekkenkrant en de al eerder genoemde boeken kwam er veel aan het licht over de situatie in de psychiatrische ziekenhuizen. Onder hen die patiënt waren of waren geweest, ontstond er in toenemende mate een gevoel van lotsverbondenheid dat, toen ook de landelijke media een 'issue' van de psychiatrie maakten, een belangrijke impuls kreeg door de steun van de publieke opinie.

Een volgende fase werd ingezet toen het tot de patiëntenbeweging doordrong dat de overheid met wijziging van de, overigens nog steeds van kracht zijnde Krankzinnigenwet uit 1884 bezig was. Men voelde de noodzaak om met betrekking tot het reeds in 1971 ingediende wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) een eigen geluid vanuit de patiëntenbeweging in te brengen. Dat betekende dat men zich niet alleen ging bezighouden met het signaleren van misstanden, maar dat er ook gestudeerd moest worden op ingewikkelde wetsteksten. Allerlei groeperingen vormden toen, op initiatief van Release Haarlem, de Werkgroep Krankzinnigenwet. Deze bundeling, die tot op de dag van vandaag actief is, hield zich daarna ook nog bezig met de al eerder genoemde Commissie Van Dijk, de erkenningsnormen van psychiatrische ziekenhuizen en het inmiddels driemaal gewijzigde wetsontwerp BOPZ. Overigens is nog vermeldenswaard dat er zo langzaam erhand ook nogal wat patiëntenraden waren ontstaan die zich in steeds grotere mate gingen bezighouden met zaken die uitstegen boven de bemoeienis met het broodbeleg en de bingo-avonden. Veel patiëntenraden deden ook actief mee aan het werk van de Werkgroep Krankzinnigenwet.

Na verloop van tijd en met name na onbevredigende ervaringen om trent wat er met de bijdragen van de patiëntenbeweging over die wetsontwerpen, nota's en rapporten gedaan werd, ontstond de basis voor een nieuwe aanpak. Enerzijds brak het besef door dat de voorgestane veranderingen van overheid en de officiële psychiatrie eigenlijk alleen maar oude wijn in nieuwe zakken betekende. Anderzijds was ook niet zo duidelijk wat het eigen alternatief zou moeten inhouden.

Op 16 februari 1980, in het kader van de activiteiten rond de Dag van de Psychiatrie, werd door de patiëntenbeweging het initiatief genomen om een inhoudelijke discussie te voeren over hoe het er eigenlijk zou moeten uitzien in de geestelijke gezondheidszorg. Dit initiatief mondde uit in het 'Manifest Patiëntenrecht in de Geestelijke Gezondheidszorg' dat op 15 novemb. 1980 door de patiëntenbeweging, na intensieve discussies, werd vastgesteld. De stellingen uit dit manifest die de meeste aandacht trokken waren stelling 5 en stelling 6. Deze pleiten voor een afbouw van "de overheersende medische aanpak in de psychiatrie" en het zo snel mogelijk opheffen van alle psychiatrische ziekenhuizen. Ik beschouw de totstandkoming van dit Manifest als zeer belangrijk, en bovengenoemde stellingen beloofden heel wat. Toch moet ik achteraf constateren dat het Manifest niet erg consistent is en evenmin een alomvattend alternatief voor een nieuwe geestelijke gezondheidszorg bevat. Dat kon natuurlijk ook niet verwacht worden maar het was in ieder geval een goede basis. Een basis voor de verdere uitwerking die tot stand kwam in het Denk- en Doeplan van de Cliëntenbond en de Beleidsnota van de Stichting Pandora, zoals die in respectievelijk januari en april 1982 verschenen. Geen dikke boekwerken met wetenschappelijke prestaties, maar een visie op de geestelijke gezondheidszorg, ontwikkeld op basis van concrete behoeften en ervaringen van patiënten en ex-patiënten. De kern daarvan, bestaat uit fundamentele kritiek op de geestelijke gezondheidszorg in

de huidige vorm, zowel naar de inhoud van de hulpverlening als naar de organisatie ervan. Kritiek op het dé-politiserende van de hulpverlening doordat zij geen verbanden weet te leggen tussen maatschappelijke omstandigheden en psychische ontregeling. Kritiek op de overwaardering van individualiserende therapeutische technieken. Kritiek op het haast vanzelfsprekende van machtsuitoefening. Kritiek op de gesegmenteerde en gebureaucratiseerde opbouw van de geestelijke gezondheidszorg die elke continuïteit van de hulpverlening onmogelijk maakt.

Naast deze kritiek zijn in deze nota's voorstellen te vinden voor een laagdrempelige, kleinschalige hulpverlening, waar op een praktische, concrete manier wordt gewerkt; rekening houdend met maatschappelijke omstandigheden. Actueel wordt ingegaan op ontstane crisissituaties en de nadruk wordt gelegd op zelfhulp en bevordering van sociale actie. Nogmaals, het belang van deze ideeën ligt niet zozeer bij de wetenschappelijke betekenis ervan maar is veeleer gelegen in het feit dat het hier gaat om behoeften van ervaringsdeskundigen. (Een begrip zoals dat vaak door de patiëntenorganisaties gebruikt wordt.)

De patiëntenbeweging is ondertussen niet stil blijven staan. Op dit moment vindt de voorbereiding plaats van een groot congres, 'Psychiatrie in Werkelijkheid', dat op 19, 20 en 21 decemb. 1983 in Amsterdam zal worden gehouden vanuit de patiëntenbeweging. De thema's van het congres, sinds eind vorig jaar al in discussie op regionale deelcongressen, zijn: 1. Een beoordeling van de huidige geestelijke gezondheidszorg, met name op basis van ervaringen van patiënten en ex-patiënten; 2. Een kritische beschouwing van het huidige beleid van overheid en gevestigde hulpverlening; 3. Het ontwikkelen van een blauwdruk voor een nieuwe geestelijke gezondheidszorg.

Het geheel lijkt, en is misschien ook wel, pretentius, maar de patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg is er zo langzamerhand aan toe haar ideeën nu eens te gaan confronteren met die van beleidsmakers, politici, vakbonden en werkers. Want ook dát is één van de doelstellingen van het congres.

Uit de marge

In het licht van het bovenstaande kan ik nu proberen een aantal van de acties en activiteiten van de patiëntenbeweging of personen daaruit te beoordelen. Alhoewel ik mij daarbij tot de laatste jaren wil beperken, begin ik toch bij de grote demonstratie van patiënten en ex-patiënten die op 25 mei 1976 in Den Haag werd gehouden ter gelegenheid van een alternatieve hoorzitting over de BOPZ. Ondanks veel aandrang vanuit de patiëntenbeweging (in dit geval de Werkgroep Krankzinnigenwet) was het verzoek om een officiële hoorzitting steeds afgehouden. Het lijkt geen twijfel dat de demonstratie, de alternatieve hoorzitting en de publiciteit daaromheen de bereidheid van het parlement om tot een officiële hoorzitting te besluiten, wel degelijk beïnvloed hebben. Ook kan niet worden ontkend dat het derde ontwerp van wet mede door de niet aflatende kritiek uit de patiëntenbeweging aanmerkelijk is verbeterd ten opzichte van het eerste ontwerp. De meest fundamentele opmerkingen echter, namelijk over het bestaansrecht als zodanig van een wettelijke legitimatie van gedwongen opnemingen, zijn steeds opzij gezet.

Bij deze activiteit, het ter discussie stellen en bekritisseren van het wetsontwerp BOPZ, komt dan ook levensgroot het dilemma van de patiëntenbeweging om de hoek. Een puristische benadering met afwijzing van elke rechtsgrond voor gedwongen opname in een hulpverleningsinstituut zou, gezien de algemeen aanvaarde opvattingen binnen de patiëntenbeweging over de mogelijkheid van de combinatie van dwang en hulp, voldoende zijn geweest. Immers in die opvattingen dient hulpverlening gebaseerd te zijn op wederzijds vertrouwen en gelijkwaardigheid in plaats van op macht.

De patiëntenbeweging koos echter in meerderheid voor een andere, wellicht wat meer pragmatische benadering. Een blik op de huidige politiek-maatschappelijke verhoudingen in onze samenleving leert dat het realiteitsgehalte van de gedachte dat gedwongen opnamen afgeschaft gaan worden, niet zo groot is. Dus formuleerde de patiëntenbeweging naast haar principiële standpunt ook kritische kanttekeningen bij de wetstekst als zodanig. Dit op basis van de gedachte (en aannemende dat de wet er toch komt) dat toekomstige patiënten meer hebben aan een aangescherpte rechtsbescherming dan aan de schone handen van de patiëntenbeweging. Telkenmale duikt dit probleem op. Kan de patiëntenbeweging, waarin met name de Cliëntenbond en de Stichting Landelijke Patiëntenraden (de twee belangrijkste cliëntvertegenwoordigende organisaties in de geestelijke gezondheidszorg) look een concrete belangenbehartigingstaak hebben, zich onttrekken aan zaken die wellicht systeembevestigend zijn maar die ook concrete verbeteringen voor cliënten inhouden? Naar mijn mening kan en mag zij dat niet en - in ieder geval tot op dit moment - dóet zij dat ook niet.

In de afgelopen jaren hebben vertegenwoordigers van de patiëntenbeweging, in werkgroepen en commissies geparticipeerd teneinde klachtenbehandeling van de grond te krijgen (de patiëntenvertrouwenspersoon); teneinde taak, positie en bevoegdheden van patiëntenraden te reglementeren; teneinde de ontwikkeling van beschermende woonvormen te ontwikkelen. Er is onderhandeld met de Nationale Ziekenhuisraad, de Nederlandse Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen, de Ziekenfondsenraad, de Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid over uiteenlopende zaken als de problematiek van 'Sterk Gedragsgestoorde en/of Agressieve' cliënten (SGA), privacy-problematiek, het machtigingenstelsel in de ambulante hulpverlening, de elektro-shock en de AWBZ-eigen-bijdrage. Er zijn demonstraties gehouden tegen het isoleren, tegen de AWBZ-eigen-bijdrage en voor inzage-recht van dossiers. Er zijn processen gevoerd over dwangmedicatie en over het machtigingenstelsel. Soms was er een succes, vaak niet. Het hoogstens om marginale veranderingen of verbeteringen die de essentie van de geestelijke gezondheidszorg niet aantasten. Toch zijn het activiteiten die zeer verdedigbaar zijn, omdat de feitelijke positie van patiënten/cliënten van de geestelijke gezondheidszorg op een behoorlijk aantal punten verbeterd is.

Wat er echter thans gaande is zou weleens een nieuwe fase in het bestaan van de patiëntenbeweging kunnen inluiden. Ik doel hier op de discussie over de herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg. De decentralisatie, regionalisering, de ontwikkeling van Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) en de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Als er ooit een kans was om zeer diepgaande veranderingen in het zorgsysteem te bereiken, nu is die er zeker. Met de wind in de rug van de op financieel-economische overwegingen afgekondigde bouwstop voor psychiatrische ziekenhuizen, is de mogelijkheid aanwezig een gedeïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen. De WVG biedt mogelijkheden om rechtstreeks invloed uit te oefenen op de beleidsontwikkeling en ook op het beheer van de instellingen. Maar er moet ook nog iets anders gebeuren. De visie van de patiëntenbeweging zal nu moeten worden uitgewerkt in concrete plannen en voorstellen, zoals dat bijvoorbeeld al gebeurde door de Gelderse afdeling van de Cliëntenbond. Zij kwam met het 'Alternatief Plan Psychiatrische Ziekenhuizen' als commentaar op het 'Globaal Plan' van het provinciaal bestuur. Het plan van de Cliëntenbond maakt, alhoewel grotendeels afgewezen door de provincie, wellicht nog een kans nu de bouwstop is afgekondigd en alle plannen nog eens heroverwogen moeten worden "in de geest van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg" (motie Terpstra tijdens het Psychiatrie-debat). Of, om er nog een paar te noemen, de plannen zoals beschreven in het SISWO-rapport 'Een Amsterdamse weg naar een G.G.Z. 'nieuwe

stijl' van Egbert van der Poel en Harrie van Haaster; en het afstudeerproject van de architect Terry van der Heiden dat een alternatief biedt voor de bouw van grootschalige psychiatrische ziekenhuizen en de ideeën van de Werkgroep Nieuwbouw in Noord-Holland. Het gemeenschappelijke in al deze plannen is dat het gaat om kleinschalige voorzieningen, met de nadruk op adequate crisisopvang en ambulante hulp gepaard gaande met de ontmanteling van de inrichtingspsychiatrie.

Politici en vakbonden moeten doordrongen worden van de noodzaak tot diepgaande verandering van de geestelijke gezondheidszorg. Alle schijnbewegingen van de gevestigde orde in de geestelijke gezondheidszorg moeten voorzien worden. Volgens mij wordt dit de test-case van de werkelijke betekenis van de patiëntenbeweging.

Amsterdam, 21 juli 1983

Publikaties van en over de patiëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg

- Cliëntenbond, afdeling Gelderland, Alternatief plan Psychiatrische ziekenhuizen Gelderland, 1980.
- Cliëntenbond, Denk- en Doeplan, beleidsnota, 1982, Mogen wij ook eens wat zeggen, 1982.
- Cliëntenbond en Pandora, Verslag studiedag over dwangmiddelenregistratie, 1983.
- Esselink R. e.a., De psychiatrische tegenbeweging, Van Gennep, 1983.
- Eijk-Oosterholt, C. van, Laten ze het maar voelen, Van Gennep, 1972.
- Terry van der Heiden, T.H. te Delft, 1982, Het ontwerp van een gedecentraliseerde oplossing voor een psychiatrische inrichting in Z.O. Rotterdam.
- Heerma van Voss, A., De geschiedenis van de gekkenbeweging, M.G.V. 6/78; Pandora 1979, M.G.V. 3/79.
- Manifest Patiëntenrecht in de G.G.Z., 1981.
- Paull, E., In het land der blinden, Ambo, 1973.
- SISWO 1982, Egbert v.d. Poel en Harrie van Haaster, Een Amsterdamse weg naar een geestelijke gezondheidszorg nieuwe stijl.
- Psychiatrie is geen kunst, D.L.C.-map 90, de Horstink, 1982.
- Stichting Pandora, Pandora in de jaren '80, beleidsnota, 1982.
- Psychiatrie, wetenschap en patiëntenbeweging.
- Werkgroep Dag v.d. Psychiatrie Gekkenhuizen, gids voor zenuwlijders en zinlozen, 1981.
- Werkgroep Krankzinnigenwet: Te gek om vast te zitten, commentaar op 1e ontwerp BPOZ, 1977; Gekkenrecht nog steeds geknecht, commentaar op de Cie. Van Dijk, 1979; Botsing met de BOPZ, commentaar op 2e ontwerp BOPZ, 1982.
- Werkgroep Nieuwbouw, Te veel is niet genoeg, 1982.
- Werkgroep Nieuwbouw N-H, Marc Jansen 1983, Hoe langer hoe gekker.

Over de dwang om te genezen van een gevaarlijke gekte

De krankzinnigenwetgeving

De bijna honderd jaar oude 'Krankzinnigenwet' krijgt een opknapbeurt en een eleganter etiket: Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Kan de staat niet zonder 'gekkenwet'? Nee!, zo stellen Martijn Bool, Willibrord de Graaf, Ronald Kampman en Robert Maier.. De dwangopname in psychiatrische inrichtingen levert de staat een instrument voor sociale controle en beheersing van haar burgers. Controle én behandeling is van oudsher diep in de psychiatrie en haar wetgeving verankerd.

Tot zover niets nieuws onder de zon. Wél nieuw in het wetsvoorstel is de relatie die gelegd wordt tussen 'stoornis' en 'gevaar' als criterium voor dwangopname. Dit bij uitstek sociaal-politiek bepaalde gevaarscriterium, betekent dat nieuwe groepen mensen, bijvoorbeeld drugsverslaafden onder het toepassingsgebied van de psychiatrische wetgeving zullen kunnen vallen. Ook nieuw is het in de wet opnemen van het principe van de dwangbehandeling in tegenstelling tot de vroegere dwangopsluiting alléén.

De patiëntenbeweging verwerpt de gedwongen opname niet principieel en zet zich in voor behandeling op basis van wederzijdse afspraken (het 'contract'). Martijn Bool e.a. zien in dit laatste slechts subtielere vormen van dwang opdoemen en kritiseren beide standpunten van de psychiatrische tegenbeweging.

De schrijvers wijzen de BOPZ radicaal af, maar realiseren zich dat de wet waarschijnlijk dit najaar zal worden aangenomen in de Kamer.. Zij schetsen dan ook een aantal mogelijkheden om met de BOPZ in de hand dwangopname en -behandeling aan te vechten en om te komen tot nieuwe hulpverleningspraktijken.

Op het eerste gezicht lijkt de krankzinnigenwetgeving een specialistisch onderwerp. Het gaat over de wettelijk geregelde mogelijkheid om mensen in een psychiatrische inrichting op te sluiten en zo heel vaak gebeurt dat niet: in Nederland zo'n 3000 keer per jaar. Toch is het bestaan van deze mogelijkheid illustratief voor de wijze waarop de moderne, burgerlijke maatschappij in beginsel haar relatie tussen openbare orde en gezondheid reguleert. Al te zeer versturende of gevaarlijke overschrijdingen van de gangbare normen en verhoudingen kunnen leiden tot afzondering en opsluiting. We zullen aangeven tot welke tegenstrijdige kenmerken van de hulpverlening deze politieke beheersfunctie van de psychiatrie leidt en welke ontwikkelingen er zijn op het gebied van de krankzinnigenwetgeving. We zullen daarbij kritiek leveren op de stellingname van de patiëntenbeweging op dit punt.

De krankzinnigenwetgeving is ook gezien de ontwikkeling van een 'patiëntenrecht' van betekenis. In de voorstellen voor een nieuwe krankzinnigenwetgeving, is de bereidheid terug te vinden de rechten van de patiënten meer te respecteren en enigermate wettelijk te waarborgen. Daarmee past deze nieuwe wetgeving in de meer algemene tendens om een wetgeving over patiëntenrechten op te zetten.

Een wet is altijd meer dan de tekst en dat gaat zeker op voor de krankzinnigenwetgeving. Deze is immers bedoeld om opsluiting te legitimeren die plaatsvindt op basis van het oordeel dat de betreffende persoon niet goed bij zinnen is en voor de orde en veiligheid een gevaar vormt, en niet op grond van een vergrijp of overtreding. Deze problematiek stijgt uit boven het al dan niet aanwezig zijn van gekte bij een individu: aan de orde is de beheersing van de gekte in de sociale en politieke verhoudingen van onze maatschappij met zijn bijbehorende staatsvorm. En omdat tegelijk die oordeelsvorming over gekte en over veronderstelde sociale inbreuken hachelijk en onzeker is, moet de krankzinnigenwet een rechtmatige en rechtvaardige inhoud geven aan een daad - de gedwongen opsluiting - die altijd willekeur inhoudt. Dat is vanzelfsprekend een onmogelijke taak en al sinds het bestaan van de psychiatrie en de eerste krankzinnigenwetten is er strijd geweest over de wenselijkheid daarvan.

De burger in bedwang

De eerste krankzinnigenwet in Nederland dateert uit 1841. Daarin werd geregeld dat de rechterlijke macht over opname besliste, waarbij de medicus moest uitmaken of iemand gek was. Alleen door een machtiging van een rechter kon je opgenomen worden. Verder voorzag de wet in twee soorten;

inrichtingen: één voor genezing en één voor verpleging van langdurig krankzinnigen. Het werd verboden om krankzinnigen en niet-krankzinnigen in hetzelfde gebouw te verplegen, tenzij op aparte afdelingen. In 1884 is de krankzinnigenwet aangenomen die nu nog steeds van kracht is. Deze wet regelt de opname en verpleging van krankzinnigen en het staatstoezicht hierop. In 1904 werd de wet zo gewijzigd dat de 'open afdeling' mogelijk werd gemaakt; hier konden mensen vrijwillig, zonder wettelijke formaliteiten, worden opgenomen. Bovendien werden de mogelijkheden voor arme gekken verbeterd. Tot dan toe werd voor arme gekken de opname alleen betaald (via de Armenwet) als die gedwongen was. In 1970 is de wet nog een keer gewijzigd om de gedwongen opname met wat meer waarborgen te omkleden.

Er zijn twee procedures voor gedwongen opname: de 'inbewaringstelling' en de 'rechterlijke machtiging' (zie kader). In de praktijk wordt meestal de bewaringstelling gebruikt als eerste stap naar gedwongen opname en de rechterlijke machtiging wordt gebruikt als eventuele bevestiging daarvan. Van alle opnamen in psychiatrische inrichtingen en Psychiatrische Afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) is ongeveer 7 à 8 procent gedwongen. Het is overigens van belang hierbij aan te tekenen dat de zogenaamde 'vrijwillige' opname meestal helemaal niet zo vrijwillig is: het is vaak op aandrang van anderen en/of door een sociaal-maatschappelijke noodzaak dat de 'vrijwillige' opname plaatsvindt. Daarnaast is er een andere vorm van dwang opgekomen die niet wettelijk van aard is, maar 'therapeutisch': de opname doet zich voor als een 'contract' tussen hulpvrager en hulpverlener met wederzijdse rechten en plichten. Houd je je als cliënt niet aan het contract of wil je niet meewerken, dan is weigering van 'hulp' niet zelden het gevolg.

In tegenstelling tot de dwangopname... is de dwangbehandeling met de huidige krankzinnigenwet niet toegestaan. In het wetsontwerp Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) komt de dwangbehandeling als mogelijkheid wel naar voren. Echter, in de hedendaagse situatie worden dwangmaatregelen en -middelen, zoals isolatie en platspuiten, toegelaten en ook gehanteerd, zodat het onderscheid tussen dwangbehandeling en dwangmaatregel in de praktijk tamelijk theoretisch is.

Aangezien de krankzinnigenwet van 1884 onvoldoende rechtsbescherming bood bij een zo belangrijke zaak als vrijheidsberoving, en de therapeutische pretenties van de psychiatrie voortdurend botsten met de doelstelling van bescherming van de maatschappij, zijn er talloze pogingen gewaagd om tot wetsverandering te komen. We zullen ze hier niet allemaal vermelden maar de draad oppakken als in 1971 dan eindelijk de eerste versie van de BOPZ tot stand komt. Dit ontwerp bevatte in vergelijking met de bestaande krankzinnigenwet weinig nieuws. Belangrijk was wel het uitgangspunt dat de opgenomen patiënt zijn burgerrechten behield: de vrijwel automatische curatele en de handelingsonbekwaamheid (bijvoorbeeld het recht om contracten te sluiten) verdwenen. Dit uitgangspunt is ook in de latere versies behouden gebleven en laat zien dat de gek ook beheersbaar is in zijn status als burger. Juist als burger kan de gek ook verantwoordelijkheid behouden voor zijn eigen handeling.

Tegen het eerste wetsontwerp BOPZ rezen grote bezwaren. De juridische procedures zouden nog onvoldoende uitgewerkt zijn, de rechten van de vrijwillig of gedwongen opgenomen patiënt bleven onvoldoende geregeld, het gevaars criterium was ondoorzichtig, enzovoorts. Met name van de kant van de patiëntenbeweging werd sterk aangedrongen op een betere juridische bescherming, een betere rechtspositie voor patiënten en een recht op adequate behandeling. In 1974 werd de Landelijke Werkgroep Krankzinnigenwet opgericht, die tal van groepen, patiëntenraden en belangenorganisaties bundelde. Onder druk van deze werkgroep leidde dit in 1975 tot de instelling van de Commissie Van Dijk, die de rechtspositie van de patiënten moest bezien.

Deze commissie kwam, na verschillende aanvaringen met de patiëntenbeweging, in 1979 met haar eindrapport. Daarin sprak zij zich niet uit over de BOPZ, maar deed zij wel talloze aanbevelingen. Tot op heden is onduidelijk wat er met de aanbevelingen van de Commissie Van Dijk gedaan wordt, behalve dan dat er veel van de formuleringen over de rechtspositie van de patiënt in de huidige BOPZ terug te vinden zijn, en dat een algemene patiëntenwetgeving in het vooruitzicht wordt gesteld.

Van de BOPZ zelf verscheen in 1979 een herziene versie en in 1981 kwam de tot dusver laatste versie uit (zie kader). In dit wetsontwerp BOPZ zijn zeker een aantal zaken, waaronder de patiëntenrechten, juridisch beter geregeld. Hierdoor is de BOPZ in een aantal kringen een aanvaardbaar compromis: dit beetje meer aan rechtsbescherming wordt dan gezien als het hoogst haalbare. Ook in de patiëntenbeweging zijn zulke geluiden te beluisteren en dat is niet verwonderlijk als men beseft hoelang en met hoeveel bitterheid er gevochten is om de positie van de opgenomen patiënt leefbaarder te maken. Toch verdwijnen door deze opstelling een paar essentiële punten uit het gezichtsveld.

De januskop van de psychiatrie

Het principe van de dwangopname zelf wordt eigenlijk nauwelijks betwist, terwijl juist daarin het wezen ligt van de psychiatrie als beheersinstrument van de staat. De huidige psychiatrie zou zonder de gedwongen opname - hoe weinig die ook voor komt - niet kunnen bestaan. Zij heeft altijd deze twee aspecten in zich verenigd: controle en behandeling. Zij kon controle uitoefenen omdat ze door 'behandeling' opsluiting legitimeerde, en ze kon haar behandelende pretentie overeind houden, omdat ze de zorg van mensen kreeg toegewezen. Of zoals in de Memorie van Antwoord van de ministers van justitie en volksgezondheid bij de BOPZ wordt gezegd: "Uitgaande van de toestand in de geestelijke volksgezondheid zoals die nu in Nederland bestaat en van de maatschappelijke verhoudingen in het algemeen, bestaat er behoefte aan een instituut van preventieve vrijheidsbeneming in bepaalde situaties met betrekking tot bepaalde categorieën personen". Zo formuleert de staat in bestuurlijke taal de noodzaak van opsluiting in het algemeen belang. De psychiatrie en de psychiatrische inrichting lenen zich als instrument voor deze taak. Ze leveren het ondersteunend begrippenapparaat (onder andere psychiatrische etiketten) en de methoden voor de vaststelling van gestoordheid (het psychiatrisch onderzoek). Vanuit dit perspectief is opsluiting geen vrijheidsbeneming, maar een therapeutische maatregel die behandeling impliceert, waarop mogelijk genezing volgt.

De onzekere rechtspositie van de patiënten, de mogelijkheid tot dwangbehandeling en dwangmaatregelen zijn in wezen een gevolg van deze status van de psychiatrie. Het is ook een begrijpelijk probleem: soms kan het nodig zijn om iemand beet te pakken, tegen te houden of iets dergelijks. In vriendschappelijke sfeer kan dat, maar de situatie waarin de professionele hulpverlener 'dwang' of 'vrijheidsbelemmering' toepast, is een ander verhaal. In de burgerlijke staat is het individu een voor zichzelf verantwoordelijk persoon, die tegen ongewenste belemmeringen beschermd dient te worden. Wetgeving is hiervoor noodzakelijk, maar schept tegelijkertijd een tegenstrijdigheid, namelijk de legitimatie van dwang en willekeur.

De discussies over de BOPZ laten zien hoe controle en behandeling als met elkaar in strijd worden gezien. Sommigen (vooral in de medisch-psychiatrische hoek) vinden een criterium als 'bescherming tegen gevaar' te eng juridisch en bepleiten een verruiming van de criteria voor gedwongen opname, ontleend aan het recht op goede zorg. Anderen willen het gevaarscriterium precies definiëren, omdat men erkent dat de gedwongen opname als therapeutisch middel niet werkt. En tenslotte is er een groep - in Nederland

nauwelijks hoorbaar -- die dwang uit den boze vindt en andere hulpverlening verlangt.

Vanuit de analyse van het 'dubbelkarakter' van de psychiatrie verdient het idee van een maatschappij zonder krankzinnigenwet veel meer aandacht en discussie. Dan komt naar boven in welke sociale, politieke en institutionele verhoudingen de gekte verweven zit en aan banden is gelegd; dan gaat het over vragen van sociale tolerantie en leefwijzen en komt de kwaliteit van het bestaan zelf ter discussie. Een dergelijk perspectief is natuurlijk politiek niet haalbaar. In de bestaande situatie laat afschaffing van de krankzinnigenwet geen andere mogelijkheid over dan een zuiver strafrechtelijke aanpak, en ook dat is niet meteen te verkiezen. Afschaffing dient echter wel het uiteindelijke doel te zijn en is daarmee tegelijk een evaluatiecriterium voor allerlei tussen(tijdse)-oplossingen en -benaderingen. Er zijn trouwens - met name in Italië - al ervaringen opgedaan met psychiatrische hulpverlening zonder wettelijke regelingen tot dwangopname.

Gevaarlijke gek?

De BOPZ geeft voor opsluiting als criterium een relatie tussen stoornis en gevaar, en dat lijkt een verbetering omdat het grote woord 'krankzinnigheid' verdwenen is. Door de vaagheid van dit criterium echter wordt een nieuw veld aan controlemogelijkheden geopend. De basis voor dwangopname is verschoven van een louter medische beoordeling naar een beoordeling waarin ook sociale factoren betrokken worden. Dit is al langer de praktijk en vindt nu ook zijn weerslag in de wet. Hiermee is de beheersfunctie van de psychiatrie als staatsinstitutie duidelijker geworden. Van de psychiatrie wordt verwacht dat zij zowel gevaar kan afwenden als stoornissen genezen. Maar nog afgezien van de vraag in hoeverre de psychiatrie werkelijk het gevaar voor de betrokken persoon, anderen en de openbare veiligheid kan constateren, voorspellen en afwenden, is het duidelijk dat het begrip gevaar direct verwijst naar maatschappelijke waarden en sociale tolerantie. Daarmee ligt het toepassingsgebied van de BOPZ niet meer zo vast: al naar gelang de sociale en politieke situatie kunnen diverse 'risico-groepen' vatbaar voor opsluiting worden. Dit wordt in de Memorie van Toelichting bij de BOPZ expliciet onderstreept. Het gaat nu al op voor drugsverslaafden, die bij naam als nieuwe doelgroep voor de BOPZ wordt genoemd.

En wat betreft de genezing van de stoornis: in haar lange geschiedenis heeft de inrichtingspsychiatrie er eerder blijk van gegeven een chronisch karakter toe te kennen aan stoornissen dan ze van voorbijgaande aard te doen zijn. De geringe geneeskrachtige werking van de inrichting mag langzamerhand algemeen bekend worden verondersteld. Door de koppeling van stoornis en gevaar biedt de BOPZ zo een flexibel instrument voor beheersing van bepaalde sociale problemen, maar werpt tegelijk een onthullend licht op de functies en de pretenties van de psychiatrie. De samenhang tussen gekte en gevaar is een sociaal geconstrueerde relatie, en is sterk afhankelijk van opzet en werkwijze van de bestaande zorgsystemen. De discussie over de BOPZ loopt onvermijdelijk uit op een discussie over de hulpverlening en haar maatschappelijke organisatie.

Hiermee komen we ook aan bij de stellingname van de tegenbeweging ten aanzien van deze kwestie: door in geval van een crisistoestand en als gevolg daarvan gevaar (voor de betrokkene zelf of voor anderen) een gedwongen opname toe te laten -- zoals in het Manifest Pallen tenrecht geformuleerd staat --, legitimeert en erkent de tegenbeweging de maatschappelijke beheersfunctie van de psychiatrie en verwacht zij 'goede zorg' te kunnen realiseren op grond van dwang. Vreemd genoeg wijst de tegenbeweging dwangbehandeling wél, maar dwangopname niet volstrekt af, terwijl duidelijk is dat de laatste het eerste inhoudt.

