

83

Tijdschrift
voor
gezondheid
en politiek

12

34

3

7

5

3

7

5

Abortus zelfhulp.
Democratisering
in praktijk.
Eigen verant-
woordelijkheid of
verantwoordelijk
voor je eigen.
Beoordeling alter-
natieve genees-
wijzen discutabel.



eerste jaargang, nr. 3, dec. 1983

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

redactiesecretariaat: postbus 41 079, 9701 CB Groningen.

jaarabonnements (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, Van Diemerbroeckstraat 149, 6512 BA Nijmegen, 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: Ingrid Baart, Henk Bakker, Cees van de Berg, Paul van de Berg, Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Greet Lely, Joost van der Meer, Annemarie Mol, hits Muller, Gosse Postma, Miriam van Reijen, Coos Rutgers van der Loëff, Bert Rijken, Gerrit Salemink, 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 Wijk

Stichting Gezondheid en Politiek
Uitgeverij Macula
ISSN 0167-8647

4	REDACTIONEEL
8	DEMOCRATISERING IN PRAKTIJK Dilemma's voor de hulpverlener André Knottnerus
12	M MACHTIGE BROEDERSCHAP DER APOTHEKERS Anna Goedkoop
17	ZWANGERSCHAP EN BEVALLING MEDISCH BEMAND Carolien Benraad
24	TRANSPLANTEREN KUNNEN WE NIET, DE BUUR- VROUW EN IK Annemarie Mol EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID, HOE BEDOELT U? Miriam van Reijen DE EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET BE- WIND Gerrit Salemink
33	ANALYSEREN IS TOEGESTAAN, MAAR MET MATE De BOPZ als onvermijdelijke tussenstap Johan Legemaate
37	NASCHRIFT: EEN GEDWONGEN MISSTAP Martijn Bool, Willibrord de Graaf, Ronald Kampman en Robert Maier
38	WAARBORG VOOR AFHANKELIJKHEID Gezondheidszorg op de Antillen Johan Arends en Robbie Kibbelaar
45	DE ABORTUSPRAKTIJK EEN VROUWENZAAK Zelfhulp in discussie Janneke Hoogenkamp en Lucy Schmitz
48	ABORTUSZELFHULP: BETER OF ANDERS? Naar een feministische technologie Christel Terwiel
50	BEOORDELING ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN DIS- CUTABEL Kritiek op de Commissie Muntendam en KNMG Jozef Keulartz, Chunglin Kwa en Hans Radder
57	PSYCHOLOGEN EN DE CRISIS Handje helpen beentje lichten Willibrord de Graaf
58	BOEKEN
59	ADVERTENTIES

REDACTIONEEL

De tijden veranderen, maar de no-nonsense bezuinigings-trein rijdt door. Dit roept om bezinning. Niet je machteloos laten voelen, maar je kracht zoeken...! Aan de hand van bijvoorbeeld medicalisering -- het begrip ons gegeven door kritische intellectuelen -- kan dit duidelijk worden.

We spreken over 'toen', de vette jaren waren het (te vet zeiden zij. De gezondheidszorg in ruimste zin was god aan het worden. En aan wie of wat dat nou lag? Zoveel deskundigen, zoveel zondebokken! Het zat 'm in de dokters, de technologie, de taal, de mannen, de patiënten zelf of een samenspel ervan. Het 'Verschijnsel' was duidelijk, de verklaring velerlei. En zoveel theorieën, zoveel linkse stromingen. Het waren comfortabele jaren, het politieke krachtenveld was overzichtelijk en duidelijk verdeeld in links en rechts; de meningen gebaseerd op inhoud.

Hoe staat het er nu voor met dit kind van de linkse jaren zeventig? Het terugdringen van voorzieningen, deel van het proces van ontmedicalisering, blijkt ook in andere kramen goed van pas te komen. Vanuit dat rechtse kraampje leidt dit echter helemaal niet tot grotere zeggenschap over lijf en leven. Integendeel, op het eerste gezicht lijkt het of de huidige regering voor haar bezuinigingswoede gretig gebruik maakt van kernbegrippen uit progressieve vernieuwingsbewegingen. Deprofessionalisering? Geen bezwaar, voor U zetten we een 'professionele' vrijwilliger in'.

Eigen verantwoordelijkheid vertaalt men in Den Haag met verantwoordelijkheid voor je eigen. Wat is de kiem van deze Babylonische spraakverwarring? In een drietal artikelen komt dit ruimschoots aan de orde. Armern arie Mol stelt dat er al veel langer sprake is van een veelsoortige invulling van dezelfde begrippen. Door de huidige maatschappelijke krachtsverhoudingen blijken begrippen als eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg in het politieke schimmenspel een eigen leven te zijn gaan leiden. Zij maakt duidelijk dat, hoewel het om dezelfde woorden gaat, 'iedereen iets anders heeft gewild'.

Duidelijk is dat het huidige rio-sen-se beleid onder dwang van de slechte sociaal-economische omstandigheden iedere inhoudelijke discussie frustreert. Binnen links lijkt de schrik er ingeslagen te zijn: de praktijk van misbruikte begrippen leidt tot verzuchtingen als 'Zo had ik het niet bedoeld'. En het lijkt wel alsof ze zich teleurgesteld teruggetrokken hebben, en elk op hun eigen stek proberen te overleven. We hopen niet dat dit betekent dat progressieve werkers en denkers in strategie-discussies minder op de voorgrond gaan treden. Het mét elkaar discussiëren over 'hoe het anders kan in de gezondheidszorg' (bijvoorbeeld ontmedicaliserend werken) mag zich niet laten verenigen tot een defensieve strijd om het eigen hachje. Het is daarom van belang dat progressieve werkers zich niet laten afleiden door gevoelens

van machteloosheid. Zij hebben wel degelijk mogelijkheden tot verzet. Zij zijn namelijk degenen die de praktijk, het dagelijks leven van 'gezondheid en politiek' kennen, degenen die het werk doen. Zij zijn bij uitstek in staat de discussie over de inhoud van de zorg te voeren en vervolgens alternatieven te ontwikkelen. Dat geeft een verheldering van posities, die van Den Haag, die van het veld; en van je eigen plaats in het werkveld. Het wordt dan ook duidelijk wat je niet wilt, namelijk hoe er door een bepaald gebruik van begrippen met je gesold wordt... En het wordt dan duidelijk wat je wél wilt, namelijk échte zeggenschap.

Miriam van Reijen probeert in deze chaos duidelijkheid te scheppen. Zij ontwart het 'beroep op eigen verantwoordelijkheid', dat in discussies en politieke debatten van vandaag de dag zo'n grote rol speelt. Voor haar betekent het zelf beslissen wat je wel en wat je niet wilt. Het betekent niet 'je moet er zelf voor zorgen', waardoor mensen zelf voor de gevolgen en de kosten moeten opdraaien. Gebruiker en werker fungeren hierdoor tegelijk als zondebok en worden misbruikt om bezuinigingen door te voeren.

Gerrit Saleminck laat zien op welke subtiële wijze de regering zich in haar politiek de kritische discussie die jarenlang in de gezondheidszorg is gevoerd, toegeëigend heeft. Dat de Kaderwet Specifiek Welzijn de vuilnisbak ingaat, is niet zo verwonderlijk, omdat deze wet anders dan de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg -- die uitgebreid moet worden naar de maatschappelijke dienstverlening -- teveel ruim te laat voor initiatieven, experimenten en alternatieven van onderop en te weinig mogelijkheden voor planning en beheersing van bovenaf. En wat dat allemaal wel niet kosten kan...! Voor hem komt de ommezwaai van Minister Brinkman en Staatssecretaris van der Reijden ten aanzien van gezondheidszorg en welzijnssector niet als een verrassing.

Langzamerhand zijn er nu praktijkervaringen opgedaan met de theoretische modellen van kritische denkers. Het blijkt dat de werkers in de gezondheidszorg met deze theoretische ideeën niet direct uit de voeten kunnen: deze worden te globaal bevonden en missen een nadere analytische koppeling aan de praktijk. André Knottnerus illustreert dit in zijn artikel over de ontwikkelingen van de democratisering in de praktijk: '... maar wat te zeggen van een patiënt die sowieso een encephalogram wil voor zijn kater-hoofdpijn. Daar ga je dan met je mooie ideeën over mondigheid en preventie van somatische fixatie. Is het laf als je toegeeft of juist democratisch? Moet je iemand tegen zichzelf beschermen of moet je meewerken aan iets wat je eigenlijk niet ziet zitten?'. Niet alleen in de praktijk van democratisering lijkt er aan dilemma's geen gebrek te zijn. Ook op andere terreinen zoals bijvoorbeeld 'ontmedicaliseren' doen zich een

veelheid aan problemen voor. Het zijn er veel, zodat het op z'n minst gerechtvaardigd is de functie van de ontmedicaliseringstheorieën eens nader te bekijken: zijn zij beter bruikbaar voor het beschrijven van processen dan voor het uiteindelijke doel van de emancipatiebewegingen, namelijk het veranderen van gedrag?

Als reactie op de blijkbaar onvoldoende toepasbaarheid van de theorieën stellen progressieve werkers hun eigen gedrag ter discussie. Zij proberen duidelijk te maken dat er wel degelijk een eigen ontmedicaliserende werkwijze bestaat. Helaas belemmeren ook hier de economische omstandigheden de discussies: het gebrek aan financiële middelen beperkt de concrete uitwerkingen van nieuwe ideeën op het niveau van de praktijk. En dat is jammer.

Toch zijn er progressieve werkers die zich door de moeilijkheden van de huidige situatie niet uit het veld laten slaan. Zij gaan, ondanks alles, door met het kritisch evalueren van eigen doen en laten. Een aantal hulpverleners hebben op schrift gesteld wat 'ontmedicaliseren' voor hen in de praktijk betekent. Hugo Smeets recenseert hun boekje 'Samenwerken aan ontmedicalisering' waarin zij aan de hand van de eigen concrete werksituatie onder andere proberen de tegenstrijdigheden van het veranderingsproces te verhelderen. Ook vanuit de praktijk, namelijk die van zwangerschap en bevalling, probeert Carolien Benraad aan het begrip 'medicaliseren' een nieuwe inhoudelijke dimensie toe te voegen. Zij concludeert dat het manlijk zijn van de Westerse geneeskunde ook van belang is als oorzakelijke factor in de onderdrukking van vrouwen.

Ook in de vrouwenbeweging blijft men doorgaan met het toetsen van theorie en praktijk aan wat men nu werkelijk wil. De abortushulpverlening heeft inmiddels een roemruchte ontwikkeling doorgemaakt. Toch zetten vrouwen andermaal vraagtekens bij de praktische invulling van de zorg. Lucy Schmitz en Janneke Hoogenkamp constateren dat vrouwen nauwelijks actief betrokken zijn bij de praktijk van de abortushulpverlening. Zij stellen voor om de macht van vrouwen binnen de bestaande hulpverlening te vergroten om op deze wijze een vrouwvriendelijke zorg te garanderen. Christel Terwiel daarentegen vindt dat er een andere hulpverlening ontwikkeld moet worden met als uitgangspunt het ontwikkelen van feministische technologie. Deze discussie binnen de vrouwenbeweging levert hopelijk nieuwe vertrekpunten voor de praktijk van de zorg op.

Voor soortgelijke discussies in andere werkvelden, ook op andere niveaus, wil 11.5 ruimte bieden. Johan Legemaate neemt een draad van het vorige nummer op. Hij reageert op het artikel van Bool e.a. over de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Hij is het

oneens met de daarin gemaakte analyse en geeft aan waarom die volgens hem niet deugt. Aansluitend op zijn artikel een reactie van de bekritiseerde auteurs.

In dit nummer eveneens een bijdrage over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen. Hierin wordt duidelijk dat ook daar de slechte economische omstandigheden beperkend zijn voor het ontwikkelen en uitvoeren van een passend zorgmodel. Verder een artikel waarin het rapport van de commissie Muntendam over de alternatieve geneeswijzen en de reactie daarop van de artsorganisatie KNMG, geanalyseerd en bekritiseerd wordt. Jozef Keulartz, Chunglin Kwa en Hans Radder schrijven vanuit een geheel nieuwe, wetenschapsfilosofische optiek over de toetsing en toetsbaarheid van alternatieve én reguliere geneeswijzen.

Tenslotte een bijdrage over de rol die de beroepsorganisatie KNMP speelt in de kleine wereld van de apothekers. Het vestigingsbeleid en de belemmeringen en perspectieven voor progressieve, op samenwerking in de eerste lijn gerichte apothekers komen daarbij aan de orde. Een lezenswaardig stuk voor andere beroepsgroepen die ook met een vestigingsregeling of de ontwikkeling daarvan te maken hebben.

Dilemma's voor de hulpverleners

Democratisering in praktijk

Democratisering van de gezondheidszorg. Al jarenlang een 'hot issue'; een zaak waarmee langzamerhand concrete ervaringen worden opgedaan in den lande. Het vormgeven aan democratisering is een moeizaam proces en op sommige momenten kunnen er tegengestelde belangen tussen hulpverleners en gebruikers ontstaan.

André Knottnerus zet een aantal punten op een rijtje vanuit het perspectief van de huisarts, maar andere hulpverleners zullen vele herkenningspunten aantreffen.

Allereerst worden ontwikkelingen beschreven die impulsen hebben gegeven aan het democratiseringsstreven: de veranderende positie van de huisartsen ten opzichte van de specialisten, de roerige zestiger jaren, de strijd van de vrouwenbeweging.

Een (tussentijdse) balans laat zien dat we in een wat minder turbulente periode zijn gekomen. André Knottnerus bekritiseert bijvoorbeeld de neiging van sommige hulpverleners om zich geheel terug te trekken op het eigen terrein, als antwoord op de medicaliseringskritiek. Hij pleit voor het kritisch onderzoeken van de 'waar' die hulpverleners aan de gebruikers aanbieden. In het tweede deel komen de dilemma's van democratisering in de dagelijkse praktijk aan de orde. Wat gebeurt er in de spreekkamer? Betekent democratisering altijd toegeven aan de eisen van de patiënt? en wat betekent de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener?

Democratisering is al weer één van de oudste sleutelwoorden van de vernieuwingsbeweging in de gezondheidszorg. Binnen het medisch bolwerk is er tot nu toe in het huisartsenwereldje nog het meest over te doen geweest. Misschien komt dat omdat de huisartsen zelf al gedurende enkele decennia op zoek zijn naar de identiteit van hun vak en nieuwe vormen. De reden zou ook kunnen zijn dat zij meer dan andere medici betrokken zijn bij de dagelijkse problemen van hun cliënten, waardoor eigen opvattingen en ideeën van mensen hen meer zeggen. Bovendien wordt er tegen huisartsen veel minder opgekeken dan tegen specialisten: bij de eersten zegt men gemakkelijker wat men denkt. In deze bijdrage een terugblik, en een bespreking van enkele dilemma's die in de praktijk met het democratiseringsproces verweven lijken. De belangrijkste invalshoek hierbij is die van de huisarts. Onvermijdelijk leidt dit echter tot een bredere benadering.

Ontwikkeling

Gevoeligheid van artsen voor de invloed van de consument is niet iets van vandaag of gisteren. Terwijl het voetstuk van de arts een lange geschiedenis heeft, is ook de inbreng van de patiënt steeds een factor geweest van meer of minder belang. Evenals de sociale ongelijkheid die daarbij aan de orde was. Invloed en inbreng moest men daarbij nogal letterlijk opvatten, namelijk als macht en financiële middelen. Terwijl de meesten blij waren als zij eindelijk eens een dokter konden betalen, waren enkelen in staat om soms meer dan één lijfarts naar hun pijpen te laten dansen.

Aan een eerste voorwaarde om überhaupt te kunnen spreken van democratisering werd pas voldaan, toen na de oorlog op grond van de ziekenfondsverzekering brede lagen van de bevolking toegang kregen tot gezondheidszorg. Of beter: zich toegang verschaffen, na een lange periode van sociale strijd en de worsteling van de onderlinge fondsen. Helaas bleek bij dit proces de beroepsgroep van de artsen een remmende factor te zijn, gedreven als deze werd door de angst de particuliere praktijk te verliezen.¹ Ook na de oorlog, toen het ziekenfondsbesluit van 1941 ging doorwerken, reageerden zij weinig enthousiast. De huisartsen bekladden zich massaal over het vele werk dat hen overspoelde. Zij zagen nog niet in dat ook voor hen het ziekenfondsstelsel van vitaal belang was. Het garandeerde een zeker inkomen, en rehabiliteerde hen als spil van de gezondheidszorg. Pioniers bogen zich inmiddels over de vraag hoe de inhoud van de huisartsenzorg was aan te passen aan de eisen van de tijd. Immers de maatschappelijke veranderingen gingen ge-



paard met forse verschuivingen in de hulpvraag: minder infectieziekten en ondervoeding, meer chronische aandoeningen en psychosociale problemen, en ook het fenomeen welvaartsziekte werd bespeurd. Dat men op deze verschuivingen wilde inspelen was niet onversneden altruïsme. Men realiseerde zich maar al te goed dat de huisarts wat moest doen aan de inhoud van zijn vak om niet definitief uit de markt te worden geprezen door de specialist. Diverse stromingen en concepten kwamen tot bloei in de jaren vijftig. De antropologische benadering, de psychosomatiek, de integrale geneeskunde,⁴ en het beginsel van de 'continue, integrale en persoonlijke zorg,⁵ drukten een onuitwisbaar stempel op de theorievorming van huisartsen. Het waren evenzovale, en niet weinig pretentieuze, uitingen van het streven de patiënt als mens centraal te stellen en diens probleem te zien als onderdeel van een geheel. De individuele patiënt werd langzamerhand even belangrijk als de aandoening, of zelfs belangrijker. Dit betekende echter nog niet dat de wensen en de ideeën van de patiënt zelf ook centraal kwamen te staan. Nog geruime tijd werd het vanzelfsprekend geacht, dat de arts het beste in staat was een oordeel te vellen over wat goed voor de patiënt was, al deed hij dit dan nu op grond van een verruimd 'mensmodel'. De macht van de deskundigheid was groot en bleef bekleed met veel zeggenschap.