DE HUIDIGE KRANKZINNIGENWET

De bestaande procedures voor gedwongen opname: Tot een inbewaringstelling wordt op voorstel van een arts/psychiater besloten door de burgemeester. Criterium is dat er sprake moet zijn van direct gevaar. Bij de officier van justitie moet van een inbewaringstelling melding worden gemaakt en de rechter moet die bekrachtigen. Een inbewaringstelling duurt drie weken en kan nog eens drie weken worden verlengd. Een rechterlijke machtiging wordt door de rechter afgegeven als de betrokkene in een toestand van krankzinnigheid verkeert en zijn verpleging in een inrichting noodzakelijk en wenselijk is. De Officier van Justitie vraagt machtiging aan onder voorlegging van een verklaring van een psychiater betreffende de krankzinnigheid van de betrokkene. De rechter moet dan de betrokkene en eventuele getuigen horen en kan een contra-expertise vragen. De betrokkene kan zich door een raadsman laten bijstaan. De termijn voor een machtiging is een half jaar, en verlengingen kunnen voor steeds een jaar worden gegeven. Beroep is onmogelijk.

HET WETSONTWERP; DE BOPZ

Het Wetsontwerp Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) behelst in grote lijnen het volgende:

Het uitgangspunt voor de bijzondere opname (dwangopname) is de koppeling tussen stoornis en gevaar. Krankzinnigheid of stoornis op zich is geen reden om iemand op te sluiten. Het moet manifest zijn dat de persoon in kwestie een gevaar vormt voor zichzelf, anderen of de algemene veiligheid van goederen en personen, én dat dit gevaar veroorzaakt wordt door zijn stoornis. Zolang dit gevaar aanwezig is op grond van die stoornis, is gedwongen opname en verblijf in een inrichting gerechtvaardigd. De stoornis kan heel goed van tijdelijke of partiële aard zijn en daarin ligt onder andere ook een argument om de gedwongen opgenomen patiënt zijn burgerrechten te laten behouden. Het is de psychiater die moet vaststellen of er sprake is van stoornis en van de koppeling tussen stoornis en gevaar, en die daarover ook een prognose kan vaststellen.

Belangrijk is verder dat gedwongen opname op grond van die koppeling tussen stoornis en gevaar alleen dan kan plaatsvinden wanneer dat gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. (Dit is niet mogelijk onder de

De wil geketend

Nieuw in de BOPZ is de mogelijkheid tot dwangbehandeling. De oude wet schrijft alleen dwangopsluiting voor. In beginsel kan niemand een behandeling krijgen tegen zijn wil in en moet behandeling altijd plaatsvinden op grond van een wederzijds goedgekeurd contract. Maar indien iemand zijn wil niet kan bepalen, of gevaarlijk wordt geacht, is het wettelijk mogelijk iemand gedwongen te behandelen. Deze uitzondering geldt voor iedereen die opgenomen is, en hiermee komt de vrijwillige opname op losse schroeven te staan. Een oud fundament van de psychiatrie wordt in volle glorie hersteld en opgepoetst; "de psychiater heeft greep op zijn patiënten". Het wordt des te duidelijker dat het om een sociaal conflict gaat. Het idee van een wederzijds goedgekeurd contract ('contractlogica'), dat naar voren geschoven wordt als een garantie voor goede zorg en vrije wilsbestemming, wordt met een dergelijke uitzondering een fictie.

Op dit punt probeert de patiëntenbeweging, bij monde van de stichting Patiënten-Vertrouwen-Persoon (PVP) de dwangbehandeling uit de BOPZ te krijgen bij de komende bestuursvorming in de Tweede Kamer. Overigens: dwangmaatregelen wil de PVP wel toestaan onder strenge voorwaarden. Het onderscheid tussen dwangbehandeling en dwangmaatregel komt ons echter uiterst kunstmatig voor. Het is gebaseerd op een door de institutionele psychiatrie gehanteerde interpretatie van wilstoestanden. Hierboven is al aangegeven dat veeleer het beginsel van dwangopname ter discussie gesteld zou moeten worden, en daarmee het bestaansrecht van elke krankzinnigenwetgeving.

Het wordt nu duidelijk dat ook de patiëntenbeweging de contractlogica sterk bepleit als waarborg voor goede zorg (stelling 3 van het Patiëntenmanifest). Het hulpverleningscontract is echter geenszins een overeenkomst tussen gelijke partijen. Het contract-model sluit ook bepaalde categorieën van patiënten uit: zo is er bijvoorbeeld een categorie patiënten ontstaan die gebrandmerkt wordt als 'sterk gedragsgestoord en agressief'. Deze patiënten passen niet in het therapeutisch klimaat van de op een contract ingestelde behandelwijze in een moderne inrichting. Zij vormen daar een verstoring en worden zo uit deze inrichting gewerkt. Hierdoor worden ze speelbal van justitie, politie en psychiatrie: om daarna in speciale gesloten afdelingen te worden gestopt. Tenslotte moet worden opgemerkt dat het contract een verdere individualisering en normalisering van de betrokkene in de hand werkt door een scheiding te leggen tussen technisch hanteerbare levensproblemen voor de therapeuten en de maatschappelijke positie en de geschiedenis van de betrokkene.

Hoe verder met de BOPZ

Hierboven is al even aangestipt dat het perspectief van geen wet de sociale en politieke functie van de psychiatrie in volle omvang kan blootleggen. Het vraagt immers om diepgaande discussies over de plaats van de gekte, over vormen van samenleving, over wijzen van controle en beheersing van verschillen tussen mensen, enzovoorts. Zo'n perspectief is echter niet direct praktisch te realiseren.

Het is eerder waarschijnlijk dat de BOPZ wordt aangenomen. [en dergelijk perspectief geeft wél de mogelijkheid om de (uit)werkingen van de BOPZ te analyseren en naar de praktische beperkingen en mogelijkheden van deze wet op zoek te gaan om zo de inrichtingspsychiatrie aan te vechten. Aan de wet zitten, grofweg gezegd, twee kanten: aan de ene kant geeft de wet een aantal juridische mogelijkheden om dwangopname en dwangbehandeling aan te vechten, aan de andere kant zijn er mogelijkheden voor de hulpverleningspraktijk.

huidige krankzinnigen wet.)

De BOPZ kent verschillende procedures voor dwangopname, die in vier hoofdmoten zijn te verdelen:

- de machtiging. Dit betreft de procedure voor de voorlopige machtiging (max. 4 weken), de eerste machtiging voor voortgezet verblijf (duur: 6 maanden) en de latere machtiging voor voortgezet verblijf (duur: 1 jaar). In al deze gevallen is de procedure dat de Officier van justitie, al dan niet op verzoek van de naaste verwanten, een vordering instelt, waarover de rechter uitspraak doet. De rechter moet de betrokkene horen, een raadsman toewijzen, getuigen horen, en neemt dan een beslissing. In geval van latere machtigingen vraagt de geneesheer-directeur... verlenging aan bij de Officier van justitie.
- De omzetting van een vrijwillig verblijf in een gedwongen opname. De geneesheer-directeur kan al dan niet met steun van de naaste verwanten de Officier van justitie vragen een vordering in te stellen waarover de rechter dan weer uitspraak doet na horen enzovoorts.
- spoedopname. Bij onmiddellijk dreigend gevaar kan de burgemeester iemand doen opsluiten, waartoe hij een schriftelijke verklaring van arts/psychiater heeft. Binnen vier dagen moet via de geneesheer-directeur bij de Officier van justitie een bevestiging zijn van de verklaring over de koppeling tussen stoornis en gevaar, waarna een gewone machtigingsprocedure kan volgen.
- de machtiging op eigen verzoek. De betrokkene kan zelf de Officier van justitie vragen een vordering in te stellen onder de overlegging van een verklaring van een psychiater en een behandelingsplan bij een inrichting. De rechter kan voor min. een half en max. één jaar een machtiging geven, dit alleen wanneer de betrokkene gevaar veroorzaakt.

Verder worden in de BOPZ een aantal patiëntenrechten geregeld over briefwisseling, klachten, enzovoorts. Daartoe hoort ook een regeling over de behandeling: de patiënt moet weten wie zijn behandelaars zijn, en er moet met hem/haar worden overlegd over het behandelplan. Weigert de patiënt medewerking, dan mag alleen bij ernstig gevaar voor de patiënt of anderen het behandelplan toch worden uitgevoerd. Evenzo kunnen in tijdelijke noodsituaties dwangmaatregelen en dwangmiddelen worden toegepast. Dergelijke situaties moeten worden geregistreerd en naaste verwanten en wettelijke vertegenwoordigers moeten worden ingelicht. Ontslag volgt als de betrokkene niet langer gestoord en gevaarlijk is, of als de machtigingsduur is afgelopen. Ontslag kan worden aangevraagd, uiteindelijk tot de rechter.

De ene kant ...

In de nieuwe wet wordt een uitgebreid stelsel van garanties voor burgerrechten en mogelijkheden tot beroep geformuleerd. Dat geeft, meer dan voorheen, de mogelijkheid om daar op juridisch niveau op in te gaan. Hierdoor wordt het mogelijk om conflicten rond bijvoorbeeld behandeling of dwangopname voor de rechter te brengen. In de praktijk zijn de mogelijkheden hiertoe echter gering, omdat er weinig kennis en ervaring bij advocaten hierover bestaat en maar weinig advocaten zich op dit terrein engageren. Juist op dit vlak zouden nieuwe praktijken met juristen opgezet moeten worden: proefprocessen voeren, het uitputten van allerlei procedures, het creëren van jurisprudentie die de wet aanvecht en overstijgt. Als concrete uitwerking naar een kritische praktijk van juristen zou een 'bondgenootschap' gevormd moeten worden op het tegenstrijdige terrein van de juridische en psychiatrische deskundigheid. Een probleem bij bijvoorbeeld het aanvechten van een gedwongen opname, is dat een psychiatrische contra-expertise opgesteld moet worden. Een kritische praktijk van juristen zou in die zin de psychiatrische expertise (het specifieke advies van de psychiater) bestrijden met de bestaande vorm van psychiatrische expertise. Dat zou op zich al een zinvolle confrontatie zijn. Zouden psychiaters aan contra-expertise gaan meewerken, dan zou dit op z'n minst een bron van conflicten binnen die beroepsgroep oproepen. Daarnaast is het wenselijk en noodzakelijk de deskundigheid van andere disciplines in te roepen. Het vervangen van de ene beroepsgroep door een andere (bijvoorbeeld het toelaten van psychologen als getuige-deskundigen) roept dezelfde tegenstrijdigheid op. En waarom zouden niet evengoed leken als getuige-deskundigen op kunnen treden in een proces voor de rechtbank?

Een evaluatie en kritische duiding van de nieuwe wet zou moeten plaatsvinden tegen de achtergrond van de Rechten van de Mens en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). In de WVG worden de algemene rechten van gebruikers van de gezondheidszorg geformuleerd (toestemming in behandeling, het recht op vrije contacten), die middels specifieke bepalingen voor gedwongen opname ontkracht worden. Daarnaast ontbreekt in de BOPZ een bepaling over kwaliteit van de zorg. Via juridische procedures (proefprocessen) zouden deze punten aan de orde gesteld kunnen worden.

De andere kant ...

Deze heeft betrekking op de mogelijkheden en uitwerkingen die de wet voor de hulpverleningspraktijk heeft. Hetgeen hier volgt is nieuw, omdat de discussie over de tijd na de BOPZ nog nergens aan de orde is gesteld. Er is in de BOPZ een bepaling opgenomen die de hulpverleningspraktijk allerlei kruip door-sluip door mogelijkheden kan bieden. Een gedwongen opname kan namelijk niet alleen op grond van aanwezig gevaar door een stoornis plaatsvinden, maar als extra voorwaarde is toegevoegd dat het genoemde gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Hiermee kom je op een discussie die breder is dan de wettelijke mogelijkheden tot opname. Je zou elke keer opnieuw kunnen kijken hoe een opname zou kunnen worden voorkomen. Dat kan zijn door maatregelen op het vlak van de sociale omgeving of door andere vormen van hulpverlening. De situaties waar het hier om gaat, zijn kortweg crisis-situaties. Daarin kunnen allerlei vervelende, moeilijke, verwarrende en gewelddadige momenten naar voren komen, waarbij op de een of andere manier hulpverleningsinstanties ingeschakeld worden via gezinsleden, bureaus, politie of huisarts.

We hebben met deze wettelijke clause in de hand twee mogelijkheden uitgewerkt om opname in een psychiatrisch

ziekenhuis te voorkomen. Eén van de mogelijkheden is dat je een strikt vrijwillige crisisopvang organiseert, en alleen op die basis een praktijk voorstelt. Dit betekent een vergaande, intensieve en actieve opstelling van een hulpverleningsinstelling, waar men niet schroomt het bureau te verlaten. En mogelijk kunnen familieleden, vrienden enzovoorts in het hulpverleningsproces betrokken worden. Hierbij hoeft het niet uitgesloten te zijn dat mensen tijdelijk in een opvanghuis verblijven, maar dan steeds op vrijwillige basis. Kortom een poging om opname te voorkomen zonder vuile handen te maken. De andere mogelijkheid is er één waarbij dwang niet direct uitgesloten is, maar pogingen naar voren kunnen komen om op andere manieren met dwang om te gaan, bijvoorbeeld door directe persoonlijke confrontatie in samenhang met een intensieve begeleiding. In feite zou het ook hier om ambulante vormen kunnen gaan, waarbij nieuwe juridische waarborgen en beperkingen geformuleerd moeten worden.

Met deze twee mogelijkheden - er zijn er natuurlijk veel meer te bedenken - denken we niet de tegenstrijdigheden van de psychiatrie op te heffen. Het zijn pogingen om in ieder geval tot andere hulpverleningsverhoudingen te komen en de bestaande positie van de inrichtingen ter discussie te stellen. Welke vorm van hulpverlening men ook kiest, steeds zal de betekenis van de gebruikte technieken ter discussie gesteld moeten worden. Of dat nu medische, sociale of psychologische technieken zijn, is van geen belang. Steeds zal duidelijk naar voren moeten komen welke uitwerking deze hebben binnen die hulpverleningsverhoudingen.

Een bedreigde beroepsgroep in rep en roer

Fysiotherapie

Lange tijd heeft de fysiotherapie een explosieve groei gekend. De bezuinigingen komen bij dit inhoudelijk zo slecht onderbouwde vakgebied dan ook hard aan. Haastig probeert de beroepsorganisatie een beleid op poten te zetten: de voornamelijk empirisch verworven behandelmethodes dienen wetenschappelijk onderbouwd te worden. Men hoopt met onderzoeksresultaten de overheid om de oren te kunnen slaan en zo de beroepsgroep veilig te stellen.

Positie kiezen in de discussie over organisatie en inhoud van de fysiotherapie blijkt niet mee te vallen. Moet de wildgroei van apparatieve, slecht onderbouwde behandelingen achteraf gelegitimeerd worden door wetenschappelijk onderzoek? De kans bestaat ook dat wetenschappelijke bemoeienis het mes aan gaat dragen dat het snoer van veel apparaten door zal snijden.

Er is een dualisme aan te wijzen in de ideeën over de rol van de fysiotherapie. Want niet alleen de apparatuur, ook de sociale wetenschappen lijken een boei, waar fysiotherapeuten zich aan vast willen klampen. Worden de fysiotherapeuten agoog? Kunnen zij zich losmaken van hun 'produktiegericht' werkwijze? Wat betekent dat voor de posities opzichte van andere eerstelijns werkers?

De beroepsorganisatie, het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, slaagt er niet in een visie op het vak aan te dragen.

Waar dan wel naar toe? Als start voor de discussie de bijdrage van Twan Niesten en Gijs van Oorsouw, beiden fysiotherapeut en betrokken bij de Nijmeegse 'Aktiegroep Fysiotherapie'. In het artikel wordt de ontwikkeling van de fysiotherapie beschreven, worden de problemen geïnventariseerd en wordt uitzicht geboden op de verwarde discussie binnen een bedreigde beroepsgroep.

Masseurs en heilgymnasten

Al vanaf de oudheid probeert men het menselijk lichaam onder meer met oefeningen, waterbehandelingen en massagehandgrepen te genezen of in een optimale conditie te houden. Een taak die voornamelijk in handen lag van geneesheren. Deze traditie heeft zich tot in deze eeuw voortgezet: artsen voor fysische therapie, reumatologen en revalidatie-artsen.

Daarnaast deed zich in Nederland, tegen het einde van de vorige eeuw, een andere ontwikkeling voor: een aantal gymnastiekleraren, die zich toelagden op correctieve gymnastiek, verenigden zich in 1889 in een 'Genootschap ter beoefening van de heilgymnastiek'. Lid worden van dit Genootschap kon alleen als men gymnastiekleraar was en een voortgezette opleiding had gevolgd bij een lid van dit Genootschap. Bij de verdere uitbouw van het beroep nam dit Genootschap een zeer centralistische en dominante positie in.

Tot ongeveer 1945 was de heilgymnastiek een 'gesloten' behandelstelsel: de behandelwijzen werkten alle volgens eenzelfde principe voornamelijk gebaseerd op mechanische en orthopedische uitgangspunten. Maar na 1950 kwamen er oefensystemen op die meer aansloten bij de nieuwe pedagogische en neurofysiologische verworvenheden. Hiermee trad er een tijdperk van grote verwarring in, met name omdat de veranderde zienswijzen binnen de beroepsgroep geen bezinning teweeg brachten op het zich uitbreidende vakgebied. Het nieuwe noemde men gewoon 'methode' en werd als afgeschermd geheel bij het oude gevoegd, zonder met deze nieuwe kennis de oude oefensystemen kritisch te evalueren.

Vanaf het begin hebben de heilgymnasten massage toegepast bij hun praktijkuitoefening. Volgens de medici behoorde de massage tot de geneeskunst en zij maakten daarom bezwaar tegen de automatische koppeling van heilgymnastiek en massage. Rond 1910 ontstond er een felle polemiek rond de vraag wie bevoegd was! Het Genootschap won de strijd en heilgymnastiek en massage werden in Nederland één geheel. De eerste vakgebiedsuitbreiding was een feit; het Genootschap wilde echter het behandelpakket van haar leden nog meer uitbreiden.

Heilgymnasten beschouwden hun vak als een onderdeel van de fysische therapie: hierbij maakte men gebruik van natuurkundige prikkels zoals licht, elektriciteit, warmte en koude. In het algemeen was deze fysische therapie een onderdeel van de geneeskunst. Doch net zoals met de massage

lieten de medici de uitvoering over aan 'hulpkrachten'. Na 1945 werd het belangrijkste doel van het Genootschap bereikt: officiële erkenning van de heilgymnast-masseur. Ook gaf zij als Genootschap een leerboek uit over fysiotherapie (met name behandeling met apparaten). Middels een Genootschapsexamen met rijkswaarnemer kon een heilgymnast-masseur een aantekening fysiotherapie behalen. Zonder deze aantekening was men niet bevoegd fysiotherapie toe te passen. Voorwaar wederom een sterk staaltje van vakgebiedsuitbreiding! ¹

Door deze ontwikkelingen ging de heilgymnast-masseur zich steeds meer in de gezondheidszorg manifesteren. Naast particuliere vestigingen (eerste lijn) kwamen er ook afdelingen in ziekenhuizen (tweede lijn). Met de opkomst van de heilgymnast-masseur en andere paramedische beroepen was er wettelijk een precarie situatie ontstaan. Volgens de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (1865) was de arts de enige die de geneeskunst in zijn volle omvang mocht uitoefenen. Maar in de praktijk bleek dat artsen veelvuldig gebruik maakten van de diensten van paramedische beroepsbeoefenaars. Daarom verscheen er in 1963 de Wet op de Paramedische beroepen. Een raamwet die wel de exclusiviteit van de werkzaamheden van de arts doorbrak, maar niet de omvang van de bevoegdheid van de arts aantastte.² De paramedicus moest gaan werken "onder leiding van of op aanwijzing en controle van, dan wel ingevolg verwijzing" van een arts. De situatie van de paramedicus was en bleef er dus één van afhankelijkheid ten opzichte van de verwijzend arts!! In 1965 regelde het eerste Fysiotherapeutenbesluit de beroepsinhoud en stelde de opleidingseisen vast. Hiermee was voor de fysiotherapie een vrij unieke zegetocht in de gezondheidszorg voorlopig ten einde en bekroond met een professionele therapeutische status.

Ongebreidelde groei

Vanaf die tijd volgde er voor de fysiotherapie een stormachtige ontwikkeling. Een ontwikkeling van zowel het aantal beroepsbeoefenaars als van het indicatiegebied waarop de fysiotherapie zich manifesteerde. In 1967 voerden de ziekenfondsen naast vergoedingen voor oefentherapie en massage, ook een tariefvaststelling in voor apparatieve behandelingen. Per apparatieve behandeling kon de fysiotherapeut nu een bepaald bedrag declareren. Omdat een apparatieve behandeling niet altijd de aanwezigheid van de fysiotherapeut vereiste, ontstond er een mogelijkheid om meerdere mensen tegelijk te behandelen. Het verrichtingensysteem werd hierdoor nog meer gestimuleerd. De uitspraak 'het geld stroomt uit het stopcontact' ging voor menig fysiotherapeut op. Voor de groei van de fysiotherapie is dit financiële aspect van grote betekenis geweest.

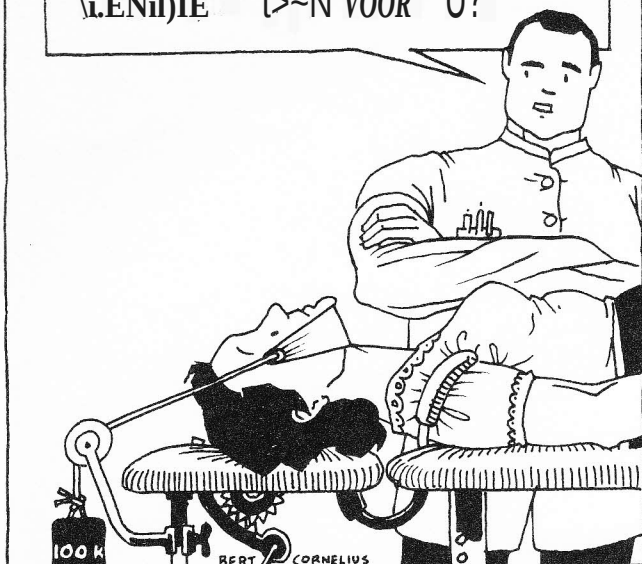
Daarbij kwam nog dat controle op de fysiotherapeutische verrichtingen vrijwel ontbrak, zodat niets een onstuimige groei meer in de weg stond.

Naast deze kwantitatieve effecten trad er ook een kwalitatieve verschuiving op. Binnen de gezondheidszorg begon de fysiotherapeut zich nu te profileren als de deskundige op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat. Tevens ging men voor de inhoudelijke ontwikkeling zwaar op de medische basisvakken zoals anatomie, fysiologie en neurologie leunen. De opleidingen voor fysiotherapie gingen zich steeds meer medisch-technisch oriënteren. Toen deze opleidingen in 1973 van het Ministerie van Volksgezondheid overgingen naar het Ministerie van Onderwijs, ontstond er een grotere toevloed van studenten. Betere studiefinanciering en de prettige financiële vooruitzichten zullen hiertoe zeker hebben bijgedragen.

Naast bovengenoemde factoren zijn enige maatschappelijke ontwikkelingen aan te geven als verklaring voor de groei van de fysiotherapie:

- vertalen van psychosociale problematiek in somatische klachten. De snelle ontwikkeling op medisch-technisch gebied werkte in de hand dat men elke fijnklacht deed voorkomen als een puur lichamelijk proces;
 - de toenemende vergrijzing van de bevolking die gepaard ging met een toename van de aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat;
 - een toename van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat ten gevolge van verminderde beweging en slechte levensgewoonten;
 - de sterke uitbreiding van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en het groeien van allerlei grootschalige voorzieningen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra.
- Een andere factor die het ontwikkelingsproces van de fysiotherapie beïnvloedde is de relatie tussen verwijzend arts en fysiotherapeut. De verwijzend arts bepaalt uiteindelijk het aantal fysiotherapeutische behandelingen. Maar mede door een gebrekkige kennis van elkaars mogelijkheden ontstond er een slechte communicatie. Vooral de diversiteit van de fysiotherapeutische behandelmethoden veroorzaakte bij andere hulpverleners onduidelijkheid over de fysiotherapeutische (on)mogelijkheden. Hierdoor bleven patiënten vaak onnodig lang in het hulpverlenerscircuit. Ook de machteloosheid van de huisartsen ten aanzien van de chronische 'zeurderige' patiënten leidde gemakkelijk tot het doorschuiven naar de fysiotherapeut. Voor de fysiotherapeut was dit vanwege de financiële beloning niet altijd een probleem, voor de betrokken patiënten kon dit verstrekken gevolgen hebben. Vooral bij patiënten met psychosomatische aandoeningen kunnen als gevolg van langere somato-technische en 'productie'-gerichte werkwijzen een somatisering van de aandoening en een bevordering van de patiënt-

VERTEL1 U NIG, WAT Sf TE -
 (i. ENil)IE t>-N VOOR U?



tenrol optreden. Er is geen actieve en invoelende benadering die de patiënten kan stimuleren de lichamelijke klachten aan te grijpen om oplossingen voor problemen te zoeken en noodzakelijke veranderingen door te voeren. De weinig maatschappelijke opstelling van de fysiotherapeut individualiseert klachten waardoor de noodzakelijke discussie over maatschappelijke oorzaken geblokkeerd wordt.⁴

Crisis

De overheid heeft deze ontwikkelingen slechts marginaal beïnvloed. Hierdoor kon de fysiotherapie zich zelfstandig en explosief ontplooiën. Eind jaren zeventig werd duidelijk dat door de verslechterende economische situatie ook de gezondheidszorg diende in te leveren. Met name 'Bestek '81' pakte de gezondheidszorg nadrukkelijk aan. De invoering van een eigen risico diende het consumptiegedrag van de patiënten te beteugelen. Verschillende sectoren in de gezondheidszorg werden doorgelicht. Uit de gegevens van de Ziekenfondsraad kwam naar voren dat de fysiotherapie binnen de gezondheidszorg de snelst stijgende uitgavenpost was. Men schreef dit toe aan het fors gestegen fysiotherapeutenbestand en de daaraan gekoppelde stijging van het aantal (apparatieve) behandelingen. De Ziekenfondsraad bracht advies uit in hoeverre de fysiotherapie 60 miljoen kon inleveren. Een uit deze Raad gevormde commissie kwam met een rapport waarin behandelingen met apparatuur 'marginaal' en 'anti-revaliderend' werden genoemd!! Ondanks weerlegging van dit overigens slecht gefundeerde rapport door de fysiotherapie besloot de regering tot beperken de maatregelen ten aanzien van de behandelingen met apparatuur.. Dit betekende een aantasting van de beroepsvrijheid en dwong de patiënt soms tot bijbetalen.

Typerend was dat in deze discussie de positie van de verwijzend arts buiten schot bleef.. Het verwijzingsgedrag van de artsen, dat zeker de consumptie van fysiotherapie bepaalde, stelde men niet ter discussie zodat de vaak falende structuur van het hulpverleningscircuit intact bleef. Een kortzichtig beleid van de bezuinigers. Immers, in plaats van het doorvoeren van structurele veranderingen pakte men slechts een klein gedeelte van de gezondheidszorg aan. Wanneer men echter de kostenontwikkeling van de fysiotherapie kritisch bekijkt, zijn bezuinigingen in deze sector te rechtvaardigen. Zij dienen dan echter wel op inhoudelijke vakbeschouwingen gebaseerd te zijn. Bij de doorgevoerde maatregelen, louter ingegeven door economische motieven, keek men echter niet naaf oorzaken en betekenis van de fysiotherapie. Ook 'onderzocht' men alleen de waarde van apparatieve behandeling en werden oefentherapie en massage als aparte onderdelen niet bij de beoordeling van de fysiotherapie betrokken. Juist hier brak het de fysiotherapie op dat

zij nog geen geïntegreerde visie had ontwikkeld op de inhoud van het beroep: oefentherapie-massage enerzijds en fysiotechniek anderzijds zag men nog steeds overwegend als losstaand van elkaar.. Het ontbreken van een geïntegreerde visie maakte het bezuinigers gemakkelijk om zonder inhoudelijke toetsing van deze drie behandelwijzen, eenzijdige maatregelen te nemen.

Bij evaluatie van deze maatregelen bleek dat de fysiotherapie de gewenste 60 miljoen had ingeleverd. Maar onder andere de beheerskosten van de ziekenfondsen om deze bezuinigingen te bereiken, deden dit bedrag weer praktisch teniet!⁶

Het fysiotherapeuten bestand bleef een gestage groei vertonen: 8000 in opleiding en 9600 werkzaam. Uit economische motieven én om de voorziene stijging van het fysiotherapeutenbestand in te dammen wilde de regering meer greep krijgen op het aantal werkzame fysiotherapeuten. Daartoe besliste zij dat per 1 januari 1982 de ziekenfondsen niet meer verplicht waren om praktijkvestigingen of uitbreidingen toe te staan. De gehanteerde norm, 1-fysiotherapeut per 3000 inwoners, was louter rekenkundig bepaald en kende alweer geen inhoudelijke onderbouwing. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen scherpte deze maatregel nog wat aan: per 1 juli 1982 voerde zij een wachtlijst voor werkloze fysiotherapeuten in. Pas na aanmelding bij het ziekenfonds en afhankelijk van de plaats op deze wachtlijst kon een werkloze fysiotherapeut solliciteren naar een vacature. Hierdoor traden de ziekenfondsen op als arbeidsbureau's en pasten eigenhandig een vestigingsbeleid toe. Het eigen initiatief van een werkzoekende stonden zij niet toe: de actief werkzoekende degradeerde men tot passief werkloze!⁷ Deze maatregelen dupten juist de pas afgestudeerde fysiotherapeuten het meest. Op deze manier dragen zij, en niet de werkende collega's in het veld, een groot gedeelte van de crisis.

Belangenbehartiging?

Deze maatregelen kwamen op een moment dat de fysiotherapie zich had ontwikkeld tot een vrij gedifferentieerde beroepsgroep. Men kende een grote verscheidenheid aan beoelkundvormen en werkgebieden. Dit leidde tot het ontstaan van allerlei groeperingen die alle hun eigen belangen behartigd wensten te zien. Het is niet zo verwonderlijk dat hierbij belangen tegenstellingen optraden.

Inhoudelijk kwam dit met name tot uitdrukking in de discussies over de beroepsomschrijving en over de positie van de fysiotherapeut in de eerste lijn. De fysiotherapeuten in de samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra streefden, gezien het soort patiënten, naar een bredere maatschappelijke beroepsomschrijving, terwijl de collega's in

de tweede lijn een meer medisch-technische omschrijving voorstonden. **Zakelijk** uitte zich dit in het spanningsveld tussen de werkgevende (praktijkhoudende) en werknemende (praktijkmedewerkers) fysiotherapeuten. Als gevolg van de economische crisis scherpten bestaande collegiale verhoudingen zich steeds meer aan tot arbeidsconflicten. Vreemd genoeg streven beide partijen ernaar deze conflicten binnen de beroepsorganisatie uit te vechten. Landelijk gezien een zeer opmerkelijke situatie.

En passant pretendeert het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie ook nog de studentenbelangen te behartigen. Deze verscheidenheid in belangen dwong het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie haar organisatie te herstructureren ten einde toch alle belangen te kunnen verenigen. Hierdoor ontbrak het haar wellicht aan het besef en aan mogelijkheden zich een duidelijke positie te verwerven in het krachtenveld van politiek en gezondheidszorg. Door haar relatief jonge bestaan en door de lage prioriteit die het lange termijnbeleid kreeg, had het Genootschap geen politieke lobby kunnen opbouwen. Deze lobby was noodzakelijk om in de politieke besluitvormingskanalen de belangen te kunnen behartigen. Daarnaast bood het Genootschap geen platform voor het ontwikkelen van een visie op de plaats van de fysiotherapie in de gezondheidszorg en samenleving. Kortom, voldoende waarborg voor een onvoldoende belangenbehartiging!

Het lid worden of blijven van dit Genootschap is zeker een dilemma voor (kritische) fysiotherapeuten. Wil men op de hoogte blijven van de ontwikkelingen van de beroepsgroep in al zijn facetten (o.a. organisatorisch, medisch, technisch) dan is het noodzakelijk de door het Genootschap uitgegeven tijdschriften te lezen. Het verkrijgen van deze tijdschriften is echter gekoppeld aan het lidmaatschap van het Genootschap. Op deze manier weet het heel wat fysiotherapeuten aan zich te binden. Een ont koppeling van abonnementen en lidmaatschap zal waarschijnlijk een geheel ander ledenbestand opleveren.

Positie in de eerste lijn

Geleidelijk aan is men binnen de fysiotherapie gaan beseffen dat het van groot belang is haar waarde te kunnen 'verkopen' aan de overheid, ziekenfondsen en niet in de laatste plaats aan zichzelf. Het is dan ook niet vanuit het beleid van de beroepsorganisatie, maar door persoonlijke initiatieven dat de fysiotherapie haar plaats in de eerste lijn duidelijker is gaan innemen. Dat dit proces zo langzaam gaat, is mede te verklaren uit de korte geschiedenis die de fysiotherapie heeft in de eerste lijn en door het solistische optreden van de fysiotherapeut. Er bestaat namelijk weinig uitwisseling van ervaring en er is nauwelijks intercollegiaal overleg. Via

allerlei cursussen en bijscholingen probeert men zich bepaalde onderzoeks- en behandelmethoden eigen te maken, maar de verworven kennis blijft persoonsgebonden.

Typerend voor dit langzame proces is dat men binnen het Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie nu al jarenlang bezig is met een discussie over de beroepsomschrijving en de plaatsbepaling van de fysiotherapie in de eerste lijn. Eerder genoemde belangentegenstellingen en het ontbreken van een inhoudelijke visie blokkeren dit proces. En dat juist in een crisistijd waarin goede discussie broodnodig blijkt en waarin een duidelijke positiebepaling een eerste vereiste is. Mede door overheidsmaatregelen gedwongen is de fysiotherapie gaan streven naar een wetenschappelijke onderbouwing van het fysiotherapeutisch handelen. Deze onderbouwing beperkt men echter tot een medisch-technische, zonder daarbij de maatschappelijke oorzaken van klachten te betrekken. Onderzoeken tonen aan dat ruim de helft van de 'aangeboden problematiek' een duidelijke psychosociale oorzaak kent en als lichamelijke klacht vertaald wordt. Bij een reële wetenschappelijke onderbouwing zal dan ook op z'n minst een integratie van medisch-technische en maatschappelijke facetten betrokken moeten worden.

Inhoudelijke discussie

Met deze wetenschappelijke aanpak wil het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie de waarde van de fysiotherapie 'bewijzen' en zodoende erkenning afdwingen. Maar voor een erkenning van de waarde van de fysiotherapie is wetenschappelijke onderbouwing wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. Er moet ook een inhoudelijke discussie over de functie en positie van de fysiotherapeut plaatsvinden. In deze discussie moet een bezinning over de uitbreiding van het vakgebied een belangrijk onderwerp zijn: kiest men voor méér van hetzelfde, dus meer vakgebiedsuitbreiding zonder bezinning op inhoudelijke waarde; óf kiest men voor een kritische evaluatie waarbij bepaalde technieken en methoden als ballast overboord gezet kunnen worden? Een instrument voor deze discussie kan de intercollegiale toetsing zijn. Deze toetsing dient echter wel uit te stijgen boven het niveau van het medisch-technisch denken dat de huidige bijscholingscursussen in de fysiotherapiewereld zo kenmerkt. Er zal ruimte geschapen moeten worden om de verschillen in afzonderlijke behandelvisies met elkaar te confronteren en kritisch te evalueren. Ook kan intercollegiale toetsing de persoonsgebonden kennis en kunde doorbreken en op een gestructureerde manier de kwaliteit van de fysiotherapie uitdragen. Daarnaast verdient de positie van de fysiotherapeut een discussie. De laatste jaren is er in de eerste lijn sprake van een toename van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Hierdoor komt de fysiotherapeut in toenemende mate in contact met andere beroepsgroepen. Dit heeft consequenties voor de traditionele rolopvatting van de fysiotherapeut; de fysiotherapeut zal het beproefde opleidingsstramien van solistisch optreden en somatische benadering (symptomatisch bestrijden en voorkomen van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat) moeten wijzigen. In de opleidingen voor fysiotherapie zal dan ook meer aandacht gegeven moeten worden aan agogische scholing, samenwerkingsverbanden en meer veelzijdige vormen.

Op het niveau van de beroepsorganisatie kunnen deze discussies gaan over de belangentegenstellingen en de consequenties daarvan. Men zal moeten erkennen dat de diversiteit van de fysiotherapie kan leiden tot verschillende eigen visies van fysiotherapeuten. De vraag of één organisatie een dergelijke grote verscheidenheid van belangen nog op een juiste wijze kan vertegenwoordigen zal hierbij centraal moeten staan. In het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg kan er op het gebied van de gezondheidszorg veel veranderen. Het invullen van deze veranderingen vereist ook van de fysiotherapeuten bewustwording en inzet om op het beleidsniveau te participeren. Juist langs deze weg kan men gestalte geven aan de geïntegreerde visie over fysiotherapie, maatschappij en gezondheidszorg.

Een uitweg?

De fysiotherapie verdient zeker erkenning als voldaan kan worden aan een goede wetenschappelijke onderbouwing en een vruchtbare discussie. Daartoe zullen ook andere beroepsgroepen binnen de eerste lijn kennis moeten nemen van de waardevolle elementen die de fysiotherapie toch, ondanks alle kritiek, kan bieden. Erkenning kan de fysiotherapie vooral verkrijgen uit de therapeutische relatie met de patiënt en de contactmogelijkheden met de verwijzer en andere hulpverleners. Deze therapeutische relatie kenmerkt zich door een mogelijkheid van een direct lichamelijke aanraking waarbij een interactie kan ontstaan: de fysiotherapeut kan zich daarin onder andere openstellen voor de mens en de problematiek van zijn leefsituatie. De fysiotherapeut zal echter moeten waken om kritiekloos 'vage' klachten eindeloos te blijven behandelen waarbij het risico van somatische fixatie zeker niet denkbeeldig is. Vaak gaat het bij klachten van het bewegingsapparaat niet alleen om het opsporen van lichamelijke oorzaken van een klachtenpatroon, maar ook om de betekenis van die klacht op dat moment voor die patiënt. De klacht kan een, voor de patiënt onbekend signaal zijn voor onvrede in de leefsituatie. Natuurlijk moet er bij deze handelwijze gewaakt worden voor teveel nadruk op de psychosociale benadering van patiën-

ten. Het is belangrijk dat er een evenwicht ontstaat tussen psychosociale en medisch-technische benaderingen.

Daarnaast zijn de contactmogelijkheden, die een fysiotherapeut met andere hulpverleners (huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers) kan hebben, van wezenlijk belang. De fysiotherapie zou hierbij kunnen aansluiten bij een stroming in de huisartsengeneeskunde, welke steeds meer belang gaat hechten aan intercollegiaal overleg, toetsing en samenwerking. Hiervoor is vooral van belang dat de fysiotherapeut inzichtelijk zal moeten werken. Ook voor andere hulpverleners moet het duidelijk zijn wat de fysiotherapie aan kwaliteit kan bieden; welke patiënten wel en welke niet gebaat zijn bij een fysiotherapeutische behandeling. Het gaat om verkrijgen van vertrouwen. En dit is niet gelegen in het arsenaal van apparatuur of de veelheid van onderzoek- of behandelmethoden. De vlucht in allerlei specialisaties zou wel eens averechts kunnen werken voor profilering en taak van de fysiotherapie in de gezondheidszorg. Ook het concentreren van de aandacht op het versterken van het medisch-technisch handelen is een eenzijdige en onjuiste weg. Het kan de fysiotherapie verder dwingen mee te gaan in het proces van hulpverlening dat de patiënt afhankelijk maakt en somatische fixatie in de hand werkt. Een weg die geen erkenning kan en mag verwerven!

Literatuurverwijzingen

1. 'Historie van de oefentherapie', H.J. van Leeuwen, in: Ned. Tijdschr. Fysiotherapie 7/8 1979, p. 159-167.
2. BIG, bevordering of bestrijding van de 'kwakzalverij', D. Kortenhoeven, in: Gezondheid en Samenlevingjrg. 4, no. 2, 1983, p. 72-81.
3. De fysiotherapeut-probleemgedrag en het werken met groepen in de eerstelijnsgezondheidszorg, H.~. in 't Veld, in: Ned. Tijdschr. Fysiotherapie 9, 1979, p. 217-228.
4. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, R.A. Melker, in: Ned. Tijdschr. Fysiotherapie 9, 1981, p. 254-260.
5. Sleutelen aan de basis, G.C. Witmaar, in: Ned. Tijdschr. Fysiotherapie 4, 1980, p. 138-141.
6. Jaarverslag Ziekenfondsraad 1982.
7. Publikatie NAF (Nijmeegse Aktiegroep Fysiotherapie) september 1982.
8. Ontwikkelingen van gestructureerde multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg, H.O. in 't Veld en A.E. Montoney, in: Ned. Tijdschr. Fysiotherapie 9, 1981, p. 261-270.

Onderzoek naar Arbeid en Gezondheid doorgelicht

Traditie en vernieuwing

Vanuit sociale bewegingen als de vakbeweging en de vrouwenbeweging klinkt de roep om meer en vooral ander onderzoek op het veld van Arbeid en Gezondheid. Kritische wetenschappers engageren zich met deze bewegingen. Maar: aan welke kennis is behoefte, aan welk onderzoek? Het beantwoorden van deze vragen vereist een reflectie op het wetenschappelijk onderzoek naar Arbeid en Gezondheid. De traditionele theorievorming en het traditionele kennisbegrip kunnen hierbij niet ongemoeid worden gelaten. Welke groepen domineren het onderzoek en het onderzoeksbeleid? Hoe hangen onderzoek, financiering en beleid samen? Rein Vos beschrijft dat de kennis die ontwikkeld wordt door bijvoorbeeld bedrijfsfysici en geneeskundigen ingebed is in de binnen die groep heersende normen en waarden en ook veel te maken heeft met de sociale plaats van die groep. Hij pleit voor onderzoek dat juist deze relaties tussen kennisproductie, de sociale positie van onderzoekers, financiering en beleid, blootlegt.

REIN VOS

Nog niet zo heel lang geleden was veiligheid en gezondheid in de arbeidssituatie het stiefkind van de vakbeweging. Daarin is echter de laatste jaren snel verandering gekomen. Op de golven van de hoogconjunctuur is in de '70-er jaren onder het vaandel van humanisering van de arbeid een brede beweging ontstaan die naar verbetering van de kwaliteit van de arbeid streeft. Een loffelijk streven, want wie is er niet voor vermenselijking van de arbeid? Een vaag begrip is het echter wel, een 'taalkundige aspirine' zou Illich zeggen. Maar het is de vlag, waaronder de discussie over arbeid en gezondheid een breed maatschappelijk beslag heeft gekregen. Met het opkomen van de belangstelling voor de relatie tussen arbeid en gezondheid wordt steeds vaker de roep om meer (wetenschappelijk) onderzoek gehoord. Een uitbreiding van het huidige onderzoek betekent echter ook een versterking van de positie en denkwijze van die groepen die het onderzoek tot nu toe inhoud en vorm hebben gegeven. Vakbondsmensen, progressieve werkers en kritische wetenschappers hebben hierop kritiek gegeven. Ien hebben getracht de maatschappelijke discussie over de relatie arbeid en gezondheid niet in algemene of slechts theoretische termen te laten steken. Eén van de lijnen die zij daarbij hebben gevolgd, is het nadenken over het wetenschappelijk onderzoek naar arbeid en gezondheid; en binnen dit kader zijn zij bezig een eigen onderzoeks- en actiepraktijk te ontwikkelen. Hier is sprake van een tegenbeweging die zich afgezet heeft en nog steeds afzet tegen maatschappelijk pretentieuze en steriele wetenschappers en deskundigen die menen zich neutraal te kunnen bewegen op het terrein van arbeid en gezondheid; een terrein dat zo duidelijk met talrijke sociale en politieke voetangels en klemmen bezaaid ligt. Een re-actie dus in de letterlijke betekenis van het woord. Een reactie die op zich heel terecht is, maar het is de vraag of zij altijd even waardevol is geweest voor de beantwoording van essentiële vragen zoals: in welke richting en vanuit welke invalshoeken het onderzoek naar de relatie arbeid en gezondheid gestalte moet krijgen. Naar mijn mening is vooral op een aantal gebieden de analyse van de wijze waarop heersende professionele en wetenschappelijke groepen zowel wetenschappelijk als beleidsmatig de ontwikkelingen op het gebied arbeid en gezondheid bepalen, gestagneerd. De inzet van mijn artikel is dat dit voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek naar arbeid en gezondheid zeker het geval is. Met name de samenhang tussen beleid, financiering en onderzoek is een grotendeels onontgonnen terrein. Het doel is voor de discussie hierover enig voer aan te dragen. Een startschot dus en naar hopelijk blijkt geen schot voor de boeg. Ik zal daarbij vooral inventariserend te werk gaan en trachten een aantal dwarsverbanden aan te leggen tussen de gebieden wetenschapskritiek en arbeid en gezond-

heid, Ik wil dat als volgt doen. Eerst bespreek ik de kritische noten die de vak-, wetenschapskritiek- en vrouwenbeweging gekraakt hebben over het traditionele veld van arbeid en gezondheid. Tevens geef ik hierbij enkele aanzetten tot inhoudelijke kritiek. 20 jaar geschiedenis wordt hier in een notedop gepresenteerd, zodat aan de rijkheid van discussies en veelheid van ontwikkelingen uiteraard niet volledig recht gedaan kan worden. Daarna zal ik proberen duidelijk te maken waarover de discussie over het dominante onderzoek volgens mij moet gaan. Dit doe ik aan de hand van een voorbeeld, namelijk het gebruik van gevaarlijke stoffen in de industrie. Tot slot zal ik hieruit één facet lichten dat mijns inziens nadere bestudering verdient.

De vakbeweging

Veiligheid en gezondheid in de arbeidssituatie vertonen zowel op het niveau van de zorg en hulpverlening als op dat van de wetenschappelijke theorievorming een merkwaardige ontwikkeling. Na de Tweede Wereldoorlog zijn werkgevers, bedrijfsartsen en deskundigen van van overheidswege ingestelde of daarvan afgeleide instellingen als de Arbeidsinspectie druk doende de kaders gestalte te geven waarin hulpverlening en wetenschappelijk onderzoek in verband met gezondheidsaspecten van de arbeid vorm moeten krijgen. Het gebied van arbeid en gezondheid wordt in toenemende mate in de kanalen van het medische wetenschaps- en zorgsysteem gesluisd en daar verder gekneed en gevormd. Steeds meer artsen trekken het bedrijf in om daar de zorg voor de gezondheid van de werknemers op zich te nemen. Maar tegelijkertijd is de bedrijfsgezondheidszorg scheefgegroeid. Zij die niet bedrijfsgeneeskundig verzorgd worden, hebben dit meestal het hardst nodig. Bovendien valt het grootste deel van hen die wel verzorgd worden onder kleine, zogenaamd gezamenlijke bedrijfsgeneeskundige diensten. Daar is het vechten tegen de bierkaai door gebrek aan financiële middelen, geringe medewerking van bedrijven en personeelsdeskundigen, motivatieverlies en tekort aan bedrijfsgeneeskundige inzichten die op deze situatie van toepassing zijn. De overtuiging dat wetenschappelijk onderzoek uit deze praktische sector gewenst en waardevol is, wordt door iedereen openlijk met de mond beleden. De noodzakelijke financiële steun en theoretische en praktische onderbouwing blijven echter uit. Veel van de gebruikte werkprincipes, technieken en wetenschappelijke inzichten zijn verworven door hen die het 'goed hebben'; grote (multi)nationale bedrijfsgeneeskundige diensten, zoals van Philips, Shell,

Hoogovens en DAF/VOLVO; maar ook semi-universitaire en semi-overheidsinstellingen. Inzichten die in een situatie zijn ontstaan waar andere problemen heersen en waar de belangenstrijd anders ligt, maar die wél het 'hart' van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde vormen.

Tot ver in de jaren '60 is hier sprake van een vrijwel autonome ontwikkeling zonder veel maatschappelijke kritiek en bemoeienis van de politiek en de vakbeweging. Pas tegen het eind van de '60-er jaren, wanneer het sociaal en politiek klimaat danig verandert, komt de kritiek op het functioneren van de bedrijfsgezondheidszorg, die altijd wel meer of minder latent aanwezig is geweest, los. De vakbeweging is één van de belangrijkste sociale groepen die met deze kaders botst en die deze kritiek verwoordt. Kritiek die niet mals is en in vele opzichten hout snijdt. Gezondheid in de arbeid is een compromis tussen de gezondheid van werknemers en die van het bedrijf en de laatste lijkt veelal de overhand te hebben.

In de Nederlandse arbeidsverhoudingen is de discussie over het spanningsveld tussen gezondheids- en productiebelangen voornamelijk op macroniveau gevoerd. Zij heeft het accent gelegd op de vraag in hoeverre veiligheid en gezondheid een taak is van en onder verantwoordelijkheid valt van overheid, werkgevers, werknemers en deskundigen én hoe een reële en krachtige werknemerscontrole te waarborgen valt. Vanuit dit perspectief is veel van de kritiek op de positie en het functioneren van instellingen en deskundigen op het gebied arbeid en gezondheid te begrijpen. Die kritiek op de bedrijfsartsen betreft vooral hun professionele status en verantwoordelijkheid, waarmee zij hun onafhankelijke positie tegenover de bedrijfsleiding trachten te beargumenteren. Een terechte kritiek, want bedrijfsartsen opereren zeker niet zo onafhankelijk als velen van hen ons willen laten geloven. Vakbondsmensen en andere critici hebben dan ook het argument van de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts vinnig beantwoord met het 'wiens brood men eet, diens taal men spreekt'-argument.

Troebel water

Hoe terecht de vakbondskritiek ook is - voorbeelden uit de praktijk zijn er genoeg -, de vraag is of zij de analyse van de geschetste problematiek verder helpt. De kritiek op de bedrijfsarts lijkt vooral geïnspireerd te zijn door diens positie als 'professional' in het bedrijf. Het gevolg is wel dat men zich vooral richt op de ethiek en de mogelijke rolconflicten van de deskundige; en dat lijkt een dilemma op te leveren. Bedrijfsartsen staan midden in het spanningsveld

van gezondheids- en produktie belangen en kunnen niets anders doen dan zondigen aan hun ethiek: óf heulen met de tegenpartij, óf ingekapseld zijn in één of ander systeem ('the captive professional'). De discussie dreigt zich dan ongemerkt op het ideologisch vlak af te spelen. Immers, het professionele normenstelsel, waarmee bedrijfsartsen hun eigen praktijk, dat wil zeggen hun definitie van veiligheid en gezondheid in de arbeid rechtvaardigen, kan zélf een (ideologisch) moment zijn in de ontwikkeling van hun vakgebied; bijvoorbeeld, omdat zij zich proberen te wapenen tegen opkomende 'tegenstrevers': 'intern' door de 'opname' van 'hulp personeel', zoals bedrijfsverpleegkundigen, 'extern' door de groeiende invloed van andere deskundigen als veiligheidskundigen, bedrijfshygiënist en van maatschappelijke groepen als de vakbeweging. Hoe (bedrijfs)artsen aan hun wijsheden komen; hoe die doorwerken in hun handelen; óf er verschillende ontwikkelingen en trends binnen de bedrijfsgeneeskunde zelf aan te wijzen zijn?, zijn vragen die dan geen aandacht krijgen. 'Hoe heeft de bestrijding van tuberculose als één van de belangrijkste pijlers, waarop het gebouw van de bedrijfsgeneeskunde tot stand is gekomen, het denken en handelen van bedrijfsartsen beïnvloed?'; 'Welke sporen heeft de toevloed van huisartsen die op middelbare leeftijd de drukke praktijk voor de 'rustige' spreekkamer in de fabriek inwisselden, nagelaten op denkwijze, technieken en werkprincipes in de bedrijfsgeneeskunde?'. Dit zijn voorbeelden van dergelijke vragen. Bestudering ervan maakt kritiek op de centrale waarden en organisatiestructuur van de bedrijfsgeneeskunde als kennissysteem mogelijk.

Dat we om dergelijke kritiek zitten te springen kan een voorbeeld duidelijk maken. De Arbeidsomstandighedenwet, die januari 1983 in werking getreden is, regelt voor het eerst het recht dat werknemers van het hoofd van de bedrijfsgezondheidsdienst of van de arbeidsinspectie informatie krijgen over de kwaliteit van het veiligheidsbeleid en over de gezondheidssituatie in het bedrijf. Een punt waarover de vakbeweging jarenlang terecht veel ophef heeft gemaakt. Tegelijkertijd wordt de positie van de bedrijfsgezondheidsdienst en vooral die van de bedrijfsarts daarin versterkt. Immers, de bedrijfsgezondheidsdienst is het meest welom schreven instituut op het gebied van arbeid en gezondheid, althans in de bedrijven zelf, waaraan door de samenleving althans worden gesteld en regels worden opgelegd. Tegelijkertijd zijn de taken, bevoegdheden en positie van andere disciplines, die vanuit een andere invalshoek arbeid en gezondheid benaderen, zoals bedrijfshygiëne, bedrijfsverpleegkunde en veiligheidskunde, slecht geregeld. Versterking van de bedrijfsgezondheidszorg op deze manier kan tot gevolg hebben dat een specifieke bedrijfsgeneeskundige definitie van arbeid en gezondheid nog sterker de overhand krijgt. En gezondheid door haar gedefinieerd heeft sterk ideologische effecten. Zeker, omdat gezondheid vaak als een individueel goed wordt gezien. Deze gedachte isoleert individuen waar sociale situaties in het geding zijn en waar sociale acties nodig zijn en heeft dus consequenties voor het wetenschappelijk onderzoek, voor het professionele handelen en voor praktisch-politieke acties. Temeer geldt dit, omdat de 'klinische' stroming, dat wil zeggen de direct en overwegend op het individu gerichte hulpverlening en kennisverwerving, in de bedrijfsgezondheidszorg nog steeds sterk vertegenwoordigd is.

Maar de bedrijfsgeneeskunde is niet één coherent gebeuren. Alleen al het feit dat er een (helaas nog kleine) groep kritische bedrijfsartsen bestaat die in samenwerking met andere werkers, vakbondsmensen en kritische wetenschappers vorm geeft aan een andere bedrijfsgeneeskundige praktijk, bewijst dit. Maar ook binnen meer traditionele kringen van de bedrijfsgeneeskunde speelt een inhoudelijke discussie, bijvoorbeeld over de klinische achtergrond van de bedrijfsarts. Zo stelt Jenniskens deze kwestie aan de orde in het licht van de vraag welke kennis van zaken de bedrijfsarts in huis dient te hebben. Hij vraagt zich af 'of de huidige vooropleidingen tot bedrijfsarts (geneeskunde) en tot be-

drijfsverpleegkundige (verpleegkunde), wel de meest ideale en enige toegangswegen vormen tot deze beroepen en de eisen die daar tegenwoordig en in de toekomst aan zullen worden gesteld'. Hij denkt dan aan een rechtstreekse opleiding in de gezondheidkunde; dit is: 'de wetenschap, die de bedreigingen van het gezonde bestaan en de mogelijkheden tot eliminatie van die bedreigingen bestudeert'.

De (gewijzigde) arts blijft in de visie van Jenniskens echter de spil: 'Inderdaad mag je van de arts verwachten dat hij de deskundige is, waar het over gezondheid gaat'. Waarop de gedachte van deze spilfunctie gestoeld is, blijft echter onbeargumenteerd. Ook binnen andere disciplines op het gebied van arbeid en gezondheid speelt een dergelijke discussie. Binnen de bedrijfsverpleegkunde krijgt deze kwestie aandacht onder het motto 'de bedrijfsverpleegkundige is niet het hulpe van de bedrijfsarts'; terwijl in de veiligheidskunde deze discussie uitloopt op de vraag hoe de 'gewenste functionele onafhankelijkheid van de veiligheidskundige' tot stand te brengen valt.

De uitkomsten van deze discussies hebben belangrijke gevolgen voor de kennis en het handelen van de diverse groepen op het terrein van arbeid en gezondheid.

De wetenskapskritische beweging

Uit de democratiserings- en studentenbeweging van de jaren '60 is een wetenskapskritische beweging ontstaan die diepe voren heeft getrokken in het wetenschappelijke veld van arbeid en gezondheid. Los van de traditionele onderzoeksinstellingen op het gebied van arbeid en gezondheid is een alternatieve keten van onderzoek ontstaan: kritische onderzoeksgroepen en universitaire vakgroepen, zoals in de arbeids- en organisatiepsychologie, wetenschapswinkels, cherniewinkels, Instituten voor Maatschappelijk Gericht Onderzoek (IMGO), de Adviesgroep Arbeid en Gezondheid en het Verbond van Wetenschappelijke Werkers enz. die klant- en actiegericht onderzoek verrichten naar werknemersvraagstukken. Er is zo in de '70-er jaren een brede samenwerking ontstaan tussen vakbondsmensen, werkers en wetenschappers. Hierdoor heeft het onderzoek gericht op werknemersvraagstukken een sterke impuls gekregen. Onderzoek dat in meer algemene zin valt onder de noemer 'actiegericht onderzoek' en dat erop gericht is maatschappelijk relevant onderzoek in direct verband te brengen met sociale actie. Intensieve samenwerking tussen onderzoekers, werkers en direct betrokkenen staat daarbij voorop. Het actiegericht onderzoek is de vlag waaronder tal van kwesties besproken worden van politieke, ideologische en wetenschapstheoretische aard. Op een aantal deelaspecten is ook belangrijke vooruitgang geboekt. Dat is de theoretische waarde ervan. Wetenschapstheoretisch hapert er echter hier en daar wel wat aan. Met name de relatie tussen 'wetenschappelijke kennis' en 'maatschappelijke ervaring' (kennis van de direct betrokkenen) ligt nogal ingewikkeld. De praktische waarde van deze beweging is dat een alternatieve praktijk van sociaal en politiek betrokken onderzoek en zorg tot ontwikkeling is gekomen. Dit heeft echter wel tijd en inspanning gekost, waardoor op een aantal gebieden de discussie over met name de samenhang tussen beleid, financiering en onderzoek gestagneerd is.

Toch zijn er gunstige tekenen die wijzen op verandering. Een hindernis is dat deze alternatieve praktijk versplinterd bestaan leidt. Recente lijken er echter wel initiatieven ondernomen om wat meer structuur in deze beweging te brengen. Maart 1983 stelde het IMGO een werkgroep van 20 onderzoekers die met het 'Wetenschappelijk Samenwerkend Netwerk' in een brief aan de FNV - Ondernemend door 110 onderzoekers -- dat de vakbeweging zich te weinig actief openstelt in en naar onderzoek; dat de organisatie toe en geen uitwerking op onderzoeksbeleid heeft; te veel hangt af van het enthousias-

me en de betrokkenheid van individuele personen binnen en buiten de vakbeweging. Zeker in een tijd van grootscheepse bezuinigingen krijgt dit argument extra gewicht. De FNV heeft er inmiddels op gereageerd en de onderzoeksafdeling van de FNV werkt aan het opstellen van een zogenaamd 'extern onderzoeksplan'. Ook het pleidooi van de FNV in haar discussienota 'Beter Werk' (1980) voor een instituut dat zich exclusief bezighoudt met vraagstukken op het gebied van arbeid en gezondheid kan binnen deze ontwikkeling geplaatst worden; een plan dat de aandacht verdient en waarvan de uitwerking niet alleen de moeite waard is, maar ook mogelijk. Verder loopt men met de gedachte rond om te komen tot een soort discussieplatform voor (kritische) onderzoekers en vakbondsmensen. Soortgelijke initiatieven binnen de alternatieve groep onderzoekers zijn reeds genomen of staan op stapel.

Vrouwenbeweging en wetenschap

Een andere belangrijke sociale beweging in de zeventiger jaren, de vrouwenbeweging, heeft ook op het gebied arbeid en gezondheid nieuwe thema's aan de orde gesteld en nieuwe inzichten voortgebracht. Het pleidooi uit die hoek om vrouwenarbeid in het brede kader van de arbeidsmoraal en de vrouwenstrijd te plaatsen klinkt nogal abstract en algemeen. Toch zijn de praktische consequenties ervan niet onaanzienlijk. Op het moment dat (vrouwen)arbeid losgemaakt wordt van betaalde arbeid, ontstaat er ook meer aandacht voor de rol van vrouwen (en mannen) in de huishoudelijke arbeid. Belangstelling voor deze 'onproductieve' arbeid leidt tot interessante gezichtspunten. Analyses van de huishoudelijke arbeid levert bijvoorbeeld inzichten op omtrent de functie van huisvrouwen (en nu dus ook van huismannen) als 'economische buffer': de eerste klappen van loondalingen, prijsstijgingen, afbraak van voorzieningen kunnen in het huishouden op tal van manieren worden verzacht, omdat vrouwen of mannen meer taken die voorheen via collectieve voorzieningen opgevangen werden, op zich nemen. Ze gaan meer zelf maken; en ze kunnen psychische spanningen van werkende of werkloos geworden gezinsleden verlichten; of door middel van vrijwillig(st)erswerk de door bezuinigingen getroffen voorzieningen op de been houden. De zoete wijn van 'zelfzorg' en 'mantelzorg', die grijpgrage beleidsmensen en politici heden ten dage leveren, laat dan wel een erg bittere nasmaak achter.

Ook het punt van de dubbele belasting van de buitenshuis werkende vrouw is door de vrouwenbeweging ingebracht en werpt een ander licht op heersende opvattingen over belasting in de arbeidssituatie. Belasting is een meervoudig concept, waaraan alle aspecten vastzitten. Een inzicht dat ook door de andere sociale bewegingen is ingebracht. Bij arbeidsbelasting namelijk spelen naast 'objectieve' belastingfactoren als fysieke (chemische stoffen, straling en dergelijke) en perceptief-mentale inspanning ook andere (intermediaire) zaken als arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsverhoudingen en arbeidsorganisatie een belangrijke rol. Waar mensen in staat zijn de indeling van het werk, de keuze van pauzes en het arbeidstempo zelf te regelen, zal de invloed van belastingsfactoren, zelfs bij zulke 'harde' als chemische stoffen, veel geringer zijn dan wanneer dit niet het geval is. Welke aspecten en factoren met elkaar verbonden worden, is zeker ook aan ideologische bevangenheid onderhevig. In het wetenschappelijk onderzoek wordt hiermee meestal geen rekening gehouden.

Voorop het gebied van de mens- en maatschappijwetenschappen is dus onderzoek verricht naar de ideologische en maatschappelijke positie van vrouwen in het arbeidsproces. Het wetenschappelijk onderzoek naar vrouwenarbeid en gezondheid in relatie tot chemische stoffen, straling, fysieke belasting enz., staat nog echter in de kinderschoenen. Een

kritische discussie over de uitgangspunten van het wetenschappelijk onderzoek naar vrouwenarbeid en gezondheid moet dus nog grotendeels op gang komen.

Waarheen?: een voorbeeld

We hebben gezien hoe verschillende sociale bewegingen aandacht hebben gevraagd voor onderwerpen waaraan de gevestigde wetenschappers en professionele werkers geen aandacht hebben besteed. Deze sociale bewegingen kunnen samen hun krachten bundelen om het terrein arbeid en gezondheid te betreden. Daarbij zal men verder moeten gaan dan de scherpe randjes van het heersende systeem eraf te slijpen. Traditionele theorievorming en het traditionele kennisbegrip moeten hierbij niet ongemoeid gelaten worden. Hoe de moeilijke discussie hierover eruit zou kunnen zien wil ik graag laten zien aan de hand van het gebruik van gevaarlijke chemische stoffen in de industrie.

Momenteel worden er zo'n 60.000 tot 70.000 chemicaliën op de een of andere wijze in de industrie toegepast, terwijl er elk jaar honderden nieuwe bijkomen. Van sommige stoffen kent men de schadelijke werking op het lichaam. Van de meesten niet. In schril contrast met de vele duizenden stoffen in de industrie staat het gegeven dat er slechts voor ruim 600 stoffen MAG-waarden (maximaal aanvaarde concentraties) zijn vastgelegd. Een groot probleem in de industrie is dat vele chemische stoffen vaak alleen onder een code- of artikelnaam bekend zijn. Terecht is vanuit de vakbeweging en andere organisaties gepleit voor openbaarheid van de aard van deze chemische stoffen. Duidelijk is dus dat op dit gebied sociale en politieke strijd een voorname plaats dienen in te nemen.