Een stroomversnelling ontstond in het kielzog van de democratiseringsbeweging die in de jaren zestig alle lagen van de samenleving in beroering bracht. Naarstig werd gezocht naar werkvormen waarin gebruikers als individu, maar ook als groep, invloed konden uitoefenen op vorm én inhoud van de hulpverlening. Dit werd herkenbaar in de nieuwe ideeën over de hulpverleningsmethode van de huisarts.⁶ maar ook in de deelname van gebruikers in het bestuur van gezondheidscentra; in wijkgerichte samenwerking tussen professionals en bewoners, en in de opkomende belangstelling voor het werken van en met groepen. De zelfhulpbeweging begon zich met name vanuit de vrouwenbeweging sterk te ontwikkelen, en verenigingen van patiënten en gebruikers kwamen tot bloei. Gezondheidswinkels ontstonden, en maakten medio jaren zeventig een hoogtepunt door. In de theorievorming van de meeste groeperingen werd een duidelijke link gelegd tussen democratisering en de inhoud van de hulpverlening, en menige hulpverlener dacht zich hierbij een actieve rol toe: 'Integrale hulp moet met moeizaam overtuigen, onderhandelen en actievoeren opgebouwd worden tegen de weerstand van veel instellingen, werkers en ook mensen in. Alleen solidariteit van zoveel mogelijk groepen is hiertoe in staat. Het belang van de mensen hierbij is: de integrale hulp; het belang van de werkers hierbij: het in staat gesteld worden tot het geven van die hulp', aldus de

Werkgroep Eerste Lijn.⁷ Hoe fel de weerstanden in de medische professie waren hebben de leden van de groep 'Kritische Artsen' aan den lijve ervaren toen zij in 1970 hardhandig werden verwijderd uit de vergadering van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde. Dit kon echter niet tegenhouden dat bij steeds meer artsen het besef postvatte dat maatschappelijke en politieke gebeurtenissen niet aan de spreekkamer voorbijgaan, en dat zij vaak niet kunnen ontkomen aan een positiebeoordeling. Zelfs als zij zich afzijdig zouden houden, waren zij immers betrokken bij problemen rond arbeidssituaties en -verhoudingen, woningnood, sekserollen. Ook de terugvertaling van tot medische klachten 'gesomatiseerde' leefproblemen naar hun oorsprong werd als een belangrijke opdracht herkend. Dit laatste zou men kunnen zien als het 'eerste type' reactie van praktiserende medische hulpverleners op het naar voren komen van het medicaliseringsvraagstuk. (Straks zullen we zien dat nog twee andere typen reacties zijn ontstaan.) In dit verband is ook belangrijk dat herkenbaar werd, wat je zou kunnen noemen 'democratisering van het proces van ziekte-definiëring'.⁸ Het denken over wat ziekzijn wel en niet is, was niet langer een monopolie van medici, maar ook groepen van niet-professionals verdiepten zich hierin. Met name in die gevallen waarbij de ziekte-definiëring voor bepaalde maatschappelijke groeperingen nadelige effecten kon hebben. Ook hieraan deed vooral de vrouwenbeweging veel. Ontmythologisering of 'deconstructie' van syndromen als de overgang, de postnatale depressie en het premenstrueel syndroom werd voor haar een belangrijke activiteit.⁹

Balans

De laatste vijf jaar is een periode die met gemengde gevoelens bezien kan worden. Enerzijds is het aantal gebruikersgroepen blijven stijgen, zowel de georganiseerde als de meer informele. Zij kregen steeds meer erkenning, verwierwen zich plaatsen in bestuursorganen, en er kwam een Landelijk Patiënten/Consumenten Platform.^{10,11} Aan de andere kant lijkt er binnen de wereld van de artsen een periode van stabilisatie te zijn opgetreden, voor verwerking van ervaringen en reflectie op de gegroeide praktijk. De vorderingen geschieden niet meer met de grote sprongen van weleer, en er zijn her en der tekenen van institutionalisering te bespeuren. Soms ook is er sprake van een getemperd, zo niet gefrustreerd, raken van aanvankelijk enthousiasme en idealisme, met name ook bij de vernieuwers van het eerste uur. Dit kwam het duidelijkst tot uiting in het recente terugtre-

den van Herman van Aalderen als hoogleraar huisartsgeneeskunde. Voor zichzelf had hij geconcludeerd dat het werken aan verandering binnen de gezondheidszorg geen perspectief meer bood. 12 Tastenderwijs, en in het kort, wil ik enkele algemene ontwikkelingen aantippen die hierbij wellicht een rol spelen.

Als reactie op de massabeweging van de jaren zestig ontstond datgene wat de geschiedenis ingegaan is als het 'Ik-tijdperk'. Het individu, en met name het individu als individu (en dus niet als deel van een collectief) kreeg nieuwe aandacht. Het klimaat voor 'activisme' ten behoeve van belangen die niet alleen, of niet rechtstreeks, die van jezelf waren, werd minder gunstig. Terwijl met name in de grote steden de desintegratie van traditionele sociale netwerken zich voortzette kwam, bijvoorbeeld, de burenhulp voor diegenen, die het meest kwetsbaar én het minst assertief waren, minder tot ontwikkeling dan vele hulpverleners verwacht hadden. Daarnaast werden de mensen via de media in toenemende mate gebombardeerd met vele mogelijkheden van gezondheidsbevordering, waaronder zowel de medische technologie als de alternatieve geneeswijzen. Ik geloof dat hierdoor niet zozeer het vertrouwen in eigen kunnen op gezondheidsgebied werd gestimuleerd, alswel de met valse hoop omklede run op allerlei hulpverleners, met name de huisarts en specialist. Veel van wat de consumentenorganisaties te brengen hadden, werd door vooruitstrevende artsen niet zonder meer gezien als tekenen van democratisering in de zin van een inbreng, gestoeld op de eigen ervaringen en ideeën van gebruikers. Terwijl rond bepaalde ziektebeelden zich consumentenorganisaties groepeerden, en eisen stelden in de zin van meer aandacht en meer voorzieningen, werden in hulpverlenerskringen vraagtekens geplaatst bij etikettering van patiënten, en ook bij sommige ziektebeelden en therapieën. Een voorbeeld is de discussie rond de zogenaamde Minimal Brain Dysfunction (MBD). Er kwam aandacht voor het verschijnsel, dat veel mensen weliswaar zeer actief bezig kunnen zijn met de eigen gezondheid, ook op collectief niveau, maar dit doen op grond van normen en opvattingen en in de taal van professionals. De term groto-professionalisering werd uitgevonden. Van Aalderen 2 spreekt in dit verband, in het voetspoor van Freire, van een geconditioneerd bewustzijn. Hier ligt een belangrijke kiem van de paradox, dat zich allerlei conflicten kunnen voordoen tussen de inbreng van gebruikers en de pretenties van de hulpverleners die niet uit de voeten kunnen met het heersende professionele handelen. Dit is vooral pijnlijk als die pretenties samengaan met een democratische gezindheid.

Op het niveau van de vernieuwingsgezinden in de professie zou men zich kunnen afvragen of een gebrek aan actie-ervaring van de jongste generatie artsen - die de beweging van de jaren zestig niet zelf gemaakt hebben - zich wellicht wrekt. Maar evengoed kan men erop wijzen dat de donkergekleurde bril van de in-eigen-carrière-en-idealen-teleur-gestelde-en-in-de-overgangverkerende-ex-activisten, murw geslagen met analyses van de Haagse Post over 'de nieuwe matheid', een te zwart beeld geeft van de werkelijkheid. Eén ding is zeker: de kritiek op, en de angst voor, medicalisering heeft het hulpverleningswerk gecompliceerd. Over allerlei activiteiten ontstond onzekerheid: het 'tweede type' reactie op het medicaliseringsvraagstuk.

- moet je als hulpverlener je wel, of juist niet bemoeien met ziekmakende arbeidssituaties?
- mag je wel optreden als spreekbuis voor een uitkeringsgerechtigde die het zelf niet aan kan?
- mag je groepswerk wel stimuleren en initiëren?
- is een advies geen vorm van machtsmisbruik?
- moet je als arts wel ingaan op levensproblemen die mensen dwarszitten?
- en, meer op algemeen niveau: mag je wel als gezondheidswerker tegen kernwapens ten strijde trekken?

Ik geloof dat veel van deze vragen een remmende invloed hebben gehad op de ontwikkeling van de hulpverlening én van hulpverleners. Gaan zij ook niet voorbij aan de werkelijkheid dat veel mensen, juist omdat ze elders niet terecht

kunnen en het zelf niet redden, uireinde.ijs, een beroep doen op de inzet van hulpverleners. En worden niet de ogen gesloten voor de specifieke machtspositie die de laatsten, en met name artsen, nu eenmaal hebben. 'Tegenmacht' is op vele maatschappelijke terreinen nodig, of het nu het gebrek aan ondersteunende thuiszorg, inferieure woningkwaliteit of giflozingen betreft; hulpverleners, waaronder artsen, mogen daar best hun eigen steentje aan bijdragen.

Een positieve invloed had de aandacht voor het fenomeen medicalisering op het denken over het medisch handelen zelf. Huisartsen gingen weer kijken naar het eigen ambacht, maar dan meer kritisch dan voorheen. Teveel medisch handelen werd als even schadelijk ontmaskerd als te weinig handelen. Onderzoek kwam op gang met het doel goede diagnostische en therapeutische strategieën te ontwerpen, die geënt zijn op de situatie van de huisarts en een zo gering mogelijke belasting vormen voor de patiënt. Deze reactie van het derde type is erg belangrijk. Immers, wie globale kritiek heeft op het medisch gebeuren maar dit onvoldoende kan vertalen naar de concrete toepassing ervan, boekt weinig winst. De patiënt komt niet voor globale kritiek, maar vraagt handvatten voor de oplossing van zijn of haar specifieke probleem. Als je als arts dan niet je bezwaren tegen een bepaalde behandeling of verwijzing kunt duidelijk maken, zul je deze moeilijk tegen kunnen houden. Vergroting van de huisartsgeneeskundige deskundigheid is dus nodig juist om iatrogenese te bestrijden. Dit kan in een problematische verhouding staan tot het democratiseringsstreven, tenzij je de arts in dit proces ziet als de vertegenwoordiger van de belangen van de patiënt, onder andere tegenover de specialistische zorg. Immers deze heeft zich wel alleen zo uit kunnen breiden omdat de financiering van de eerste lijn nooit goed op gang gekomen is, maar ook omdat huisartsen hun eigen vak tot nu toe te weinig ontwikkeld hebben. Tegenspel is dan nauwelijks mogelijk.

Bij het opmaken van de balans moet, last but not least, genoemd worden het ontmoedigingsbeleid dat de overheid, onder uitroepen van het tegendeel, voert. Drempels worden opgeworpen voor diegenen die juist de 'vulling' van de democratisering moeten vormen, en eigen verantwoordelijkheid wordt uitgelegd als eigen risico. En de financiering van buurthuizen en multidisciplinaire projecten, die vaak een voortrekkersrol vervullen of voorwaardenscheppend werk doen, wordt er niet beter op.

We zullen nu tegen de achtergrond van de al gemaakte opmerkingen drie niveaus van democratisering nader bespreken:

- democratisering in het consult
- democratisering op het niveau van de voorziening of de wijk
- democratisering van het gezondheidszorgbeleid

In de spreekkamer

Democratisering van de gezondheidszorg is ondenkbaar als deze niet ook herkenbaar is in het arts-patiënt contact. Dit heeft direct consequenties voor het werk van de huisarts. Zoals: het hebben van voldoende tijd voor de (inbreng van de) patiënt; methodisch werken om de hulpvraag van de patiënt op tafel te krijgen, en die samen met hem of haar aan te vatten; openheid ten aanzien van, en toegankelijkheid van geregistreerde gegevens; voldoende uitleg, goed luisteren, gezamenlijke besluitvorming. Dit klinkt allemaal gladjes, en weinigen zullen zich hierin niet kunnen vinden. Er zijn echter spanningsvelden te over.

1. Blijvende spanning tussen de deskundigheid van de arts en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager. Het is een fictie dat de deskundigheid van de arts als een pakketje van keurig gerangschikte objectieve keuzemogelijkheden aan de patiënt kan worden aangeboden. De stand van de medische kennis is daartoe niet rijp, en de persoon en de

positie van de arts zijn niet te ontkennen, evenmin als de beïnvloeding die van de arts in meer of mindere mate uitgaat. Denkt u maar eens aan de laatste keer dat uzelf bij de dokter was. Het is beter dit gegeven te erkennen, dan het uit te vlakken. Ermeë om leren gaan is verre te verkiezen boven het moeten opvoeren van een schijndemocratische komedie. Democratisering is dan wel een ingewikkeld begrip geworden. Voor mij is het: het serieus nemen van de patiënt en diens probleem, het gezamenlijk nemen van besluiten, en het aangeven van de beperktheden van het professionele oordeel. Maar ook betekent het: blijven onderscheiden van de verantwoordelijkheden en specifieke mogelijkheden van patiënt én arts. Als het over duidelijk medische zaken gaat, levert dit nog het minst problemen op: zo zal het stellen van een diagnose of het selecteren van een geschikt geneesmiddel in het algemeen van de arts worden verwacht. Maar ook op andere terreinen lijkt mij er niets op tegen dat de arts zijn 'macht' - die patiënten met de beste wil van de wereld niet op dezelfde manier krijgen - bij tijd en wijle aanwendt ten behoeve van die patiënt. En dan vooral op momenten dat het probleem nu juist is dat men het zelf niet redt. Vaak is dat maar tijdelijk. Aldus kan de arts, of een andere hulpverlener, zich zeer zinvol bezighouden met arbeidssituaties of uitkeringsproblemen. Is dat medicaliserend? Misschien. Eerlijk gezegd, denk ik dat het medicaliserender is deze dingen in principe niet te doen. Arbeidsongeschiktheid kan dan optreden door aanhoudende problemen op het werk of ziekte kan ontstaan tengevolge van overbelasting. Of gesomatiseerd ziektegedrag ontstaat, om daarmee wél entree tot de dokter te krijgen. Ontkenning-van-eigen-macht kan ontaarden in struisvogelpolitiek, het ontvluchten van de verantwoordelijkheid als hulpverlener en het in de steek laten van de hulpvrager. En of de reactie van die laatste, in een tijd van steeds meer dichtvallende loketten, automatisch zal liggen in de sfeer van opbloeiende zelf- en mantelzorg waag ik te betwijfelen.

2. Meningverschillen tussen arts en patiënt

Het wordt moeilijker als er belangrijke verschillen van mening zijn tussen arts en patiënt. Als het gaat om een arts die weigert aan abortus mee te werken, zullen de meesten van u nog wel weten voor wie zij partij zouden trekken. Maar wat te zeggen van een patiënt die sowieso een verwijfskaart wil, of een elektroencefalogram voor zijn kater-hoofdpijn? Daar sta je met mooie ideeën over mondigheid en preventie van somatische fixatie. Is het laf als je 'toegeeft', of juist democratisch? Moet je iemand tegen zichzelf beschermen of moet je meewerken aan iets dat je eigenlijk niet ziet zitten? Enkele persoonlijke kanttekeningen hierbij.

-- Als er een goede relatie is tussen arts en patiënt kom je er vaak wel uit door goed luisteren en uitleggen. Soms wordt duidelijk dat er een begrijpelijke bezorgdheid of wanhoop ten grondslag ligt aan een op het eerste gezicht onredelijke eis.

-- Inmiddels mag wel van de arts verlangd worden dat diens deskundigheid zo goed mogelijk wordt aangereikt of zo nodig wordt ontwikkeld, zoals al aan de orde kwam.

-- Het kan heel goed zijn dat de patiënt gelijk heeft, en je iets van hem of haar kunt leren.

-- Democratisering brengt met zich mee dat de conclusies en de besluiten van de patiënt uiteindelijk prevaleren boven de jouwe. Kleine bewapeningswedloopjes leiden tot niets en als de patiënt echt iets wil, hou je dat niet tegen. Pogingen daartoe berusten uiteindelijk alleen op een machtsbasis, en kunnen licht leiden tot prestigekwesties en het bevestigen van het tegendeel van wat je wilt: de patiënt graaft zich in. Het wordt wel erg moeilijk als de patiënt dingen vraagt die je niet ziet zitten én consequenties hebben voor derden. Bijvoorbeeld als het gaat om een erg dure verwijzing of ingreep, die toch ook door hen moet worden opgebracht en bovendien weer een stukje versterking van de prioriteit van de tweede lijn betekent. Heb je als behandelend arts op dit punt enige verantwoordelijkheid, zoals je ook streeft naar zo goedkoop mogelijke receptuur? Zo ja, hoe ver gaat deze?

Of moeten we dit geheel aan anderen overlaten, bijvoorbeeld aan verzekeringsartsen? Op deze vragen weet ik geen definitief antwoord. Ze zijn echter erg actueel. Het handelen van artsen is immers van grote invloed op de ontwikkeling en de kosten van voorzieningen en op de accentverschuiving naar de tweede lijn. Denk maar aan de felle discussies over topspecialistische zorg, zoals de vraag naar open hartchirurgie. Er is daarbij een ingewikkelde interactie tussen de problematiek, de vraag en de (gewekte) verwachtingen van de consument, het beschikbaar komen van nog niet goed op hun waarde getoetste voorzieningen en de belangen van beroepsgroepen. Wat moet de rol van de huisarts hierin zijn? Wie het weet mag het zeggen.

3. De spreekkamer als eiland

Mensen aan wie in de samenleving buiten de spreekkamer kennis, beslissingsmacht en verantwoordelijkheid wordt onthouden, halen dit niet in door een democratisch of methodisch consult. Dat te denken, is een soort 'vermedisering' van het begrip mondigheid. Daarnaast kan een grote sociale afstand tussen arts en patiënt, qua opleiding, inkomen, status, of alleen al het hebben van werk, extra barrières opwerpen. In elk geval is duidelijk dat democratisch hulpverlenen meer inhoudt dan het toepassen van bepaalde methodieken in het consult. Het is alleen geloofwaardig als de hulpverlener zich ook betrokken voelt of betrokken is bij veranderingen buiten de spreekkamer. Als in een consult blijkt dat de hoofdpijnklaachten van een huismoeder samenhangen met de overbelasting die een gezin met jonge kinderen in een te kleine woning met zich meebrengt, dan moeten er linken gelegd kunnen worden met kinderopvang en woningbeleid. Maar ook moet er begrip voor zijn, dat men inmiddels soms geen andere weg vindt dan somatiseren en het zo vertrouwde medische kanaal opzoekt. Er zijn nog minder gunstige manieren om met spanning om te gaan.

De pretenties van de hulpverlener stoten helaas op grenzen. Enkele jaren geleden was er grote ophief in de huisartsenwereld naar aanleiding van een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege.¹³ Een huisarts kreeg een waarschuwing, omdat hij bij een bejaarde patiënt geen herhalingsbezoek had afgelegd. Wel had hij de patiënt geïnstrueerd wanneer deze Claude bel moest trekken. Het laatste gebeurde inderdaad, doch te laat. De patiënt overleed aan een doorgebroken blindedarmonsteking. Veel huisartsen voelden de maatregel onterecht omdat je ook in dit soort gevallen de patiënt een eigen verantwoordelijkheid mag laten, en je bovendien je werk niet meer zou kunnen doen als je bij iedereen met onduidelijke buikpijn herhalingsbezoeken zou moeten afleggen. Het probleem is echter dat lang niet alle mensen die ziek worden zo'n verantwoordelijkheid aankunnen. Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ontstaat niet door deze simpelweg te postulieren.

Locale hulpverlening

Onder dit kopje vallen:

~ zeggenschap in organisatie en beleid van de plaatselijke hulpverlening (bereikbaarheid, organisatie van de gesprekken en diensten, personeel, het aanbod van voorzieningen)

-- participatie in de organisatie en uitvoering van hulpverleningsactiviteiten (patiëntengroepen, zelfhulp, voorlichting, telefoondienst/achterwacht)

- opzetten en runnen van een klachtenbureau.

Hieronder hebben we het alleen over de eerstgenoemde vorm.