De wetenschapskant ervan is echter niet te verwaarlozen. Eén van de grote problemen van de MAG-waarden is dat deze een norm is, een maatstaf op grond waarvan men vaststelt bij welke concentraties van een stof mogelijk optredende schadelijke effecten nog 'acceptabel' zijn. De vraag is dan wie die grens vaststelt en op grond van welke criteria! Een feit is in ieder geval dat de vaststelling van deze grens mede afhankelijk is van de groepen deskundigen die daarbij betrokken zijn en van de bijzondere kennis en ervaring die zij inbrengen.

Het MAG-begrip is van angelsaksische afkomst en is ontstaan in de jaren '20 en '30, met name in Amerika waar het centraal heeft gestaan in heftige publieke debatten. Inder tijd publiceerde men in Amerika reeds uitgebreide en lange lijsten van MAG-waarden van allerlei stoffen. Al in de '30-er jaren deden zich namelijk in Amerikaanse bedrijven grote problemen voor bij de productie en verwerking van gevaarlijke chemische stoffen. Talrijke rechtszaken met hoge smartegelden ('compensation claims') - een vertrouwd verschijnsel in Amerika dat de 'machtspositie' van de consument sterk vergroot - zorgden ervoor dat de normstelling en wetgeving rond 'acceptabele' concentraties van chemische stoffen daar sneller en strenger tot ontwikkeling is gekomen dan in Nederland. Voor het bedrijfsleven werd het dus zaak door deskundigen wettelijke normen te laten opstellen, die een buffer moesten vormen tegen de aanspraken van de arbeiders. Industriële toxicologen, bedrijfs-hygiënisten en bedrijfsartsen werden ingeschakeld om een verantwoorde normstelling tot stand te brengen.

Medici hebben in de ontwikkeling van de MAG-waarden dus een belangrijke rol gespeeld. Wetenschappelijk onderzoek in de industriële toxicologie is nauw verbonden met de praktijk van de bedrijfsgeneeskunde. Academische bedrijfshygiënisten onderhouden nauwe relaties met hun collega's uit de praktijk. Industrie en overheid zijn 'klanten' van deze disciplines. De 'wetenschapper' heeft dus een sterke inbedding in de beroepspraktijk van de bedrijfsgeneeskunde. Industriële toxicologen en bedrijfsartsen ontwikkelen daarom om-

lekkerwerk

Voordat de huidige crisissfeer om zich heen greep, werd werknemersstrijd voor een kwalitatief werkgelegenheidsbeleid vanuit werkgeverszijde nog gedeeltelijk geaccepteerd en gekanaliseerd in de discussie rond 'humanisering van de arbeid'. Momenteel wordt de schijn gewekt dat kwaliteit van de arbeid haaks staat op kwantiteit. De werkgeversideologie domineert. Wie in deze tijd van 'algehele-malaise'-opvattingen onderzoek doet naar de mogelijkheden voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden door werknemers zelf, die durft...

KEES HERTOOG studeerde geneeskunde aan de K.U. Nijmegen en is actief op het terrein arbeid en gezondheid. Dit artikel is geschreven n.a.v.: Jan van Bergen e.a.: De invloed van arbeidsomstandigheden op de gezondheid; een verkennend onderzoek naar mogelijkheden voor werknemerscontrole. Nijmegen/Utrecht, 1982. 4 delen, 685 blz. Te bestellen door overmaking van f 28,- (instellingen f 38,-) op giro nr. 3454300 t.n.v. J. van Bergen, Nijmegen. D.i. inclusief verzendkosten. Telefonisch bestellen: (080) 235380.

Uit een gesprek met één van de samenstellers blijkt dat dit lijvig werk de neerslag vormt van een onderzoek, verricht door een groep van negen geneeskunde-studenten in het kader van hun opleiding tot arts aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Zij zijn allen betrokken bij de 'Doktoraal-werkgroep', een groep kritische geneeskunde-studenten voortgekomen uit onvrede met de huidige gezondheidszorg en uit verzet tegen de manier waarop artsen opgeleid worden. Onderdeel van de kritiek op de medische opleiding is dat er nauwelijks aandacht wordt besteed aan de invloed van arbeidsomstandigheden op de gezondheid. Met een in 1978 gehouden studentencongres 'Arbeid en Gezondheid' werd de aanzet gegeven om in het curriculum ruimte te vragen voor deze problematiek. Er werd een brede visie gepresenteerd waarbinnen 'gezondheidsproblemen' op het veld van betaalde en onbetaalde arbeid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en pensionering in een systematische samenhang werden behandeld. Het congres heeft indertijd voor veel studenten als 'eye-opener' gefunctioneerd.

De Doktoraalwerkgroep heeft zich nadien intensiever met arbeid-en-gezondheid beziggehouden, wat gestalte kreeg in een regelmatige samenwerking met de Stichting Arbeid en Gezondheid te Utrecht (één van de Instituten voor Maatschappelijk Gericht Onderzoek) en de Industriebond FNV, district Gelderland. Met de Industriebond, de Wetenschapswinkel Nijmegen en de Milieuwinkel Wageningen werd een Districts-Advies-Commissie voor Veiligheid en Gezondheid opgericht. Deze richt zich vooral op het begeleiden van vakbondskadergroepen die de veiligheid-en-gezondheidsproblematiek in hun bedrijf willen aanpakken. In het verlengde van deze activiteiten werd het onderzoek naar de mogelijkheden voor werknemerscontrole verricht. Het onderzoek ontleent zijn waarde vooral aan de schat van informatie die het overzicht en de kritische bespreking van de activiteiten in Nederland met betrekking tot het verbeteren van arbeidsomstandigheden bieden. Doordat het onderzoeksmateriaal tevens verwerkt werd tot een werknemerscursus over Arbeid en Gezondheid - compleet met cursusopzet, handleiding voor de begeleiding en een aantal standaardpakketten omtrent de meest voorkomende onveilige en ongezonde arbeidsomstandigheden - is de directe gebruikswaarde van het verslag groot.

In het vervolg van dit artikel zal ik aanstippen op welke moeilijkheden werknemers stuiten bij hun pogingen arbeidsomstandigheden te verbeteren. Een eigen beleid moet daarbij nog veelal ontwikkeld worden. Het is van belang de belangengebodenheid van de over werknemers uitgestorte veiligheidsvoorlichting te kunnen beoordelen. Daarom vervolgens in het kort de drie grofweg te onderscheiden veiligheidsideologieën, zoals die in het vermelde onderzoek

uiteengezet worden. Daarna een beoordeling van de bestaande vakbondsscholing en de uitgangspunten van hoe dat beter kan. Tenslotte een visie op de samenhang van vakbondswerk, veiligheidsproblematiek en wetenschap.

Tegenkennis

Het verbaast niet dat in dit onderzoek duidelijk een werknemersperspectief gekozen is. Het verslag opent met een verkenning van ervaringen van werknemers in het controleren en veranderen van hun arbeidsomstandigheden. Uitgangspunt vormt de visie dat werknemers recht hebben op een veilige en gezonde werkplek, de verantwoordelijkheid voor de arbeidsomstandigheden bij de bedrijfsleiding ligt, en werknemers ten aanzien daarvan een controlerende functie moeten uitoefenen. Werknemers claimen dan ook een recht op informatie, die ze in het bedrijf echter meestal niet krijgen. Bovendien legt de werkgever de bewijslast voor onveilige arbeidsomstandigheden bij de werknemers. In het bedrijfsbeleid wegen economische argumenten het zwaarst. Voor werknemers blijkt het veranderen van arbeidsomstandigheden veelal een zaak van lange adem. Voor het realiseren van hun recht op een veilige werkplek is het ontwikkelen van eigen kennis en het beschikken over eigen onderzoek belangrijk. Een poging arbeidsomstandigheden te verbeteren heeft alleen kans van slagen als er duidelijke eisen geformuleerd worden, die door een meerderheid van werknemers in het bedrijf als strijdpunten gedragen worden. Werknemers zullen in hun vakbonden een eigen beleid rond veiligheid en gezondheid moeten ontwikkelen. Uiteindelijk zullen werknemers hun recht op een veilige werkplek pas kunnen realiseren als medezeggenschap in het totale ondernemingsbeleid wordt verworven.

Veiligheidsideologie

Bij het inventariseren van wat er op dit moment aan scholing, vorming en voorlichting voor werknemers gebeurt, en welke deskundige diensten zich bezighouden met werkplekonderzoek en welke ingangen zij bieden voor werknemers, wordt de door de verschillende instituten gehanteerde veiligheidsideologie centraal gesteld. Onder andere passeren de revue: de scholingsinstituten van de vakbeweging, (semi-) overheidsinstellingen (als de Arbeidsinspectie en het TNO), tripartite en paritaire instellingen (als het Veiligheidsinsti-

tuut, het Buro Bouw Veilig), particuliere instellingen (als PBNA, en LOI) en grote bedrijven (als Dupont).

Er worden dan grofweg drie visies onderscheiden met in het verlengde daarvan verschillende veranderingsmomenten.

- De 'persoonlijke schuld' benadering legt de nadruk op een gebrek aan vakbekwaamheid van werknemers, op menselijk falen. Kortom: het veiligheidsprobleem als mentaliteitskwestie. Deze benadering past binnen een patriarchale bedrijfsorganisatie en ziet oplossingen voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden vooral als een motivatieprobleem: werknemers moeten leren zorgvuldiger om te gaan met veiligheidsvoorschriften. Persoonlijke beschermingsmiddelen en ideeënbusen zijn binnen dit perspectief 'oplossingen'.

- De systeemanalytische benadering is te kenmerken door de trefwoorden: risicobeheersing, mens-machinesysteem, kosten-baten-analyse, efficiency. De bedrijfsverhoudingen zijn technocratisch van karakter. Veiligheidsproblemen zijn technische problemen. Afhankelijk van de 'strand van de wetenschap' en het aantal veiligheidstechnici ligt een 100 procent veiligheid in het verschiet. Oplossingen worden daarnaast gezocht in allerlei overlegstructuren.

- De benadering waarbij wordt uitgegaan van het recht op een veilige en gezonde werkplek, legt heel duidelijk verbanden tussen arbeidsomstandigheden en economische belangen, en legt de nadruk op solidaire verhoudingen en werknemerscontrole. Het veiligheidsprobleem wordt gezien als een belangenprobleem: de tegengestelde belangen van werkgevers (winstvorming) en werknemers (een volwaardige arbeidsplaats) zijn doorslaggevend en bepalen daarmee de te volgen strategie. Werknemers moeten zich organiseren, gebruik maken van publiciteit en actie, het ontwikkelen van tegenkennis en het kunnen beschikken over werknemersvriendelijk onderzoek passen in dit kader. Progressieve wetenschappers kunnen bij dit laatste een rol spelen. Een koppeling van onderzoek aan scholing en vorming kan een politieke en inhoudelijke verbreding van de maatschappelijk gerichte wetenschapsbeoefening betekenen. In dit licht bezien is het ook toe te juichen dat de onderzoeksgroep zich niet beperkt heeft tot het opzetten van een werknemerscursus over Arbeid en Gezondheid, maar deze ook gegeven heeft. Een evaluatie daarvan is onderdeel van het verslag.

Voorzover het de bestaande vakbondsscholing betreft, wordt geconcludeerd dat deze over het algemeen een klein bereik heeft, dat deze wel uitgaat van de situatie op de werkplek, maar blijft steken in morele vermaningen: 'veranderingen dienen afdwongen te worden'. Hoe, blijft echter in bet vage. Er is weinig eigen scholingsmateriaal, de

cursusvoorbereiding laat te wensen over en het effect wordt nauwelijks nagegaan.

Uit de analyse van en de kritiek op de bestaande veiligheidspropaganda worden een aantal voorwaarden afgeleid waaraan 'goede' voorlichting moet voldoen. Allereerst een gedegen cursusvoorbereiding, zodat de voorlichting toegesneden is op de bedrijfssituatie. Bovendien is een niet-normatieve analyse van de praktische activiteiten van de werknemers nodig waarbij rekening gehouden wordt met de tegenspraken in die activiteiten (bijvoorbeeld: afhankelijk als arbeider en tegelijk medeverantwoordelijk als ondernemingsraadslid) en in het denken daarover. Zo kunnen ervarings-samenhang en bedrijfssituatie als uitgangspunt gehanteerd worden. Er moet rekening worden gehouden met allerlei vlucht-tendenzen ('je krijgt tegenwoordig overal kanker van'). Deze zijn te wijten aan het ontbreken van een veranderingsperspectief en bijvoorbeeld ontslagdreiging. Een beo-schuldigend vingertje is dan ook misplaatst. Het is van belang concrete, aansprekende wegen tot verandering aan te geven. Een systematisch werk- en actieplan kan hierin voorzien. Tenslotte dient bij de kritische kennisoverdracht een duidelijk 'klassestandpunt' ingenomen te worden: de gezonde en veilige arbeidssituatie als onderdeel van machtsstrijd.

Vakbeweging, veiligheid en wetenschap

Het verschijnen van dit onderzoek kan geplaatst worden tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de vakbeweging. Binnen het strategisch denken van de vakbeweging heeft zich sinds de jaren zestig langzaam een verandering voltrokken van participatie ('samen verantwoordelijk') naar controle ('wij eisen...'). Als instrumentering van de controlestrategie dient het bedrijvenwerk (het ontwikkelen van een eigen beleid door vakbondsgroepen in de ondernemingen): zij moet een onafhankelijke standpuntbepaling garanderen. De ontwikkeling van dit bedrijvenwerk is voorwaarde geweest voor een hernieuwde belangstelling voor de arbeidsomstandigheden. Deze problematiek behoeft immers een directe signalering op de werkvloer. Voor de nieuwe vakbeweging op zoek naar werkelijke werknemerscontrole in het bedrijf biedt de veiligheidsproblematiek een goede ingang. Op de werkplek zijn arbeidsomstandigheden een van de grootste 'items'!

Om tot een werknemersgerichte gezondheidspolitiek te komen is het niet dienstig uit te gaan van gezondheid als neu-

traal, te objectiveren individueel kenmerk, exclusief vast te stellen door de gezagsdragers van de medische wetenschap. Bij het beoordelen van arbeidsomstandigheden en -voorwaarden moet een politiek-maatschappelijke discussie gevoerd worden, waarin verschillende belangen een rol gaan spelen. Het gezondheidsbegrip kan zo worden gepolitiseerd en een strijd-karakter krijgen. In de praktijk kan dit betekenen dat meningen, klachten en observaties van werknemers als uitgangspunt genomen worden bij de beoordeling van de kwaliteit van de arbeid. Bijvoorbeeld: als veel werknemers last hebben van het kabaal op een afdeling is dat voldoende reden om maatregelen te eisen. De resultaten van geluidsmetingen - uitgevoerd onder toezicht van werknemers - kunnen de eisen ondersteunen, maar blijven van ondergeschikt belang. De 'last van herrie' wordt immers niet minder als uit metingen blijkt dat het lawaainiveau binnen 'aanvaardbare grenzen' blijft of als (nog) bij niemand gehoorschade kan worden vastgesteld. De vakbeweging dient een eigen visie op gezondheid te ontwikkelen die buiten de kaders breekt zoals die aangereikt worden vanuit de gevestigde medische wetenschap. Arbeidsvoorwaarden moeten vanuit een duidelijk werknemersbelang op hun gezondheidsaffect beoordeeld worden.

Omdat de vakbonden geen eigen wetenschappelijk kader hebben, zijn zij afhankelijk van de inbreng van (kritische) wetenschappers. Andersom biedt de vakbeweging deze wetenschappers de zo gezochte gelegenheid hun kennis in dienst te stellen van werknemers. Tenslotte biedt het voor de werknemers in de bedrijven voordelen te kunnen beschikken over deskundigen die niet direct tot het vakbondsapparaat horen: centralisme kan omzeild worden en de bedrijfsledengroep kan zelfstandiger opereren.

Op het terrein van voorlichting, scholing en vorming van werknemers zijn een aantal instituten actief. Zij gaan uit van en grijpen in op de bewustzijnsinhouden van hun klanten, met andere woorden zij proberen hun referentiekader te veranderen. Op het eerste gezicht lijkt scholing van werknemers weinig problematisch; immers: kennis is macht. Maar er zit toch een addertje onder het gras. Het aandragen van kennis is ook ingeschakeld in machtsstrategieën: je kunt op verschillende manieren tegen veiligheidsproblemen aankijken, oorzaken en oplossingen in verschillende perspectieven plaatsen en zo verschillende belangen dienen. Daarom is het ook een zinnige aanpak de door de instituten gehanteerde veiligheidsideologie onder de loep te nemen.

DRIELUIK PRIVATISERING

Een beslissend moment voor links

123

Crisis en de vrije markt

Privatisering, profijtbeginsel, overtrokken solidariteit: dit zijn de steekwoorden die het huidige volksgezondheidsbeleid kenmerken. Het door de regering gewenste bezuinigingsdoel heiligt de ongezon- de middelen: kosten die we vroeger gezamenlijk droegen, worden nu overgeheveld naar de individu- ele portemonnaie (privatisering); en degene die ge- bruik maakt van een gezondheidszorgvoorziening, moet daar ook zelf voor betalen (profijtbeginsel). Beide aloude liberale principes worden door de re- gering blinkend opgepoetst.

In een drieluik besteden we aandacht aan deze poli- tiek, die de grondvesten van de gezondheidszorg doet schudden en die dit najaar met de Kamerbe- handeling van de plannen van staatssecretaris Van der Reijden zijn beslag lijkt te krijgen.

Erik Heydelberg maakt in zijn bijdrage duidelijk dat het beleid in de gezondheidszorg een uiting is van een veelomvattender crisis van de verzorgings- staat. Hij laat onder meer aan de hand van het nieuwe ziekenhuis in Lelystad zien dat niet zozeer de consumenten, maar de producenten van gezond- heidszorg de kostenmakers zijn.

Paul juffermans geeft in een degelijk onderbouwd artikel een schets van de 'volksverzekerings'plannen en toont aan dat er al vele jaren aan de poten onder het ziekenfondsstelsel gezaagd wordt.

Theo Waaijzet zet in een derde bijdrage uiteen dat de meerderheid van de ziekenfondsen en haar over- koepelende organisatie VNZ, de uitholling van het ziektekostenverzekeringsstelsel ondersteunen. Dui- delijk is dat de vrijwillige ziekenfondsverzekerden als eerste worden geofferd op de slachtbank van particuliere ziektekostenverzekeraars en zieken- fondsen.

Gezondheid en ziekte wordt zo met elkaar op het terrein waarop op winst beluste ondernemingen hun activiteiten ontplooiën.

ERIK HEYDELBURG

PAUL JUFFERMANS

THEO WAAIJZER is medisch-socioloog en als beleidsmede- werker verbonden aan het ziekenfonds AZIVO.

Onlangs maakte een stichting die zich het bieden van 'infor- matieve en educatieve' recreatie ten doel stelt, haar plannen bekend. In een bosrijk gebied in Twente zal een vijftien meter diepe, twintig meter brede en zevenhonderdvijftig- meter lange 'recreatiekloof' gegraven worden. "In de kloof- wanden zullen ruimten worden aangelegd, waarin bezoekers op een veelzijdige manier informatie kunnen krijgen", meld- de de Volkskrant. Bij het lezen van dit bericht, waarin van- zelfsprekend nog werd vermeld dat het 'kloofproject' hon- derden mensen aan het werk zal houden, moest ik onmid- dellijk denken aan de plannen voor de bezuinigingen in de gezondheidszorg. Met de Twentse recreatiekloof hebben deze plannen gemeen dat ze nauwelijks een reflectie bevat- ten op de economische en sociale crisis waaruit zij voort- komen. De Twentse recreatiekloof kan daar gegraven wor- den waar eens tienduizenden in de textielindustrie werkten. Het debat over de bezuinigingen in de gezondheidszorg wordt gehouden met slechts een vage herinnering aan open- bare voorzieningen, gelijkheid, toegankelijkheid en solidari- teit.

De ontmanteling van het collectieve karakter van de verzor- gingsstaat en recreatieprojecten als de 'Twentse kloof' zijn uitdrukking van dezelfde crisis. Het woord 'crisis' kan hier het beste gelezen worden in haar letterlijke betekenis van 'keerpunt' of 'beslissend moment'. Ziekte, lijden en behoef- tigheid geven niet langer recht op zorg en solidariteit, maar leiden tot het 'eigen schuld - dikke bult'-principe van de eigen bijdragen. Werkloosheid is geen aanzet meer tot poli- tieke strijd, de werkloze mag zich als schuldige mislukkeling bezighouden met het aanleggen van recreatieprojecten op- dat zijn soortgenoten er zich onledig kunnen houden met het consumeren van vrijblijvende informatie. Precies daar ligt het 'beslissend moment' van de huidige crisis: buigt het zich technologisch vernieuwende kapitalisme, of barsten de grondslagen van de verzorgingsstaat?

Bad-risks

Steeds sterker worden de laatste tijd de aanwijzingen dat de forse bezuinigingsingrepen de totale kosten van de gezond- heidszorg niet drukken, maar het draagvlak van de kosten slechts verleggen. Het jonge gezin met één, liefst twee kost- winners is steeds goedkoper uit; bejaarden werklozen, WAO-ers en invaliden dragen in toenemende mate het volle gewicht van de medische en sociale risico's die ze zelf lopen. Eigen bijdragen en versterking van het marktprincipe zijn twee peilers van een overheidsbeleid dat gericht is op het verhalen van de kosten op diegene voor wie ze gemaakt worden. Dit profijtbeginsel kan en wordt zonder veel om-

EIGEN SCHULD, DIKKE BULT



haal en onder niet veel meer dan de protesten van de 'bad-risks' zelf doorgevoerd. Kostenbesparend werken de maatregelen nauwelijks, omdat de consumptie van medische voorzieningen er niet noemenswaard door terugloopt. Dit toont ook Juffermans in zijn artikel aan. De aanbodzijde van de gezondheidszorg, de productie, blijft ondertussen groeien en kostenstijgingen veroorzaken. Keer op keer wordt weer bewezen dat het niet in de eerste plaats het consumentengedrag is dat de kosten opdrijft, maar dat het de artsen in de ziekenhuizen zijn die kostenbeheersing in de gezondheidszorg tot een onmogelijke opgave maken.

Een goed voorbeeld daarvan is Lelystad waar onlangs na jaren voorbereiding een ziekenhuis werd geopend. Tot dan waren patiënten uit Lelystad aangewezen op ziekenhuizen in Amsterdam en Zwolle. Resultaat van de opening van het nieuwe ziekenhuis is een vervelendheid van het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnamen van patiënten uit Lelystad. Vaak onder druk van de patiënten uit Lelystad, maar uitgelokt door de aanwezigheid van een ziekenhuis en gespecialiseerde artsen.

Deze eigen dynamiek van de door onderling wedijverende hulpverleners gedomineerde voorzieningen laat zich niet beteugelen door invoering van het profijtbeginsel voor de gebruikers ervan. Weliswaar daalt in een beperkt aantal sectoren op langere termijn het aantal medische handelingen onder invloed van bijvoorbeeld pro tocolaire geneeskunde. Daartegenover staan echter steeds hogere investeringen in gebouwen en geavanceerde technologie. De ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg zijn daarmee niets anders dan één van de talloze uitingen van een sociaal-economische transformatie die gekenmerkt wordt door automatisering, uitstoot van arbeidsplaatsen, groeiende ongelijkheid en vervanging van het collectieve draagvlak van openbare voorzieningen door marktmechanismen.

Privatisering in de vorm van eigen bijdragen en een vrije markt zijn daartoe (ook) in de gezondheidszorg de instrumenten. Een korte opsomming van het inzetten van deze instrumenten en hun effecten in de gezondheidszorg lijkt op haar plaats.

- De medicijnen knaak betekent voor een groot aantal bejaarden met alleen AOW een inkomensachteruitgang van netto 1 procent per jaar. De medicijnen consumptie is niet afgenomen maar vertoont enorme pieken.

- Tenuateernood is voorkomen dat de Ziekenfondsraad op voorstel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Pharmacie (KNMP) -- de kooplieden-apothekers -- de pil uit het ziekenfondspakket verwijderde. De commerciële praktijken van de meeste apothekers en uitwassen als concernbouw blijven praktisch onaangetaast.

- Patiënten, opgenomen in verpleeg- en psychiatrische inrichtingen wat door de AWBZ wordt betaald, moeten zo'n forse eigen bijdrage betalen dat ze niet meer dan een zakgaldje van rond 200 gulden overhouden. Terugkeer van de inrichting naar de maatschappij wordt er zo niet gemakkelijker op en de gezondheidszorg wordt er niet goedkoper door.

- Er liggen voorstellen voor een totale herziening van de ziektekostenverzekeringen waarin onder het misleidende motto 'volksverzekering' afgerekend wordt met solidariteit tussen verschillende risicogroepen en met 'verevening' tussen ziekenfondsen met hoge en lage kosten. Paul Juffermans en Theo Waaijer tonen in hun bijdragen aan welke belangen daarmee gediend zijn.

Het gezondheids-bedrijf

De wijze waarop het marktprincipe bijna ongemerkt de gezondheidszorg steeds verder binnendringt, wordt duidelijk aan de hand van het voorbeeld van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. Het AMC heeft een drietal 'maatschappelijke' beleidsdoelstellingen. Samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, samenwerking met de medisch-technische industrie en internationalisering. De samenwerking met de eerste lijn komt niet of moeizaam van de grond, omdat het voor de managers financieel weinig aantrekkelijk is en voor de meeste specialisten te sociaal gericht en daardoor professioneel te weinig interessant is (sic).

Wat wel van de grond komt, zijn de contacten met het bedrijfsleven in de vorm van financiële bijdragen aan onderzoeken, proefopstellingen van apparatuur en dergelijke. Onder de doelstelling van 'internationalisering' verschuilt zich een opmerkelijk staaltje privatisering. Met de KLM, het organisatie-adviesbureau Twijnstra en Guddé en het zich steeds commerciëler opstellende Tropeninstituut 'nieuwe stijl' is een stichting opgericht: de International Health Development Foundation (IHDF). Middels de IHDF wil het AMC een gooi doen naar de internationale 'markt' voor rijke patiënten die uitzonderlijk specialistische behandelingen willen (en kunnen) kopen. De doelgroep: sheiks, afrikaanse dictators, werknemers van multinationals die van hun booreiland afgevallen zijn of een enge tropische ziekte opgelopen hebben. Nog dit najaar gaat men op het terrein van het AMC van start met een hotel voor deze 'gastpatiënten'. Onder meer op deze wijze tracht men financiële gaten te dichten die onvermijdelijk zijn wanneer men zo groot-schalig en superspecialistisch georiënteerd blijft werken.

Deze privatisering van geldmiddelen en beheersvorm en werkt ten nadele van de invloed van de werknemers en patiënten, verslechtert de mogelijkheden voor samenwerking met de eerste lijn en versterkt de vertechnisering van de specialistische medische hulp. Dat zal een enkele patiënt verlichting (en soms ook wel verlenging) van lijden geven en een hele hoop specialisten steeds meer van steeds minder af laten weten. In mijn ogen een onverteerbare zaak in een tijd waarin basisvoorzieningen waarvan de effecten op de volks-

gezondheid wél te meten zijn, steeds schraler worden.

Laten we ons verzetten tegen de opmars van privatisering en profijtbeginzel die vermoed als kostenbeheersing de gezondheidszorg als openbare voorziening aantasten en ondermijnen. In zoverre onderschrijf ik de oproep van Paul Juffermans tot "mobilisering van het linkse verzetspotentieel". Maar laten we met dat verzet iets verder kijken dan de neus van de gezondheidszorg lang is, want tegen de wind in valt niet te zeiken.

DRIELUIK PRIVATISERING

123

Hellend vlak van de afnemende solidariteit

Begripsomschrijving

De term privatisering is de laatste tijd bijna gemeengoed geworden in politieke debatten over de gezondheidszorg. Onder privatisering kan men verschillende zaken verstaan; een verschuiving van voorzieningen van de staat naar de privéfeer, een vervanging van professionele zorg door zelfzorg en een versterking van het marktelement in de gezondheidszorg. In dit artikel wil ik mij beperken tot een bespreking van privatisering in het financieringsstelsel van de gezondheidszorg. Dit financieringsstelsel is momenteel als volgt samengesteld:

VERDELING VAN DE FINANCIERINGSSTROMEN VAN
DE GEZONDHEIDSZORG
(in procenten van de totale kosten)

Directe financiering door de overheid	5%
Wettelijke ziekenfondsverzekering (verplichte, vrijwillige en bejaardenverzekering)	42%
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	28%
Particuliere verzekeringen + eigen bijdragen	25%

Bron: Financieel Overzicht Gezondheidszorg, 1982.

Uit de tabel is af te lezen dat in het huidige financieringsstelsel een kwart van de kosten van de gezondheidszorg langs private weg wordt verkregen. Privatisering leidt tot een vergroting van dit private aandeel in de totale financiering. Grof gezegd worden de geldstromen daarbij verlegd van de overheid naar de particuliere (verzekerings)markt. Het gaat dus in eerste instantie niet om kostenbeheersing, maar om kostenverschuiving. Geldstromen die eerst door of via de overheid worden gekanaliseerd, worden bij privatisering gereguleerd via de "onzichtbare hand" van de (verzekerings)markt.

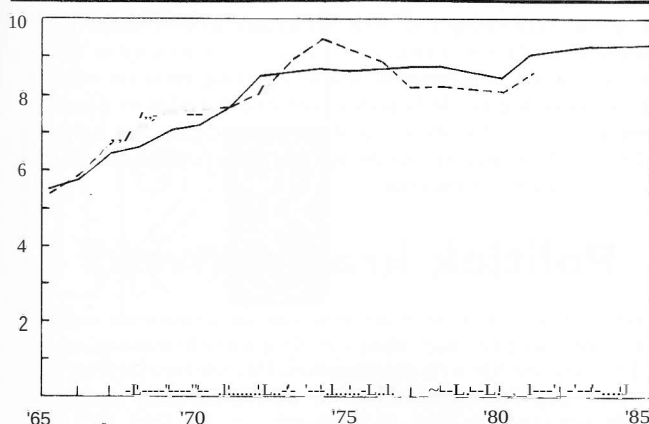
De ondersteunende ideologie van dit privatiseringsstreven is die van de 'eigen verantwoordelijkheid' van de consument. Volgens deze ideologie moet de consument niet wettelijk verplicht worden zich op uniforme wijze te verzekeren tegen ziektekosten. De consument zou daarentegen zelf de vrijheid moeten hebben te kunnen kiezen uit een scala van verzekeringspakketten van verschillende omvang en met uiteenlopende premies, waarbij hij ook zelf de omvang van het "eigen risico" zou moeten kunnen bepalen. Deze op het eerste gezicht lofwaaardige keuzevrijheid leidt er in de praktijk echter toe, dat de relatief gezonde consument met een hoog

inkomen wordt bevoordeeld in vergelijking tot de minder gezonde met een laag inkomen. Wie zijn ziektekansen laag inschat, en dus denkt weinig gebruik te hoeven maken van de gezondheidszorg, zal zich zo goedkoop mogelijk verzekeren tegen ziektekosten en meer eigen risico durven lopen. Degene die een minder goede gezondheid en een hoog peil van medische consumptie heeft, zal zich daarentegen duur moeten verzekeren en weinig risico durven lopen. Bovendien zullen de financiële lasten van verzekering en eigen risico het zwaarst drukken op de lagere inkomens, aangezien zowel de premiebedragen van particuliere verzekeringen als eigen risicobedragen onafhankelijk plegen te zijn van de hoogte van het inkomen. Privatisering leidt zo onherroepelijk tot een sociale discriminatie tussen jongeren en ouderen, gezonden en zieken en hogere en lagere inkomensgroepen voor wat betreft de lastenverdeling en het gebruik van medische voorzieningen. De keuzevrijheid van het marktsubject betekent bevoordeling van de sterken ten koste van de zwakken. Voor de lagere inkomensgroepen, die tot op heden zijn aangewezen op het ziekenfondsstelsel met zijn solidariteitsmechanismen, betekent privatisering niet een vergroting, maar een verkleining van de vrijheid om, wanneer daaraan behoefte bestaat, van onze gezondheidszorg gebruik te maken. Het vrijheidsbeginzel van de liberale marktideologie slaat, toegepast op de realiteit, voor hen om in zijn tegendeel.

Privatisering: waarom actueel?

De discussie over privatisering is niet nieuw. Nieuw is, dat deze gedachte het laatste jaar zoveel weerklank vindt bij de overheid, de ziekenfondsen en andere organisaties in de gezondheidszorg. Hoe valt dit te verklaren? Een centraal element in de strategie van crisisbeheersing van de regering Lubbers is een steeds verdergaande besparing op de publieke uitgaven. In de gezondheidszorg zijn dat met name de uitgaven, die in het kader van ziekenfondsverzekering en de AWEZ worden gedaan, én de directe overheidsuitgaven. De overheidsuitgaven moeten worden teruggedrongen om het financieringsstekort te verminderen en de sociale premies moeten worden gedrukt om de lasten voor het particuliere bedrijfsleven te verlagen. En dit alles ten gunste van rendements- en investeringsherstel en... bevordering van de werkgelegenheid, zo luidt de officiële argumentatie van overheidszijde.

Ad is het opmerkelijke, dat het aandeel van de overheid in de kosten van de gezondheidszorg van 1976 tot 1982 is teruggelopen van krap 7% naar 5%. Bovendien zijn in diezelfde periode de premies van de verplichte ziekenfondsverzekering en de AWBZ te samen, die men als financiële lasten voor het bedrijfsleven kan beschouwen, nauwelijks gestegen, namelijk van 11.7% in 1976 tot 12.4% in 1982. In de zes jaar daarvoor, van 1970 tot 1976, stegen deze premies heel wat sneller, namelijk van 8.7% naar 11.7%. Onderstaand grafiekje geeft ons een beeld van het premieverloop van de verplichte ziekenfondsverzekering alleen vanaf het jaar 1965. Aangezien de verplichte verzekering alleen voor werknemers geldt, is deze voor de financiële lasten van het bedrijfsleven het meest relevant.



Bron: Premie verplichte ziekenfonds- en bejaardenverzekering 1982, Uitgave Ziekenfondsraad, nr. 162, bijlage 19.

De stippellijn in de grafiek laat zien dat er bij de verplichte verzekering na 1974 zelfs een daling van de premiedruk is opgetreden. Zowel de stabilisatie van de premies van de ziekenfondsverzekering als het terugdringen van het directe overheidsaandeel in de kosten van de gezondheidszorg hebben echter in de achter ons liggende jaren geen enkel effect gehad op de werkgelegenheid; integendeel... de werkloosheid is alleen maar met sprongen toegenomen. De verantwoordelijke beleidsvoerders schrijven het uitblijven van enig effect van hun beleid toe aan het feit dat er kennelijk nog niet genoeg bezuinigd is en dat er nog verder op de ingeslagen weg moet worden doorgegaan. Zij lijken op dokters, die bij het zieke worden van de patiënt de dosis van het toegepaste geneesmiddel verhogen.

Sinds het begin van de jaren '70 zijn reeds aanzienlijke besparingen doorgevoerd aan de aanbodzijde, die mede tot de bovenbeschreven stabilisatie van het premiepeil van de ziekenfondsverzekering hebben bijgedragen. Men kan daarbij denken aan de reductie van het aantal ziekenhuisbedden, de strakkere bouwpolitiek ten aanzien van de instellingen, de strengere regulering van de verpleegprijs en de loonmatiging van het personeel in de gezondheidszorg. Wat men ook over dit type bezuinigingen aan de aanbodzijde mag denken, zij laten in elk geval de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de verschillende bevolkingsgroepen intact. Maar kennelijk zijn deze bezuinigingsmethoden voor het liberaal-confessionele kabinet-Lubbers niet genoeg; het wil nu ook de toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen beperken door te bezuinigen aan de vraagzijde. Daarbij worden oude liberale stokpaardjes van stal gehaald: eigen risico's, versterking van het marktelement en van de particuliere verzekeringssector.

De marktgedachte is altijd al een geliefkoosd stokpaardje geweest van de liberalen en zij zijn daarbij inventief genoeg om hun argumentatie aan de geest van de tijd aan te passen. Zo werd in een rapport van de Prof. Telderstichting, het wetenschappelijk bureau van de VVD, middenin de hoogconjunctuurperiode van de zestiger jaren gesteld, dat een stijging van het peil van de sociale voorzieningen in strijd moest worden geacht met de groeiende welvaart. Men

meende dat in deze periode van groeiende welvaart de mensen juist beter in staat moesten worden gesteld om een deel van de kosten van deze voorzieningen zelf te dragen en dat uitbreiding van de sociale voorzieningen alleen te rechtvaardigen was in een periode van dalende conjunctuur. Deze logica volgend, zou men mogen verwachten dat de liberalen zich in de huidige periode van dalende welvaart zouden ontpoppen tot krachtige pleitbezorgers van een uitbreiding van ons sociale voorzieningenstelsel. De politieke realiteit leert, dat de liberalen hun eigen gedachtengoed snel vergeten. De VVD vormt immers de drijvende kracht achter de huidige demontering van ons sociale voorzieningenstelsel.

De confessionelen, groot geworden vanuit de charitasgedachte, hebben in het verleden vaak een ambivalente houding aangenomen zowel ten aanzien van staatsfinanciering als ten aanzien van de markt. Zij lijken echter het privatiseringsstreven van de regering Lubbers zo niet actief te ondersteunen, dan toch vrij klakkeloos te volgen. Daarom lijken verdergaande bezuinigingen via privatisering in het huidige politieke klimaat meer kans te maken dan in het verleden.

Eerdere aanslagen

L. Uitholling van de vrijwillige ziekenfondsverzekering

Sinds de oorlog bestaat in ons land een vrijwillige ziekenfondsverzekering voor niet-loontrekkenden met een inkomen onder de loongrens: kleine zelfstandigen, alleenstaanden, bejaarden en anderen zijn erin ondergebracht. Het huidige verzekerdenbestand omvat ongeveer 1,5 miljoen mensen. Dit verzekerdenbestand is de laatste decennia continu gedaald. Was in 1950 nog 24% van de bevolking opgenomen in het vrijwillige ziekenfonds, in 1982 was dit gedaald tot 11%. Deze daling is vooral veroorzaakt doordat de particuliere verzekeraars in staat zijn gesteld de zogeheten 'goede risico's' (mensen met een goede gezondheid, vooral jongeren) uit de ziekenfondsen weg te lokken. Daardoor werd het vrijwillige fonds meer en meer een vergaarbak van mensen met een hoog ziekterisico. De particuliere verzekeringen konden door het ontbreken van een acceptatieplicht de 'slechte risico's' buiten de deur houden. Zij zijn daardoor bij machte geweest de ziekenfondsen kapot te concurreren. De premies van de vrijwillige fondsen liepen steeds sterker op. Het een en ander heeft ertoe geleid dat de fondsen per januari 1984 het stelsel van onderlinge verevening willen opheffen. Door deze verevening konden tot nu toe al te grote premieverschillen tussen de vrijwillige fondsen worden voorkomen. Het opheffen van de verevening betekent vrijwel zeker de genadeslag voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Staatssecretaris Van der Reijden, zelf afkomstig uit de particuliere verzekeringswereld, wil nu van deze noodsituatie dankbaar gebruik maken door de vrijwillig verzekerden over te hevelen naar de particuliere sector. I-lieerdoor wordt een meer dan dertig jaar durende concurrentiestrijd tussen de fondsen en de particuliere verzekeraars ten gunste van de laatsten beslecht, overigens met medewerking van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), die al samen met de particuliere verzekeraars de nodige voorbereidende maatregelen voor de aanstaande overheveling van ziekenfondsverzekerden heeft getroffen.

2. Vermindering van de overheidsbijdragen aan ziekenfonds en AWBZ

In de afgelopen jaren zijn de overheidsbijdragen aan de sociale verzekeringen in de gezondheidszorg stelselmatig afgebouwd. Bedroeg in 1968 bij invoering van de AWBZ de rijksbijdrage nog 72% van de jaarlijkse nettolasten, in 1983 is dit verminderd tot 9%. En dit, terwijl steeds meer voorzieningen, zoals kruiswerk, sociaal-psychiatrische diensten, medisch-opvoedkundige bureau's en andere, die oorspronkelijk uit het overheidsbudget werden bekostigd, naar de AWBZ werden overgeheveld. Volgens de Miljoenennota zal de Rijksbijdrage aan de AWBZ dit jaar méér dan gehalveerd

worden (namelijk van 1.614 miljoen in 1982 naar 746 miljoen in 1983). Maar niet alleen bij de AWBZ is de overheidsbijdrage verminderd. Dit is ook bij de ziekenfondsverzekering het geval. De rijksbijdrage aan de verplichte verzekering, die in 1980 nog 424 miljoen bedroeg, werd in de loop van 1982 geschrapt. De bejaardenverzekering van het ziekenfonds wordt vanouds voor iets minder dan de helft uit rijksbijdragen bekostigd. De bejaardenverzekering is daarmee van alle verzekeringstakken van het ziekenfonds het meest afhankelijk van overheidsfinanciën. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat Van der Reijden niet alleen de vrijwillig verzekerden, maar ook de bejaarden in de toekomst naar de particuliere sector wil overhevelen. Slaagt hij hierin, dan betekent dit een aanzienlijke ontlasting van het overheidsbudget. Het betekent echter ook, dat het bestand aan ziekenfondsverzekerden wordt ingekrompen van 68% naar 49% van de bevolking. Een percentage, dat alleen nog maar vergelijkbaar is met de situatie van vóór de oorlog ...!

3. Ook de verplichte verzekering in de financiële mangel. Eind 1982 deelde VNZ-voorzitter Anbeek mee, dat de verplichte verzekering kampte met een tekort van 1,3 miljoen gulden. In 1976, zes jaar eerder, was er in de verzekeringskas nog een reserve van 1,2 miljard! Dit financiële debacle is regelrecht in de hand gewerkt, doordat opeenvolgende regeringen premies vaststelden die lagen onder de toch al te lage (dat wil zeggen niet kostendekkende) premie-adviezen van de Ziekenfondsraad. Onderstaande tabel kan dit illustreren.

	PKEMIE-ADVIES	FASTGESTELDE PRIMIE
1976	9,6%	8,9%
1977	8,4	8,2
1978	8,5	8,2
1979	8,2	8,1
1980	8,2	8,1
1981	8,5	8,6
1982	9,4	9,1

Bron: Inzet, nr. 7/8, 1982.

Het gevolg van dit premiebeleid van de regering was dat de ziekenfondsen eerst hun reserve moesten opteren en vervolgens in de rode cijfers terechtkwamen. Tegelijkertijd is ook het bestand aan verplicht verzekerden teruggelopen, van 51% van de bevolking in 1976 tot 49,5% in 1983. Deze daling in het verzekerdenbestand is voornamelijk veroorzaakt door een onvoldoende verhoging van de loongrenzen. Daardoor vielen met name de hogere inkomensgroepen, die vanwege de procentuele premieheffing in verhouding de meeste inkomsten inbrachten, buiten de ziekenfondsverzekering. Concluderend kan worden gesteld dat door een samenstel van maatregelen de sociale verzekeringen in de gezondheidszorg de laatste jaren financieel in de tang zijn genomen. Hierdoor is een situatie geschapen, waarin de sociale verzekeringen een gemakkelijke prooi kunnen worden van privatiseringsplannen. Bewindslieden spreken over de 'onbetaalbaarheid' van het huidige stelsel, terwijl de door hen zelf getroffen maatregelen, die hierboven zijn opgesomd, juist deze onbetaalbaarheid in de hand hebben gewerkt. Ook spreken zij van 'overtrokken solidariteit' in de ziekenfondsverzekering. Maar zij vergeten daarbij te vermelden, dat zij jarenlang hebben toegezien hoe de particuliere verzekeraars de 'goede risico's' van de ziekenfondsen hebben afgeroomd, waardoor deze laatsten met de 'slechte risico's' bleven zitten.

Volksverzekering: dekmantel voor afbraak

Staatssecretaris Van der Beijden van WVC heeft een herziening van het ziekenfondsstelsel aangekondigd onder de

mooie naam volksverzekering. De term volksverzekering heeft een vooruitstrevend tintje. Letterlijk betekent het: één verzekeringsstelsel voor het hele volk. Maar dit kan dan zowel betekenen: het hele volk in het ziekenfonds, als: het hele volk in de particuliere verzekering. De gedachten van de staatssecretaris gaan in de richting van een verzekeringsstelsel met meerdere verdiepingen. De eerste verdieping van het nieuwe stelsel bestaat uit een verplicht basispakket, waaruit 40 tot 60% van de kosten van het huidige pakket van ziekenfondsen en AWBZ gedekt worden. Waarschijnlijk zullen hierin vooral de dure verstrekkingen worden ondergebracht. De premieheffing is procentueel. De tweede verdieping wordt gevormd door een verplichte verzekering met nominale premieheffing (iedereen betaalt een gelijk bedrag) en met forse eigen risico's. Daarbovenop komt dan de derde verdieping met een vrijwillige aanvullende verzekering voor de eigen risico's en extra voorzieningen. Vóór dat dit stelsel is ingevoerd, wil de regering eerst de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering naar de particuliere sector overhevelen. Op deze wijze denkt dit kabinet ruim 2 miljard gulden op de sociale verzekeringen in de gezondheidszorg te besparen.

Politiek krachtenveld

Waarom leidt deze hellende weg van de afnemende solidariteit, een weg die niet alleen in de gezondheidszorg, maar in het hele sociale verzekeringsstelsel wordt bewandeld? En is er genoeg verzetspotentieel in de samenleving aanwezig om de privatisering tegen te houden?

De privatisering zal leiden tot een selectieve belasting van chronisch zieken en bejaarden, van mensen met hoge ziekterisico's. Verder leidt ze tot een selectieve belasting van de lagere inkomensgroepen en dit zijn tevens de groepen met een relatief hoog ziekterisico en een hoog peil van medische consumptie. Privatisering kan wellicht een middel zijn tot sanering van de staatsfinanciën, maar deze sanering gaat ten koste van de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Bovendien is hier geen sprake van werkelijke kostenbeheersing, alleen van kostenverschuiving. Door uitbreiding van het markelement verliest de overheid nog meer haar greep op de geldstromen van de gezondheidszorg, hetgeen indruist tegen haar eigen pretenties tot (regionale) planning en budgettering.

Waar de vroegere sociaal-democratische regeringen-Den Uyl hun drang tot bezuiniging nog wisten te combineren met het streven naar een doelmatiger structuur van de gezondheidszorg, lijkt dit streven in het huidige privatiseringsklimaat meer en meer te worden losgelaten. Een versterking van de 'blinde' werking van het marktmechanisme zal de voorwaarden voor planning en structuurpolitiek ongunstiger maken.

Bovendien dreigt het zwaartepunt van de discussie te verschuiven: niet meer de vraag, op welke wijze een doelmatig en kwalitatief goed stelsel van voorzieningen moet worden nagestreefd, staat centraal, maar de vraag, op wie de kosten van dit voorzieningenstelsel moeten worden verhaald, de overheid of de consument.

Het krachtenveld in de samenleving ten aanzien van het privatiseringsvraagstuk is ingewikkeld. Op grond van de standpunten, die ziekenfondsen, artsenorganisaties, particuliere verzekeraars, werkgevers, vakbeweging en politieke partijen in het verleden hebben ingenomen, kan men wel een inschatting maken. De privatiseringsplannen zullen gesteund worden door de VVD, de werkgevers en - zij het minder sterk - door het CDA. Het verzet zal komen van de progressieve partijen en de vakbeweging. De ziekenfondswereld is verdeeld en ambivalent. De top van de VNZ gaat een eind met de plannen van Van der Reijden mee, maar er zijn ook ziekenfondsen, die zich er fel tegen verzetten. De KNMG staat eveneens ambivalent en afwachtend tegenover de privatiseringsplannen. Wanneer de regering de artsenbelangen (honoreringstelsels!) zal ontzien, is van deze kant echter geen fel verzet te verwachten.

En dan zijn er nog de actiegroepen, patiëntenverenigingen en de voor de belangen opkomen van hen, die het hardst deze maatregelen worden getroffen. Veel zal afhangen van het gewicht, dat zij in de weegschaal zullen werpen. Het is te verwachten dat alleen bij een breed maatschappelijk verzet dit 'no nonsense' kabinet op de terugtocht kan worden gedwongen. Want de regeringsnota's staan welis-

waar bol van kreten als 'de mondige patiënt' en 'eigen verantwoordelijkheid', wanneer patiënten werkelijk politiek mondig worden, zich organiseren 'en voor hun belangen opkomen, dan slaat het beledend emancipatiestreven in de regel om in paternalistische betutteling of, wat erger is, in bureaucratisch cynisme en repressie.

DRIELUIK PRIVATISERING

De loyale houding van de ziekenfondsen

1|2|3

His masters voice

Het ziektekostenstelsel komt onder invloed van de economische omstandigheden onder zware druk te staan. In tijden van neerwaartse conjunctuur kiest een conservatieve regering voor het terugdringen van de collectieve lasten. De toverspreuk voor deze operatie luidt: privatiseren. De lasten die we eerst gezamenlijk droegen, worden overgeheveld naar de individuele portemonnaie. De solidariteit tussen de gezonden en zieken, hoge en lage inkomens valt totaal weg. Mensen moeten in de beurs tasten om een gezondheidszorgproduct te kopen. Onder de misleidende vlag van 'volksverzekering' wordt een nieuw ziektekostenstelsel gepropageerd op basis van nominale premies, eigen bijdragen, keuzepakketten, enzovoorts. De ziekenfondsverzekering wordt uitgehold, de fundamenten ervan ondergraven. De ziekenfondsen kijken toe...

AZIVO in verzet

De invoering van een eigen bijdrage op geneesmiddelen was al een aantal malen door een parlementaire meerderheid verworpen. Uiteindelijk was er dan toch een parlementaire meerderheid onder meer dankzij de 'vergissing' van het CDA dat in de veronderstelling verkeerde dat het om f 2,50 per recept ging in plaats van de voorgestelde f 2,50 per geneesmiddel. Zowel in de '60-er als in de '70-er jaren heeft het heffen van eigen bijdragen veel verzet opgeroepen van onder meer linkse partijen, vakbeweging, ouderenbonden en patiëntenorganisaties. Ook de ziekenfondsen hebben zich in het verleden nooit een warm voorstander van het eigen risico getoond. De afgelopen jaren is echter binnen de ziekenfondswereld een duidelijke tendens waarneembaar om privatisering - waar ook de eigen bijdrage een verschijningsvorm van is - te accepteren en gedeeltelijk ook te propageren.

De reacties in de ziekenfondswereld op de weigering van het Haagse ziekenfonds AZIVO tot het innen van de medicijnrijks zijn dan ook veelzeggend. In een extra vergadering besloot de Ziekenfondsraad (met uitzondering van de FNV-fractie) het ziekenfonds AZIVO een bestuurlijke aanwijzing te geven. Dat is het zwaarste wapen dat de Raad in huis heeft en dat voor het eerst in de geschiedenis gehanteerd werd om het Haagse ziekenfonds weer in het gareel te krijgen. Als AZIVO deze maatregel niet zou opvolgen, zou het voortbestaan van het fonds in gevaar komen. Het niet innen van de eigen bijdrage zou het fonds op een boete van 2 miljoen gulden komen te staan. In een emotionele vergadering

zag de Ledenraad van AZIVO zich gedwongen om de eis van de Ziekenfondsraad in te willigen.

Het Haagse ziekenfonds is en blijft, van mening dat het heffen van eigen bijdragen een direct gevaar vormt voor de volksgezondheid van grote groepen mensen. In het geval van een eigen bijdrage op geneesmiddelen zijn met name die verzekerden die regelmatig medicijnen gebruiken, de dupe. Vooral voor de oudere mensen en verzekerden met een Jager inkomen is deze maatregel een klap in het gezicht. Het ziekenfonds AZIVO stond niet alleen in zijn standpunt. Duizenden verzekerden reageerden telefonisch en schriftelijk met solidariteitsbetuigingen. Ook alle organisaties steunden het standpunt van AZIVO. Zij verenigden zich later in het Comité Stop Eigen Bijdragen, dat via manifestaties, handtekeningsacties e.d. poogt om de eigen bijdrage (ook de eigen bijdrage AWBZ) van de baan te krijgen. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) liet er direct al geen misverstand over bestaan dat het standpunt van AZIVO verwerpelijk was. Maatregelen die door de Tweede Kamer geaccepteerd zijn, dienen door de ziekenfondsen loyaal te worden uitgevoerd; zo luidde het officiële standpunt. In het maandblad Inzet van de VNZ werd gesuggereerd dat het AZIVO slechts om een publiciteitsstunt te doen was en algemeen secretaris J. de Vries voegt er nog aan toe dat de actie van AZIVO een beperking van het pakket van de hoofdverzekering tot gevolg kan hebben. Merkwaardige reacties, die slechts de ambivalente houding van de VNZ ten aanzien van eigen bijdrage maatregel tot uitdrukking brengen.

Gedeukte solidariteit

Het solidariteitsbeginsel in ons ziektekostenstelsel, de staansgrond van de huidige ziekenfondsen, begint de afgelopen jaren flinke deuken te vertonen. Dit is het duidelijkst waarneembaar bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering. De 'goede risico's' (jong en gezond) worden uit het fonds weggezogen.

Staatssecretaris Van der Reijden van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is dan ook van mening dat het ziektekostenstelsel aan herziening toe is. Hij kiest echter voor een op privatisering gerichte stelselwijziging wat dan tevens gepaard gaat met drastische bezuinigingen, ombuigingen of heroverwegingen. In de adviesaanvraag van Staatssecretaris Van der Reijden en zijn collega L. de Graaf van Sociale Zaken wordt gesteld dat er in 1984 f 440 miljoen, in 1985 f 750 miljoen

en in 1986 f 900 miljoen bezuinigd dient te worden. Ook wordt gesteld dat de problematiek van de vrijwillige verzekering met spoed aangepakt dient te worden. Om de bezuinigingen te realiseren denkt de regering aan een verkleining van het huidige ziekenfondspakket en het invoeren van eigen bijdragen/risico's. Zo werd de Ziekenfondsraad om advies gevraagd over het mogelijk verwijderen uit het pakket van homeopathische en andere alternatieve geneesmiddelen, multi-vitamine-preparaten, pijnstillers, hoestprikkelers en eedlustremmende middelen enzovoorts. Duidelijk onrust ontstond er bij verschillende maatschappelijke organisaties toen het voorstel in de Ziekenfondsraad aan de orde kwam om de anticonceptiepill uit het pakket te verwijderen. De kleinst mogelijke meerderheid in de Raad was echter voor het behoud van de 'pil' in het pakket.

Volksverzekering: volksverlakkerij

De staatssecretaris geeft zijn plan voor een nieuw ziektekostenstelsel het etiket 'volksverzekering'. Een echte volksverzekering zou inhouden dat iedereen naar draagkracht via een percentage van het inkomen bijdraagt aan de gezamenlijke ziektekosten. Een dergelijk systeem wordt door de privatiseringsplannen van de staatssecretaris echter onmogelijk gemaakt.

De privatisering wordt verdedigd met het argument dat het de eigen verantwoordelijkheid van de burger vergroot. Achtergrond van deze filosofie is de in brede kringen heersende mening dat een ziekenfondsverzekerde te snel en te lichtzinnig naar de dokter loopt. Via bijvoorbeeld het heffen van eigen bijdragen zou de vermeende overconsumptie door ziekenfondsverzekerden in vergelijking met particulier verzekerden ingedamd kunnen worden. Uit onderzoek in zowel binnen- als buitenland blijkt dat de gezondheidstoestand van ziekenfondsverzekerden op een lager niveau ligt dan die van particulier verzekerden. Zo toont het vorig jaar in Engeland gepubliceerde Black Report ondubbelzinnig aan dat de lagere inkomensgroepen een duidelijk kortere levensverwachting hebben dan de hogere inkomensgroepen. Hun woon-, werk- en leefomstandigheden zijn van dien aard dat zij een hoger ziekterisico lopen.

Ronduit schandalig is dan ook het feit dat een organisatie als de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) bereid is om voor een belangrijk deel aan de verlangens van de regering tegemoet te komen. Dit blijkt onder meer uit een uitspraak van de algemeen secretaris van de VNZ, de heer J. de Vries, in het maandblad Inzet, waarin hij verklaart dat het beleid van de VNZ op hoofdpunten strookt met de door staatssecretaris Van der Reijden ontvouwd plannen.

De lachende derde

Het VNZ-beleid van de afgelopen jaren is doordrongen van een coöperatieve, loyale opstelling naar de overheid toe. Van een maatschappelijke organisatie als de VNZ zou men mogen verwachten dat zij de belangen van de verzekerden, die tenslotte hun 'achterban' vormen, zouden behartigen. Het tegendeel is het geval. De VNZ is gereid om nieuwe eigen bijdragen te accepteren. "Aan beperkingen in het ziekenfondspakket is niet te ontkomen", heet het in het VNZ-jargon. Het streven naar een volksverzekering met een premie naar draagkracht zoals het in de beleidsplannen van de VNZ mooi geformuleerd is, wordt op een laag pitje gezet. Het moet plaatsmaken voor enthousiasme voor het op privatisering gerichte overheidsbeleid, dat erop gericht is het ziekenfondsstelsel om te toveren in een semi-particulier verzekeringsstelsel. Met name de vrijwillige verzekering zal als eerste de wrange vruchten plukken van deze coöperatieve opstelling. De innige samenwerking tussen de VNZ en de

particuliere verzekeraars verenigd in het KLOZ (Kontakt-orgaan Landelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars) met betrekking tot de herziening van het ziektekostenstelsel in het algemeen, en de positie van de vrijwillige verzekering in het bijzonder, is een teken aan de wand. Het geeft aan dat de ziekenfondsen bereid zijn de privatiseringsweg van de staatssecretaris te volgen. Het initiatief tot deze samenwerking werd genomen door het KLOZ. De particuliere verzekeraars die mordicus tegen een volksverzekering zijn, zullen er alles aan doen om hun marktaandeel te behouden. Via een samenwerking met de VNZ kunnen zij goed inspelen op de privatiseringsplannen van de regering. Door deelname van de VNZ aan dit monsterverbond met de particuliere verzekeraars wordt een weg ingeslagen die een echte volksverzekering met een premie naar draagkracht verder weg brengt dan ooit.

Verontrust over deze ontwikkelingen heeft het ziekenfonds AZIVO uit Den Haag op de Algemene Vergadering van de VNZ een motie ingediend met betrekking tot het spoedig tot stand komen van een volksverzekering met een premie naar draagkracht en uitvoering van deze volksverzekering door de ziekenfondsen zelf. De passage over het streven "naar een pakket dat tenminste gelijk is aan het huidige ziekenfondspakket" werd helaas gewijzigd in "een zo breed mogelijk pakket". Een duidelijke afzwakking waar de ziekenfondsverzekerde in Nederland zijn hart voor moet vasthouden. Als de plannen van de VNZ uitgevoerd worden zal als eerste de vrijwillig verzekerde geslachttoeferd worden. Zij worden dan geconfronteerd met de invoering van kinderprijzen; leeftijdstoelagen die op kunnen lopen tot 100 procent. Bovendien worden er concrete plannen gemaakt voor de invoering van keuzepakketten. Zo ontstaat er dus een particuliere verzekering in een ziekenfondsjasje.

De uit de particuliere verzekering afkomstige staatssecretaris Van der Reijden zal in zijn vuistje lachen bij het zien van dit schouwspel. Hij behoeft slechts lijdzaam toe te zien hoe de ziekenfondsen zonder weerstand zijn kwistig rondgestrooide privatiseringsplannen min of meer vrijwillig in praktijk brengen. Het gebruikelijke tegenspel dat een regering krijgt van maatschappelijke organisaties als er belangen van de leden op het spel staan, blijft in het geval van de ziekenfondsen achterwege. De achtergrond van deze opstelling van de ziekenfondsen is deels te verklaren uit de machtsverhoudingen binnen de ziekenfondsen. De leveranciers van de zorg, artsen, apothekers, tandartsen enzovoorts, zijn rijkelijk vertegenwoordigd in de besturen van de ziekenfondsen. Deze beroepsgroepen behartigen voor een belangrijk deel andere belangen dan die van de consument/verzekerde.

In de AZIVO-jubileumuitgave 'Om de macht bij het fonds' komt de schrijver H.C. van der Hoeven na zijn analyse van de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen in en rond het ziekenfondswezen tot de bittere uitspraak: "Producten op bestuurszetels in een consumentenorganisatie; dat kan alleen in de gezondheidszorg". Zijn pessimistische conclusie dat de ziekenfondsen niet of nauwelijks in staat zijn om zich op te werpen als verdedigers van de belangen van hun leden, wordt door de actuele ontwikkelingen helaas maar al te zeer gesteund.

REACTIES

PERSPECTIEVEN VOOR DE WIJK

Een kritiek op Gerrit Salemink

In het vorige nummer zette Gerrit Salemink vraagtekens bij het wijkgericht denken in de eerste lijn.¹ Zijn conclusie was dat het in deze tijd beter opgegeven kon worden. Daarop is de nodige kritiek gekomen, met name vanuit de praktijk.

In een serie van twee artikelen voor het tijdschrift *Marge* reageer ik uitvoerig op Salemink.^{2,3} Daarin wil ik niet louter goede voorbeelden geven van hoe eerstelijnsverleners zich oriënteren op de wijk als afgegrensd ruimtelijk geheel met zijn specifieke kenmerken. Ik hoop door middel van een belichting van wat ik de tekortkomingen in Salemink's argumentatie acht de perspectieven voor de wijk niet alleen te kunnen behouden maar zelfs te verbreden. Van mijn betoog geef ik hieronder de hoofdlijnen weer.

Salemink's argumenten tegen de wijk pretenderen een historisch karakter te hebben: wijkgericht werken zou verbonden zijn aan een gedateerde visie op samenlevingsopbouw en achterhaald zijn door de grootstedelijke realiteit. Daarnaast schrijft hij echter ook dat er een verbinding is ontstaan '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'.

Dat geeft te denken. Zijn die oude ideeën echt wel zo achterhaald, als ze zo goed zijn in te passen in de nieuwe? Of zijn ze toch niet nog soms héél goed bruikbaar? Wie hebben het meeste belang bij het creëren van zo'n illusie? En: zijn er andere partijen, naast de progressieve eerste lijn, die het begrip wijk(gerichtheid) propageren en aanwenden; en met welke (verschillende?) doeleinden? Allemaal belangrijke vragen, maar aan een systematische beantwoording daarvan, dat wil zeggen aan een systematische analyse van de aard en de functies van het wijkbegrip, komt Salemink niet toe.

Waar het om gaat, is dat de staat - centraal, regionaal en lokaal alsook via gezondheidszorg, onderwijs enz. - de wijk heeft 'bezet'.² De (lokale) staat wendt de wijk (en het werken in de wijk) aan voor zijn eigen doeleinden van efficiënt management gericht op beheërsing. Mijn stelling is nu dat dit nog geen reden is om het wijkgericht werken er verder maar aan te geven, maar integendeel, dat dit juist de middelen verschaft om van dat wijkgericht werken op nieuwe manieren gebruik te maken.³

Het tegenstrijdig karakter van het wijkgericht werken probeer ik te illustreren aan de hand van het Engelse voorbeeld van 'Community Medicine' (vergelijkbaar met sociale geneeskunde, red.). De functie daarvan is door staatsingrijpen verengd tot 'medisch bestuur'. Een bestudering van dit proces kan echter leiden tot de herontdekking van oude, verlaten taken van maatschappelijk geëngageerde 'public health' ('openbare gezondheidszorg'): woningbouw en -renovatie, milieuhygiëne enz.

M'n andere voorbeeld uit Engeland is dat van de 'Community Health Councils'. Hoewel deze van overheidswege zijn opgezet als organen voor (scherps)inspraak, worden ze in bepaalde gevallen door werkers en bewoners ook aangewend voor de verwezenlijking van progressieve politieke doeleinden.