Er is zolangzamerhand het één en ander aan ervaringen beschreven.^{14,15,16,17,18,19} Er is echter nog weinig systematisch onderzoek verricht. Eén van de weinige voorbeelden van onderzoek is het 'actie- en evaluatie onderzoek' in Holendrecht, Amsterdam Zuidoost, dat op dit moment in de fase van afronding verkeert.²⁰ Georganiseerde zeggenschap van gebruikers is meestal gebonden aan gezondheidscentra,

vooral daar waar artsen in dienstverband werken. Zeggen-schap bestaat echter ook in diverse, meer informele, multi-disciplinaire overleggen en in enkele solistische huisartsen-praktijken. Baars en Muller tellen ruim 140 van dergelijke gebruikersgroepen op lokaal of wijkniveau.¹ Dit aantal is groeiende. Over het geheel genomen echter, zijn ze nog betrekkelijk zeldzaam. Er zijn nog vele hulpverleners, en dat geldt zeker voor artsen, die formele zeggenschap van gebruikers over hun doen en laten bedreigend vinden. En ook voor gebruikers zijn er veel belemmeringen: de reeds genoemde sociale afstand tot hulpverleners, gebrek aan zelfvertrouwen ten opzichte van hen, tijdgebrek om zich uit te breiden met participatie in de gezondheidszorg bezig te houden, de hogere prioriteit die andere zorgen in hun leven op-eisen. Misschien ook het gevoel dat je er toch niets aan kan veranderen, en dat je verzuipt in papierwinkels. Een vraag aan de lezers, om het niet alleen over anderen te hebben: wie van u doet of deed aan 'participatie' in eerstelijnspro-jecten, buiten uw werk dan?

Bij het lezen en horen van ervaringen van hulpverleners met participatie van gebruikers springen de volgende problemen naar voren.

1. Gebrek aan continuïteit en twijfel aan de representati-viteit van zich actief inzetende gebruikers. Brede onder-steuning door een functionerende achterban is vaak niet herkenbaar. Dit zijn vrij algemene problemen waarmee or-ganisaties te maken hebben en geenszins specifiek voor de hulpverlening. Ik vind niet dat hulpverleners hiervan een al te groot punt moeten maken. Zeker op wijkniveau kan het, met alle zojuist aangestipte barrières voor gebruikers, onre-delijk en initiatiefdodend zijn 'formele' eisen op dit vlak te stellen. Je mag al blij zijn dat er actieve groepen zijn. Boven-dien blijkt vaak wel degelijk een brede achterban manifest te worden als er ontwikkelingen zijn die rechtstreeks en duidelijk gevolgen hebben voor de gebruikers (zoals een dreigende afbraak van voorzieningen).

2. De vraag naar de representativiteit van de gesprekspart-ner komt vooral op als je met deze van mening verschilt. Dat laatste is dan in feite het probleem. Inhoudelijke con-flicten tussen gebruikers en werkers kunnen zich immers heel wel voordoen. Men kan bijvoorbeeld vinden dat de dienstregeling van de huisartsen intensiever moet, dat part-time artsen ongewenst zijn, of dat één of meer werkers niet goed functioneren. Het kan ook gaan om verschillen in op-vatting over wat goede zorg is. Hogervorst² spreekt van 'spanning tussen democratie en kwaliteit', en noemt een eigen ervaring. De werkers van het gezondheidscentrum Holendrecht vonden het voor de gebruikers en voor zich-zelf beter om hun zwaar overbelaste inlooppreekuur te ver-vangen door een afspraksprekkuur. Dit leidde tot een felle botsing met de gebruikers (de sociaal-medische werkgroep). Toch zetten de werkers het plan door.

Gebruikersbewoners kunnen uiteraard ook onderling bot-sen. Je hoeft maar te denken aan de spanningen in Amster-damse buurten toen de gemeente enkele jaren geleden op-vang van verslaafden wilde decentraliseren, of aan de positie van etnische minderheden. Het is niet altijd even eenvoudig hoe je hiermee als hulpverlener moet omgaan, vooral niet als je er door de gebruikers op aangesproken wordt: zowel de werkloze, te krap wonende Marokkaan die zich in steeds meer opzichten bedreigd voelt, als diens onderbuurvrouw die haar hoofdpijn wijt aan het lawaai van de vele kinderen en de vreemde luchtjes en de enige oplossing ziet in het ver-trek van alle buitenlanders, bevolken de spreekuren. Je positiebepaling kan dan niet weggemoffeld worden. Toch weet je dat de spanningen niet direct verdwijnen door te wijzen op het feit dat beiden het slachtoffer zijn van het zelfde falende beleid. Inmiddels heb je wel een sleutelposi-tie: je ziet veel buurtbewoners, zeker als er problemen zijn, en je geniet als arts een groot vertrouwen. De rol van hulp-verleners, en zeker ook van huisartsen, zou dan ook wel eens heel belangrijk kunnen worden bij het tegengaan van bijvoorbeeld racistische ontwikkelingen in stadswijken. De voorwaarden hiertoe -- menskracht, het perspectief van een

beter stedelijk beleid - moeten echter wel vervuld worden. 3. De organisatorische vorm van de gebruikersparticipatie. Aan de ene kant zijn er de aparte patiëntenraden en gebrui-kersverenigingen. Aan de andere kant kan worden aangeslo-ten op reeds bestaande actieve groeperingen in de wijk (be-wonersoverleg, werkgroep buitenlanders, WAO-comité, af-delingen van politieke partijen) en soms op een met be-stuurlijke macht beklede wijk- of deelraad. De meest ge-schikte vorm van de participatie zal uiteraard per situatie moeten worden gevonden. Het in het leven roepen van nieuwe structuren naast reeds bestaande is echter een waag-stuk en men moet daarvoor goede argumenten hebben. Bij deelname van gebruikers aan besturen van hulpverlenings-instellingen is een vraag of zij daarin een meerderheid moe-ten hebben, een paritaire inbreng ten opzichte van de wer-kers, of slechts een adviserende stem? Hoeveel hulpverleners willen zover gaan dat zij daadwerkelijk in dienst zijn van de gebruikers ter plaatse? Dit lijkt me een punt waarover in de kolommen van dit tijdschrift opvattingen en ervaringen zou-den kunnen worden uitgewisseld.

Democratisch puinruimen

Wat betreft de specifieke inbreng van de gebruikers in het algemene gezondheidszorgbeleid is het opbouwwerk gebla-zen. Een bonte mengeling van consumentenorganisaties ziet zich geplaatst voor een bolwerk van overheid, financiers en beroepsorganisaties. De meeste consumentenorganisaties zijn categoraal, dat wil zeggen georganiseerd rond een be-paalde ziekte, handica~ of problematiek. Hun aantal be-draagt ruim honderd. Daarnaast zijn er meer algemeen georiënteerde organisaties, zoals de Algemene Vereniging voor Patiëntenbelangen en, op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de Cliëntenbond. De Consumentenbond gaat zich de laatste jaren steeds meer als algemene patiën-tenorganisatie opstellen, en ook binnen de vakbeweging groeit de aandacht voor de gezondheidszorg, getuige de deelname van de FNV aan de STAG. Een tendens tot bun-deling werd onlangs zichtbaar, door het van start gaan van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform. Dit werd mede opgericht met het oog op de inbreng die de gebruiker in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) was toegedacht. In de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zijn voor dit Platform 3 van de 45 zetels gereserveerd. Ook wil men degenen gaan ondersteunen die namens de consument gaan deelnemen in regionale en ge-meentelijke adviescommissies welke gepland zijn in de WVG. Hans van der Wilk, coördinator van het platform, signaleert zelf een aantal problemen waarmee deze verte-genwoordigers te maken zullen krijgen: hun minderheids-positie; de confrontatie met beroepsvergaders; moei-zame integratie van de ervaring als patiënt in discussies over 'manpowerplanning' en 'posterioriteiten'; het gevaar van het gebrek aan menskracht in eigen gelederen.³ Het zijn met name deze punten waarop Van Aalderen aansloot, toen hij aankondigde aan de ondersteuning van de mensen in deze positie te willen gaan werken.⁴ Van der Wijk vindt het 'wel enigszins navrant te moeten vaststellen dat juist nu het niet meer gaat om uitbouwen groei, maar het verdelen van te-korten; patiënten/consumenten betrokken gaan worden bij beleidsadvisering en beheer van voorzieningen'. Een glas-heldere constatering.

Inmiddels is rond de invoering van de WVG zelf onduide-lijkheid ontstaan en hoe het verder gaat met de inbreng van de gebruiker in overheidsorganen is onzeker. Hoe dan ook, het zal niet gaan zonder brede en met name zeer actie-ve steun van de moederorganisaties en er zal met politici en vakbonden moeten worden samengewerkt. Of van de grote artsenorganisaties hierbij iets verwacht mag worden, is te betwijfelen. Weliswaar spreken diverse nota's met fraaie woorden over de inbreng en de verantwoordelijkheid van de patiënt, en handelde het jongste KNMG-congres over het

Ja: 'van patiënt naar consument'; als er echt iets gere-
 moet worden, deinst men terug. Dit blijkt onder meer
 uit het vestigingsbeleid voor huisartsen dat de Landelijke
 Huisartsen Vereniging na drie jaar interne discussie op tafel
 heeft gezet. De plaatselijke huisartsen verzorgen zowel de kandi-
 datstelling als de (bindende) voordracht aan de overheid,
 maar een nieuwe huisarts moet komen. Vertegenwoordigers
 van patiënten kunnen slechts gehoord worden. In feite is
 er geen achteruitgang ten opzichte van de oude situatie.
 Het vestigings- en vestiging van artsen die niet passen in het
 kader van de zittende collega's, zullen in de conceptie van
 de H.V. niet meer mogelijk zijn.

p. 52 e.v. 17. Weel, C. van, H. Lamberts. Het gezondheidscentrum
 in de wijk, Huisarts en Wetenschap 23 (1980) 386-388. 18. Ebbens,
 E.H., Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum
 Hoensbroek-Noord, Huisarts en Wetenschap 23 (1980) 264-267.
 19. Jongh, T.O. de, Werken met patiënten. Ervaringen met een pa-
 tiëntenraad, Huisarts en Wetenschap 23 (1980) 383-386. 20. Ber-
 tels, M. Naar een buurtgerichte hulpverlening, actie- en evaluatie-
 onderzoek naar de sociaal-medische dienstverlening in Holendrecht,
 OSA, Amsterdam 1980. 21. Zie: A. Knottnerus en J. Talsma,
 Een rondetafeldiscussie over de toekomst van de eerste lijn, Tijd-
 schrift voor gezondheid en politiek, 1983, nr. 1, 36-44. 22. Zie
 noot 10. 23. Zie noot 20.

Eigen straatje vegen

Het verhaal van de democratisering, de inbreng van de ge-
 hulker, is een verhaal van vooruitgang en stagnatie, van
 enthousiasme en onzekerheden, van verschillende opvattingen
 en interpretaties. Het is ook een ingewikkeld verhaal,
 waarin je het heel moeilijk kunt maken. Zeker wanneer be-
 dragen als protoprofessionalisering, medicalisering en con-
 ditionering erin worden betrokken, door een nieuw type
 deskundigen ontdekt, en als je maar goed kijkt herkenbaar
 achter vrijwel iedere vorm van hedendaagse gebruikersparti-
 cipatie.

Aan de ene kant liggen er vele discussiepunten voor hulp-
 verleners die vernieuwend bezig (willen) zijn in de eerste
 lijn. Maar aan de andere kant is het de vraag in hoeverre
 hulpverleners zich moeten vastbijten in discussies die pri-
 maire en poe definitie de consument betreffen, en of zij iets
 anders moeten doen dan het uitgaan van de vragen en pro-
 blemen zoals gebruikers hen die voorleggen. Wat in elk geval
 wel van hen verwacht mag worden is dat zij zich verdiepen
 in de vraag of de waar die zij te bieden hebben goed is, en
 op welk terrein, in het algemeen en per geval, de schadelijke
 effecten overheersen. Dat vergt een kritisch onderzoek van
 die waar, gevolgd door het schoonvegen van het eigen
 straatje. Opgetreden zal moeten worden tegen misleidende
 berichtgeving, en discussie moet worden aangegaan daar
 waar het discutabele waar betreft. Als dit niet gebeurt zal
 de consument niet in staat zijn het gebodene op juiste waar-
 de te schatten.

Noten

1. Voor consument bestaan vele synoniemen: patiënt, gebruiker,
 cliënt, deelnemer. Aan elk kleven bezwaren, variërend van 'te pas-
 sief' tot 'eufemistisch'. Ik gebruik daarom alle termen zonder voor-
 keur door elkaar. 2. Vakgroep Sociale Geneeskunde VU, Syllabus
 Aspecten van Sociale Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde, Deel I;
 V: Sociale Zekerheid en Verzekeringsgeneeskunde. 3. Juffermans,
 P., Staat en gezondheidszorg in Nederland, SUN, Nijmegen 1982,
 p. 184-187. 4. Querido, A., Inleiding tot een integrale geneeskun-
 de, De Tijdstroom, Lochem 1955. 5. Nederlands Huisartsen Ge-
 nootschap, Woudschoten-rapport, Huisarts en Wetenschap 9 (1966),
 372-385. 6. Holten-Vriesema, J., e.a., Methodisch Werken, een
 methode waarmee vooraf wordt nagegaan of de vraag om hulp wel
 aan de geneeskunde moet worden voorgalegd, Huisarts en Weten-
 schap 21 (1978) 322-335. 7. Werkgroep Eerste Lijn, WEL en wel-
 zijnszorg, mei 1974 (stelling 8). 8. SOSEL, Samen werken aan ont-
 medicalisering, SOSEL, Amsterdam 1983, p. 15-16. 9. Baart, L.,
 Macht over eigen lijf, opkomst en uitbouw van het vrouwengezond-
 heidscentrum Utrecht, Tijdschrift voor gezondheid en politiek,
 1983, nr. 2, 42-48. 10. Baars, F. en G. Muller, Huisarts en patiën-
 tenbeweging, Medisch Contact 38 (1983) 1361-1362. 11. Wilk, J.,
 van der, Patiënten/consumenten en de WVG, Medisch Contact, 38
 (1983) 999-1001. 12. Aalderen, H.J. van, Anders of steeds meer
 van hetzelfde, (afscheidscollege), in: Vertrekpunten in de gezond-
 heidszorg, J. Hollenbeek Brouwer en J.A. Knottnerus (red.), VU-
 boekhandel 1982, p. 203-215. 13. Uitspraak Centraal Medisch
 Tuchtcollege, Waarschuwing voor huisarts wegens gebrek aan zorg
 voor een patiënt, Medisch Contact 36 (1981) 21. 14. Kleijn, G. de,
 Opbouwproces in wijk en buurt, in: Broekman, H., e.a., Wijk, buurt
 en welzijn, Sociaal Culturele Reeks, Samsom, Alphen a/d Rijn,
 1980, 188-209. 15. Leur, W. van de, p. 230-250, in: H. Broekman
 e.a., zie noot 13. 16. Nederlands Gespreks Centrum, Gezond-
 heidszorg en democratisering, Bosch & Keuning n.v., Baarn 1979,

De machtige broederschap der apothekers

Apothekers hebben al meer dan 20 jaar een eigen vestigingsregeling. Ook voor andere beroepsgroepen kan het van belang zijn, eens te kijken hoe zo'n regeling in de praktijk uitwerkt. De apothekersregeling blijkt de mogelijkheden om non-profit apotheken op te richten ernstig te belemmeren. Insiders beschrijven de mogelijkheden en moeilijkheden om te komen tot apotheken die volwaardig kunnen functioneren in een geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg. Ondanks heftige tegenstand van de machtige apothekersorganisatie KNMP groeit het aantal non-profit apotheken. Progressieve apothekers beginnen zo langzamerhand tot een tegenmacht uit te groeien.

ANNA GOEDKOOPE

Beroepsverenigingen van medische beroepsbeoefenaren zijn van oudsher machtige instellingen. Hoewel er tegenwoordig af en toe aan die macht geknaagd wordt, zitten ze toch nog steeds stevig in het zadel. Eén van die beroepsverenigingen is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, de KNMP. De farmacie in Nederland wordt zozeer beheerst door de KNMP, dat verreweg de meeste apothekers lid worden van die vereniging, ook als ze grote bedenkingen hebben tegen het beleid van de KNMP. De KNMP is een organisatie die stamt uit een ver verleden. Ze is opgericht in 1842. Vanaf die tijd heeft ze heel consequent gewerkt aan een doel: houd de macht over de farmaceutische beroepsuitoefening strak in handen van de kleine kring van apothekers, en zorg dat gewone burgers geen invloed hierop krijgen. Toch is er de laatste jaren, vooral onder jonge apothekers, een tendens naar vernieuwing. Volgens de meest strijdlustigen is de KNMP zelfs te vergelijken met de Franse adelstand op het eind van de 18e eeuw ('de kop zal snel vallen...'). De strijd van de KNMP is een economische strijd, evenals de strijd tussen adelstaad en burgers dat toen was. Het beeld dat de doorsnee Nederlander heeft van een apotheker is dat van een middenstander in zeer goeden doen. Middenstanders, en dus ook apothekers, zijn er zeer op gericht de belangen van hun eigen portemonnee in het oog te houden. De economische strijd van de KNMP uitte zich in het verleden vooral in de strijd tegen de ziekenfondsen, waarvan een aantal van mening was (en is) dat zogenaamde 'eigen instellingen' de beste manier zijn om de verzekerden hun medische verzorging te verlenen. Onderlinge ziekenfondsen hebben vanaf hun oprichting in de 19e eeuw geprobeerd 'eigen instellingen' op te richten, maar zijn hierin steeds tegengewerkt door de beroepsverenigingen, die dikwijls hun leden verboden om in dienst te treden van de fondsen. In de dertiger jaren, toen het Algemeen Ziekenfonds Eindhoven en Omstreken een eigen apotheek wilde oprichten, zorgden de Eindhovense KNMP-leden er wel voor dat dat niet gebeurde door de groothandels die bij die apotheek zouden gaan leveren te bedreigen met een boycot. In de zestiger jaren is het door de opstelling van de KNMP voor de ziekenfondsen met eigen apotheken bijna onmogelijk geworden deze instellingen open te houden door een gebrek aan apothekers die in deze apotheken wilden werken. Toen is er een compromis gesloten, waarbij de meeste ziekenfondsen afspraken om na verloop van tijd hun apotheken over te dragen aan apothekers of te sluiten. Anno 1983 bestaan er daardoor nog slechts 2 ziekenfonds-apotheken. Ook in de tachtiger jaren leeft deze strijd nog steeds. Het Haagse ziekenfonds Azivo mag zijn apotheek niet laten werken voor de verzekerden in Zoetermeer, de overloop van Den Haag waar veel Azivo-leden wonen. Bij de opheffing

van de apotheek van het Philips-ziekenfonds mocht de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) die de taken van de Philips Medische Dienst overnam, geen apotheek vestigen in het stadsdeel Strijp, hoewel daar zeker plaats was voor zo'n apotheek.

Vroeger was de KNMP-Ieus 'de apotheek aan de apothekers' gedeeltelijk wel terecht. Toen kwamen naast sociale ziekenfondsapotheken ook commerciële apotheken voor, die uitsluitend voor de winst geëxploiteerd werden door personen en instellingen die soms maar weinig met de farmacie te maken hadden. Nu stellen progressieve apothekers daar tegenover, dat alleen het bezit van een apothekers-diploma onvoldoende garantie is dat commerciële handelwijzen worden uitgesloten. Een loondienstverband bij een non-profit organisatie met doelstellingen op het gebied van de eerstelijns gezondheidszorg, biedt meer mogelijkheden om apothekers te betrekken bij samenwerking in de eerste lijn.

Claims

De KNMP heeft een grote macht over de mogelijkheden om een apotheek te vestigen en wordt daarin nog gesterkt door een aantal wettelijke regelingen. Volgens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (vastgesteld in 1958) mogen in principe alleen apothekers eigenaren zijn van apotheken. Nieuwvestiging of overname van apotheken door ziekenfondsen of non-profit-organisaties op het gebied van de eerstelijns gezondheidszorg zijn verboden. De enige uitzondering is, dat onder bijzondere voorwaarden ook stichtingen ter exploitatie van gezondheidscentra apotheken mogen oprichten en exploiteren. Pas in 1976 werd op dit punt de wet, onder druk van progressieve apothekers, gewijzigd. Maar nog steeds is voor het opnemen van een apotheek in een gezondheidscentrum speciale toestemming van de minister noodzakelijk, terwijl particuliere apothekers zich mogen vestigen waar en wanneer ze maar willen.