Volgens mij weten Salemink's argumenten dáárom niet te overtuigen, omdat hij dit tegenstrijdige karakter van wijkgericht werken en de mogelijkheden die dat biedt niet onderkent. Dat gemis ontnemt hem tevens elk zicht op welke nieuwe handelingsperspectieven dan ook en leidt hem onvermijdelijk tot de defaitistische conclusie dat de hulpverlening zich nog slechts tot doel kan stellen de ergste uitwassen van sociale desintegratie te helpen bestrijden.

Het wel onderkennen van die tegenstelling biedt, zoals gezien, betere perspectieven. Maar er zijn echter grenzen aan de wijk. Zo zullen machtsverhoudingen in de maatschappij voor een deel daarin kunnen worden aangepakt, maar voor een deel ook niet. Dat vereist een onderlinge verbinding van wijken op plaatselijk niveau, enzovoorts tot op landelijk niveau. Bovendien, en heel belangrijk, roept het de noodzaak op van een eerstelijns perspectief op productie en reproductie in de wijk en daarbuiten, en van organisatievormen in de eerste lijn die daarop zijn afgestemd.

RON HELS LOOT

Literatuurverwijzingen

1. 'De wijk in wijkend perspectief. Wijkgericht denken in de eerste lijn, waarom eigenlijk?' Gerrit Salemink, in: 37.5, Tijdschrift voor gezondheid en Politiek, eerste jaargang, nummer 1, mei 1983, p. 30-35.
2. 'De wijk bezet. Wijk, gezondheidszorg en staat in Engels en Nederlands perspectief (1)', Ron Helsloot, verschijnt in: *Marge*, september 1983.
3. 'De wijk ontzet. Wijk, gezondheidszorg en staat in Engels en Nederlands perspectief (2)', Ron Helsloot, verschijnt in: *Marge*, oktober of november 1983.

Opkomst en uitbouw van het vrouwengezondheidscentrum Utrecht

Macht over eigen lijf

Het vrouwengezondheidscentrum Utrecht (VGC): één van de kristallisatiepunten van de vrouwengezondheidsbeweging. De wortels van deze beweging zijn te vinden in de zestiger en zeventiger jaren. De abortusstrijd, gebaseerd op de items 'vrijheid van reproductie' en 'macht over eigen lijf'; de kritiek op autoritaire zorgverhoudingen en medicalisering. Aan dit gedachtengoed ontleent het VGC haar uitgangspunten. Zelfhulp en problematiseren van deskundigheid staan centraal. Ingrid Baart, één van de initiatiefneemsters van het VGC, belicht in dit artikel de plaats en geschiedenis van het VGC, de interne discussies en problemen alsook de mogelijkheden die in het verschiets liggen, nu het VGC gesubsidieerd wordt en de grenzen van het vrijwilligsterswerk doorbroken kunnen worden. Ingrid Baart pleit voor een voorziening op professionele, betaalde basis, stevig verankerd binnen een strijdbare feministische beweging.

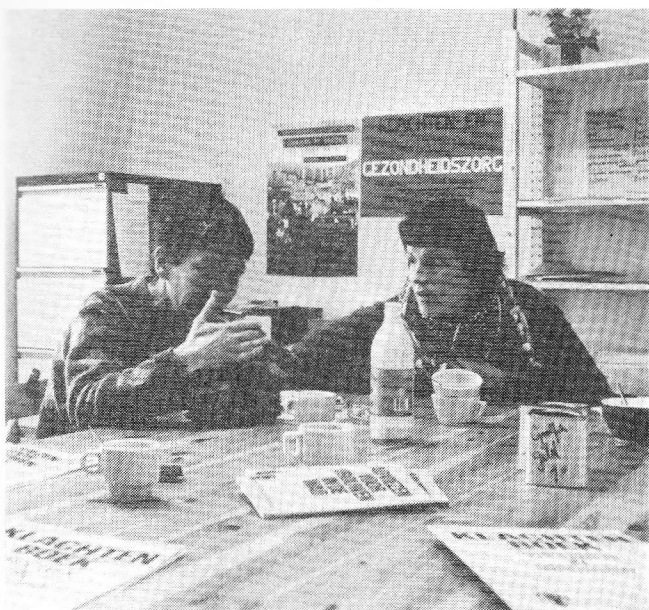
INGRID BAART is psychologe, actief op het gebied van vrouwenstudies en medewerkster van het VGC Utrecht.

Eind zestiger jaren kwam de 'tweede feministische golf' op in Europa en de Verenigde Staten. Op grote schaal deelden vrouwen hun ervaringen met abortus, seksualiteit en bevaling. Ervaringen met artsen en gynaecologen werden al gauw onderwerp van gesprek. En het duurde niet lang voordat ze feministische strijdpunten werden. In alle landen laaide bijvoorbeeld een strijd op voor het recht op legale en goede abortus. In de Verenigde Staten, waar abortus in veel staten nog illegaal was, besloot een groep vrouwen zelf te leren aborteren. Vrouwen die hulp nodig hadden, konden een telefoondienst bellen en naar 'Jane' vragen. In de vier jaar voordat abortus in Illinois gelegaliseerd werd deed 'Jane' 11.000 abortussen. De vorming van deze groep betekende een fundamentele stap in de richting van een radicaal gezondheidsfeminisme met als perspectief: zelfbeschikking van vrouwen over hun eigen lichaam. De vrouwen die met deze abortuspraktijken meehielpen of op zoek waren naar veilige en redelijke plaatsen voor een abortus, realiseerden zich dat ze eigenlijk heel weinig wisten van gynaecologie en van hun eigen lichaam. Carol Downer, huisvrouw, moeder van zes kinderen, verdiepte zich daarin. Zij zag al snel dat ook leken zich heel wat kennis over hun lichaam eigen konden maken en gynaecologische technieken konden leren gebruiken. Ze startte in Californië zelfhulpgroepen en was mede-oprichtster van de eerste van een netwerk van feministische gynaecologische klinieken in de Verenigde Staten. Het medisch establishment reageerde allesbehalve enthousiast: arrestaties en sluitingen van klinieken volgden. Maar de ontwikkeling was niet te stuiten.

In Nederland demonstreerde Dolle Mina begin zeventiger jaren voor opnemings van de pil in het ziekenfondspakket. Wij Vrouwen Eisen begon haar acties voor een goede abortuswetgeving. Een Amerikaanse vrouw trok de Nederlandse vrouwenhuizen langs om zelfhulpgroepen te vormen en die werden ook gevormd. In Berlijn en in Genève werden de eerste Europese vrouwengezondheidscentra geopend.

Vrijheid van reproductie

De vrouwengezondheidsbeweging heeft, zoals we zagen, haar oorsprong in de abortusstrijd van vrouwen. Een strijd om zelfbepaalde reproductievoorwaarden. Door de eeuwen heen vochten vrouwen om zelf te kunnen bepalen óf, met wie, hoe en wanneer ze kinderen wilden.¹ Ook nu nog, anno 1983, gaat dat gevecht gewoon door. Kwesties van reproductie raken alle vrouwen en lopen dwars door alle klassenindelingen heen. Vrouwen kunnen zwanger worden. Dat is een biologische capaciteit. Maar de manier waarop vrouwen al dan niet kinderen willen, krijgen en hebben - kort-



om hun reproductieve situatie – wordt maatschappelijk bepaald. Een eeuwenlange patriarchale cultuur en de daarmee samenhangende maatschappelijke positie van vrouwen, van hun opvoeding als meisje tot hun positie op de arbeidsmarkt, bepalen de grenzen en mogelijkheden van de reproductieve situatie. Het belangrijkste daarin is, dat het verzorgen van kinderen nog steeds aan vrouwen wordt toegerekend, als voornaamste taak. Maar bepalend voor die reproductieve situatie is ook de macht van medici op dat gebied. Zo is er een beperkt aantal anticonceptiemethoden zonder risico's; in de VS komen gedwongen sterilisaties van bijvoorbeeld Puerto Ricaanse en zwarte vrouwen voor; aan buitenlandse vrouwen wordt de prikpil (Depo-Provera) gegeven; anticonceptiva worden in Derde-Wereld-landen gedumpt. Er is een relatie tussen gezondheidszorg en de reproductieve situatie van vrouwen.

De termen 'vrouwengezondheidsbeweging' en 'vrouwengezondheidscentrum' kunnen echter versluitend werken voor de essentie van waaruit deze praktijken ontstaan zijn en in welk perspectief ze volgens mij nog steeds beschouwd dienen te worden. Het gaat immers niet in de eerste plaats of alleen om problemen van gezondheid. Vrouwen komen, in tegenstelling tot mannen, ook bij artsen voor zaken die niets te maken hebben met ziekte of gezondheid. Ze komen met vragen over voorbehoeden, seksualiteit, moederschap en abortus; ze komen met delen van hun dagelijks leven die te maken hebben met de vrouwelijke reproductieve taak. In de vrouwengezondheidsbeweging vinden vrouwen het belangrijk dat zij (en andere vrouwen) macht krijgen over dat deel van hun leven en daarmee over hun eigen lichaam.

Een kritiek op deze positie luidt dat feministen niet bezig moeten zijn met iets – hun eigen lichaam – dat vrouwen traditioneel zo bepaalde. Maar het vrouwenlichaam en de wijze waarop dat maatschappelijk vorm krijgt en waarop daarover macht uitgeoefend wordt, zal niet vanzelf veranderen. Denk bijvoorbeeld aan de menstruatie. Menstruatiesklachten en -pijnen zijn niet te scheiden van culturele en sociale factoren en van wetenschappelijke benaderingen van de menstruatie. Deze benaderingen geven het vrouwenlichaam vorm en zijn ingebed in machtsstrategieën over het vrouwenlichaam. Juist omdat het lichaam de levens van vrouwen niet zou bepalen en opdat biologie geen levenslot zou zijn en om het beeld van een door haar lichaam bepaalde vrouw te deconstrueren, is het nodig te zoeken naar herformuleringen van sociale definities van het vrouwenlichaam.

Wat vormt en bepaalt een 'vrouwenlichaam' en de 'reproductieve situatie van vrouwen'. Zeker niet alleen de medi-

sche macht. Hoewel medici – historisch gezien – de directe uitvoerders van maatschappelijke macht over de reproductieve taak van vrouwen zijn geworden. Ook strijd voor werk, behuizing, sociale zekerheid en vooral strijd voor herverdeling van de kinderopvang tussen mannen en vrouwen, kunnen deel zijn van de strijd met als inzet een door vrouwen zelf bepaalde reproductieve situatie. Het voert te ver om in dit artikel dieper in te gaan op alle factoren en de relaties daartussen, die bepalend zijn voor de wijze waarop vrouwen al dan niet kinderen krijgen en ermee leven.¹

De feministische uitgangspunten 'vrijheid van reproductie' en 'macht over eigen lijf' staan centraal in de praktijk van de vrouwengezondheidsbeweging en ook die van het Vrouwengezondheidscentrum Utrecht (VGC). Daarnaast spelen ook noties en perspectieven mee, die zijn voortgekomen uit andere sociale bewegingen van de zeventiger jaren waarin de kwaliteit van het leven voorop stond. Zo komen veel ideeën overeen met een algemeen verbreide kritiek op de medische wetenschap en het medisch handelen, zowel op de autoritaire zorgverhoudingen als op het medicaliseren en vertechnologiseren van levensprocessen. In het Vrouwengezondheidscentrum Utrecht houden vrouwen zich dan ook bezig met problemen van gezondheid en ziekte, alleen al omdat vragen als: wat is 'ziek', 'gezonder' en 'normaal', doorspelen op het hele terrein, van menstruatie en anticonceptie tot bevallingen en verzakkingen. Maar ook in de 'vrouwen en kanker' groep gaat het om vragen van gezondheid en ziekte. Ik zal nu een aantal noties en perspectieven bespreken die als uitgangspunten dienden bij de opzet van het VGC, laten zien welke praktische consequenties eruit voortvloeiden en hoe ze in de loop der jaren veranderd zijn.²

Deskundigheid

Deskundigheid van artsen en specialisten werd bij voorbaat gewantwoord. Daar hadden vrouwen al genoeg misère van ondervonden; van hen hoefde het niet meer. Ze zouden zelf, samen met andere vrouwen, wel van alles leren over hun eigen lichaam, over ziekte en gezondheid. De voorbeelden van zelfhulpgroepen en buitenlandse vrouwenklinieken lieten zien dat dit mogelijk was. Aan het firmament verscheen de utopie van een totaal door vrouwen bepaalde gynaecologie en verloskunde. Vrouwen vroegen zich af of mannelijke artsen eigenlijk wel iets weten en begrijpen van specifiek vrouwelijke problemen en of zij er zich op een open en niet-seksistische manier voor zouden kunnen interesseren. Natuurlijk ging (en gaat) het niet alleen om seksisme van mannelijke artsen maar om de gehele structuur van

het medisch zorgsysteem waarin dit seksisme is ingebed. De afschuwelijke ervaringen die vrouwen elkaar te vertellen hebben zijn, heel letterlijk genomen, om te huilen.⁴ Seksisme en medische wetenschap, en dan met name gynaecologie-verloskunde, zijn met elkaar verweven. In de Middeleeuwen waren - vanuit de overheersende, mannelijke, visie - de seksualiteit en lichamelijke van vrouwen eng, vies en duivels. Toen een aantal eeuwen later de behandeling van 'vrouwenkwalen' als het specialisme gynaecologie in handen kwam van mannelijke artsen, werd de lijn van dergelijke middeleeuwse ideeën hierin voortgezet. De baarmoeder werd gezien als het meest wezenlijke orgaan. Allerlei levensmoeilijkheden en kwalen, maar ook de drang tot emancipatie of intellectuele arbeid, werden in verband gebracht met het functioneren van baarmoeder en eierstokken. Er was dan ook vaak een reden te vinden om deze organen te behandelen. Vooral het verwijderen van eierstokken was aan het eind van de negentiende eeuw een populaire maatregel. Artsen beïnvloedden door hun ideeën datgene wat vrouwen - en dat waren toen de vrouwen uit de hogere klassen - wel en niet in het dagelijks leven mochten doen, en gaven daarmee een zogenaamde wetenschappelijke basis voor de maatschappelijke positie van deze vrouwen. Psychologische theorieën en bedenksels over de aard van vrouwen,

evenals theorieën over allesbepalende hormonen spelen heden ten dage nog steeds een vergelijkbare rol. Denk bijvoorbeeld aan het premenstrueel syndroom of aan de overgang.

Ondanks al het seksisme in de gezondheidszorg leek het de vrouwen van het VGC niet voorstelbaar en ook niet wenselijk dat de maatschappelijke situatie er een zou worden, waarin een institutionele gezondheidszorg afwezig is en waarin geen gebruik gemaakt wordt van medische deskundigheid. Zou het kaf niet van het koren te scheiden zijn; de ideologie van de techniek? Bovendien dienen in een feministisch gezondheidsperspectief de behoeften van brede groepen vrouwen meegeformuleerd te worden. Voor veel vrouwen is méér zorg nog steeds noodzakelijk. Ook al overstijgt het probleem van de reproductie klassenindelingen, er blijven verschillen in situatie, behoeften en wensen tussen vrouwen. Zo werd er in de tijd van de oprichting van het VGC in het franse tijdschrift *Le Nouvel Observateur* een discussie gevoerd over pijnloos bevallen. Deze start te met de publikatie van een aantal brieven van vrouwen die een cursus pijnloos bevallen hadden gevolgd, maar daarna hun bevalling als heel pijnlijk en schokkend hadden ervaren. Van hen hoefde het niet meer op die natuurlijke manier ... Andere vrouwen veroordeelden juist het gebruik van pijn-

HET VROUWENGEZONDHEIDSCENTRUM UTRECHT. WAT GEBEURT DAAR?

Het initiatief tot de oprichting van het Vrouwengezondheidscentrum Utrecht is genomen door twee vrouwen uit een zelfhulpgroep. Naast vrouwen die op de een of andere manier ervaring hadden met zelfhulp, waren er nogal wat vrouwen uit de medische sector (veelal nog in opleiding) die wilden meewerken. Hun motivatie kwam voort uit het seksisme waarmee zij als vrouwelijke artsen-in-opleiding dagelijks te maken hadden en uit een confrontatie met de gangbare behandeling van vrouwelijke patiënten.

In 1979 begint een groep van ongeveer twintig vrouwen plannen te maken voor een vrouwengezondheidscentrum en vraagt subsidie aan bij de gemeente Utrecht. Deze wijst subsidie toe voor activiteiten en huisvesting en eind 1980 wordt een pand betrokken aan de Maliesingel. December 1980 is na een feestelijke opening het Vrouwengezondheidscentrum een feit. De initiatiefnemsters vormen de organisatiegroep die het beheer voert over het centrum en het beleid vormt. Eenmaal in de twee weken vergadert deze groep; een aantal vrouwen regelt de dagelijkse gang van zaken. De activiteiten van het centrum zijn

onder te verdelen in 'service-verlening' en 'onderzoek en actie'.

SERVICE

Twee dagdelen per week is het centrum open voor vrouwen die willen opbellen of langskomen om informatie te vragen. Deze 'info' wordt bezet door twee leden van de organisatiegroep. Problemen waarmee vrouwen komen, variëren van vragen en klachten over hulpverleners tot vragen over medische behandelingen, anticonceptie en seksualiteit. Van de vrouwen die om informatie komen wordt een zo groot mogelijke zelfwerkzaamheid gevraagd. De infogroep heeft zwarte en witte lijsten van hulpverleners samengesteld op grond van een enquête onder vrouwen die de info bezoeken. Verder onderzoekt zij de mogelijkheden tot het aanklagen van artsen en specialisten waar dat nodig wordt geacht. Langs deze weg doen jaarlijks zo'n negenhonderd vrouwen een beroep op het centrum. De info steunt op een uitgebreide documentatie die oorspronkelijk is opgezet met materiaal van het Boston's Women's Health Collective. Een speciale documentatiegroep houdt deze documentatie bij en breidt haar regelmatig uit.



stillers tijdens de bevalling. Ze wezen op de kettingreactie van medisch ingrijpen, die erdoor op gang gebracht kan worden en de ellende, die dit tot gevolg kan hebben. Het streven naar een 'natuurlijke bevalling' vindt men vaak progressief. Maar niet alle vrouwen wensen hetzelfde of zijn hetzelfde. Het gebruik van technieken zou in sommige gevallen waardevol kunnen zijn. Misschien zijn er wel betere technieken denkbaar dan die er nu zijn. Of neem nou de pil. Niet direct gezond. Daarom weigeren veel vrouwen hem te slikken ... Maar voor andere vrouwen is het een middel tot zelfbepaalde lichamelijke, tot zelfbepaalde reproductie. Misschien zijn er betere voorbehoedsmiddelen te ontwikkelen met dezelfde mogelijkheden....?

Vanuit dergelijke overwegingen sloot de groep die het VGC opzette het gebruik van medische deskundigheid niet uit. Zij stelt dat deskundigheid op zijn ideologische en institutioneel bepaalde inhoud onderzocht moet worden. De manier waarop een institutie, bijvoorbeeld een ziekenhuis georganiseerd is, beïnvloedt immers de ontwikkeling en het gebruik van technieken. Evenzo dient het geheel van de reproductieve en maatschappelijke situatie van vrouwen (hoe ze leven, of ze geld hebben, jong of oud zijn, wat ze willen) betrokken te worden bij de beoordeling van een medische techniek. Er valt dan niet één scheidslijn te trekken: voor

iedere vrouw met haar probleem afzonderlijk dient het geheel van deskundigheid, ideologie, maatschappelijke en reproductieve situatie, onderzocht te worden.

De groep besloot eigen deskundigheid en eigen technieken te ontwikkelen, waarmee concreet tegengas gegeven kon worden tegen methoden en middelen van het medisch establishment. Met deze ideeën in het achterhoofd werd de 'consultgroep' opgezet, bestaande uit leken en artsen of, zoals dat in het VGC wordt genoemd: niet-medische en medische vrouwen. Deze vrouwen hebben zich gezamenlijk geschoold. In deze scholing bleek dat de niet-medische vrouwen een waardevolle aanvulling boden op de 'blinde vlekken' in kennis en handelwijzen van de medische vrouwen. Bovendien bleek dat de kennis die artsen in hun opleiding verkregen hadden lang niet toereikend was, zodat er gezamenlijk aan verdere kennisontwikkeling gewerkt moest worden. Om maar een voorbeeld te noemen: de artsen hadden in hun opleiding niet geleerd om op een goede manier een pessarium aan te passen. Consulten worden gedaan met twee tot vier vrouwen tegelijk, met het idee dat zij iets aan elkaars ervaringen kunnen hebben, maar ook omdat er weinig tijd is om individuele consulten te doen. Twee medewerksters, een medische en een niet-medische, begeleiden de consulten. Ze duren ongeveer twee uur. Dat biedt de

De consulten vormen een andere service-verlening. Deze gaan éénmaal per week over één van de volgende onderwerpen: anticonceptie (vaak het aanpassen van pessaria), vaginale infecties, borstonderzoek, zelfhulp; in de toekomst wordt dit uitgebreid met menstruatieklachten. Anticonceptie- en vaginale-infectieconsulten komen het meest voor. De consulten vinden plaats in kleine groepjes en duren ongeveer twee uur. Twee vrouwen van het centrum doen de begeleiding, waarvan één arts is, de ander niet. Ook de consulten worden goed bezocht.

Verder organiseert het centrum regelmatig 'open avonden'. Dit zijn informatie- en discussie-avonden, die in plaatselijke bladen, in buurthuizen en bij huisartsen aangekondigd worden. Meestal sluiten ze aan bij een van de onderzoeksactiviteiten van het centrum, soms gaat het om een initiatief van buitenaf. Thema's van open avonden zijn: eetverslaving, kanker, bevallingen, vaginale infecties, zelfhulp en baarmoederverwijdering. Een open avond kan resulteren in de vorming van praat- of actiegroepen.

Ook biedt het centrum faciliteiten voor praat- en werkgroepen, die zelfstandig kunnen draaien. Vrouwen die met dezelfde vragen of problemen komen, worden, als ze dat wensen, met elkaar in contact gebracht. De landelijke DES-actiegroep* bijvoorbeeld is op deze wijze ontstaan.

Ook draaien er allerlei praat-, massage- en zelfhulpgroepen. Het centrum krijgt veel vragen van andere instellingen om voordrachten te houden of cursussen te geven. Er is gekozen voor een beleid waarbij per jaar op één bepaald type aanvraag wordt ingegaan. Zo kwamen het eerste jaar de buurthuizen aan de beurt; het tweede jaar zijn er projecten gerealiseerd in allerlei tehuizen, van een gezinsvervangend tehuis voor zwakzinnige vrouwen tot een tehuis voor overspannen huisvrouwen.

ONDERZOEK EN ACTIE

In het vrouwengezondheidscentrum functioneren een aantal onderzoeksgroepen rondom de volgende thema's: bevallingen, de prikpil, kanker, bekkenpijn, bevolkingspolitiek en baarmoederverwijdering. In deze groepen werken zowel vrouwen van de organisatiegroep als vrouwen van buiten het centrum. Veel van deze onderzoeksgroepen hebben de laatste tijd brochures uitgebracht die over het hele land via de vrouwenboekhandel zijn verspreid. Er zijn brochures over: blaasontsteking, bekkenpijn, vaginale infecties, vrouwen en kanker, de morning-after-pil, de prikpil, en bevallen in Utrecht.



mogelijkheid om andere dan de gebruikelijke verbanden na te gaan, en eveneens om vrouwen informatie en kennis over hun lichaam door te geven. De situatie is zo verschillend van die in medische instituties dat er ook andere verbanden zichtbaar worden en daarmee andere kennis ontstaat. In het Dispensaire des Femmes in Genève, waar al een aantal jaren fulltime consulten worden gedaan, zien vrouwen bijvoorbeeld een relatie tussen seksualiteit en chronische vaginale infecties. De techniek van het microscopisch diagnosticeren van infecties is daar zeer gedetailleerd ontwikkeld. Dat is ook het geval met de (vaak 'alternatieve') behandelwijzen. Consulten zijn (bijna altijd) leuk, zowel voor de vrouwen die ze begeleiden als voor de vrouwen die komen. Het is plezierig om te zien dat je vrouwen echt iets te bieden hebt; het is verbazingwekkend te zien hoe slecht vrouwen vaak behandeld worden of hoe weinig informatie ze krijgen. De bevrijdende vrolijkheid van een consult is voor de vrouwen van het VGC een enorme stimulans, ze geeft zin in méér...

Zelfhulp

Zelfhulp werd gezien als een methode om kennis op te bouwen over het eigen lichaam, elkaar te steunen en de afhan-

kelijkheid van artsen te verminderen. Het zou mondigheid bevorderen en daardoor effect hebben op gedrag van artsen. En zo werkte het ook. Het betekende een demystificatie van medische macht en het maakte vrouwen zelfverzekerder. Het raakte artsen. Ik zie hem nog staan die meneer, de vinger omhoog geheven, uitroepend: 'Ik fulmineer, ik fulmineer' ten eerste tegen zoiets gevaarlijks!, toen ik hem bij een onderzoek vertelde dat ik zelf met een speculum keek. Alhoewel de vrouwen van het VGC vanaf het begin niet bijvoorbaat tegen deskundigheid waren, bleef dit toch een zeer gevoelig punt. Het principe van zelfhulp stond in werkwijze en ideologie voorop. Daarom kon de professionele deskundigheid van de ene vrouw niet op de voorgrond staan en kon de ene vrouw de andere niet betalen. Er kon ook geen sprake zijn van bevoogding, beter weten of bewust maken. De eerste en enige ideologische splitsing binnen de groep ontstond vrij snel in het begin naar aanleiding van dit laatste punt. In de zeventiger jaren waren vormingswerkachtige ideeën omtrent het bewustmaken van met name huisvrouwen sterk vertegenwoordigd. Vanuit dit perspectief zou een VGC zich ook dienen te vestigen in een (arbeiders)wijk. De andere visie, dat in principe alle vrouwen te maken kunnen hebben met seksistische praktijken van de gezondheidszorg, won het pleit. Het VGC zag zich dan ook als een autonoom

Het werken in onderzoeksgroepen houdt méér in dan alleen het schrijven van brochures. Er worden bijvoorbeeld ook contacten gelegd - en daarmee confrontaties aangegaan - met artsen of specialisten; of als dat nodig is, wordt een congres verstoord. Zo heeft de bevallingengroep een uitgebreide enquête gehouden onder vroedvrouwen en ziekenhuispersoneel in Utrecht over de verloskundige situatie in de stad, en de opening van een nieuwe vroedvrouwenpraktijk gestimuleerd. De medicalisering van bevallingen is geworteld in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg. Het lage bedrag dat vroedvrouwen voor de begeleiding van een zwangerschap vergoed krijgen, bevordert bijvoorbeeld de tendens om vrouwen eerder naar het ziekenhuis door te sturen. Wil deze situatie verbeteren, dan zal er strijd gevoerd moeten worden voor structurele verandering van de gezondheidszorg. De bevallingengroep onderzoekt nu de mogelijkheden daarvoor. Dit voorbeeld geeft aan wat het werken binnen een onderzoeksgroep kan inhouden; het voert in dit kader te ver om daar dieper op in te gaan. Het vrouwegezondheidscentrum onderhoudt ook contacten met buitenlandse centra en neemt deel aan internationale congressen, bijvoorbeeld op het gebied van anticonceptie, sterilisatiemisbruik en abortus.

De ontwikkelingen van de laatste jaren, zoals beschreven in het artikel 'Macht over eigen lijf' hebben ertoe geleid dat de groep besloten heeft te streven naar een vrouwegezondheidscentrum op betaalde basis. Er bestaan plannen om dan de hulpverlening uit te breiden; ook is het dan mogelijk het onderzoek te intensiveren. Plannen, mogelijkheden en wensen worden op dit moment ten eerste beknot doordat al het werk vrijwilligerswerk is: de toekomst hangt af van het geld!

* Een groep vrouwen, die actie voert omtrent de gevolgen van het feit dat ze als dochters of als moeders te maken hebben gehad met het DES-hormoon (di-ethylstilboestrol) dat van 1947 tot 1975 aan zwangere vrouwen werd gegeven met het idee dat het miskramen zou voorkomen. De gevolgen hiervan voor de dochters van deze vrouwen variëren van een verhoogde vaginale afscheiding tot een grotere kans op vaginale kanker. De DES-actiegroep ziet het als haar taak om voorlichting te geven en om DES-betrokkenen op te sporen en opvang te verlenen. Verder wijst zij verantwoordelijke instanties en personen (bijvoorbeeld gynaecologen) op hun verantwoordelijkheden en spoort ze aan tot de nodige maatregelen.

vrouwenproject binnen de feministische beweging en als een organisatiepunt in een bredere strijd omtrent vrouwen-en-gezondheid.

Door de jaren heen zag de groep het glorieuze, verstrekkende perspectief van de zelfhulp verbleken. Zonder de positieve aspecten te ontkennen, is haar duidelijk geworden dat zelfhulp geen volledige oplossing kan bieden voor het probleem van een seksistische (en kapitalistische) gezondheidszorg. Vrouwen blijven in veel gevallen toch afhankelijk van medisch handelen, juist in die gevallen waar het om ingrijpende gebeurtenissen gaat. Een vrouw kan nog zoveel over haar lichaam weten en nog zo mondig zijn, eens doemt daaraan ergens een grens op. En wat dan? Bovendien is er ook een grens aan het verkrijgen van kennis over je eigen lichaam. Voor veel vrouwen is zelfhulp al helemaal iets irreëls; ze hebben er geen tijd voor, geen zin in, of ze hebben de instelling of de levenswijze er niet voor. Voor alle vrouwen komt er een punt waarop ze verder niets hoeven te weten, niks meer uit willen zoeken, het maar laten. Zelfhulp, zachte alternatieve instituties en praktijken vormen geen toereikende alternatieven voor het oplossen van alle levensproblemen van mensen. Ze zijn een aanvulling op de bestaande praktijken en ze hebben hun effecten. Maar ook vormen ze tesamen met de 'hardere' instituties een trap, waarbij de 'zachtere' op de 'hardere' leunen. Als je er met zelfhulp niet uitkomt moet je naar het ziekenhuis of de dokter. Door alleen bezig te zijn met het 'zachtere', alternatieve, wordt het institutionele, 'hardere', medisch-technische niet aangegrepen en blijft het zijn macht uitoefenen en de mogelijkheid houden bepaalde mensen en problemen naar de 'zachtere' sectoren af te schuiven.

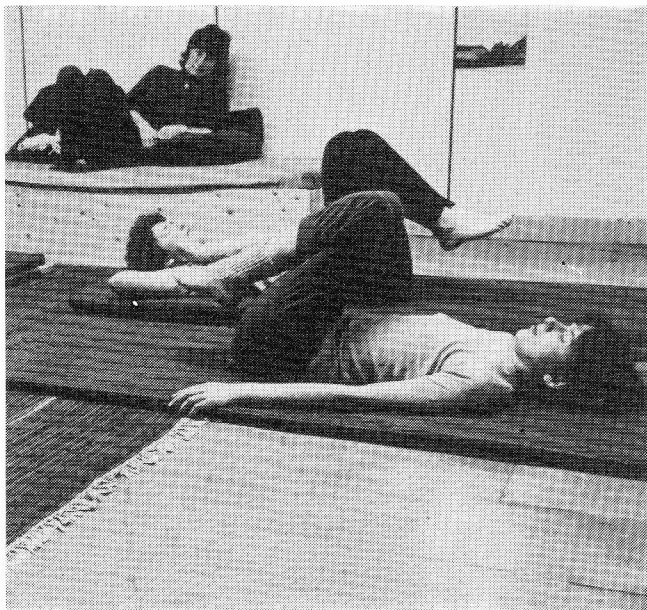
In zelfhulpgroepen spreekt het principe van zelfbeschikking over het eigen lichaam een grote rol, evenals de eis van mondigheid, en weerbaarheid tegenover artsen en ook wel ideeën over het 'goede' en 'natuurlijke' van het lichaam. Het recht op zelfbeschikking over het eigen lichaam is een onmiskenbaar burgerlijke verworvenheid. Maar met het recht erop, is die zelfbeschikking zelf nog niet volledig gerealiseerd: het lichaam is immers ingebed in een net van maatschappelijke machtsrelaties. Strijd om meer of anderssoortige zelfbeschikking is zinnig, ook al zal er nooit een 'natuurlijk' en altijd een 'maatschappelijk' lichaam bestaan. Het principe van zelfbeschikking wordt heel vaak zeer individueel geformuleerd, los van de (mogelijke) collectiviteit van het bestaan of een strijd, los van maatschappelijke grenzen. Zo kan dan van daaruit, binnen een liberaal gezondheidsperspectief, het beeld ontstaan van de over zichzelf beschikkende 'actieve, bewuste, jonge vrouw die zichzelf is'. Bovendien kan de nadruk op verantwoordelijkheid voor het eigen lichaam omslaan, zodat vrouwen zich schuldig voelen

aan hun ziekte of aan het feit dat ze niet mondig genoeg zijn. In een tijd van crisis wordt het zelfbeschikkingsprincipe omgezet in een plicht tot 'eigen verantwoordelijkheid', die alleen maar dient om bezuinigingen te rechtvaardigen. Er wordt dan gesproken over onderlinge 'draagvlakken' die anno 1983 volstrekt irreëel zijn. Dergelijke overwegingen leidden ertoe dat de groep ging toewerken naar een project op betaalde en professionele basis, waarin hulpverlening (d.w.z. consulten en groepsbegeleiding) en onderzoek geïntensiveerd zouden kunnen worden. Een 'harder' project van en voor vrouwen, in tijden van crisis...! Intussen was het VGC uitgegroeid tot een voorziening die een uitgebreid pakket dienstverlening afleverde. De meeste vrouwen die er werkten, hadden een studie voltooid; en het was duidelijk dat hun professionele achtergrond een rol speelde in het werk. Ook het al die jaren actief zijn in het VGC had deskundigheden opgeleverd. Het bleek onzinnig het ideologisch uitgangspunt van 'gelijkheid tussen alle vrouwen' te handhaven. Het werd onhoudbaar gevonden om daar allemaal gratis en voor niks, en soms werkloos, mee door te gaan...

Tussen beweging en voorziening

Het VGC vatte zich op als organisatiepunt in een beweging en wil een soort voorziening worden. Maar niet helemaal, liever voorlopig daar ergens tussenin. Alleen een strijd die zich in een beweging plaatst kan gezondheidszaken blijven koppelen aan een collectief feministisch perspectief. Het gaat immers niet alleen om een vrouwvriendelijker (sic) arts of een nog iets beter spiraal... Tenslotte gaat het vrouwen om 'macht over hun eigen lijf' ...!

De vrouwenbeweging is niet helemaal ongemerkt aan de gezondheidszorg voorbij getrokken. Hier en daar zijn er welwillende artsen of onderzoekers te vinden. Zo is er bijvoorbeeld de 'psychosomatische verloskunde en gynaecologie' ontstaan, waarover een aantal jaren geleden in Leiden een congres werd gehouden. Daar waren een aantal goedbedoelende, progressieve mensen bijeen, die dan ook helemaal niet begrepen waarom daar een stelletje 'gezondheidsfeministen' het congres kwam verstoren. Nogal wat progressieve ontwikkelingen verbinden zich met het woord 'psycho-'. Precieser beschouwend waar ze zich mee bezig houden, blijkt dan dat er aan de gynaecologie - verloskunde - een psychologische dimensie en deskundigheid wordt toegevoegd. Dit draagt het gevaar in zich dat gynaecologie (en dus levens)problemen van vrouwen of hun ontevredenheid met behandelingen en oplossingen gepsychologiseerd worden en



daarmee tot louter individuele problematiek worden teruggebracht. Dit kan betekenen dat er een fijnmaziger net van seksisme om vrouwen heen gespannen wordt. Het is daarom niet verwonderlijk dat een dergelijk specialisme kwaadheid en argwaan oproept. De dreiging dat via dergelijke ontwikkelingen eisen en wensen van vrouwen ingekapseld worden, is reëel. Zo zijn bijvoorbeeld een aantal noties over het huisartsenbezoek van huisvrouwen uit het onderzoek van Van der Velden⁵ algemeen goed geworden. Ze zouden meer vage klachten hebben - het zogenaamde 'huisvrouwensyndroom' - en daarom de huisarts vaker bezoeken dan mannen.

Als een dergelijk onderzoek vanuit een feministisch standpunt onder de loep genomen wordt en wordt geconfronteerd met kennis die aan feministische zijde over gezondheid is ontwikkeld, blijkt het 'huisvrouwensyndroom' slechts een twijfelachtig bestaan toegekend te kunnen worden.⁶ Zeker zal het verschil in levenssituatie van vrouwen invloed hebben op gezondheid en lichaamsbeleving, maar er is méér. Artsen weten vaak niet goed antwoord op klachten van vrouwen, ze communiceren met hen anders dan met mannen en schrijven voorbehoedsmiddelen voor, die (vage) bijwerkingen kunnen hebben.

Het onvermogen van artsen en de effecten van een institutionele situatie mogen niet worden vertaald in een 'syndroom' van vrouwen. Er heerst de laatste jaren een trend tot het benoemen van allerlei vrouwelijke 'syndromen' zoals het premenstrueel syndroom en de postnatale depressie. Voor vrouwen is het zaak deze concepten, deze diagnoses van het medisch systeem te deconstrueren. Er moet geanalyseerd worden wat er door dat medisch systeem geproduceerd wordt en wat overeen komt met reacties van vrouwen op hun levenssituatie. Een alternatieve, buiten-institutionele praktijk als het VGC kan daarvoor mogelijkheden bieden. De werkwijze verschilt daar zodanig van die binnen het medisch systeem, dat andere kennis opkomt: en die kan een ander licht op bestaande kennis laten schijnen.

Tot slot, de revolutie ...

De 'reproductieve situatie' van vrouwen is bij lange na niet ideaal. Van een niet-seksistische, goede medische zorg is geen sprake; van een vermaatschappelijke en met mannen gedeelde kinderzorg ook niet. Vrouwen blijven hun vrouwenstrijd op allerlei gebieden voeren, ook al wordt het er in tijden van crisis niet gemakkelijker op iets te bereiken. De activiteiten van een vrouwengezondheidsbeweging kunnen, als ze geen voeling houden met andere feministische strijd-

punten, verworden tot enkel en alleen technische, liberale veranderingen voor sommige vrouwen. Of ze kunnen blijven haken in iets marginaals, iets zachts alternatiefs, zeker ten tijde van de huidige gepseudologiseerde lichaamscultuur. Zelfs dan nog is een VGC baanbrekend en nuttig. Er zijn nog heel wat gevechten tegen bot seksisme te leveren; er zijn nog heel wat slechte en pijnlijke technieken te veranderen... met de middelen die het heeft blijft het VGC voorlopig vrolijk verder balanceren tussen dagelijkse bittere noodzaak en een verre revolutie ...

Literatuurverwijzingen

1. Zie hiervoor een belangwekkend boek over de strijd van vrouwen op het gebied van reproductie; Linda Gordon, 'Woman's Body, Woman's Right, A social History of Birth Control in America'. New York, Penguin Books, 1977. En ook; Linda Gordon, 'De strijd voor vrijheid van reproductie', in: Socialisties-Feministische Teksten 3. Feministische Uitgeverij Sara, Amsterdam, 1979.
2. Zie hiervoor bijvoorbeeld; Rosalind Pollack Petchesky, 'Vrijheid van reproductie: meer dan 'de vrouw beslist'', in: Socialisties-Feministische Teksten 7. Feministische Uitgeverij Sara, Amsterdam, 1982.
3. Er is een uitgebreid boek over de vrouwengezondheidsbeweging in de Verenigde Staten; Sheryl Burt Ruszek, 'The Women's Health Movement. Feminist Alternatives to Medical Control', Praeger Publishers, New York, 1978.
4. Zie hiervoor bijvoorbeeld: Gynaecologische praktijken. Zwartboek over het gynaecologische handelen van huisartsen en gynaecologen. Amsterdam, Vrouwendrukkerij Virginia, 1989.
5. Huisvrouw, Huisarts, Huisgezin. H.G.M. van der Velden. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen, 1971.
6. 'En de cirkel is weer rond... Een ander licht op het huisartsenbezoek van vrouwen', Ingrid Baart en Marianne Derks in: Tijdschrift voor vrouwenstudies 8, jrg. 2, nr. 4, SUN, Nijmegen, 1981.

Verpleging: zorg om de zorg

De verpleegkundigen zijn in een strijd gewikkeld om een eigen en erkende plaats te veroveren in het veld van zorg, onafhankelijk van de arts. Het terrein wordt afgebakend; er zijn aanzetten om het (zelf)begrip van de verpleegkundige te ontwikkelen. De eigen identiteit is echter nog onduidelijk. Gaat de ontwikkeling in de richting van professionalisering en vervolmaking van het medisch model of staan een beoordeling van de zorgbehoefte en een analyse van gewenste deskundigheid voorop? Het strijdperk rond het bed van de patiënt blijkt veel klemmen en valkuilen te verbergen.

In dit artikel een korte schets van de ontwikkeling van het beroep 'verpleegkundige': van de toegewijde, tot zorgen geroepen vrouw van goede huize tot de vakbekwame medisch assistent. Een analyse van het ziekenhuis als bedrijf, waar door 'wetenschappelijke bedrijfsvoering' een verregaande taakverdeling is ontstaan. Naast de hoofdbroeder staan de prik-, plas- en waszusters, de alpha-hulpen, enz. Geen ideale situatie!

Wat kan een vakbond als het Beterschap doen om het zorgen inhoud te geven en de belangen van de verzorgenden te behartigen? Renée van Aller roept op tot machtsvorming van verpleegkundigen, want ook voor een verzorgend beroep is macht met vies. Misschien vinden zij inspiratie bij Nigh tingale, Machiavelli en Von Clausewitz ...!

Juist in deze economisch slechte tijd wordt de zorg theoretisch zeer geprezen. Praktisch kan echter een heel ander beeld worden waargenomen. Zorg is uitermate belangrijk, dat wel, maar kan worden versterkt door vrouwen-op-zoek-naar-een-roeping (vrijwilligsters), leerlingen, werklozen, alfa-hulpen en verpleegkundigen en verzorgenden met een uitkering. Dat is een 'mooie' vertaling van het eigen initiatief, de eigen verantwoordelijkheid, de stimulering van de zelfzorg en mantelzorg. Het klinkt mooi en levert bovenal besparingen op in de collectieve sector..

Het mooiste beroep op de roeping werd onlangs gedaan door de zorgdeskundige Prof., Dr.J.L.M. Hattinga Verschure. Hij schrijft in het Algemeen Dagblad van 13 maart 1982 het volgende:

"In het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam werkten voor 800 bedden 450 mensen, van wie 250 nonnen. Nu werken er in datzelfde ziekenhuis voor 700 bedden 1700 à 1800 personeelsleden van wie nul nonnen. Nu wordt er voor geld arbeid verricht.. Het personeel verzorgt niet, het verleent een dienst tegen vergoeding. (Wij vragen ons af of dat een schande is voor verzorgenden en niet voor bijvoorbeeld artsen, RvA.) De nonnen en diaconessen werkten voor kost en inwoning en een zakgeldje, dat niet de moeite waard was. Als ze een paar gulden kregen voor een dagje uit, stonden ze met tranen in de ogen in de directiekamer."

Van roeping tot beroep

De ideale ziekenverzorgster begon als een dienstbare vrouw van goede huize, gehoorzaam en in alles ondergeschikt aan de (mannelijke) arts. (1875-1950) Daarna, volgt een aanpassing van het beeld van de ideale zuster tot een medisch assistente. Dit gebeurt vooral onder invloed van uitbreiding van de medische technologie. Door schaalvergroting ontstaat een taakverdeling. Vele specialismen ontstaan, ook in het zorgberoep. Verpleegsters stoten zorgtaken af naar andere beroepsgroepen om hun beroep meer medisch-technisch te kunnen ontwikkelen. (1950-1970)

In de jaren '70 treden veel mannen toe tot het beroep. De naam verpleegster verandert in verpleegkundige. Er wordt meer aandacht besteed aan de psychosociale kant van het verzorgen. Toewijding maakt plaats voor vakbekwaamheid, professionaliseren, verpleegkundige theorieën en een verdere differentiatie van opleidingen naast de in-service opleidingen. (1970-heden)

Ontwikkelingen staan echter nooit alleen, maar vinden plaats binnen een maatschappelijke, culturele en vooral een economische context..

De verpleegkundige opgedeeld

Aan het begin van de jaren zeventig deden zich de eerste tekenen van de economische achteruitgang al voor, en mede daardoor het streven om te komen tot beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. Ook de factor arbeid is in de gezondheidszorg een kostenpost. Efficiënt gebruik van de factor arbeid kan op twee manieren worden toegepast: het werk door zo weinig mogelijk mensen laten verrichten; en lonen en arbeidskosten verlagen. Beide methoden worden op het ogenblik gebruikt om de kosten beter te kunnen beheersen. En mede door de vlucht in de medische technologie en de daarbij behorende specialismen, werd de behoefte gevoeld om de steeds groter wordende ziekenhuizen te organiseren naar de principes van het bedrijfskundig management. Voor de gezondheidszorg betekent dit een hiërarchisch geordend apparaat waar de taken met functies samenhangen, en niet met mensen. Dit heeft gevolgen voor de beroepsuitoefening. In het functiewaarderingssysteem scoren leidinggevende taken veel hoger dan zorgverlenende taken. Artsen, voor zover ze niet in loondienst zijn, vallen buiten deze hiërarchische organisatie.

De wetenschappelijke bedrijfsvoering (scientific management) is gebaseerd op drie principes: 1. de kennis die nodig is om het werk all-round te doen, verschuift van de arbeiders (verzorging) naar de leiding (management); 2. de leiding kan met behulp van deze kennis het werk controleren, zonder zich met het eigenlijke werk (de handarbeid, de zorg praktisch gezien) te bemoeien; 3. de leiding splitst het werk zodanig op dat er eenvoudige handelingen overblijven. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van het verpleegkundig/verzorgend beroep: Hoeveel opleidingen zijn er niet bijgekomen de laatste 20 jaar!

De patiënt/cliënt ziet dan ook een keur van deskundigen aan zijn bed voorbij gaan. Deze taakdeling zet zich nog op grote schaal voort. Praktisch gezien levert dat het beeld op van de plaszuster, de prikzuster, de waszuster en de hoofdbroeder of -zuster achter het bureau, en daarboven nog véél meer bureau's met mensen die denken over hoe het werk moet worden uitgevoerd. Het gevolg hiervan is enerzijds dat het werk eentonig en simpel is voor basisverzorgenden. De theoretische kennis van het vak ligt bij de leiding. Er is een scheiding ontstaan tussen hoofd- en handarbeid. Een ander aspect van rationalisering van arbeid (is goedkoper maken) is het toepassen van allerlei apparatuur. Hierbij wordt uitgegaan van de veronderstelling dat apparaten (automatisering)

de handelingen nauwkeuriger en sneller kunnen verrichten dan mensen.

Uitholling

Zoals gezegd heeft zorgen (care) in het geheel niet de status, die geneeskundige technische beroepen (cure) bezitten. Dat is ook niet verwonderlijk, de geneeskunde stoelt op de 'harde' wetenschap, zorgen doet dat niet. Ook speelt de scheiding mannen- en vrouwenwerk een rol. Het is dan ook begrijpelijk dat het verpleegkundig en verzorgend beroep bij uitstek het beroep is dat worstelt met haar identiteit, dat geen wettelijke bevoegdheden heeft en ook geen (wettelijke) omschrijving kent, die bruikbaar is om de grenzen van het beroep aan te geven. Daarnaast hebben andere beroepsgroepen taken van de verpleegkundigen en verzorgenden overgenomen, die voordien stilzwijgend werden verricht binnen het zorgberoep. Bijvoorbeeld: ergotherapie, fysiotherapie, activiteitenbegeleiders, bezigheidstherapeuten, enzovoorts. Deze beroepen hebben een professionele status verworven. Op het gebied van de verpleegkundige zorg kwamen steeds meer specialistische opleidingen, maar die brachten de verpleging steeds verder van de verzorging om het bed.

De vraag is nu: kan de zorg zich nog wel menselijk en professioneel ontwikkelen tussen enerzijds de medisch assistent en anderzijds de zorgzame verzorgende met een roeping, zonder status en laag betaald? De paradox in het 'hoge' beroep van de zorg, de theorie en de praktijk, is terug te vinden in de ontwikkeling van 'autorisatie': het tijdelijk machtigen van verpleegkundigen en verzorgenden om medische handelingen te verrichten. Dit gebeurt als er onvoldoende deskundig personeel is. De verpleging en verzorging is er immers 24 uur per dag! Deze medische handelingen, uitgevoerd zonder wettelijke bescherming, leveren een extra aansprakelijkheid op zonder extra salaris. De autorisatie wordt op het ogenblik per ziekenhuis geregeld. Er zijn grote onderlinge verschillen. Het is symptomatisch dat er geen landelijke regeling voor bestaat.

Bijna een beroep, een professie of toch weer een roeping? Wat kan nu een belangen- en beroepsvereniging als 'Het Beterschap' doen voor een goede zorg? En heeft de zorg nog een kans ondanks of dank zij de bezuinigingen?

Beterschap

Leven van velerlei zijden de laatste jaren kruist op de religieuze gezondheidszorg uitgeoefend. Lmgzamerhand ontstaat het besef dat de medische wetenschap niet kan staan tussen de mens en zijn doodsgang. De medische wetenschap weet niet overal een antwoord op. Het medisch model laat daarnaast de psychosociale kant en de economisch en maatschappelijke ziekmakende invloeden buiten beschouwing. liet holistisch denken (geest en lichaam zijn één) maakt opgang. De patiëntenrechten doen theoretisch hun intrede. Voorzichtig komt een ontwikkeling op gang waarin de relatie medische wetenschap/arts niet meer gelien wordt als een religie/priester verhouding. Soms zijn er mondige patiënten en cliënten zodat er patiëntenverenigingen ontstaan. Praktisch ligt het echter nog moeilijk met patiëntenrechten en -inspraak. Democratie, inspraak en doelmatigheid gaan immers niet samen. Illich, Acherhuis, Avarro, Akster en De Swaan ("bietenotnés de serrouverenscmlc" l'hoogst verbaasd zich in elkaars gezelschap te bevinden") hebben hun invloed doen voelen: zie het rapport 'Herwaardering van Het Welzijn van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid'.

De nadelen van arbeidsdeling, grootschaligheid, medialisering, bureaucratisering en vervreemding zijn in grote delen van de maatschappij zichtbaar geworden. Ook vanuit de maatschappij komen signalen dat het anders en beter met de zorg zou kunnen.

Bepalen artsen, juristen, menswetenschappers etc. In de toekomst verplegingswetenschappers het zorgherocp, zonder dat ze weten wat de praktijk is;

Wij mogen, om te beginnen, ook wel eens over ons zelf na denken. Waar wij andere disciplines 'onderdrukking' verwijten daar doen wij vaak hetzelfde. Denk maar dan onze collega's ziekenverzorgenden, bejaardenhulpsters en alfhulpers. zij doen het echte handwerk, waarvan wij soms menen dat het beneden cinnu 'stand' is. Wij volgen ook te veel het voorbeeld van de arts en bouwen ons beroep uit naar lijn beeld en gelijkenis. Wel roepen we in theorie, en soms ook in de praktijk, dat we geen verlengstuk van de arts willen lijn. Daarnaast hebben in-service opgeleiden soms wat meewarige gevoelens over h.b.o.- en m.b.o.-opgeleiden ('I'kunnen de handjes niet laten wapperen') en vice versa ('zien geen verbanden en missen theoretisch' ondergrond'). Daardoor ontstaat er onder collega's veel vcrwrrmg, onzekerheid, onbegrip en tweespalt.

Naast kritisch bewustzijn ontwikkelen moet onze vereniging eenheid bevorderen, anders wordt het verdeel en-heerseren ec ha nism c op ons uitgeoefend en blijft er niets van ons beroep over. "aast de individuele en collectieve belangenbehartiging maakt het de vereniging sterker."

Zorg voor de macht

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn de nllge discrp line s die 24 uur per dag aanwezig zijn. Zij zouden het ontslagbeleid van de patiënt en/c liënt en moeten bepalen en zorgen dat er een goede onderlinge samenwerking met de eerste lijn is, zodat zomogig de zorg thuis kan worden voortgezet. Ziekenhuizen moeten niet naar de behoeften van specialisten worden ingericht, maar met het oog op de zorg.

Wat wil de patiënt/cliënt, nemen we daarvoor de tijd? Is onze aanpak menselijk? Willen we één lijn trekken om de zorg inhoud te geven? Om een antwoord te vinden op deze vragen zullen de verpleegkundige theorieontwikkeling en de praktijk moeten samengaan. Verpleegkundige theorieën moeten verstaanbaar zijn voor de praktijk en getoetst kunnen worden in de praktijk. Er zal meer maatschappelijk relevant onderzoek moeten komen.

Wat 'Het Beterschap' kan doen om een meer patiënt cliënt gerichte zorg te bereiken is:

- praktisch bezig zijn,
- verdere opleiding, inzicht en kritisch bewustzijn stimuleren,
- meewerken aan verpleegkundige theorieën en profielen,
- politieke invloed uitoefenen.

Naast eenheid en solidariteit en menselijk patiënt/cliënt gericht werken in de praktijk, wat nu kan beginnen, is ook op politiek niveau machtsontwikkeling nodig. Dat ontbreekt (nog) grotendeels. Als macht niet 'vies' is voor beroepen met status, waarom dan wel voor ons?

Wat er verder moet gebeuren in de verpleegkunde is dat de scheiding tussen hoofd- en handarbeid tot stilstand moet komen. Als praktische zorg (bijvoorbeeld wassen) evenveel waarde, status en salaris heeft als wetenschappelijke nota's schrijven, dan is ons beroep pas werkelijk holistisch en geïntegreerd: en dan hoeven we niet meer op elkaar neer te kijken. Een fata morgana).

Ik stel mij zo voor een bewerking van 'De Vorst' van Machiavelli te maken voor de verzorging. Samen met Von Clausewitz 'Over de oorlog' en de militair-rationele ideeën van Florence Nightingale moeten daaruit toch prima tactieken, methoden en technieken tot onderbouwing van de zorg 'voortvloeien'. Maar om dat te kunnen bewerkstelligen is een strategische machtsontwikkeling noodzakelijk. Immers wanneer we zelf niet iets met de zorg doen, zullen de zorg en de patiënt/cliënt geëlimineerd worden.

Een nieuwe theorie van Knut Sroka

Hartlijden

Het medisch denken is verweven met heersende maatschappelijke opvattingen. Het perspectief van maatschappelijke verandering vereist óók kennis-theoretische vernieuwingen. Alternatieve vorm en van kennis, zorg en hulpverlening zetten ons op scherp om de vooronderstellingen, normen en waarden die aan de heersende zorg en hulpverlening ten grondslag liggen, bloot te leggen. Zij dragen dan ook een kiem van verwarring in zich. Het zijn pogingen om te komen tot nieuwe kennis en een andere hulpverlening, en ze raken daarmee het hart van het gevestigd medisch wetenschaps- en zorgsysteem.

In dit artikel wordt zo'n 'andere' theorie besproken. Knut Sroka, arts en acupuncturist, vecht één van de meest centrale theorieën in de geneeskunde aan: de theorie van het hartinfarct. Op basis van traditioneel onderzoeksmateriaal komt hij tot geheel andere inzichten. Sroka tracht een brug te slaan tussen maatschappijkritiek, psychisch functioneren en de (patho)fysiologische processen die ten grondslag liggen aan het hartinfarct.

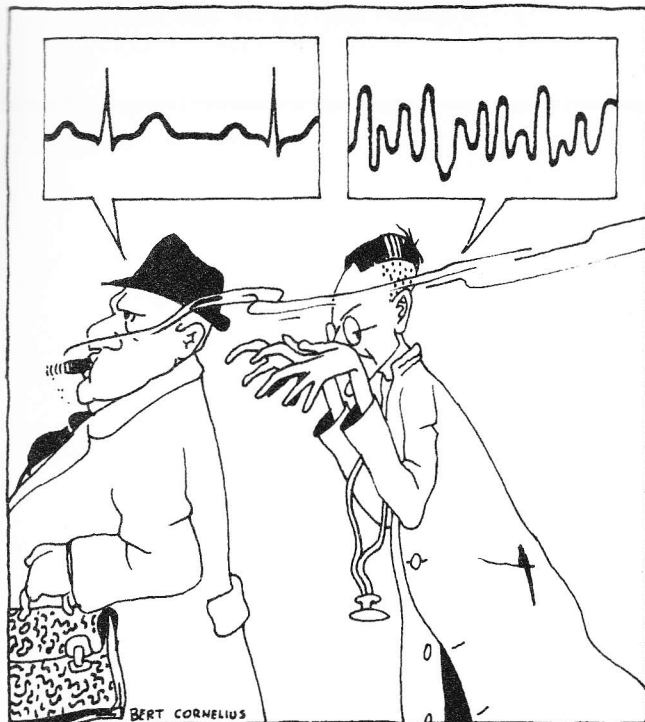
Op het niveau van de theorie omtrent het ontstaan van het hartinfarct verschillen Sroka's inzichten van bestaande opvattingen, waarbij de vraag naar de waarde van zijn theorie en hoe die onderzocht wordt echter open blijft. Op het gebied van de hulpverleningspraktijk biedt Sroka's aanpak nieuwe vooruitzichten, aldus de schrijvers van dit artikel: Hugo Smeets en Denhard de Smit. Zijn ideeën leiden tot een democratischer, socialer en minder gewelddadige therapie. In hoeverre Sroka's aanpak verschilt van bestaande alternatieve vormen van hulpverlening en of deze leidt tot een helderder zicht op de relatie tussen 'persoonlijke bevrijding' en maatschappelijke verandering, staat nog ter discussie.

De discussies van de laatste decennia over vernieuwing van de gezondheidszorg gingen vooral over de rol van de psyche en de maatschappij. Uit die discussies zijn nieuwe initiatieven voortgekomen. Inhoud en vorm van de hulpverlening zijn erdoor veranderd. Toch is het hoofddoel van de geneeskunde nog altijd het beter maken en gezond houden van het lichaam gebleven. De richtlijnen voor dit geneeskundig handelen worden ontleend aan de medische wetenschap die zich los van de vernieuwingsdiscussies op de oude voet verder ontwikkeld heeft. Dat is ook de reden dat diagnoses en medische behandelingen niet wezenlijk veranderd zijn. Maar nu lijkt daar een eind aan te komen. De grenzen die de medische wetenschap stelt aan het medisch handelen in engere zin, komen onder druk te staan. Vrouwen ontdekken dat de kennis die zij vanuit eigen ervaringen opbouwen, soms afwijkt van wat er in de gynaecologie-boeken staat. Artsen doen toenaderingspogingen tot alternatieve geneeswijzen, hoewel ze tussen hun medische kennis en de alternatieve praktijk een kloof laten bestaan die verdere ontwikkeling van beide belemmert. Af en toe is er dan iemand die de altijd al bestaande conflicten in de medische theorievorming, de conflicten in het hart van de wetenschap zelf, opneemt, uitwerkt en naar buiten brengt. Zo iemand is Knut Sroka en naar aanleiding van zijn boek 'Zur Dialektik des Herzinfarkts' is dit artikel geschreven.

We willen hier proberen uit te leggen hoe Sroka de wetenschappelijke discussie over het ontstaan van hartlijden aangaat en hoe hij op basis van afwijkende wetenschappelijke standpunten over het hart, tot een diagnose en therapie komt die wezenlijk van de gangbare verschillen. Zijn diagnose en therapie maken het mogelijk hartpatiënten minder gewelddadig en democratischer te benaderen en rekening te houden met het maatschappelijke karakter van ziekte en ziek zijn. Daarmee kan het bestaan van zieke mensen in een positieve richting veranderen. Dat is belangrijk, want voor zieke mensen telt immers niet alleen de juistheid van de theorie en de behandeling van de ziekte, maar ook de kwaliteit van het bestaan tijdens en na het ziek zijn. Om dit laatste bekommert de heersende geneeskunde zich amper. Het is de verdienste van Sroka, dat hij zich er wel druk om maakt. Daarom zullen we aan de hand van zijn werk ook laten zien in welke richting de vernieuwing van de medische hulpverlening kan gaan.

kritiek

'Zur Dialektik des Herzinfarkts' is een degelijk en afgerond betoog. Logisch opgebouwd, sluitend en door onderzoeksgegevens uit de literatuur geschraagd. In het medisch-biologisch gedeelte van het boek zijn twee hoofdlijnen terug te



vinden. Een grondige kritiek op de 'coronairtheorie' en een uitwerking C.q. reconstructie van de invloed van de vegetatieve regulaties op de werking van het hart. (Zie voor uitleg vegetatieve regulaties noot 2).² Deze reconstructie is de basis voor de nieuwe pathologische theorie die Sroka de lezer voorlegt. Zijn kritiek en zijn nieuwe inzichten worden goed duidelijk door ze naast de coronairtheorie zelf te leggen.

Volgens de laatstgenoemde theorie worden zowel het hartinfarct (myocardinfarct) als de hartkramp (angina pectoris) veroorzaakt door een zuurstoftekort in het hartspierweefsel. Een verminderde doorbloeding is verantwoordelijk voor dit tekort. De gestoorde doorbloeding is het gevolg van atherosclerotisch vernauwde vaten of afsluiting door een stolsel (thrombus). Overwegend is men van mening dat roken, hoge bloeddruk, overgewicht en een te hoog serumcholesterolgehalte de kans op het krijgen van een hartinfarct aanzienlijk vergroten. Daarom noemt men die risicofactoren.

De therapie is gericht op verbetering van de doorbloeding dan wel vermindering van de belasting van het hart. Medicinaal worden middelen als nitroglycerine en bèta-blokkers (vermindering van de hartbelasting) en digitalis (bij acute hartzwakte) gebruikt. Bij infarcten vindt vanwege de mogelijke complicaties vaak opname op de intensive-care afdeling van een ziekenhuis plaats. Hartkramp wordt behandeld door gezonde vaten te transplanteren die de functie van de vernauwde vaten moeten overnemen (de 'bypass' operatie). Preventief richt men zich op vermindering van de aanwezigheid van risicofactoren.

De kritiek van Sroka op dit heersende concept is anatomisch, histologisch, (neuro)fysiologisch en biochemisch van aard. De behandeling van het vraagstuk van de thrombotische afsluiting van kransslagaderen bij het hartinfarct kan als voorbeeld van zijn kritiek dienen. Sroka voert onderzoeksmateriaal ten tonele waaruit overtuigend blijkt dat stolsels niet vóór maar na de beschadiging (infarcering) van het hartspierweefsel optreden. Zij zijn dus niet de oorzaak van het infarct maar een gevolg. Dit blijkt onder meer uit deze feiten: stolsels worden uitsluitend op oude atherosclerotische plaatsen aangetroffen, zodat op die plaatsen reeds lang voor een eventuele afsluiting de doorbloeding zich heeft kunnen aanpassen (collaterale circulatie). Met een radioactief gemerkte stollingsfactor (fibrinogeen), dat na infarcten wordt toegediend, is bewezen dat de stolsels zich in de tijd na de vorming van het infarct ontwikkelen; de overlevingsduur na het infarct blijkt een positief verband met het aantreffen van stolsels te hebben.³

Citeraard komen andere onderzoekers met andere gegevens. Sroka maakt voor wat betreft de medewerkers van het National Heart Institute (Verenigde Staten) duidelijk, dat

zij een onterechte selectie uit hun onderzoeksmateriaal maken. Telkens wéér ontrafelt hij de 'bewijzen' achter de coronairtheorie. Zodoende komt hij niet alleen met een nieuw benadering, maar demonstreert hij ook de onhoudbaarheid van de coronairtheorie zelf door op de tegenstrijdigheden in die theorie en het onderzoeksmateriaal te wijzen.