Deze mogelijkheden zijn echter ook niet onbegrensd, want de KNMP zelf heeft een vestigingsregeling, waaraan alle leden zich verplicht moeten houden. Volgens deze regeling kunnen apothekers zich aanmelden wanneer zij ergens (bijvoorbeeld in een stadsuitbreiding of een plattelandsgemeente) een apotheek willen vestigen. Zo'n aanmelding heet een claim en van vastomlijnde gebieden worden op de Le wijze claim-lijsten aangelegd van apothekers die in dat gebied wat zouden willen ondernemen. Degene die zich het eerst aangemeld heeft, staat bovenaan de claimlijst. Apothekers die zich later aanmelden komen in volgorde van

aanmelding lager op de claimlijst. Alleen degene die bovenaan de claimlijst staat, mag proberen een apotheek-vestiging te realiseren. Wanneer die apotheker geen initiatieven ontplooit, kan de nummer 2 op de lijst de nummer 1 dwingen om ofwel van de claim af te zien, ofwel binnen zekere termijn te starten met de voorbereiding van realisatie van een apotheek.

Deze regeling heeft een aantal nadelen. Reeds gevestigde apothekers kunnen, wanneer zij bovenaan de claimlijst staan, nieuwvestiging in een aangrenzende wijk vertragen door hun claim te handhaven, maar intussen toch niet serieus te werken aan een nieuwe vestiging. Daardoor kunnen ze hun eigen klandizie lange tijd zeer groot houden en de vestiging van een apotheek in een wijk die daar groot genoeg voor is, lange tijd vertragen.

Plaatselijke apothekers kunnen ook op andere wijze tegenwerken. Ze vormen namelijk gezamenlijk de Plaatselijke Advies Vestigings Commissie, die de centrale KNMP moet adviseren over de mogelijkheden voor een nieuwe vestiging. Hiermee hebben ze alle kans om hun eigen economische belangen zeer goed te verdedigen. Een voorbeeld is het Eindhovense stadsdeel Strijp. De plaatselijke adviesvestigingscommissie adviseerde negatief over de mogelijkheid om in een nieuw op te zetten gezondheidscentrum een apotheek te vestigen op grond van de redenering dat van de 19000 inwoners tellende wijk er minder dan 16000 van de aanwezige apotheek gebruik zouden maken (16000 is volgens de KNMP-normen de grens voor een tweede apotheek). Toch heeft die ene apotheek al kort na de sluiting van de Philips-apotheek meer dan 13300 ziekenfondsverzekerden. Daarnaast zijn er zo'n 22% particulieren in de wijk, dus iets meer dan 17.000 patiënten in totaal.

De vestigingsregeling van de KNMP is vooral gericht op de vestiging van nieuwe apotheken. Voor de overname van bestaande apotheken is weinig geregeld. Daar is het gewoon een kwestie van geld kunnen organiseren om grote goodwill-bedragen te kunnen betalen. Geld is trouwens ook wel gemakkelijk om binnen de normen van de vestigingsregeling snel een apotheek te kunnen realiseren. Iemand die over veel eigen geld beschikt kan soms in korte tijd een apotheek vestigen op een plaats waar degenen die boven hem of haar op de claimlijst staan een vestiging niet gefinancierd kunnen krijgen. De ziekenfondsraad heeft deze zomer uitgesproken, dat instellingen die voor 50 procent eigendom zijn van het ziekenfonds geen eigen instellingen zijn. De STAG-EL is dus toegestaan.

Een ander bezwaar tegen de vestigingsregeling van de KNMP is, dat geen rekening gehouden kan worden met persoonlijke kwaliteiten. Bijvoorbeeld de intentie en de kwaliteiten

van de apotheker om samen te werken met andere disciplines in de eerste lijn kunnen op geen enkele manier getoetst worden. De plaats op de claimlijst blijft bepalend, ook al zou een andere persoon in een bepaalde plaats veel geschikter zijn om in de plaatselijke gezondheidszorg te functioneren.

Alternatief: non-profit

Het zal duidelijk zijn dat het binnen de mogelijkheden van het boven beschreven systeem, beheerst door de financiële belangen van de reeds gevestigde apothekers, moeilijk is om de farmacie te betrekken bij interdisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra. Toch hebben progressieve apothekers de laatste jaren wel een aantal mogelijkheden gevonden om daarin volwaardig te participeren. Ook de KNMP heeft moeten inzien, dat haar vestigingsregeling niet kan worden toegepast bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Wanneer de plaatselijke overheid duidelijk de voorkeur voor een gezondheidscentrum uitspreekt en de belangen van KNMP-leden niet geschaad worden, is de KNMP bereid af te wijken van de vestigingsregeling, zodat een apotheek in het gezondheidscentrum gevestigd kan worden en een apotheker via een open sollicitatieprocedure kan worden aangesteld. Op deze wijze zijn tot op heden echter nog geen 10 apotheken in gezondheidscentra gevestigd. Het geval Eindhoven - Strijp toont aan dat de KNMP kiest voor de belangen van de zittende apothekers. In Amsterdam - Reigersbos kon het gezondheidscentrum geen apotheker in dienst nemen vanwege een gerechtelijke procedure, die was aangespannen door een apotheker die zich daar als vrije ondernemer wilde vestigen en die werd gesteund door de KNMP.

Omdat de mogelijkheden binnen de KNMP-regeling zo gering zijn, is gezocht naar een andere manier om te komen tot niet-commerciële apotheekvestigingen. Deze werd gevonden in de Stichting Algemene Gezondheidsvoorzieningen Eerste Lijn, de STAG-EL. De STAG-EL is een instelling van enkele ziekenfondsen en de vakbeweging (FNV en CNV), opgericht om niet-commerciële gezondheidszorgvoorzieningen met gebruikerszeggenschap op te zetten en te exploiteren. Echter, de STAG-EL mag geen apotheken behouden, dat mogen immers alleen apothekers. Daarom is de Stichting Apothekers in Loondienst (SAL) opgericht. De SAL is een stichting van uitsluitend apothekers die een samenwerkingsovereenkomst met de STAG-EL heeft. Daardoor kunnen apothekers in dienst van de SAL werken in apotheken die door de STAG-EL opgericht zijn. De STAG-EL(SAL-combinatie bestaat nu zo'n 5 jaar. Ondanks zeer hevige tegenwerking van de KNMP is de SAL erin geslaagd om in ongeveer 10 apotheken apothekers aan te stellen. Apotheken vormen een relatief belangrijk onderdeel van de voorzieningen die door de STAG-EL geëxploiteerd worden. De KNMP bestrijdt STAG-EL en SAL met alle mogelijke middelen, maar tot nu toe met weinig succes. De KNMP en ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vinden dat de STAG-EL in strijd is met de ziekenfondswet, die het de ziekenfondsen verbiedt om nieuwe eigen instellingen op te richten. Onder druk van de beroepsorganisaties heeft destijds staatssecretaris Veder-Smit aan de Ziekenfondsraad advies gevraagd over deze zaak.

De KNMP dacht dat de STAG-EL(SAL-combinatie ook in strijd is met de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, waarin verboden wordt dat apothekers in dienst zijn van niet-apothekers. Daarom heeft de KNMP enkele jaren geleden tegen alle apothekers in dienst van de SAL een strafrechtelijke klacht ingediend bij de Haagse rechtbank. De officier van justitie sepondeerde echter deze strafklacht. In hoger beroep werd dit sepot bevestigd. Aan de legitiemiteit van een dienstverband bij de SAL kan nu niet meer getwijfeld worden.

Hoewel de bezwaren van de KNMP op wettelijk niveau niet gehonoreerd zijn, blijft de KNMP individuele SAL-apothe-

ken zoveel mogelijk tegenwerken. In Lelystad werd vlak bij een SAL-apotheek een door de KNMP gesteunde vestiging geopend. In Nieuwegein werd een KNMP-lid die ging werken in een nieuw gevestigde SAL-apotheek geroyeerd als lid. Dit ondanks het feit dat het volgens de KNMP-reglementen niet verboden is om in een 'zwarte' vestiging te werken. In Eindhoven zetten de plaatselijke apothekers met succes enkele groothandels onder druk, zodat de aanvoer van geneesmiddelen in de daar gevestigde SAL-apotheek problemen oplevert. Ook in Apeldoorn is, op wat kleinere schaal, een leveranciersboycot georganiseerd.

KNMP wordt wet?

De tegenstrubbelingen van de KNMP zijn tot nu toe niet erg effectief gebleken, maar de strijd tegen niet-commerciële apotheken blijft voortduren. Er wordt al enkele jaren gewerkt aan een wettelijke vestigingsregeling voor apotheken. Bij de Raad van State ligt momenteel een voorstel tot wetswijziging ter advisering waarbij de KNMP verregaande bevoegdheden krijgt bij de toelating van nieuwe apotheken. In feite komt het er op neer dat de KNMP de wettelijke vestigingsregeling mag uitvoeren en zelf de regels daarvoor mag bepalen.

In artikel 6 van dit wetsontwerp (dat het ministerie overigens geheim probeert te houden) wordt namelijk bepaald dat apothekers aan Gedeputeerde Staten om een vergunning tot vestiging mogen verzoeken. Voorwaarde is echter wel dat de apotheker een verklaring overlegt van een 'organisatie van apothekers' waarin staat dat hij voor vestiging ter plaatse in aanmerking komt. Die organisatie van apothekers moet naar het oordeel van de minister voldoende representatief zijn voor de beroepsbeoefenaren en een eigen vestigingsregeling hebben, aldus artikel 6a van het ontwerp. Met andere woorden, pas als je als apotheker door de concurrentie (als zodanig in de KNMP-advies vestigingscommissie bijeengebracht) als ongevaarlijk beoordeeld wordt, krijg je het recht om de overheid te verzoeken een apotheek te mogen vestigen. De barrière van de KNMP is op deze wijze moeilijk te nemen, terwijl de provinciale bevoegdheden puur formeel blijven.

In het wetsontwerp ontbreken overgangsbepalingen die aangeven hoe het moet met apothekers die weigeren zich nu al te onderwerpen aan het privaatrechtelijke vestigingsbeleid van de KNMP. Voor apothekers die nu nog niet op de claimlijsten staan, zal het wetsontwerp betekenen dat zij onderaan de lijsten komen te staan. Het lijkt er immers veel op dat de huidige vestigingsregeling gewoon wordt voortgezet. Niet-leden van de KNMP worden gediscrimineerd.

Een andere opmerkelijke clausule is artikel 2, nieuw lid 3: hierin wordt het personen verboden betrokken te zijn bij meer dan een apotheekexploitatie. Een stichting met meer dan één apotheek wordt dan onwettig. Weg loondienst-apotheken in Almere, weg loondienst-apotheken bij de STAG-EL etc. Al met al wordt de rechtsvorm van zo'n 90 apotheken (bijna 10% van alle apotheken) die zonder commerciële bedoelingen geëxploiteerd worden, stevig overhoop gegooid. Hoewel dit verbod op het meerbezit toe te juichen valt voor zover het commercieel meerbezit betreft, wordt de klok tegelijk 10 jaar terug gezet als het om apotheken zonder winst-oogmerk gaat.

Gelukkig gaat het hier alleen nog maar om een voorstel tot wetswijziging, dat nog lang niet gerealiseerd is. In het kader van de dereguleringsplannen van het kabinet schijnt dit voorstel bovendien voorlopig in de ijskast gezet te zijn. Progressieve apothekers en hun organisaties zullen echter op dit punt alert moeten blijven.

Zij hebben al een alternatieve vestigingsregeling uitgewerkt en aan de Tweede Kamer aangeboden. Volgens dit voorstel zou een wettelijke vestigingsregeling voor apothekers ondergebracht moeten worden in de Wet Voorzieningen Gezond-

Gezondheidszorg (WVG) en niet, zoals in het boven beschreven ontwerp, in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. De WVG biedt de mogelijkheid om vestigingsregels voor alle beroepen in de gezondheidszorg vast te stellen. De mogelijkheid om de vestigingsregels voor de verschillende beroepen op elkaar af te stemmen, zal ernstig bemoeilijkt worden als de afzonderlijke regeling voor apothekers niet in de WVG wordt opgenomen.

Bij een regeling in de WVG zou vestiging van apotheken gereguleerd kunnen worden op een vergunning van het gemeentebestuur, dat daarvoor eerst de benodigde adviezen heeft ingewonnen. Een apotheker zou slechts één vergunning moeten kunnen krijgen voor één bepaalde plaats, waarbij de vergunning niet overdraagbaar, verkoopbaar of overerfbaar is en zijn geldigheid verliest bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd van de apotheker. Zo kan meerbezit van apotheken verboden worden en kan goodwill worden afgeschaft. Het gemeentebestuur kan dan ook bepalen waar en wanneer nieuwe apotheken gevestigd worden en de rechtsvorm (vrije onderneming of een vorm van dienstverband) daarvoor kiezen. Zo krijgen niet-commerciële praktijken een eerlijke kans. Voor vrije ondernemingen kan een verbeterd systeem van claimlijsten gehandhaafd blijven.

Platteland

Een ander onderdeel van het vestigingsbeleid van de KNMP, dat regelmatig in het nieuws komt, is dat van de apotheekvestigingen op het platteland. Daar wordt tussen apothekers en apotheekhoudende huisartsen een ordinaire strijd om de poen gevoerd. De wettelijke regelingen en de jurisprudentie steunen in veel gevallen de apothekers, maar apotheekhoudende huisartsen kunnen de steun van de plaatselijke bevolking vaak organiseren. Gezien het notabele aanzien van veel plattelandsartsen is dat ook niet verwonderlijk. Ook hier is de strijd van de KNMP een financiële strijd, die vaak ten koste gaat van het belang van een goede kleinschalige geneesmiddelenvoorziening. De KNMP is helemaal niet tegen apotheekhoudende artsen. Dat kan ook haast niet, want een apotheek wordt pas rendabel geacht bij tenminste 8000 tot 12000 patiënten. Met zulke aantallen is in veel dorpen geen eigen apotheek mogelijk. Volgens de KNMP moet de apotheekhoudende arts blijven bestaan, tot dat de vestiging van een apotheek financieel aantrekkelijk wordt. Dan worden de apotheekhoudende artsen meer of minder vriendelijk gesommeerd om hun apotheek-bijverdiensten af te staan. Om plattelandsvestigingen mogelijk te maken, wil de KNMP meerdere kernen laten verzorgen door één apotheek. Apothekers vinden het geen punt, dat daarvoor afstanden van 5 km afgelegd moeten worden. Dat de plaatselijke bevolking daar wel eens anders over denkt, is terecht.

De KNMP heeft nooit pogingen gedaan om kleinschaliger apotheekvoorzieningen mogelijk te maken. Een groep Groningse apothekers heeft onlangs plannen uitgewerkt, waarbij bleek dat bij samenwerking van enkele kleine apotheken, die dan elk apart minder technische uitrusting nodig hebben, apotheekvestigingen mogelijk zijn bij een populatie van zo'n 5000 inwoners. Daarbij zou dan een bruto inkomen overblijven van 'slechts' ongeveer 100.000 gulden (het gemiddeld inkomen van gevestigde apothekers was enkele jaren geleden ca. f 175.000). Het hoofdbestuur bleek het niet acceptabel te vinden dat apothekers voor een dergelijk schameel inkomen zouden gaan werken. De KNMP heeft fel op deze plannen gereageerd. Ze vinden het natuurlijk niet erg dat individuele apothekers zo'n inkomen al zeer riant vinden, maar ze vonden het uiterst kwalijk dat plannen van deze strekking naar buiten gebracht zijn. Dat verzwakt hun positie bij de onderhandelingen over het norm-inkomen voor apothekers. Een goede geneesmiddelenvoorziening op het platteland wordt opgeofferd ten gunste van de financiële belangen van de gevestigde apothekers!

Monopolie

De strijd van de KNMP tegen apotheekvestigingen, die haar niet bevallen, wordt gevoerd op de meest onverwachte fronten. Als enige door de minister erkende organisatie van apothekers onderhandelt de KNMP met de ziekenfondsenorganisatie VNZ. Bij de onderhandelingen over een nieuw model-medewerkers-overeenkomst probeerde de KNMP een bepaling opgenomen te krijgen, waardoor niet-KNMP-leden uitgesloten kunnen worden van een gezamenlijke nachtdienst-regeling. Dit is des te opmerkelijker, wanneer men bedenkt, dat de KNMP geacht wordt te onderhandelen namens alle apothekers, dus ook niet-leden.

De KNMP heeft ook een monopoliepositie in het verstrekken van informatie over de prijs van geneesmiddelen voor de consument. Maandlijks worden prijswijzigingen goedgekeurd door het ministerie van Economische Zaken en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. De vermenigvuldiging en distributie van de prijswijzigingen wordt overgelaten aan de KNMP. Een apotheker die zich tot het ministerie van Economische Zaken wendt om op de hoogte gehouden te worden, krijgt te horen dat de prijslijsten ('taxen' in apotheekjargon) ter inzage liggen. Het ministerie maakt prijzen verder niet bekend. Hoewel dit principieel al een rare zaak is, heeft het ook praktische kanten, want de prijs die de KNMP aan niet-leden vraagt voor de taxen is extreem hoog. Tot en met 1982 was de prijs voor de taxenlijsten ca. f 1500,- per jaar. Om de zeer dure automatiseringsprojecten te kunnen financieren, heeft de KNMP dit jaar besloten om alleen nog een uitgebreid pakket van papieren diensten in een koppelverkoop te verkopen. De prijs daarvoor is vastgesteld op f 5400,- een aanzienlijk hoger bedrag dan de som van de afzonderlijke onderdelen, zoals die eerder gold.

Kop op het blok

Als men dit leest, zal men zich afvragen waarom nog zoveel, ook progressieve, apothekers lid zijn van die conservatieve organisatie van apotheekbezitters, die de KNMP is. Tenslotte zijn er van de 2400 apothekers in Nederland 2200 KNMP-lid. Er is echter een dalende tendens. Het ledenverlies ligt op ca. 50 per jaar, terwijl er jaarlijks zo'n 150 apothekers bijkomen. De KNMP probeert op verschillende manieren apothekers aan zich te binden. Voor apotheekbezitters is het belang duidelijk. Voor apothekers in dienst van apotheekbezitters is dat belang minder groot. Voor hen heeft de KNMP in de model-arbeidsovereenkomsten opgenomen, dat zij lid moeten zijn van de KNMP. Een mooie manier om leden te werven onder een groep, waarvoor de KNMP bitter weinig doet.

Verder is de KNMP natuurlijk ook niet alleen maar slecht. De KNMP houdt de leden op de hoogte van ontwikkelingen in de farmacie, van nieuwe informatie over geneesmiddelen, van nieuwe recepten voor geneesmiddelen die in de apotheek zelf gemaakt kunnen worden. Ook geeft de KNMP folders en bijsluiters uit en natuurlijk wordt gezorgd voor de nodige collegiale contacten. Veel KNMP-leden, die best wel wat vernieuwing zouden willen zien, durven daarom niet te breken met de KNMP. Door te breken komen ze in een geïsoleerde positie, waarin ze misschien maar zelden een vakgenoot zien.

Toch wordt zo langzamerhand het draagvlak van progressieve apothekers groot genoeg om ook zelf de nodige service te kunnen bieden. Er zijn al plannen om de uitgave van goede patiënteninformatie te coördineren. De eerste ideeën om te komen tot de oprichting van een Nederlands Apothekers Instituut (dat het werk van apothekers in de eerste lijn inhoudelijk kan ondersteunen) zijn al geopperd. Zo'n organisatie zal kunnen rekenen op de steun van een brede groep. Wanneer de strijd voor het verwerven van niet-commerciële

apotheken succesvol wordt voortgezet, kan een professionele organisatie voor progressieve apothekers binnen enkele jaren gerealiseerd worden. De apothekers hoeven dan niet meer te verzuchten dat de KNMP-belangenorganisatie eigenlijk losgekoppeld zou moeten worden van het service-pakket. Zelf kunnen ze het ook - en beter dan die oubollige club in Den Haag. Het lijkt niet erg waarschijnlijk dat de kop van de KNMP snel zal vallen, maar de tegenbeweging begint volwassen te worden en een macht te vormen waarmee rekening gehouden moet worden.

Zwangerschap en bevalling medisch bemand

Noten

1. Kloosterhuis, H.: 'Het verschijnsel medikalisering', doctoraalscriptie sociologie, K.U. Nijmegen, 1982.
2. Klinkert, J.J.: 'Verloskundigen en artsen', Alphen aan de Rijn, 1980.
3. Kloosterman is oud hoogleraar gynaecologie/verloskunde te Amsterdam. Eskes is hoogleraar gynaecologie/verloskunde te Nijmegen.
4. Treffers, P.E.: 'Regionale perinatale sterfte en regionale hospitalisatie bij de bevalling in Nederland', NTvG 122 (1978) p. 291-295.
5. Hoogendoorn, D.: 'De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling, thuis, danwel in het ziekenhuis', NTvG 122 (1978) p. 1171-1178.
6. Discussie tussen Treffers en Hoogendoorn: 'Plaats van de bevalling en de perinatale sterfte', NTvG 122 (1978) p. 1856-1859.
7. Medische indicaties: Klinkert J.J.: 'De medikalisering van zwangerschap en bevalling', Metamedica 61 (1982) p. 44-53.
8. Kunstverlossingen: Compendium Statistiek Gezondheidszorg 1979.
9. Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1981/57.
10. Becx, H., van de Sande, A., Wajon, E. en van de Water, J.: 'Bevallen, thuis of in het ziekenhuis', Nijmegen K.U. 1980.
11. Visser-Bouwman, M.M.C.: 'Wel of niet thuis bevallen', Tijdschrift voor verloskundigen.
12. Huygen, F.J.A., van Eijk, H. en Voorn, Th.: 'Huisarts en verloskunde in Nederland. I: Cijfers en Meningen', Medisch Contact 1979, p. 925-928.
13. 'Raming van de toekomstige behoefte aan vroedvrouwen', Advies van de Gezondheidsraad, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 1975/10.
14. Flapper, B. en Gosen, J.: 'De vroedvrouw in Nederland, nu en in de toekomst', Tijdschrift voor verloskundigen.
15. Illich, I.: 'Limits to medicine', England 1976.
16. Zie noot 2.
17. De psychologische verklaring die ik hier naar voren breng is deels gebaseerd op Rich, A.: 'Uit vrouwen geboren', Amsterdam 1979 en Oakley, A.: 'Women confined', Oxford 1980.
18. Het blijkt dat ook het recent verschenen boek van Orbach, S. en Eichenbaum, L.: 'Wat willen vrouwen eigenlijk', Amsterdam 1983 aansluit.

Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u?

Literatuurlijst

- 'Healthism and the medicalisation of every day alive', Robbert Crawford, International journal of healthservice, deel 10, nummer 3 3, 1980.
- 'Sociaal geheugenverlies', Russel Jacoby, PM-reeks Nelise, Bloemendaal.
- 'Individualisering en uitstoting', Gerard Nijhof, Link, Nijmegen 1978.
- 'Het subject, de vrijheid en de staat', Siep Stuurman, Marge nummer 1 jaargang 5, 1981.
- 'Hoera ik maak mezelf wel beter', Nijmegen 1980.

Noten

1. Ivan Wolffers, Het medisch jargon, m.n. Medisch Contact 21-8-'81.
2. Achterhuis, H., in: Medisch Contact 10-12-'82, p. 1567.
3. Vervalt.
4. LHV-voorzitter H.G. Bessem in Medisch Contact 23-7-'82.
5. Elseviers Weekblad 3-9-'83.
6. Verburgh, H., in: NRC 27-11-'81.
7. B. de Turck, Zelfhulp en de professionaliseringsspiraal, in: Tijdschrift voor Agologie, 1979, nr. 8.

Zwangerschap en bevalling medisch bemand

Is het toeval dat juist zwangerschap en bevalling extra gemedicaliseerd zijn? Carolien Benraad denkt van niet. Aan de hand van de praktijk van zwangerschap en bevalling analyseert zij het begrip 'medicalisering'. Ze voegt er iets aan toe: de gangbare medicaliseringstheorieën hebben geen oog voor het 'manlijk': zijn van de Westerse geneeskunde. De maatschappelijke en psychologische verhoudingen tussen mannen en vrouwen werpen een ander licht op de medicalisering van zwangerschap en bevalling.

Kan deze nieuwe dimensie belangrijke veranderingen opleveren voor de praktijk van het 'ontmedicaliseren'?

CAROLIEN BENRAAD

In geïndustrialiseerde landen zijn zwangerschap en bevalling in een halve eeuw tijd van 'natuurlijke', 'alledaagse' gebeurtenissen geworden tot uitzonderlijke verschijnselen. Niet alleen uitzonderlijk, blijkbaar ook dreigend voor de gezondheid, want vanaf het moment dat een zwangerschap wordt vastgesteld tot en met de bevalling en zelfs nog daarna, staan moeder en kind onder medische 'hoede'. Dat betekent dat in hoog-geïndustrialiseerde landen bijna 100 procent van de bevallingen in het ziekenhuis plaatsvindt. In sommige landen betekent dat tevens: altijd inknippen en heel vaak verdoven van het hele onderlijf van de aanstaande moeder. Nederland vormt daarop een uitzondering: in '81 vond nog 35% van het aantal bevallingen thuis plaats met behulp van een verloskundige (= vroedvrouw) (60%) of huisarts (40%). Ook de bevallingen die wel in het ziekenhuis plaatsvinden zijn niet allemaal ten prooi aan actief medisch handelen: in het ziekenhuis nemen de verloskundige (30%) en de huisarts (5%) nog 35% van de bevallingen voor hun rekening, tegen de gynaecoloog 65%. Deze laatste bevallingen zijn ook lang niet allemaal technische hoogstandjes. Meestal blijven de ingrepen beperkt tot inknippen en/of verdoven van de bekkenbodemspieren. Door deze uitzonderingspositie in de geïndustrialiseerde wereld wordt Nederland door velen beschouwd als een verloskundige oase, waar zwangerschap en bevalling minder 'gemedicaliseerd' zijn. Onder medicalisering versta ik het proces waarbij het menselijk bestaan steeds meer in het perspectief van gezond en ziek wordt geplaatst en dit bestaan derhalve steeds meer onder de oordeelsbevoegdheid komt van de medische professie.' In het eerste deel van dit artikel ga ik in op de vraag of Nederland inderdaad een verloskundige oase is. Daartoe beantwoord ik twee vragen:

- In hoeverre staan in Nederland zwangerschap en bevalling onder oordeelsbevoegdheid van de medische professie?
- Hoe komt het dat medicalisering van zwangerschap en bevalling in Nederland nog niet gepaard gaat met de ongebreidelde actieve medische bemoeienis die elders wel algemeen geaccepteerd schijnt te zijn?

In het tweede deel van dit artikel vraag ik mij af hoe medicalisering van zwangerschap en bevalling überhaupt kan optreden. Daarbij plaats ik medicalisering van zwangerschap en bevalling eerst in een breder kader van medicalisering. Daarna belicht ik medicalisering van zwangerschap en bevalling vanuit een feministisch standpunt. Ik denk namelijk dat het géén toeval is dat zwangerschap en bevalling in sterke mate gemedicaliseerd zijn. Mijn veronderstelling is dat het gegeven dat zwangeren altijd vrouwen zijn, een grote rol speelt.

Oase

Is Nederland nu inderdaad die 'verloskundige oase' waarvoor zij door velen gehouden wordt? Het antwoord op deze vraag is eigenlijk zowel 'ja' als 'nee'.

'Ja', omdat nog een fiks percentage bevallingen thuis plaatsvindt met hulp van een verloskundige of huisarts. Er zijn een aantal factoren die meespelen in dit relatief hoge percentage thuisbevallingen.

Op de eerste plaats bestaat er in Nederland nog een zelfstandig werkzaam verloskundige, die door beleidsvoerders als de meest geëigende persoon wordt beschouwd om de fysiologische zwangerschap en bevalling te begeleiden. De resultaten van haar verloskundige zorg zijn dusdanig dat beleidsvoerders geen aanleiding hebben aan de kwaliteit van haar zorg te twijfelen. Dit uit zich dan ook in ons ziektenkostenverzekeringsstelsel, waarin de voorkeur gegeven wordt aan de verloskundige boven de huisarts en de ziekenhuisbevalling slechts dan vergoed wordt, wanneer er sprake is van een meer dan normale kans op pathologie.

Op de tweede plaats begeleiden huisartsen altijd nog een groot percentage (thuis)bevallingen in regio's waar geen verloskundige is gevestigd. In deze regio's krijgt een huisarts wel een honorarium wanneer hij/zij verloskundige hulp verleent. Zonder deze eerstelijnswerker zouden alle zwangeren in regio's zonder verloskundige in een ziekenhuis moeten bevallen.

Op de derde plaats bestaat er in Nederland een goed georganiseerde kraamzorg, zodat vrouwen na een thuisbevalling of na een poliklinische bevalling van een goede verzorging van henzelf en hun kind verzekerd zijn.

Een punt dat tussen de regels door al aan de orde is geweest, wil ik expliciet vermelden: de overheid, die via de ziekenfondsen een behoorlijke invloed heeft op de verloskundige zorg, staat eigenlijk achter het idee dat een bevalling niet per definitie een gevaarlijk pre-pathologisch verschijnsel is. Gevolg hiervan is de bovengenoemde voorkeur voor verloskundigen. Ook zit op dit moment de poliklinische bevalling voor de normale zwangerschap niet in het basispakket van de ziekenfondsverzekering. Een vrouw die in het ziekenhuis bevallen is en bij wie geen aanleiding bestaat haar na de bevalling daar te houden, moet thuis het kraambed doorbrengen, tenzij ze een en ander zelf wil betalen.

Daarnaast is er nog een factor die een rol speelt: ons land is zo klein dat iedere barende vrouw wanneer er iets fout dreigt te lopen binnen een uur in een ziekenhuis kan zijn. Het lijkt misschien onbelangrijk, maar het is feitelijk een heel belangrijke reden waarom een groep medici voorstan-

der is van de vrije keuze tussen de ziekenhuis-, dan wel thuisbevalling voor de gezonde vrouw. Het bestaan van deze groep medici, wier uitgangspunt het is dat zwangerschap en bevalling in wezen fysiologische gebeurtenissen zijn, is dus ook een factor in het relatief groot percentage thuisbevallingen in Nederland.

Dit is tevens de eerste reden waarom Nederland tegelijkertijd géén verloskundige oase is: zwangerschap en bevalling worden wel als medische aangelegenheden beschouwd. Dat betekent dat het medici en met name gynaecologen zijn die op dit gebied zeggenschap hebben en niet verloskundigen of zwangeren. Dit uit zich in Nederland in de zogenaamde 'medische discussie over de verloskundige zorg'. In deze medische discussie staan twee groepen medici tegenover elkaar, elk 'aangevoerd' door een hoogleraar gynaecologie/verloskunde. De discussie spitst zich toe op de vraag: 'Bevallen, thuis of in het ziekenhuis?' De eerste groep onder aanvoering van Kloosterman, zegt: zwangerschap en bevalling zijn in wezen fysiologisch en daarom mag de verloskundig gezonde vrouw zelf beslissen waar ze wil bevallen. Achter deze mening scharen zich een aantal gynaecologen, de meeste huisartsen en ook de verloskundigen, alhoewel de laatsten zich niet in de discussie mengen.³ De tweede groep onder aanvoering van Eskes, zegt: zwangerschap en bevalling zijn slechts als normaal te beschouwen, wanneer achteraf gebleken is dat alles normaal verlopen is. Dat betekent dat iedere zwangere vrouw voor de zwangerschapscontroles naar een ziekenhuis moet en dat zeker de bevalling in het ziekenhuis moet plaatsvinden. Achter deze mening staan een aantal gynaecologen en misschien een heel klein aantal huisartsen.

De eerste groep doet onderzoek en concludeert dat de thuisbevalling een verantwoorde keuzemogelijkheid is, de tweede groep doet onderzoek en zegt dat de thuisbevalling geen verantwoorde keuzemogelijkheid meer is. Het kan gebeuren dat twee mensen van hetzelfde cijfermateriaal uitgaan en toch tegenovergestelde conclusies trekken.⁴ Het verschil blijkt te zitten in de verschillende statistische bewerkingen die men toepast. De strekking is duidelijk: vanuit verschillende vooronderstellingen komt men tot verschillende conclusies, die de vooronderstellingen slechts bevestigen.

Er zijn nog een aantal redenen waarom het antwoord op de vraag, of Nederland een verloskundige oase is, 'nee' is.

Op de eerste plaats is het aantal ziekenhuisbevallingen drastisch gestegen de afgelopen twintig jaar: van 31,5% in '65 tot 65,2% in '81. Het aantal medische indicaties voor de bevalling in het ziekenhuis is gestegen van 20% in '70 tot 40% in '77. Het aantal kunstverlossingen is van 4,2% in '68

gestegen tot 8,8% in '77.⁵ Kortom, ook hier is sprake van een toenemende actieve medische bemoeienis met zwangerschap en bevalling.

Het antwoord is ook 'nee', omdat onder vrouwen de tendens bestaat in ieder geval voor de bevalling van het eerste kind naar het ziekenhuis te gaan. De vrijwillige gang naar het ziekenhuis resulteert in een razendsnel stijgend percentage poliklinische bevallingen. Dit zijn bevallingen waarbij de kraamvrouw na een bevalling in het ziekenhuis, meestal met begeleiding van een verloskundige of huisarts, na 12 tot 36 uur weer naar huis gaat. In '68 bedroeg het percentage aan dit soort bevallingen slechts 1,3%, in '79 was dit percentage al 19,8% van het aantal bevallingen." Het blijkt dat vrouwen die vrijwillig kiezen voor de ziekenhuisbevalling dit in verreweg de meeste gevallen doen uit oogpunt van veiligheid. Wat precies die veiligheid inhoudt, blijkt niet altijd even duidelijk te zijn. Het blijkt wel dat zij die vrijwillig naar het ziekenhuis gaan voor de bevalling minder zelfvertrouwen hebben en ook minder vaak positieve gevoelens jegens de verschillende gebeurtenissen tijdens hun zwangerschap en bevalling, dan zij die thuis blijven. Eerstgenoemden geven vaak toe dat een bevalling thuis waarschijnlijk gezelliger is dan een ziekenhuisbevalling, maar zij geven deze op voor die vermeende veiligheid.⁷

Tenslotte is het antwoord ook ontkennend, omdat onder jong opgeleide huisartsen en verloskundigen een voorkeur schijnt te bestaan voor de begeleiding van de poliklinische bevalling. De huisartsen vinden hun opleiding onvoldoende voor de begeleiding van de thuisbevalling en zij durven die derhalve niet meer aan. De verloskundigen willen in verband met werktijden en diensten graag een dienstverband met een ziekenhuis aangaan. Het lijkt er ook op dat jonge verloskundigen graag meer technische hulpmiddelen willen gebruiken, maar ik weet niet of dit een algemene tendens is.⁸

Concluderend stel ik dat in Nederland zwangerschap en bevalling in wezen net zo onder oordeelsbevoegdheid van de medische professie staan als in de rest van de geïndustrialiseerde wereld: artsen beslissen uiteindelijk over de verloskundige zorg. Daarnaast neemt de actieve bemoeienis van medici en ziekenhuizen met zwangerschap en bevalling toe. Dit samen betekent, dat zwangerschap en bevalling in Nederland in wezen net zo gemedicaliseerd zijn. Dat neemt niet weg dat de actieve medische bemoeienis geringer is dan elders. Kortom: Nederland is verloskundig enerzijds een oase, anderzijds is zij een fata morgana.

Medisch imperialisme

Medicalisering is geen eenvoudig begrip. Er zitten globaal twee kanten aan. Het betekent enerzijds dat aspecten van het menselijk bestaan die eerder niet door medici behandeld werden, dat nu wel worden (relatie- en sexualiteitsproblemen, problemen op het werk en met de opvoeding van kinderen, etc.). Het gaat hier om een gebiedsuitbreiding naar nieuwe werkterreinen door de medische professie. De andere kant van medicalisering is de gebiedsintensivering. Door de ontwikkeling van de medische technologie is het mogelijk geworden symptomen van ziekten steeds vroeger te onderkennen, waardoor de weg is geopend voor preventieve gezondheidszorg. Tevens is het met behulp van de medische wetenschap mogelijk geworden steeds meer en langduriger therapieën te geven.

Deze twee kanten van medicalisering zijn niet altijd strikt te scheiden; een voorbeeld is de medicalisering van zwangerschap en bevalling. Enerzijds is het zo dat medici zich steeds meer met zwangerschappen gaan bezighouden, terwijl zwangerschap en bevalling toch geen ziekten zijn: gebiedsuitbreiding. Anderzijds is er sprake van gebiedsintensivering: door de medische technologie is het nu mogelijk geworden het minste of geringste teken van een niet vlekkeloos verlopen van zwangerschap of baring te registreren. Grensgebieden tussen normaal en pathologisch worden steeds smaller. Er wordt meer en sneller therapie bedreven, getuige het stijgend aantal medische indicaties voor de bevalling en het stijgend aantal kunstverlossingen.

Uitwas

Het begrip medicalisering is in het algemeen een voornamelijk negatief begrip. Een eerste reden hiervoor is dat een zich uitbreidende gezondheidszorg gevolgen heeft die de mensen eerder ziek dan gezond maken. Illich onderscheidt drie met elkaar samenhangende niveau's waarop de ziekmakende gevolgen van de gezondheidszorg optreden." Hij noemt dit de iatrogene effecten van de gezondheidszorg. Het eerste niveau is de klinische iatrogenese: medisch handelen maakt mensen letterlijk ziek, veroorzaakt pijn of zelfs de dood. Een voorbeeld uit de verloskunde: bij een bevalling moet een vrouw dikwijls op haar rug in het ziekenhuisbed liggen, ondanks het feit dat hierdoor bloedsomloop en ademhaling van de moeder minder goed functioneren, dat de intensiteit van de contracties van de baarmoeder vermindert en dat het in deze houding moeilijker is het kind naar

buiten te persen. Zo duidelijk als in dit voorbeeld is de klinische iatrogenese niet altijd. Alleen al de ziekenhuisomgeving kan een bevalling eerder moeilijker dan makkelijker maken. Voor dit negatieve aspect van de gezondheidszorg bestaat weinig oog. Het is ook niet zo verwonderlijk als je bedenkt dat achteraf zelden aan te tonen is dat een medische ingreep of maatregel overbodig is geweest, of zelfs een schadelijke uitwerking heeft gehad. Wanneer bijvoorbeeld een kind met de keizersnede ter wereld is gebracht en het kind niets mankeert, wordt dat toegeschreven aan de medische ingreep. Is er wel iets met de baby aan de hand, dan hebben de artsen toch alles in het werk gesteld om erger te voorkomen. Dat de moeder daarmee een operatie te verduren heeft gehad, met alle risico's vandien, wordt gemakshalve vergeten.