Het nieuwe

Wanneer je 'Zur Dialektik des Herzinfarkts' leest, ontdek je een leemte in je eigen kennis. Neurovegetatieve regulaties en de betekenis daarvan voor het begrip van de fysiologische gebeurtenissen in het levende lichaam worden te summier en eenzijdig behandeld op de medische faculteit. Enerzijds komt de directe invloed van de ortho- en parasympathische stimuli op de celstofwisseling van het hart niet aan de orde. Anderzijds wordt het samenspel van ortho- en parasympathische regulaties op een statische manier behandeld. De uitwerking van deze twee onderwerpen levert Sroka de sleutel tot het inzicht, dat een verlies aan vegetatieve ontspanning - dat wil zeggen een tekort aan parasympathische stimuli - leidt tot een verstoring van de stofwisseling van de hartspier. Onvoldoende 'tegen-regulerende' invloed van de parasympathicus veroorzaakt een ondoelmattige stofwisseling. Er is sprake van een -- in verhouding tot de te leveren arbeid -- te hoge zuurstofverbranding. Daardoor hopen zich zure stofwisselingsproducten op, hetgeen tot krachtsverlies, pijn en uiteindelijk weefselsterfte kan leiden. Hartzwakte, hartkramp en hartinfarct doen zich voor als deze verstoring ernstige vormen aanneemt.

Dit is niet de plaats om uitvoerig op fysiologische details in te gaan. Slechts dit. Volgens heersende opvattingen in de fysiologie verhouden ortho- en parasympathische activiteit zich als een wip. Meer van het één betekent altijd minder van het ander. Hiertegenover stelt Sroka dat de ortho- en parasympathicus wél tegelijk in activiteit toe of af kunnen nemen. Dat komt omdat ze elkaar niet alleen onderdrukken, maar elkaar ook stimuleren. Uit de activiteit van de ene pool is dus niet direct de toestand van de andere pool af te leiden. Men moet altijd de toestand van beide polen afzonderlijk vaststellen. Door dat te doen heeft Sroka kunnen ontdekken dat een bepaalde sympathische activiteit niet bij iedereen met dezelfde parasympathische activiteit gepaard gaat. In zijn boek is uitvoerig bewijsmateriaal voor deze stelling te vinden. Ook in een andere, recente, publikatie wordt, in het kader van de hartpathologie, gewezen op het naast elkaar bestaan van versterkte ortho- en parasympathische invloeden op het hart. In deze publikatie betitelt de schrijver het wipmodel als een 'erroneous', onjuist concept.⁴

Als acupuncturist heeft Sroka geleerd dynamisch te denken over het menselijk lichaam. Door intensief speurwerk is hij gestuit op onderzoeken naar de invloed van het zenuwstelsel op het hart, die al in de jaren dertig en veertig gestart zijn, maar waarover fysiologie boeken doorgaans zwijgen. Met behulp van recenter onderzoek en de hierboven beschreven reconstructie van de vegetatieve regulaties is hij tot de conclusie gekomen dat het verlies aan vegetatieve ontspanning de oorzaak van het hartlijden is. Deze opvatting wijkt trouwens ook duidelijk af van het gangbare stress-concept. In dat concept worden de schadelijke gevolgen van stress immers geweten aan de fysiologische veranderingen die door sympathische over-activiteit ontstaan.

Oorzaak en therapie

Alvorens het therapeutisch alternatief van Sroka te kunnen presenteren, moeten we vertellen waardoor het verlies aan vegetatieve ontspanning ontstaat. De oorzaak is, dat hartpatiënten een gedrag ontwikkeld hebben waarin geen ruimte voor ontspanning en spontane emotionaliteit is. Dit gedrag ontstaat door verdringing van de 'zwakke gevoelens' zoals de behoefte aan tussenmenselijke warmte, het toegeven aan angsten, huilen. Verdringing van deze emoties wordt door de burgerlijke cultuur aangeleerd. Verdringing roept overcompensatie op, juist om die verdringing te kunnen handhaven. Dus ontstaat een gedrag, gekenmerkt door hard werken en een concurrerende en agressieve opstelling. Of zoals Sroka zegt: 'De infarctpersoonlijkheid heeft de karwats van de slavendrijver verinnerlijkt'. Anderzijds stelt met name de industriële arbeid eisen aan het gedrag van mensen: prestatie leveren, werken in een hoog tempo, promotie maken. Slechts zij die hun zwakke gevoelens verdringen kunnen zich daaraan aanpassen. Zo produceert de maatschappij door cultuur en arbeidsverhoudingen op grote schaal infarctpersoonlijkheden. Mensen die niet spontaan emotioneel kunnen zijn en niet kunnen ontspannen. Sroka onderbouwt deze verklaring door te wijzen op het verschil in voorkomen van hartinfarcten in verschillende bevolkingsgroepen: onder mannen meer dan onder vrouwen, in lagere sociale klassen meer dan in hogere, bij handarbeiders meer dan bij hoofdarbeiders. Overigens, ook deze verklaring is afwijkend van de stress-theorieën. Het harde werken is op zich geen probleem, zoals de meeste van die theorieën stellen. Nee, de verdringing van de zwakke gevoelens, die door hard werken in stand gehouden wordt, is de bron van het kwaad. Doel van de therapie is het herstel van de vegetatieve ont-

spanning teneinde de stofwisseling van het hart weer in evenwicht te krijgen. De zieke moet de mogelijkheid krijgen het geestelijk en emotioneel evenwicht te hervinden. Maatschappelijke veranderingen kunnen dit bevorderen, maar concrete veranderingen in het eigen dagelijkse bestaan zijn daarbij noodzakelijk. Dit proces kan ondersteund worden door maatregelen, die op fysiologische wijze de parasympathische krachten versterken. Strophantine in lage doses, meidoornthee, mangaan-ionen, nitroglycerine, mistel extract, knotlook en dergelijke zijn enkele van de heilzame middelen bij hartzwakte, hartkramp en herstel na een hartinfarct. Acute hartzwakte bij het infarct kan met hoge intraveneuze doses strophantine behandeld worden. Ziekenhuisopname met alle daarbij horende ingrepen is eigenlijk niet nodig, omdat het de kans op overleving niet vergroot. Roken en overgewicht leiden tot verhoogde sympathische activiteit en kunnen bij bestaand spanningsverlies dus schadelijk zijn. Verlaging van bloeddruk en serumcholesterolgehalte hebben geen positieve invloed op infarctcijfers.

Sroka en de hulpverlening

Wie ziek wordt in onze maatschappij komt bijna onvermijdelijk in handen van de georganiseerde medische hulpverlening. Het leven tijdens het ziek zijn wordt daardoor ondergeschikt aan het beter maken door de geneeskunde. In vele toonaarden is beschreven hoe die geneeskunde dat op een ondemocratische, individualiserende en vaak gewelddadige manier doet. Die kritiek heeft, vooral tot aandacht voor de hulpverleningsrelatie geleid. In de eerstelijns geneeskunde is men ook meer gaan letten op de psychische en sociale omstandigheden van de zieken. Het leven van een zieke is echter niet alleen afhankelijk van de relatie met de dokter of diens belangstellingsgebied. Diagnose en behandeling bepalen grotendeels hoe het leven van de zieke er uit ziet. Tegelijk leeft de zieke in een maatschappij met vooroordelen, regels en normen. Het belang van deze factoren (diagnose, behandeling, maatschappij) voor de kwaliteit van het bestaan wordt erkend door de democratische psychiatrie. Deze stroming stelt diagnostische etiketten en behandelingsmethoden ter discussie. Tevens probeert zij het maatschappelijke isolement van gekken te doorbreken. Dit alles om het bestaan van de (nu nog) psychiatrische patiënten een nieuwe inhoud te geven. Een dergelijke strategie lijkt ons ook voor progressieve verandering van de medische hulpverlening perspectiefvol.

Dus veranderingen van de hulpverlening ondergeschikt maken aan de democratisering van het zieke bestaan en het terugdringen van het opgelegde geweld van zware medicijnen, operaties en ingrijpende diagnostische methoden. Tegelijk zijn maatschappelijke veranderingen nodig, die zeker niet alleen door zieken en hulpverleners tot stand gebracht kunnen worden. Hoe Sroka's alternatief in deze strategie past zullen we nu laten zien.

Sroka spreekt consequent niet over hulpverleners, maar over helpen bij zelfhulp. Dat is terecht, omdat het handelen bij de acute symptomen en bij het herstel op langere termijn uitgaat van een eigen, actieve rol van de zieke. Waar de moderne geneeskunde probeert zieken beter te maken sluit Sroka aan bij de mogelijkheden die mensen hebben om beter te worden, zichzelf beter te maken. Die rol van de zieke wordt mogelijk, doordat de toestand van de vegetatieve dynamiek in de diagnose is opgenomen. Het verlies aan vegetatieve ontspanning, waarvan bij hartlijden sprake is, kan opgeheven worden onder leiding van de zieke zelf. Voor de hulpverlener is het een taak dat inzicht aan hem of haar voor te leggen, het herstel van die ontspanning als een perspectief aan te bieden. Op fysiologisch niveau is de zieke, vooral in de acute fasen, gebaat bij het gebruik van de genoemde zelf-toedienbare medicijnen en voedingsmiddelen. Sroka bespreekt ook een aantal 'zachte technieken', die de ontspanning bevorderen. Mensen die zich ervoor openstellen kunnen de ontspannende effecten van deze technieken zelf ervaren en desgewenst oproepen.

Het verschil met de behandeling die uit de coronairtheorie voortvloeit is groot. Coronariografie, 'by-pass'-operaties en zware medicijnen als bèta-blokkers zijn bij Sroka niet aan de orde.⁶ Zodoende blijven de zieke een hoop geweld en een tijdelijk verblijf in het ziekenhuis bespaard. En, hij of zij blijft veel meer baas over eigen lijf.

Aanpassen of veranderen

Het het verdwijnen van de pijn en de bedreigende stoornissen is de kous nog niet af. Noch voor het besproken alternatief, noch voor de gangbare werkwijze, want na het te boven komen van de acute fase volgt het herstel.

Hoever iemand hersteld is na een hartinfarct of 'by-pass'-operatie wordt in het algemeen afgemeten aan zijn fysiologische capaciteiten en maatschappelijk functioneren.⁷ Hoe eerder de toestand van voor het begin van de ziekte benaderd is, hoe beter het resultaat.

Welhaast cynisch schrijft Sroka over de revalidatie in zelf-

hulp groepen in West-Duitsland. In die groepen doet men onder medische leiding gezamenlijk aan sport, motiveert men elkaar risicogewoonten als vet eten en roken af te leren en moedigt men elkaar aan de ziekte te overwinnen. Dit is het oordeel: 'Je hebt er toch heus alles aan gedaan; regelmatig bèta-blokkers geslikt, regelmatig medicijnen ingenomen om de bloeddruk en de cholesterolspiegels te laten dalen en uiteindelijk heb je door de coronairgroep je oude prestatievermogen teruggekregen en dan komt toch nog, als een donderslag bij heldere hemel, het tweede infarct's.

Het kenmerkende van deze revalidatie is, dat ze uit is op hernieuwde aanpassing van de zieke. De zieke moet weer in hetzelfde dagelijks leven als vroeger mee kunnen draaien en het liefst de oude baan weer oppakken. Deze oude situatie veroorzaakte echter het verlies aan vegetatieve ontspanning. Dat ondanks de revalidatie een nieuw infarct optreedt, verbaast Sroka dan ook niet.

Zelf pleit hij voor een bewuste rol van de zieke in het proces van verandering dat nodig is om het psychische, en daarmee het vegetatieve, evenwicht te herstellen. Het uiteindelijke perspectief is de persoonlijke en maatschappelijke bevrijding. Die bevrijding houdt dan in dat de zieke, met steun van de hulpverlener, weer leert te ontspannen en spontaan emotioneel te zijn. Tegelijk moeten voor zo'n leefwijze de maatschappelijke voorwaarden geschapen worden. Want vervreemdende arbeid, prestatiemoraal en de noodzaak tot onderlinge concurrentie belemmeren een spontane leefwijze. En terwijl anderen de persoonlijke bevrijding niet kunnen overnemen, ligt er in de maatschappelijke bevrijding ook een taak voor anderen dan de zieke en de hulpverlener. Hoe de bevrijding precies bevocht moet worden, blijft een vraag. Het gesprek over de persoonlijke crisis, die zich in de acute ziekte uit, is in elk geval het vertrekpunt. Maatschappelijk gezien moet op de lange termijn de industriële consumptie- en produktiewijze teruggedrongen worden ten gunste van autonome leef- en werkvormen. Direct al, ook in het gezin en op het werk, is het afbreken van de heersende mannencultuur een belangrijk perspectief. Kortom: tegenover de vervreemdende en onderdrukkende maatregelen van de heersende geneeskunde staan de persoonlijke en maatschappelijke bewustwording; tegenover de aanpassing staat de verandering!

Geslaagd?

Wij hebben Knut Sroka gevraagd, waarom hij ooit aan het onderzoek, dat uiteindelijk tot zijn boek geleid heeft, begonnen is. Letterlijk antwoordde hij ons: 'Eind '60-er jaren en later trachten wij - linkse studenten - kritische posities

in de geneeskunde in te nemen. In onze kritiek op de kortzichtigheid van de orgaangerichte geneeskunde stelden wij dat de maatschappij ziek-makend was. Ook dat was kortzichtig én te algemeen, want de heersende geneeskunde kon die opvatting afdoen met de vraag: wilt U dan alstublieft even bewijzen hoé de maatschappij ziek maakt?

Zelf ben ik er door mijn bemoeienissen met de acupunctuur op den duur achter gekomen, dat de beslissende schakel tussen het maatschappelijke - of beter het psychosociale - en het organische in de dynamiek van de vegetatieve regulaties ligt. Inmiddels was het oude onbehagen over de orgaaneeskunde gebleven en toen heb ik een thema gekozen, want je moet de kritiek ergens aan vastmaken.

Zijn poging om te laten zien hoe de maatschappij ziekmakend kan zijn, is naar ons idee grotendeels geslaagd. Door-slaggevend is dat een andere benadering van het lichaam het mogelijk maakt om leefomstandigheden en gedrag enerzijds en het functioneren van orgaansystemen anderzijds op elkaar overigens ook. Zij zoekt de verklaring van gevonden verbanden echter in de stress. We hebben laten zien hoe Sroka dat statische concept afwijst en er de complexe dynamiek van de vegetatieve regulaties tegenover stelt. Deze herontdekking van de vegetatieve regulaties is een verrijking voor het denken over de verbanden tussen lichaam, psyche en maatschappij.

Naast dit positieve oordeel hebben we kritiek op de wijze waarop Sroka het ontstaan van het verlies aan vegetatieve ontspanning verklaart. Als belangrijkste oorzaak noemt hij de verdringing van zwakke gevoelens. Volgens hem komt die verdringing bijvoorbeeld vaker bij mannen dan bij vrouwen voor, hetgeen zou verklaren waarom vrouwen betrekkelijk weinig door hartlijden getroffen worden. Hij toont echter niet aan dat deze verdringing ook werkelijk weinig voorkomt onder vrouwen. En hoewel in het bestaan van vrouwen uiterlijk meer ruimte is voor gevoelens van warmte en uiting van wanhoop en angst is dat geen bewijs. Want roept het moeten tonen van zwakke gevoelens niet vaak verdringing of onderdrukking van de werkelijke eigen zwakke gevoelens op?

Wat ons betreft ligt de discussie over de oorzaken van het verlies aan vegetatieve ontspanning nog open. Daarin zullen de onderzoeken, die aantonen dat hartlijden vaker bij het type-A gedrag voorkomt een belangrijke rol kunnen spelen. Hard werken en slecht ontspannen zijn de belangrijkste kenmerken van dit gedrag. Verdringing van zwakke gevoelens speelt in de definitie daarvan geen rol. Mogelijk heeft het type-A gedrag dus zonder dat verdringing van zwakke gevoelens optreedt een nadelige invloed op de vegetatieve ontspanning.

De koers die Knut Sroka in zijn boek verwoord heeft, is er één om in grote lijnen aan te houden. Daarbij kan de steven ook op andere ziektebeelden gericht worden. Wat dit betreft is er nog een andere weg te gaan voor onderzoekers en theoretici. De mogelijkheden tot een alternatieve hulpverlening die door Sroka aangedragen zijn, zouden echter meteen al onderwerp van discussie kunnen en moeten zijn onder hulpverleners. Want juist omdat de verschillen met de gangbare werkwijze zo groot zijn, hebben de zieken er zoveel belang bij.

Literatuurverwijzingen

1. Knut Sroka is nu werkzaam als arts in Hamburg. Na zijn medische opleiding heeft hij op verschillende afdelingen in ziekenhuizen gewerkt. Daarna heeft hij een acupunctuur-opleiding gevolgd en is hij ook als acupuncturist gaan werken. Naast zijn, toen nog kleine praktijk heeft hij gedurende een aantal jaren gewerkt aan zijn boek. Via de boekhandel is het boek te bestellen. Denhard de Smit heeft een nederlandstalige samenvatting gemaakt, die in de loop van het najaar uitgegeven gaat worden. Belangstellenden kunnen schrijven of bellen. (D. de Smit, Taandwarsstraat 27, 1013 BV Amsterdam, tel: 241685). 'Zur Dialektik des Herzinfarkts' is uitgegeven bij Syndikat (Frankfurt am Main, 1980, ISBN 3-8108-0165-8).
2. Allerlei processen in ons lichaam worden onbewust gestuurd door het vegetatieve zenuwstelsel. Dit zenuwstelsel is opgebouwd uit twee delen: de parasympathicus en de orthosympathicus. Als de parasympathicus actief is, worden opbouwende en herstellende processen bevordert, zoals spijsvertering, versterking van groei en opbouw van reserve-energie. Daarentegen brengt de orthosympathicus het lichaam in een toestand waarin meer arbeid verricht kan worden.
3. Zie Knut Sroka, paragraaf 1.1 voor alle argumenten en onderzoeksgegevens.
4. A. Malliani, "The visceral nervous system as a mediator of psychosocial risk factors; therapeutic implications of its specific organization" in: 'Psychosomatic risk factors and coronary heart disease: indications for specific preventive therapy', Edited by R. Rosenmann, Bern, Hans Huber Publishers, 1983.
5. De hartglycosiden digitalis en strophantine hebben bij lage doses een vagomimetisch effect, dat wil zeggen de vagale (parasympathische) activiteit neemt toe. In het bereik van de hogere dosis treedt echter een toegenomen sympathische prikkelbaarheid op. Bij de behandeling van (acute) hartzwakte met digitalis wordt van de hoge dosis gebruik gemaakt. Voor het in stand houden van een lage onderhoudsdosis is strophantine geschikter dan digitalis, omdat het veel sneller uit het lichaam verdwijnt en dus minder makkelijk cumuleert.
6. Coronariografie is een diagnostische methode waarbij, door het inspuiten van de kranen van het hart met contrastvloeistof, vernauwingen opgespoord kunnen worden.
7. Zie bijvoorbeeld: J.P.M. Diederiks, Herstel en revalidatie na het hartinfarct, proefschrift RUL en K. Laid-Meeter e.a., Tien jaar coronaria chirurgie, NtVG, 127, 1983, p. 988.
8. Knut Sroka, p. 177.
9. Zie bijvoorbeeld: Friedman en Rosenmann, Type A behavior and your heart, Greenwich, Fawcett Publications, 1974 en de in noot 4 genoemde bundel.

BOEKEN

HET ZIEKENHUIS HELPT JE NIET GEZONDHEIDSZORG IN DE FILIPPIJNEN

Een reiziger bezoekt een regeringsziekenhuis in het noorden van de Filippijnen. Het telt dertig bedden, maar patiënten zijn er niet. Drie verpleegsters zitten op hun gemak een kosnoot te eten. De ziekenhuisarts is voor onbepaalde tijd naar de hoofdstad Manila gegaan, om een congres te bezoeken. Dat weten de zieken ook: zij zoeken hun heil in een kliniekje van de katholieke kerk in de buurt. Daar liggen op vier bamboebedden patiënten, enkelen aan een infuus. Een jongetje wacht al twee dagen op het zakken van de rivier om na de oversteek hulp te zoeken voor zijn ernstige arm-breuk in een groot ziekenhuis.

Er zijn zo'n vijftienduizend Filippijnse artsen. Tweederde van hen werkt in het buitenland: in de olielanden of rijke industrielanden. Hun sterk curatief gerichte, op Amerikaanse leest geschoeide opleiding nodigt hen daar min of meer toe uit. De weinigen die op het Filippijnse platteland verzeild raken treffen daar arme boeren aan die niet over de middelen beschikken om een gezond leven te leiden: schoon drinkwater, genoeg goed land en werktuigen om een evenwichtige voedselvoorziening op te bouwen en een goede behuizing. Bij hen schiet zo'n artsenopleiding naast het doel. Geneesmiddelen en ziekenhuisbehandelingen kunnen de plattelandsbewoners meestal niet betalen. Ondervoeding en epidemieën komen vaak voor. De eerdergenoemde arts was kennelijk even teruggevlucht naar het houvast, dat voor hem het enige model voor de werkelijkheid kan zijn: de theorie van de moderne, curatieve geneeskunde.

De ellende die dit soort situaties kunnen opleveren voor individuele zieken die vergeefs behandeling en genezing verwachten van de machtige dokter, laat zich raden. Het is echter een verdienste van de schrijvers dat ze niet uitgebreid bij die ellende blijven stilstaan. Dat zou de bekende anekdotes opleveren van exotisch aandoende gruwelen, waarbij we 'ah' en 'oh' roepen, maar die een werkelijk begrip van de toestand in de weg staan. Het boekje besteedt daarentegen juist alle aandacht aan de omstandigheden die een gezond leven verhinderen: de economie in de steden en op het platteland, de sociale verhoudingen en de politieke toestand op regeringsniveau en plaatselijk. De Filippijnen waren een Spaanse kolonie, totdat ze in de vorige eeuw door de Verenigde Staten werden gekocht. Nu vormen de Filippijnen een lage-lonen-land bij uitstek met fabrieken en plantages die veelal in Amerikaanse handen zijn.

Een gevoel van beklemming ontging me niet bij het lezen. De Filippino's die weinig geld hebben krijgen geen ruim te of tijd om hun levensomstandigheden te verbeteren. Steeds worden ze in de fabrieken bedreigd met ontslag, steeds wordt hen land afgenomen of worden ze gedwongen om voor de export gewassen te verbouwen, terwijl de prijzen van voedsel, kleren en geneesmiddelen stijgen. Veel Filippino's die zich verzetten tegen hun onderdrukking worden vervolgd. In reactie daarop bestaan in verschillende regio's vergaande vormen van rebellie. Enkele gebieden worden politiek en militair beheerst door verzetsbewegingen uit de streek, zoals het New People's Army op het zuidelijke eiland Mindanao.

De rol van de gezondheidszorg in de Filippijnen is meestal een systeem bevestigende, dus een onderdrukkende. Dat geldt zelfs voor de vele, door de regering opgezette programma's van basale eerstelijns gezondheidszorg, 'Primary Health Care'. De overheid zet deze projecten op met de verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie over 'Health for All in the year 2000' van Alma Ata in de hand. Projecten die gericht zijn op de plattelandsbewoners en als het ware over hen heen komen. De inhoudelijke invulling heeft tot gevolg dat de wind uit de zeilen wordt genomen van de politiserende werking, die heel goed zou kunnen ontstaan bij het nadenken over en bezig zijn met gezondheid, ziekte en voeding. Andere projecten, al of niet in opstandige regio's, zijn geworteld in de gemeenschap van plattelandsbewoners: dat zijn dan ook de projecten waarvan een bewustmakende, politiserende werking uitgaat. De parallel met de 'bevrijdende gezondheidszorg' in gemeenschappen in Latijns-Amerika dringt zich op, en Frits Muller, één van de theoretici en praktici van deze gezondheidszorg, wijdt zijn voorwoord in het boekje aan de voorbeeldbetekenis van de toestand op de Filippijnen.

Zoals gezegd geeft het boekje een goed overzicht van de gezondheidszorg en haar sociaal-economische context. Als ik toch een puntje van kritiek mag noemen: het gebruik van cijfers en tabellen. Op zich zegt een inkomen van een bevolkingsgroep niet zoveel, als je de koopkracht niet weet. Evenmin geven ziekte- en sterftecijfers een duidelijk beeld als je ze niet vergelijkt met andere ontwikkelings- of lage lonen landen. Dat is dan het enige punt van kritiek. Het boekje is een van de betere in het Nederlands geschreven publikaties over gezondheidszorg en politiek in de Derde Wereld. Op dit terrein bestaan niet zoveel goede publikaties, die bijvoorbeeld ook als onderwijsmateriaal op opleidingen van gezondheidswerkers gebruikt kunnen worden. Ik ken naast dit boek over de Filippijnen alleen Ivan Wolfers' 'Masker van de Armoede', een goede, algemene inleiding en het verslag van het congres van de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) van haar congres 'Politiek en Gezondheid in de Derde Wereld' in november 1981, dat artikelen bevat die eveneens een goede inleiding vormen.

GILLES DE WILDT

'Het ziekenhuis helpt je niet.. Gezondheidszorg in de Filippijnen'. Dick Roth en anderen. Uitgave Süchting Medisch Comité Filippijnen, Postbus 1653, 1000 BR Amsterdam. (f 10,-, postgiro 5997).

GESIGNALEERD

MANNENKOORTS

'Mannenkoorts' is een bewerking van een door Berlijnse flikkerartsen geschreven boekje over seks bij mannen. Het informeert in eenvoudig Nederlands over mogelijkheden van seks maar geeft ook heldere informatie over de anatomie van de pik en de anus, over hygiëne en over seksueel overdraagbare aandoeningen.

Het boekje richt zich tot flikkers, maar ook tot hulpverleners. Volgens de vertalers moeten de laatsten nog veel leren over de leefwijze en de daarmee verbonden cultuur van flikkers. Deze functie kan het boekje echter onvoldoende waar maken.

'Mannenkoorts' onderscheidt zich van vergelijkbare Amerikaanse boeken doordat het zich alléén tot mannen richt en niet, zoals bijvoorbeeld de 'Gezondheidsgids voor homoseksuelen', de vermanende vinger naar homoseksuelen heft. Dat neemt niet weg dat 'Mannenkoorts' wéér een produkt uit de hoek van de hulpverlening is.

'Mannenkoort', Klaus Henrich Coester, Jürgen Iel tm an, H.R.S., Egon Scholtyssek. Vertaling: hits Blog e.a. Uitgeverij de Woelrat, Den Haag, 1982; prijs f 12,50.

ZELFHULP BIJ HYPERTENSIE

In de brochure 'Je hebt het bijna in je eigen hand - vijf jaar ervaringen met hoge bloeddrukgroepen' in Overvecht' beschrijft Jean Oliehoek de ervaringen van patiënten. Door het regelmatig zelf meten van de bloeddruk en het praten met lotgenoten krijgen patiënten meer inzicht in de factoren die de bloeddruk verhogen. Door de eigen deskundigheid krijgt de deelnemer aan de zelfhulpgroep een betere gespreksbasis met professionele hulpverleners, bijvoorbeeld over medicijngebruik met hun arts.

'Je hebt het bijna in je eigen hand' is uitgave nummer 76 in de serie Berichten werkgroep gezondheidszorg Utrecht. Bestellen door overmaking van f 8,30 op giro 2465585 van de Stichting Vrije Sentra in Utrecht onder vermelding van de titel.

ALS JE LIJF JE LIEF IS

'De Kritiese Filmers': Wij zijn een werkgemeenschap die films en diibandseries maakt voor het vormingswerk, onderwijs en dergelijke.

Wij hebben in oktober 1982 een nieuw programma uitgebracht over vrouwen en artsen. Met name over de dubbele machtsrelatie die er bestaat tussen mannelijke artsen en vrouwelijke patiënten, gerelateerd aan specifiek vrouwelijke klachten en vragen als: zwangerschap, menstruatie stoornissen, overgangskiachten, vaginaalonderzoek. Thema's die in het programma aan de orde komen zijn: autoritaire cri/of bevoogdende houding van artsen, medicijngebruik, seksistische handelingen van artsen ten opzichte van vrouwen, autoriteitsgevoeligheid en onmondigheid van vrouwen ten opzichte van artsen en onwetendheid over eigen lichamelijk functioneren. Deze thema's worden in woord en beeld gebracht aan de hand van drie portretten van vrouwen. Naast de kritiek die zij op artsen hebben, onderzoeken zij hun eigen houding en handelen. De programma's worden door de leden van de werkgemeenschap zelf begeleid.

Het programma 'Als je lijf je lief is' en de begeleidende scriptie zijn te bestellen bij 'De Kritiese Filmers', Postbus 1157,4801 BD Breda.

GENEESKUNDE EN FILOSOFIE

Het proefschrift van Henk ten Have, 'Geneeskunde en filosofie' beschrijft hoe een groep Engelse dokters in de 18e eeuw onder invloed van de filosofie van Jeremy Bentham begon na te denken over de samenhang tussen gezondheidsproblemen en sociale wantoestanden. Deze dokters ontdekten een sterke relatie tussen slechte voedingstoestand, slechte behuizing, gebrek aan straathygiëne en het optreden van besmettelijke ziekten; dokters als Southwood Smith werden politiek actief om het verdwijnen van die wantoestanden te bewerkstelligen. Dit alles geheel in overeenstemming met de ideeën van Bentham over de noodzaak van een centraal geregeerde, krachtige staat die van bovenaf veranderingen moest opleggen om de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren en die een scherpe controle moest instellen op het handhaven van de hygiëne.

Ten Have stelt de wetenschapstheoretisch interessante vraag of en hoe de door Bentham beïnvloede artsen vanuit hun sociaal-medische en politieke overtuigingen positie kozen in het wetenschappelijk debat over de oorzaak van epidemieën. Over de vraag hoe sociale en politieke visies het medisch denken en handelen bepalen, is wel veel gezegd, maar zijn nog (maar) weinig studies verricht. En de filosofisch-historische studie van Ten Have is daar één van. Ten Have eindigt zijn proefschrift met een beschouwing over de moderne geneeskunde, die naar zijn idee te veel geconcentreerd is op het zieke individu en die zich, met name wat de therapie betreft, te weinig richt op sociale verandering. De moderne geneeskunde stelt zich met andere woorden ten onrechte a-politiek op.

Henk ten Have, 'Geneeskunde en filosofie; de invloed van Jeremy Bentham op het medisch denken en handelen' De Tijdstroom, 1983; prijs: f 40,-.

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

Voor plaatsing in deze rubriek een presentexemplaar toesturen aan het redactiesecretariaat van 37,5, postbus 41079, 9701 EB Groningen.

NMS

Paul Juffermans

STAAT EN GEZONDHEIDSZORG
IN NEDERLAND

Met een historische beschouwing over het
overheidsbeleid ten aanzien van de
gezondheidszorg in de periode 1945-1970

340 blz. f 34,50

Verkrijgbaar in de boekhandel of
rechtstreeks te bestellen bij
Socialistische Uitgeverij Nijmegen
Bijleveldsingel 9, tel. (080) 22 17 00

Uitgeverij Macula

nog verkrijgbaar

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 gezondheids-
zorg. 108 p.

Ron Helsloot, 'Gezondheidszorg in Almere, kans op ver-
nieuwingen?' f 14,75

Tegenstellingen tussen een nieuwe eerste lijn en een tradi-
tioneel ziekenhuis. 134 n.

Verkrijgbaar in de boekwinkel of rechtstreeks bij de uit-
geverij.

Uitgeverij Macula

Nieuwstraat 26

Redactieadres SOMSO:

O.Z. Achterburgwal 128

01727-4381

2771 XC Boskoop

1012 DT Amsterdam

linkse boekhandel de rooie rat

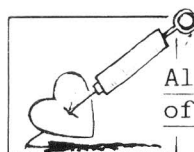
oudegracht 65, 3511 ad utrecht 030'3~7~89



Hieronder een greep uit onze verza-
meling linkse boeken en tijdschriften
over

gezondheidszorg

- Paul Juffermans, Staat en gezondheids-
zorg in Nederland. f39,50.
- Dr. Jaques Winnubst (red) Stress.
Begripsomschrijving. Stresshantering.
- Stresspreventie. DICmap 97 f19,90.
- Adalgisa Conti, Dit is mijn leven.
Verslag van een vrouw in een psychia-
trische inrichting. f17,50.



Al deze boeken zijn telefonisch
of schriftelijk te bestellen.