Bij de sociale iatrogenese gaat het om de toenemende afhankelijkheid van de medische zorg, doordat de gezondheidszorg het sociale milieu van de mens binnendringt en zich bemoeit met zaken die mensen eigenlijk zelf op kunnen lossen. Dit is het niveau waarop het gebiedsuitbreiden aspect van medicalisering haar intrede doet. Wederom is de medicalisering van zwangerschap en bevalling hier een goed voorbeeld van. In het begin van deze eeuw waren zwangerschap en bevalling vrij alledaagse gebeurtenissen waar alleen een vroedvrouw bij kwam kijken. Tegelijk met de toename van de medische bemoeienis, ermee, nam het vertrouwen van vrouwen in eigen kunnen en in de kennis van de vroedvrouw af. Het gevolg is nu duidelijk: een steeds verdergaande afhankelijkheid van medici en ziekenhuizen en een desintegratie van de vroegere zwangerschapszorg in familie en/of buurt.

Zodra dit eenmaal het geval is, treedt er een derde niveau van iatrogenese op, dat niet duidelijk is te scheiden van het vorige: de structurele of culturele iatrogenese: de hele 'gezondheidscultuur' wordt vernietigd door de gezondheidszorg. Onder gezondheidscultuur wordt verstaan: de in de loop van eeuwen gegroeide vermogens van mensen om de dagelijkse werkelijkheid onder ogen te zien, hun eigen waarden te bepalen en met pijn, ziekte en dood om te gaan. Pijn, ziekte en dood worden nu door technocraten geclaimd als hun werkterrein en vervolgens behandeld als defecten, waarvan de bevolking bevrijd moet worden. We zien dit bijvoorbeeld met baringspijn gebeuren: in vele landen wordt zij routinematig weggenomen met behulp van verdovingen. Baringspijn wordt als iets slechts gezien, dat niet door vrouwen te verdragen is, als iets waarmee zij niet zouden kunnen omgaan en medici moeten hen daarvan verlossen.

Uit deze laatste twee vormen van iatrogenese is nog begrijpelijker geworden waarom klinische iatrogenese niet of nauwelijks onderkend wordt: de afhankelijkheid van de ge-

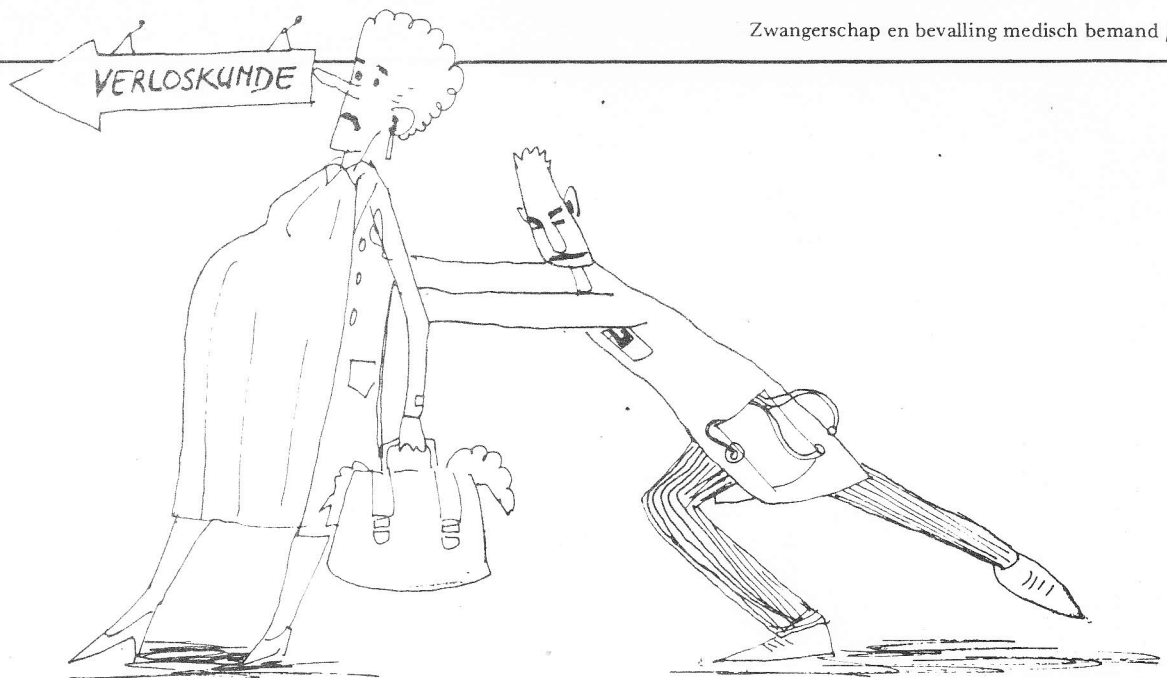
zondheidszorg is zo groot geworden, het zelfvertrouwen dusdanig ondermijnd, dat mensen de klinische iatrogenese niet onder ogen kunnen en durven zien. In dit licht kunnen we de vrijwillige gang naar het ziekenhuis, resulterend in een snel stijgend percentage poliklinische bevallingen, deels begrijpen.

Sociale controle

Het tweede minder gelukkige aspect van een zich uitbreidende gezondheidszorg is, naast de al aangeduide afhankelijkheid, dat de geneeskunde zich meer en meer tot een instituut van sociale controle heeft kunnen ontwikkelen. Onder sociale controle versta ik hier: het handhaven en bestendigen van bestaande waarden en normen. Mechanismen van sociale controle zorgen ervoor dat leden van een samenleving de gedragspatronen volgen die in die samenleving algemeen geaccepteerd zijn.

Specifiek voor de gezondheidszorg betekent sociale controle dat medici klachten van de ene persoon als ziekte kunnen bestempelen en klachten van de ander niet. Een paar voorbeelden: een arts kan iemand die ontslagen moet worden ziek verklaren en zo de mogelijkheid verschaffen gebruik te maken van een W.A.O.-uitkering. Een arts kan zo iemand ook gezond verklaren, zodat deze genoeg moet nemen met een W.W.-uitkering. Een arts kan bepalen wie wel en wie niet in militaire dienst moet, wie wel en wie niet naar een psychiatrische inrichting moet en ook wie wel en wie niet thuis mag bevallen. Het houdt ook in dat bepaalde zaken uit het menselijk leven door artsen als vanzelfsprekend worden voorgesteld en hierdoor gelegitimeerd worden. Een voorbeeld hiervan is 'de medische kijk op de vrouw', welke ingebed is in de heersende normen en opvattingen. Deze houdt in, dat het biologisch gegeven dat vrouwen kinderen kunnen krijgen als het meest essentiële in het leven en de persoonlijkheid van de vrouw wordt beschouwd. Binnen de wetenschap van het lichaam is eeuwenlang verteld dat de belangrijkste functie van het vrouwenlichaam de voortplanting is en dat een vrouw derhalve voor weinig anders geschikt is dan het moederschap. Tevens heeft deze wetenschap bijgedragen aan het vrouwbeeld, dat vrouwen voorstelt als passief, verzorgend, emotioneel, intuïtief en a-sexueel. In wezen bestaat dit idee over de lotsbestemming en de aard van de vrouw nog steeds binnen de medische wetenschap. Het wordt impliciet of expliciet in alle vormen van contact tussen vrouwen en artsen overgedragen. Doordat de 'medische kijk' door de medische professie als vanzelfsprekend wordt voorgesteld en met een

tekening: Ron Evers



'wetenschappelijk' aureool wordt omgeven, legitimeert zij de sociale positie van de vrouw in onze samenleving.

Medische professie

Naarmate meer zaken uit het menselijk leven onder medische 'hoede' komen kan de medische professie op steeds meer terreinen sociale controle uitoefenen. De artsen kunnen sociale controle uitoefenen omdat de beroepsgroep der medici een bepaalde status heeft: die van een professie. Een professie is een beroep dat een gelegitimeerde en legale autonomie heeft verworven in het definiëren van zijn taak, in het kiezen van een wijze van vervullen van zijn taak en in het bepalen van het resultaat van zijn handelen.¹⁰ Het medisch beroep heeft deze status kunnen bereiken doordat artsen afkomstig waren uit de midden- en hogere klasse en ook de waarden en normen uit deze klasse uitdroegen. Deze waarden en normen worden, gesaust met een wetenschappelijk tintje, overgedragen aan hen die van medische diensten gebruik maken. In dit verband is ook van het grootste belang dat de medische beroepsgroep hoofdzakelijk uit mannen bestaat en gekenmerkt wordt door een arbeids-ethos, dat in onze patriarchale samenleving als 'mannelijk' te boek staat: artsen behoren zonder klagen lange werktijden te maken, ze dienen beheerst te zijn, zich niet door hun emoties te laten leiden, ze moeten actief handelen, niet aarzelen en snel, op rationele gronden de juiste beslissingen kunnen nemen.

Het medisch beroep is dus 'mannelijk' in twee opzichten: het bestaat voornamelijk uit mannen en vertoont die eigenschappen die in onze patriarchale samenleving als behorend bij mannen te boek staan. Dat is de reden dat de beroepsgroep de status van professie heeft kunnen verwerven, naast het feit dat ze de waarden uitdraagt die in de midden- en hogere klasse gelden. Door de gangbare medicaliseringstheorie wordt dit over het hoofd gezien. Wel hebben zij gezien dat medicalisering, ongeacht wie nu de 'schuldige' in het proces is, inhoudt, dat er een bepaalde instantie ~ in dit geval de medische professie ~, bereid moet zijn haar arbeidsterrein uit te breiden, het gezag dat anderen aan haar toebedenken te erkennen en vervolgens ook uit te oefenen. Zij hebben niet opgemerkt dat dit nooit een andere instantie had kunnen zijn dan een waarin 'mannelijke' eigenschappen en mannen overheersen. Het 'mannelijk' zijn van de medische professie is een essentiële schakel in het proces van medicalisering.

In Nederland is er op het terrein van de verloskunde iets bijzonders aan de hand, omdat hier naast de medische profes-

sie nog een andere beroepsgroep zelfstandig werkzaam is: die der verloskundigen. De voornamelijk uit mannen bestaande medische professie heeft noodzakelijkerwijs een deel van haar oordeelsbevoegdheid moeten delen met de voornamelijk uit vrouwen bestaande beroepsgroep der verloskundigen. Deze moet immers de normale zwangerschap en bevalling begeleiden en moet derhalve ook kunnen beoordelen wanneer er sprake is van zo'n normale zwangerschap of baring. De medische professie heeft op het gebied van de verloskunde in Nederland haar macht niet onbeperkt kunnen uitbreiden. Dit heeft ertoe bijgedragen dat medicalisering van zwangerschap en bevalling niet die vlucht genomen heeft die het in de rest van de geïndustrialiseerde wereld heeft genomen.

Dat de beroepsgroep van verloskundigen uiteindelijk toch géén professionele status heeft, blijkt bijvoorbeeld uit de medische discussie. Ondanks dat de verloskundigen wel degelijk kennis van zaken hebben, mengen zij zich niet in deze discussie. Heel duidelijk blijkt ook hier weer hoe belangrijk het geslacht van werkers in een beroepsgroep is, wanneer het gaat om het al of niet verwerven van een professionele status.

Macht over vrouwen

Er is een relatie tussen medicalisering en sociale controle. Er blijkt ook een relatie te bestaan tussen sociale controle jegens vrouwen en een bepaald terrein van medicalisering waarmee vooral vrouwen te maken hebben: reproductie. Vrouwen worden gemedicaliseerd waar het hun biologische voortplantingsrol én de daaraan gekoppelde rol van huisvrouwen moeder betreft.

Neem het voorbeeld van anti-conceptie. Een vrouw moet, voor alle vormen van anti-conceptie die zij gebruikt, naar een instantie en meestal naar een arts. Een man hoeft voor het enige anti-conceptiemiddel dat hij gebruikt soms slechts een muntje in een automaat te doen. Het is duidelijk waar de mogelijkheid van sociale controle het grootst is: het kan gebeuren dat om uiteenlopende ~ niet medische ~ redenen vrouwen een voorbehoedsmiddel niet verstrekt wordt. Twee andere voorbeelden: vrouwen komen met de geneeskunde in aanraking wanneer ze ongewenst kinderloos of juist ongewenst zwanger zijn. In het eerste geval worden kosten noch moeite gespaard om te achterhalen wat de oorzaak van de onvruchtbaarheid is. Vrouwen worden daarbij aan nog meer onderzoek onderworpen dan hun eventuele partners. Zij worden ook veelvuldig geopereerd om de vruchtbaarheidskans te vergroten. Dit alles hangt samen met de

'medische kijk': de vrouw is voorbestemd moeder te worden en we zullen er alles aan doen om dit mogelijk te maken ook... In het tweede 'geval', de ongewenst zwangere, reageert de medische professie in het algemeen wat minder welwillend. Juist in de abortuskwestie heeft de medische professie van overheidswege een duidelijke (sociale) controlafunctie toebedeeld gekregen. Een arts heeft officieel een beslissende stem in het al of niet toekennen van een abortusaanvraag, terwijl hij/zij dit vaak onmogelijk op grond van medische kennis kan doen. De waarden en normen van de arts zelf kunnen een beslissende rol spelen. Ook de sociale rol die de vrouw toebedeeld heeft gekregen, die van huisvrouwen moeder, is in grote mate gemedicaliseerd. Denk bijvoorbeeld aan de namen 'huisvrouwensyndroom' en 'lege-nestsyndroom'.

Medicalisering neemt absurde vormen aan waar het zwangerschap en bevalling betreft. In veel landen bevalt bijna 100% van de vrouwen in het ziekenhuis en een paar procent bevalt onderweg daar naartoe in een taxi. In de V.S. wordt een vrouw die een kind baart in een operatiekamer gelegd. De man mag eventueel aanwezig zijn, maar wel in steriele kledij. Het onderlijf van de moeder wordt verdoofd, zodat er van zelf iets voelen nauwelijks sprake kan zijn en de gynaecoloog (een verloskundige of huisarts zijn er niet) het kind letterlijk moet halen.

In Nederland is het percentage ziekenhuisbevallingen nog 'maar' 65%, hetgeen niet gering is wanneer je bedenkt dat een bevalling in principe een fysiologisch gebeuren is. Tijdens een zwangerschap is het hier ook niet mis. Een vrouw is weliswaar niet verplicht een gynaecoloog te consulteren, maar in negen maanden tijd moet er wel zeker vijftien maal een arts of verloskundige geconsulteerd worden voor een medische controle. Afgezien van de vraag of dit zinnig is vanuit oogpunt van gezondheid voor moeder en kind, is het in ieder geval zo, dat zwangerschap en bevalling gelegenheden zijn om sociale controle uit te oefenen op vrouwen.

Drijfveren

Ik zou willen stellen dat de medicalisering van de vrouwelijke reproductie en zeker de medicalisering van zwangerschap en bevalling bedoeld zijn om een bepaald soort controle op vrouwen te houden, die ik niet alleen maar sociale controle kan noemen. Sociale controle is eerder een onderdeel van die controle. Dit zal ik pogen uit te leggen. Ik hanteer daarbij een min of meer 'psychoanalytische verklaring', omdat daarmee de dieperliggende drijfveren van de 'manne-

lijke' medische professie om zwangerschap en bevalling te medicaliseren, aan het licht kunnen komen.¹¹

In bijna alle culturen bepalen mannen wat de plaats van vrouwen in de samenleving is. Dat betekent dat vrouwen weinig maatschappelijke macht hebben. Dit wil niet zeggen dat vrouwen misbaar zijn. Integendeel, voor wat betreft het leven zelf zijn mannen van hen afhankelijk. Vrouwen immers baren en voeden de kinderen, maar ook dragen vrouwen verantwoordelijkheid voor de emotionele kanten van het leven. Moeders geven kinderen de moederborst, of juist niet; koesteren hen of onthouden hen juist die koestering. Voor het kleine jongetje is de moederfiguur het tegendeel van een machteloze: zij is de Almachtige.

Mannen leren dus dat zij voor hun emotionele verzorging alleen van vrouwen afhankelijk zijn. Eerst van hun moeders, naarmate ze ouder worden ook van andere vrouwen. Mannen hebben nauwelijks een taak in de emotionele behoeftevoorziening van anderen. Zij zijn belast met het 'openbare' leven, waar voor emoties geen plaats is. De ervaring van emotionele afhankelijkheid van vrouwen dragen mannen in hun onderbewuste mee. Diep in hen bestaat een ontzag voor de moederfiguur en tegelijkertijd een angst om door haar verlaten te worden, een angst dat de emotionele verzorging zal verdwijnen. Deze angst heeft zich tegen vrouwen gekeerd. Binnen de patriarchale samenleving zijn vrouwen, omdat zij reproductie en emotionaliteit vertegenwoordigen, uitgestoten uit alle sectoren van de maatschappij, die niet direct met reproductie en emotionele verzorging te maken hebben. Zo zijn zij machteloos geworden buiten het levensgebied dat mannen niet beheersen, maar wel nodig hebben. Binnen de patriarchale samenleving, zoals ze zich bij ons presenteert, zijn er - op zowel psychisch als maatschappelijk niveau - perfecte mechanismen ontwikkeld om vrouwen binnen hun beperkte levensgebied te houden en er daarnaast voor te zorgen dat zij onwetend zijn van de macht die hen nog rest binnen dit beperkte levensgebied. Op de eerste plaats worden vrouwen van kinds af aan voorbereid op de taak van het moederschap. Op de tweede plaats bestaat er een bepaald vrouwbeeld in de maatschappij: vrouwen zijn afhankelijk, passief etc. Dit vrouwbeeld zit ook in vrouwen zelf zo diep, dat ze op zijn minst vaak proberen aan dit beeld te voldoen en dat ze zichzelf niet als even machtige wezens als mannen beschouwen.

Deze twee beelden van vrouwen moeder hebben in wezen dus de functie vrouwen daar te houden waar de patriarchale samenleving hen wil hebben: binnen het gezin, als verzorgster van man en kinderen. Daardoor kan de medische professie zwangerschap en bevalling in sterke mate medicaliseren. Als gevolg van het vrouwbeeld zullen veel vrouwen bereid zijn de verantwoordelijkheid voor met name de be-

valling op te geven en in handen te leggen van de deskundigen in het veilig geachte ziekenhuis. Daarbij komt de sterke moederschapsideologie, die vrouwen bereid maakt alles voor hun kinderen over te hebben. De (poli)klinische bevalling wordt veilig geacht voor het kind. Het belang van het kind staat ook bij de moeder voorop en zij geeft zich gewillig over aan hen die weten wat het beste is voor het kind. De medische professie versterkt dit nog eens, doordat zij impliciet de 'medische kijk op de vrouw' overdraagt, die overeenkomt met het vrouwbeeld en de moederschapsideologie. Neem daarbij nog eens de hele problematiek van medicalisering in het algemeen en het wordt begrijpelijk waarom vrouwen naar een ziekenhuis gaan voor een bevalling en zich zelfs onder verdoving laten brengen om in een operatiekamer de in wezen fysiologische bevalling door te maken.

Het gevolg van deze medicalisering van zwangerschap en bevalling is dat vrouwen zo langzamerhand geen flauw benul meer hebben van de macht die zij in zich hebben en dat zij steeds afhankelijker worden van de medische zorg rond zwangerschap en bevalling. Zo is er binnen de patriarchale maatschappij een methode ontwikkeld om, vanuit de angst om emotionele verzorging te verliezen, de - hieraan gekoppelde - vrouwelijke reproductie te beheersen. Vrouwen worden door allerlei ideologieën omtrent eigen aard, persoonlijkheid en lotsbestemming, afgeleid van werkelijke macht. De 'mannelijke' medische professie is in dit proces een zeer belangrijke schakel met haar sociale controlefunctie jegens vrouwen, haar medicalisering van de vrouwelijke reproductie in het algemeen en de medicalisering van zwangerschap en bevalling in het bijzonder.

Uitzicht

Hoe zou medicalisering van zwangerschap en bevalling gestopt of zelfs teruggedrongen kunnen worden? Hoe kunnen vrouwen zwangerschap en bevalling weer in eigen hand nemen? Uit het voorafgaande zal duidelijk zijn dat deze vragen niet eenvoudig te beantwoorden zijn. De oorzaken van medicalisering van zwangerschap en bevalling zijn complex en er zullen heel wezenlijke veranderingen moeten plaatsvinden, wil het tij keren. Toch zijn er wel een aantal aanknopingspunten te vinden die uitzicht bieden op een ontmedicalisering van zwangerschap en bevalling. Verloskundigen moeten hun plaats behouden in de zwangerschapszorg, zelfstandig of in een groepspraktijk werkzaam, maar niet in dienst van een ziekenhuis of gynaecoloog. Zij zouden zich

moeten realiseren dat zij een eigen deskundigheid hebben en dat zij zich niet de mindere hoeven te voelen ten opzichte van huisartsen en gynaecologen. Dat betekent dat zij zich niet - in een poging hun status ten opzichte van artsen te verhogen - zouden moeten laten verleiden tot routinematig gebruik van technische hulpmiddelen. De opleiding tot arts moet zodanig verbeteren, dat zij die later als huisarts in regio's zonder verloskundige werken, in staat zijn verloskundige hulp te verlenen bij thuisbevallingen. De kraamzorg moet haar plaats in de verloskundige zorg behouden. De overheid dient haar terughoudend beleid ten opzichte van de verloskunde te handhaven.

Moeilijker concreet aan te pakken, maar wel minstens zo belangrijk zijn de volgende punten. Het belang dat aan gezondheid gehecht wordt zou wat gerelativeerd kunnen worden. De professionele status van artsen dient ter discussie gesteld te worden. Het beroep zou minder 'mannelijk' moeten worden: meer vrouwen in het vak en een minder 'mannelijk' arbeidsethos. Vrouwen zelf zullen door moeten gaan op de weg die velen al bewandelen: mondigheid ontwikkelen ten opzichte van werkers in de gezondheidszorg. Zij zouden meer reële informatie moeten hebben over zwangerschap en bevalling, zodat de medische technologie en de veiligheid van de ziekenhuisbevalling ter discussie kunnen staan en zij minder overgeleverd zijn aan de medische technologie.

Al deze punten komen deels neer op datgene wat voortvloeit uit de 'psychologische verklaring': er zullen structurele veranderingen moeten plaatsvinden in man-vrouw verhoudingen in de samenleving. Mannen en vrouwen dienen een gelijkwaardige taak te hebben in de opvoeding en verzorging van kinderen. Langzamerhand zal zo de strikte scheiding tussen het openbare en het gezinsleven overbodig worden, mannen en vrouwen kunnen beiden mensen worden. Vrouwbeeld en moederschapsideologie worden overbodig en zo zal ook medicalisering van zwangerschap en bevalling gekeerd kunnen worden. Ik wil hierbij overigens aantekenen dat met het schrijven van dit artikel voor mij de problematiek niet is afgerond. Met name het laatste deel (psychologische verklaring) vraagt om een nadere uitwerking. In de nabije toekomst hoop ik hier mee verder te gaan. Dit weerhoudt mij echter niet te zeggen dat we, om een werkelijk verloskundige oase te kunnen worden, bovengenoemde weg zullen moeten bewandelen.

DRIELUIK

ANNEMARIE MOL is afgestudeerd in de filosofie, en in de geneeskunde (vrije studierichting). Ze doet, voorlopig in eigen beheer, onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg.

Transplanteren kunnen we niet,

11~1~

de buurvrouwen ik

Verwarrend is het. Het begrip 'zelfzorg' duikt op in de beleidsnota's van de overheid. In het kader van de bezuinigingen op de gezondheidszorg komen er opnieuw drempels in de toegangsdeuren van hulpverleningsinstellingen en wordt iedereen aangespoord gezond te gaan leven. De nadruk in het beleid verschuift van de eerste lijn naar de nulde lijn: de zorg komt zo wel héél dicht bij de mensen te liggen.

We willen in dit tijdschrift de discussie over zelfzorg aangaan. Het is immers dringend nodig uit de verwarring te raken. Er loopt van alles door elkaar: zorg om niet ziek te worden, zorg voor wie ziek is, greep op de zorg. (Op dat laatste, greep op de zorg, zal in nummer 4 het accent liggen; participatie is daar de gevleugelde term voor.) De verwarring ontstaat niet alleen doordat er zoveel tegelijk op het spel staat. Er is een andere reden: leek 'zelfzorg' tot voor kort een 'linkse' eis, nu wordt het een plicht, opgelegd door 'rechts'. Wat betekent dat?

In dit nummer een poging van Gerrit Saleminck de verschillende manoeuvres van de overheid op een rijtje te zetten voor wie niet al het papier dat het ministerie produceert onder ogen krijgt. Miriam van Reijen rafelt de notie 'eigen verantwoordelijkheid' uit elkaar om een aantal rechtvaardigingen die het huidige beleid omringen beter door te kunnen prikken. En om te beginnen een inleiding waarin vier invalshoeken naar voren komen vanwaaruit de discussie over zelfzorg gevoerd kan worden. Vier invalshoeken die elk in de nabije toekomst een andere uitwerking verdienen.

Mooie woorden

Oog in oog met de voorstellen van de beleidsmakers kan het allereerst geen kwaad de beleden doelstellingen en de feitelijke gevolgen van het beleid met elkaar te confronteren. Neem het doel bezuinigen. Het is de vraag of de verschillende voorgestelde hervormingen nu echt tot bezuinigingen leiden. De medicijnenknaak heeft alleen maar geld gekost. En al zouden de totaalkosten lager worden, dan is het nog de vraag of de gekozen weg daartoe de meest effectieve is. Op dit moment blijven dure sectoren naar verhouding gespaard, al heet het dat intramurale zorg naar extramurale moet verschuiven.

Het vergroten van keuzevrijheid is een ander fraai klinkend doel. Meer vrijheid zou het resultaat zijn van minder bemoeienis van beroepshulpverleners. Maar voor jezelf en anderen moeten zorgen als de materiële voorwaarden daarvoor beginnen weg te vallen, levert weinig vrijheid op. Er als hoogbejaarde voor 'kiezen' niet naar een bejaardenhuis te gaan en 'vrij' te blijven heeft ook zo zijn beperkingen als je in een

flatwijk woont en je kinderen, die bij gebrek aan thuishulp voor je moeten zorgen, zelf al aan hun 65+ pasje toe zijn.

Iedereen heeft iets anders gewild

Als tweede discussiepunt zijn de idealen achter de zelfzorg van belang. Er zijn verschillende zelfzorg-idealén in omloop, die in de nota's losjes door elkaar gehusseld worden. Dat verdoezelt hun onderlinge tegenstrijdigheid. In de zelfzorgbeweging, of in elk geval in het meest gepolitiseerde deel daarvan (gezondheidswinkels, vrouwengezondheidscentra), ging en gaat het in eerste instantie om het verwerven van macht. Macht over eigen leven, iets waar macht over eigen lijf een deel van is. 'Zorg' staat dan ook niet op zichzelf; een andere manier van leven betekent ook anders wonen, werken, vrijen en ga zo maar door. De strijd tegen de deskundigen richt zich niet tegen de deskundigen alléén. Het is niet de bedoeling om van de deskundigen bevrijd te worden om vervolgens rechtstreeks onder de controle van de staat te vallen. Wat er ook voor of tegen de libertaire zelfzorgbeweging gezegd kan worden, het gaat haar om een andere maatschappij en het is moeilijk vol te houden dat de huidige directe bemoeienis van de overheid met 'persoonlijke levensstijlen' ooit tot haar idealen behoort heeft.

Heel anders is het liberale zelfzorg-ideaal. Geen emancipatorische elementen hier: de vrijheid hoeft niet bevocht te worden, die verschijnt vanzelf als de overheid zich terugtrekt en de ruimte laat aan het 'vrije spel der maatschappelijke krachten'. De liberalen doen het voorkomen of de zorg aan 'de mensen' is opgelegd, tegen hun wil in, door een bemoeierige overheid. De werkelijke geschiedenis is veel ingewikkelder. Brede groepen van de bevolking hebben zorgvoorzieningen juist afgedwongen. De structuur en de inhoud van de zorg zijn echter voornamelijk door overheid en professies bepaald. Het gaat er dan ook niet om de mensen van de zorg te bevrijden, maar te zien dat ze er greep op krijgen.

Een derde ideaal achter zelfzorg is zingeving. Niet geld en macht vermogen dit aardse tranendal zin te geven, maar slechts de naastenliefde. Daar kan de overheid niet voor zorgen, dat mogen de vrouwen doen. Hattinga Verschure is er beroemd mee geworden. Op deze manier passen voor de christendemocraten de restauratie van het gezin en bezuinigingen keurig in elkaar.

Wanneer nu deze drie idealen door elkaar gemengd worden lijkt het net of iedereen het gewild heeft, die zelfzorg: links,

rechts en de christendemocraten... Kan het mooier? Het is alleen niet wáár: iedereen heeft iets anders gewild.

Welke zorg helpt?

In de zelfhulpbeweging gaat het om twee zaken: wie geeft de zorg en welke zorg is dat. Niet alleen het bezit en het gebruik van deskundigheid zijn van belang, ook de inhoud van deskundigheid. Wat is de verhouding tussen lijf, leven en samenleving?; hoe moeten problemen worden benaderd: met pillen of met praten, individueel of in groepen ...? De zelfhulpbeweging deelt dergelijke vragen met de kritische hulpverleners, die binnen gevestigde instellingen proberen een andere deskundigheid op te bouwen.

De liberalen gaan aan inhoudelijke vragen volstrekt voorbij. De waarheid en de waarde van de superspecialistische kennis staan voor hen buiten kijf. De resultaten van hartoperaties hoeven niet hard gemaakt te worden, laat staan dat er ruimte is voor een discussie over de wenselijkheid van dergelijke therapieën. Een emotioneel beroep op één geredde half-dode spreekt meer tot de verbeelding dan honderd half-levendenden. De zorg die hen zou helpen is vaak veel simpeler, maar juist zij dreigen het zelf te moeten gaan klaren. Aangezien we niet kunnen transplanteren, de buurvrouwen ik, blijven de dokters dat wel doen: wij mogen elkaars wonden likken. Het lijkt evident dat iedereen gezinszorg over kan nemen en niemand de behandeling van hartinfarcten. Zou dat technisch al zo zijn, dan nog is het zeker sociaal-maatschappelijk niet waar..

Christendemocraten en humanisten hebben het wel over de inhoud van de zorg. Echter, niet vanuit het oogpunt van maatschappelijke achtergronden en gevolgen: hen gaat het om de menselijkheid. Nu zijn hun 'zachte technieken' en GVO-programma's, waarin persoonlijke levensstijlen als sleutel tot alle heil worden voorgesteld, weliswaar een stuk menselijker dan CT-scans, maar de maatschappelijke wortels van problemen worden er even goed mee verdoezeld. Vriendelijkheid en hartelijkheid zijn allicht heel plezierig, maar het is nogal cynisch mensen op te roepen 'gezonder te leven' in een vervuilde, verstedelijkte, verschraalde omgeving.

Waar zit het probleem

Wat zijn nou eigenlijk de problemen waar voor gezorgd moet worden? Wat wordt als probleem gedefinieerd: het

lichaam, een orgaan, de huisvesting, dit speciale gezin, het gezin in het algemeen, de werkverhoudingen, de echtgenoot, iets anders? Het klassieke medische model, waarin problemen slechts zorg behoeften als ze in het lichaam, en liefst aanwijsbaar in een orgaan zaten, heeft haar monopolie verloren. Wat houdt dat in? Een gedeeltelijke verlamming kan als 'het probleem' worden aangewezen, maar ook dat je met krukken nauwelijks de bus inkomt. In principe is het mogelijk problemen heel structureel of heel persoonlijk te definiëren. Pleiten voor zelfzorg betekent echter automatisch: zoeken naar zodanige definiëringen van problemen dat het lijkt alsof degene die onder de problemen gebukt gaat, ze zelf op kan lossen. Niet de werkomstandigheden maar of je je aan de voorschriften houdt, wordt de vraag. Niet de werkloosheid maar de mate waarin je een 'zinvolle vrijetijdsbesteding' creëert. Naast het medisch model dat problemen in het lichaam lokaliseert is nu een ander individualiserend model gekomen: één dat problemen koppelt aan gedrag. De schuldvraag komt naar voren, de maatschappij blijft uit het zicht.

En nu verder

De discussie over zelfzorg moet nog van de grond komen. Het beleid is al in gang gezet... De zelfzorg die nu gestimuleerd wordt, leidt niet tot meer macht van mensen over hun eigen leven, niet tot bevrijding. Het is belangrijk om op de inhoud van zorg in te gaan, om tegenover de globale sociologische kritieken op 'de zorg' als geheel, preciesere analyses te stellen die aan verschillen binnen de zorg veranderingsperspectieven koppelen. Ook de zelfzorgbeweging zal de inhoud van de zorg voorop moeten stellen, wil ze niet slechts samen met de bezuinigers praten over wie er ontslagen moet worden. Om het over de inhoud van zorg te kunnen hebben, is het nodig om bij de aard van de problemen stil te staan. Wat zijn dat, 'problemen', hoe bestaan die op het niveau van het lichaam, hoe op het niveau van beleving, van gedragingen, van samenlevingen ... wat zijn manieren om ze te lijf te gaan? Als behouden een te simpel antwoord op bezuinigen is, komt het erop aan nieuwe strategieën en andere uitwegen te zoeken. Daarnaast lijkt het voorlopig raadzaam om er hard voor te vechten dat de bestaande zorg niet helemaal wordt afgebroken, al is er nog zo veel aan mis. Dan blijft het tenminste mogelijk een discussie over inhoud en prioriteiten te voeren.

MIRIAM VAN REIJEN werkt als filosofe aan de Medische Faculteit Nijmegen en geeft lessen filosofie aan beroepsopleidingen voor maatschappelijk werk en sociale dienstverlening.

Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u

nl21gj

Steeds meer stuit ik in de krant, in vaktijdschriften voor werkers uit gezondheidszorg en welzijnswerk, in discussies en politieke debatten op termen als 'eigen verantwoordelijkheid', autonomie, bevorderen van zelfstandigheid, onafhankelijkheid en 'mondigheid'. Als filosoof met een existentialistische achtergrond voel ik mij wel aangesproken. Ik heb jarenlang die 'eigen verantwoordelijkheid' van de mens benadrukt, tégen de heersende ideologie van christelijke naastenliefde, morele plicht en burgerlijke gehoorzaamheid in. Als filosoof weet ik ook, dat de autonomie van de mens géén nieuw idee, laat staan een modegril is, maar één van de 'eeuwige' filosofische posities als het gaat om het 'wezen' van de mens. Wél nieuw voor mij was de hoek van waaruit het benadrukken van die eigen verantwoordelijkheid ineens kwam, nl. van boven. En ingebed in discussies over bezuinigingen, terugdraaien van collectieve voorzieningen en 'eigen risico', waartégen ik juist vanuit mijn politieke standpunt stelling nam. Er werd en wordt dus iets gelegitimeerd waar ik het niet mee eens ben, maar met een beroep op zaken die ik wél voorsta. Ik heb ook gemerkt, dat ik niet de enige ben, die met deze verwarring geconfronteerd word. In mijn onderwijs aan mensen die het grootste gedeelte van de week in 'het veld' werken komt steeds weer de ambivalentie en het dilemma ter sprake. Individuele inzet en goede bedoelingen blijken niet het gewenste effect te hebben, en zelfs meer negatieve en averechtse effecten te bewerkstelligen, als je alle kritieken moet geloven. Wat moet je dan?

Mijn bijdrage als filosoof ligt vooral in het kritisch kijken naar de manier waarop begrippen in de discussie en in de Iegitimeringen gebruikt worden. Inzicht geven in de aard van de begrippen, in het dubbelzinnige karakter ervan, in de functie die ze vervullen in een bepaalde (maatschappelijke) context. Het aanspreken van mensen op hun 'eigen verantwoordelijkheid' gebeurt niet zomaar, en het is ook niet zo onschuldig als het soms lijkt. Daarom is het ook niet louter een woordenspelletje om de gebruikte begrippen uit elkaar te rafelen. Slogans, kreten en gemeenplaatsen hebben wel degelijk effect, ze 'werken'. Het is verleidelijk om ze te hanteren, en het is verleidelijk om erin te trappen. Ivan Wolfers heeft in een serie in Medisch Contact laten zien hoe het medisch jargon werkt! Door middel van taal wordt invloed uitgeoefend. Deze invloed blijft vaak verborgen, en verbergt zélf ook weer een aantal zaken. In die zin kan taal een verhullende functie hebben, zeker wanneer het om zulke dubbelzinnige begrippen gaat als 'eigen verantwoordelijkheid'. Ook dankzij de taal is het echter mogelijk daar weer een licht op te werpen, het gebruik en de aard van deze termen te verhelderen. Dat maakt weerbaar tegen de ideologische werking ervan. Filosofie is voor mij ideologiekritiek: alert maken op de valkuil van de taal en haar effecten. Deze

effecten zijn merkbaar in de beleving, bijvoorbeeld van ziek en gezond zijn, maar ook in de ervaring van de plaats die men in de maatschappij inneemt. De belevingen en associaties worden mee-geproduceerd in een bepaalde maatschappelijke context. Door het overnemen van de betekenissen worden mensen ingevoegd in de maatschappelijke rolpatronen en verwachtingen. Iemand die zich aangesproken voelt door het appèl op de eigen verantwoordelijkheid, zal zich daarnaar gedragen. En hoe die term wordt ingevuld blijkt uit de context.

Een filosofische verheldering van veelgehoorde en gebruikte termen in het maatschappelijk debat over de 'crisis van de verzorgingsstaat' heeft zin, omdat het de standpunten verduidelijkt. En het is belangrijk om uit de ideologische verwarring te komen, om adequaat stelling te kunnen nemen in de discussie, maar ook en vooral in de praktijk. Door het ideologische gebruik van mooi klinkende humanistische termen te ontmaskeren, vanuit een bepaalde filosofische positie, neem ik ook stelling in de politieke strijd ojn de gezondheidszorg.

Ik wil niet de pretentie hebben alle onduidelijkheden in één klap weg te werken. Ik hoop wel te kunnen bijdragen aan een béétje inzicht in het gesol met begrippen in huidige discussies en nota's.

Hoe bedoelt u?

Zowel in de kritiek op de gezondheidszorg, als in de voorstellen ter verbetering komt de term 'eigen verantwoordelijkheid' veelvuldig voor. Eén vorm van kritiek op de gezondheidszorg is, dat zij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten zou hebben 'afgenomen'. Gewoon diefstal dus; Illich heeft het over 'onteigening', en dat is in de burgerlijke maatschappij het ergste dat je kunt doen. Maar wát is de mens dan precies afgenomen? En hoe, en hoeveel en van wie wel en niet? Maar gelukkig kan die verantwoordelijkheid ook weer aan de mensen worden teruggegeven. Dat moet dan wel van hogerhand worden opgelegd, want zelf schijnen ze er niet zo om te zitten springen. Illich zegt dat er gewinning optreedt van mensen om dingen te krijgen in plaats van ze te doen?

Verantwoordelijkheid heeft te maken met iets zelf doen. En als ik vraag wát de mens zelf moet doen, blijkt dat begrip twee verschillende dingen te kunnen betekenen. Dit verklaart voor mij, waarom ik er enerzijds volmondig 'ja' tegen zeg, en anderzijds bezwaar heb tegen wat onder het mom van die eigen verantwoordelijkheid in mijn schoenen geschoven kan worden. Zo kom ik tot het onderscheid van

Dee betekenissen van de term verantwoordelijkheid:

-1 de eerste betekenis is verantwoordelijk zijn voor eigen handelen, dat ik alleen zelf kan en moet beslissen wat ik doe (en niet doe). Deze betekenis van verantwoordelijkheid - in de existentiële filosofie - de vrijheid van de mens genoemd - is de eigenlijke betekenis, en is eigen aan de mens. Deze kan de mens - ook weer volgens de existentialistische filosofen - niet worden afgenomen, want ze is een onvervreemdbare eigenschap van de mens. Wat wel kan gebeuren, is, dat men zich dat niet realiseert, zich er niet van bewust is, en zich beroept op god en alles en iedereen om het eigen gedrag te verklaren. Maar ook dat beroep wordt dan in de existentialistische filosofie opgevat als een eigen handeling; het is namelijk ook mogelijk zich daar niet op te beroepen. Zo is bevel nooit bevel, maar een gelegenheid om ja of nee te zeggen. En een voorziening is dan niet per definitie afhankelijkmakend, maar een mogelijkheid om er al of niet gebruik van te maken. En het ontbreken van een bepaalde voorziening stelt de mens voor de keus om al of niet iets te ondernemen om daarin te voorzien. Deze zin van eigen verantwoordelijkheid legt géén plicht op, is niet prescriptief (voorschrijvend), maar beschrijvend. Het 'moeten' kiezen is geen norm of eis, maar een onoverkomelijkheid.

Het is de verantwoordelijkheid in deze zin, die een emancipatorische en kritische betekenis heeft, wanneer mensen erop worden gewezen. Ook al zegt de dokter dit of dat, ook al is een bepaald gedrag schadelijk voor de gezondheid, ook al wordt een bepaalde handeling moreel verwerpelijk genoemd en staan er maatschappelijke of juridische sancties op, dan nog heeft de mens het onvervreemdbare vermogen om zelf te beslissen. Groepen die zich in de gezondheidszorg opwerpen om dit vermogen ook zonder al te veel drempels en problemen te kunnen effectueren, gaan uit van verantwoordelijkheid in deze zin. Bijvoorbeeld 'Baas in eigen buik', als het om abortus gaat. Ook inspraak, medezeggenschap, zelfbeschikkingsrecht en beslissingsbevoegdheid doelen op deze betekenis van eigen verantwoordelijkheid.

In het debat dat momenteel gevoerd wordt rond bezuinigingen op voorzieningen, wordt echter een heel andere betekenis aan 'eigen verantwoordelijkheid' gegeven. Dan wordt bedoeld: 'je moet er zelf voor zorgen!' Dit is géén beschrijving van een feitelijke onvermijdelijke stand van zaken, maar een verplichting die de mens wordt opgelegd. Dit veronderstelt een norm. Gaat het wel om iets waaraan de mens kan voldoen, en zo ja blijft nog de vraag waarom het dan 'moet', en van en voor wie. Een concreet voorbeeld kan dit onderscheid in de twee zinnen van verantwoordelijkheid verduidelijken. 'Jij bent (zelf) verantwoordelijk voor de kinderen' kan bedoeld zijn als 'jij moet zelf beslissen of je wel of niet voor de kinderen zorgt!'. Maar meestal zal het bedoeld zijn als 'jij moet (zelf) voor de kinderen zorgen'. Het eerste is een feit, het tweede is (voor mij) nog maar de vraag. Waarom ik? In de eerste zin is iedereen altijd verantwoordelijk; in de tweede zin niemand zomaar, want dat veronderstelt een norm. En waar haalt men die vandaan?

In de discussie over gezondheidszorg wordt echter met 'eigen verantwoordelijkheid' op het ogenblik meestal de tweede zin bedoeld en de eerste liever verzwegen! 'Eigen verantwoordelijkheid' betekent dan dus niet dat ik zelf moet beslissen of ik wel of niet rook, werk, actie voer of van een bepaalde voorziening gebruik wil maken. Maar wel: als ik rook, werk of niet werk, actie voer en van een bepaalde voorziening gebruik maak, dan moet ik zelf voor de gevolgen en de kosten opdraaien. Zo wordt van 'eigen verantwoordelijkheid' niet een zelf-beslissen, maar een verplichting tot zorg met als sanctie eigen schuld en eigen risico gemaakt. Dit heeft verschillende effecten, zowel individueel voor de gebruikers en de werkers in de gezondheidszorg, als maatschappelijk voor de gezondheidszorg als institutie en voor de maatschappij als geheel. Zo'n beroep op de 'eigen verantwoordelijkheid' blijkt bij nader inzien heel wat minder emancipatorisch te zijn dan het lijkt. En het vormt eerder een deel van het probleem, een obstakel in de

weg naar een goede gezondheidszorg en gezondheid, dan de oplossing. Een paar van de gevolgen wil ik hieronder laten zien.

Vanwege het normatieve karakter leidt het op individueel niveau tot gevoelens van tekort schieten en schuld en machteloosheid. Maatschappelijk gezien betekent het dat structurele bedreigingen voor de gezondheid (arbeidsomstandigheden, gevaarlijke stoffen, bewapening, verkeer) niet of minder ter sprake komen. Het leggen van de nadruk op wat individuen zelf kunnen doen - nog afgezien van de vraag of het wel zaken zijn die individuen kunnen realiseren - leidt in ieder geval de aandacht af van de grote wereld van economische beslissingen en belangen.

'Patiënten moeten zich kritischer gaan opstellen' stond er boven een groot artikel over het afremmen van de kostenstijging in de gezondheidszorg. Ook hier weer de dubbelzinnigheid. Het gebruik van de term 'eigen verantwoordelijkheid' om mensen iets op te leggen is paradoxaal. In één adem wordt de zelfstandigheid én de verplichting genoemd. Dit maakt de discussie zo verward.

Dikke bult, eigen schuld

Het verschijnsel dat men iemand die slachtoffer is, aan wie iets vervelends overkomt (pijn, ziekte, verkrachting, armoede, werkeloosheid), zelf daarvan de schuld geeft, wordt in de literatuur 'victimblaming' genoemd. Schuld heeft met moraal, met normen en verplichtingen te maken. Wanneer er géén normen bestaan, bestaat er ook geen 'morele' schuld. Dit laatste is een kwestie van geweten, van geloven dat er iets móet. Bij 'victimblaming' is er sprake van 'dubbel gepakt' worden. Allereerst omdat men ziek is, geen werk heeft en daarbovenop wordt dit ook aan de persoon zelf geweten en verweten. Er wordt een samenhang gesuggereerd of expliciet gelegd tussen het eigen gedrag en een vermeend gevolg daarvan. Hierin werkt de vooronderstelling door van het autonome individu. Het eigen gedrag, de manier van leven wordt 'verantwoordelijk' geacht voor een bepaald gevolg; alsof daar niet veel meer factoren een rol in spelen. Alsof het mogelijk is de mens als een geïsoleerd individu aan te spreken op wat hem of haar overkomt. Op het ogenblik wordt echter wel op deze manier geprobeerd te legitimeren dat individuen zelf op moeten draaien voor de vermeende gevolgen van hun handelen. Waar ziekte en hulpbehoevendheid worden beschouwd als te wijten aan de eigen manier van leven, is het immers gemakkelijker en stuit het op minder weerstand, wanneer het gevolg daarvan voor eigen rekening komt. Het gevaar van 'victimblaming' zit in de humanistische en holistische benaderingen van gezondheid. Zij zien de mens wel als een 'geheel', maar niet als het 'geheel van de maatschappelijke verhoudingen'. Ziekte en gedrag worden begrepen als geïsoleerde, louter van het individu afhangende grootheden. Maar omdat ziekte en pijn en problemen zich aan de individuele mens manifesteren, zijn het nog geen individuele aangelegenheden.

Er bestaat natuurlijk ook een risicogedrag waarin mensen zelf bepaalde beslissingen nemen. Maar ten eerste gaat daarvoor op wat ik gezegd heb in het onderscheiden van de twee zinnen van eigen verantwoordelijkheid, namelijk dat juist als de mens werkelijk zelf verantwoordelijk is, men hem niet op de aard en inhoud van zijn beslissingen kan aanvalen. En ten tweede wordt juist bij dat risicogedrag (eten, drinken, roken, bewegen, werken) duidelijk dat de mens daarvoor niet geïsoleerd, vrij en autonoom kiest, maar dat de maatschappelijke verhoudingen waaronder hij leeft die 'keuze' beïnvloeden. Het feitelijke beleid ten aanzien van gezondheidszorg op het ogenblik laat het paradoxaal van haar legitimering ook zien. Het 'eigen risico' betekent vooral voor die groepen van de bevolking een hogere belasting, waar van 'verantwoordelijkheid' voor eigen manier van leven het minste sprake is!: ouderen, gehandicapten, WAO-ers, chronisch zieken.

Wat kan en mag ik

Het impliciete of expliciete normatieve van de eigen verantwoordelijkheid - hetgeen tot 'victimblaming' aanleiding geeft - is één van de adders onder het gras. Dat heeft te maken met moeten en mogen. Er is een ander aspect aan het praten over eigen verantwoordelijkheid, dat te maken heeft met 'kunnen', vermogen. Is een individu wel in staat te doen wat er van hem verwacht en gevraagd wordt? Anders heeft het hele begrip verantwoordelijkheid geen zin. We vragen ook alleen maar aan iemand om redelijk te zijn, als we ervan uitgaan dat hij een redelijk wezen is! In een nota over de doelstellingen van de Nederlandse gezondheidszorg van de LHV (1979) staat het heel genuanceerd. 'Daarbij is de mens binnen zijn mogelijkheden verantwoordelijk zowel voor zijn eigen gezondheid als voor die van anderen.' Voor deze formulering is gekozen, omdat gezondheid niet op zichzelf staat, maar ook steeds wordt beïnvloed door factoren die vanuit de maatschappij daarop inwerken. Deze factoren zijn onder andere de sociaal-economische verhoudingen, de politieke verhoudingen, maatschappelijke veranderingen en de ontwikkelingen in de medische technologie." Het is niet de eerste keer dat de medische professie zelf, zich huiverig betoont om toegeschoven zaken en taken klakkeloos op zich te nemen. De 'medicalisering' van veel gebieden van de samenleving en het menselijk leven heeft ze zich ook node in de schoenen laten schuiven. En nu wordt ze opgezadeld met een mondig, zelf verantwoordelijke en liefst nog zichzelf helpende patiënt. Vanuit huisartsen- en specialistenverenigingen wordt steeds weer de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid, de professionele verantwoordelijkheid van de arts. Met de doelstelling van de zelfstandigheid van de patiënt voor ogen betekent hulpverlening volgens de nota bij 'het bewust zijn en maken van de eigen en gezamenlijke verantwoordelijkheid van patiënt en huisarts hierin'. En J.W. Imhof, voorzitter van de Landelijke Specialistenvereniging, betoogt 'met vuur': 'Wij kennen onze verantwoordelijkheden', wanneer hij het heeft over de 'Intentieverklaring' van de specialisten, waarin zij nog eens hun eigen verantwoordelijkheid voor het medisch handelen benadrukken. Afgezien van mogelijk eigenbelang zit hierin toch ook een wezenlijk inzicht: mensen zijn nooit alleen, en zijn daarom ook nooit alleen verantwoordelijk voor 'wat er gebeurt'. Ook op het in oktober gehouden KNMG-Ledencongres 'Van patiënt naar consument' zei de voorzitter Daniëls: 'De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt kan de arts nooit ontslaan van zijn professionele verantwoordelijkheid.' En andersom, zou ik daaraan toevoegen: Alleen van het geïsoleerde, autonoom opgevatte individu kan men van alles vragen. En dat individu moet op het ogenblik heel wat kunnen! Gezond leven, alsof er geen samenleving bestaat met alle mogelijke gezondheidsbedreigende omstandigheden waarop het enkele individu géén greep heeft. Er wordt over 'willen' en 'kiezen' gepraat alsof iedereen alleen op de wereld is en dan nog niet opgevoed en gesocialiseerd ook.

Alleen vanuit de vooronderstelling van een on-maatschappelijk, geïsoleerd individu, kan de eigen verantwoordelijkheid zó benadrukt worden in de zin van 'er maar voor moeten zorgen'. Het concrete individu, in bepaalde maatschappelijke omstandigheden, samen met anderen, heeft geen 'vrijheid van keuze' ten aanzien van werk, huisvesting, voeding, gif in de grond, bewapening en sociale zekerheden. Door het individu, gegeven deze omstandigheden waarbinnen het leven zich afspeelt, te wijzen op de 'eigen verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid' wordt de hulpeloosheid alleen maar groter. En door zo de nadruk te leggen op wat men individueel allemaal kan doen om gezond te blijven of te worden, verdwijnt bovendien het zicht op de gemeenschappelijke problemen die mensen hebben. Het psycho-sociale verdwijnt steeds meer achter het psychosomatische: ziekte wordt veroorzaakt door de levenswijze

van de persoon. De Leidse psychiater J. Bastiaans heeft gezegd dat wij niet sterven aan kanker maar aan ons karakter. In allerlei vormen van holistische, integrale, anthropologische en humanistische geneeskunde wordt aandacht gevraagd voor de 'hele' mens, maar het is wel een in zich besloten hele mens. Dat de mens 'van nature maatschappelijk' is, komt in deze visies niet voor. Er wordt wél een verband gelegd tussen leefwijze en gezondheid, maar niet tussen maatschappelijke verhoudingen en leefwijze! Alleen door 'eigen verantwoordelijkheid' als een abstracte leus te gebruiken en niet als het fundamentele vermogen van de mens om zelf binnen de gegeven omstandigheden beslissingen te nemen, kan het gebruikt worden om mensen te disciplineren en het zicht op de mogelijkheid om te beslissen nog verder te verhullen. Verbrugh verklaart op een vergelijkbare manier het échec van de actie Nederland. Oké. 'Niemand kan daadwerkelijk enige verantwoording nemen voor iets dat hij totaal niet uit eigen ervaring kent en waarover hij dus geen invloed kan uitoefenen.' Y'

Navelstaren of sociale actie

De dubbelzinnigheid van het begrip (eigen) verantwoordelijkheid komt ook tot uiting in de discussie over zelfzorg. Het begrip 'zelfzorg' drukt deze dubbelzinnigheid al uit: zelf duidt op zelf beslissen, en zorg duidt op een opgave, een taak. In de kritische, emancipatorische zin, die ook in het begrip zelfzorg kan zitten, betekent eigen verantwoordelijkheid zoiets als 'voor jezelf opkomen'. In zelfhulpgroepen die door mensen zelf opgezet worden en zich bezighouden met zaken die een ander niet voor je kan doen (rouwen, ervaringen uitwisselen) krijgt die betekenis gestalte. Het gaat daarbij om iets vragen, eisen, uitspreken, tegen de verdrukking in. In de 'zelfzorg' die nu echter van bovenaf wordt gepropageerd of afgedwongen, gaat het niet om vragen en eisen en voor jezelf opkomen, maar juist om niet meer vragen, om niets te verwachten en er stilzwijgend zelf voor te zorgen. Een vurig bepleiter van 'zelfzorg' en 'mantelzorg', Prof. J. Hattinga Verschure, omschreef zelfzorg als 'al de zorg die een individu aan en voor zichzelf besteedt'. En 'zij richt zich op de eerste plaats op de levensbehoeften: eten, kleden, wonen, veiligheid en hygiëne'. Dat is dus proletarisch winkelen, leegstaande huizen kraken, met vredesmanifestaties meelopen, ploegendienst weigeren, acties voeren voor verkeersdrempels.

Zelfzorg, dat is acties ondernemen om alles uit de weg te ruimen wat de gezondheid bedreigt. Het is daarbij ook de vraag wat de gezondheid bedreigt. Het is daarbij ook de vraag hoe ruim en hoe maatschappelijk het 'zelf' wordt gezien. Het is niet per definitie beperkt, om alleen maar naar het zelf te kijken; dat hangt ervan af, hoe beperkt men het 'zelf' opvat. Eigenbelang en algemeen belang hoeven elkaar niet uit te sluiten. Mantelzorg wordt vanzelfsprekend als 'individu' en 'anderen' niet als elkaar uitsluitende categorieën worden gezien, maar het (sociale) zelf van de mens alle andere mensen insluit. Als ik mijn familie en vrienden werkelijk ervaar als een deel van mij, strekt zelfzorg zich tot hen uit. Maar dit kan niet van bovenaf worden opgelegd. Bovendien zijn de materiële bestaansvoorwaarden (denk bijvoorbeeld aan de woningbouw) zodanig ontwikkeld, dat daardoor individualisering in de hand wordt gewerkt (eensgezinswoningen).

De Turck onderscheidt drie vormen van zelfhulp. Er is zelfzorg nodig ten aanzien van aspecten van het leven die mensen alleen maar zelf kunnen aanpakken. Verder is er zelfhulp op terreinen waar eerdere professionele hulp is vervangen. En tenslotte is er zelfhulp op gebieden waar in de samenleving lacunes worden geconstateerd. Deze twee laatste vormen worden vaak van bovenaf uitgelokt of afgedwongen. Taken die vervuld moeten worden, worden

afgeschoven. Het is een goedkope manier om toch het nodige te laten gebeuren. Daarmee hangt de tegenstrijdigheid samen die steeds weer blijkt te bestaan tussen nota's of mooie woorden, en de praktijk van de bezuinigingen. Het grote voorbeeld is hierbij de nadruk op de eerste lijn, om zo bezuinigingen te kunnen doorvoeren in de tweede lijn. In de praktijk wordt de eerste lijn óók geknot. Zelfstandigheid blijkt dan ondergeschikt te zijn aan kostenbesparing. De Nationale Ziekenhuisraad heeft er pas op gewezen dat de 'Septembernote' van Van der Reijden op twee gedachten hinkt. Het idee van grotere zelfstandigheid van mensen én de eis dat de gezondheidszorg goedkoper wordt. De eerste lijn wordt in naam belangrijk gevonden, maar slechts aan twee medische faculteiten wordt de eerstelijnsgezondheidszorg bevorderd. Bejaarden moeten minder naar bejaarden- en verpleeghuizen, maar gezinszorg, maatschappelijk werk en aangepaste woningen worden niet uitgebreid. Gehandicapten moeten meer thuis worden opgevangen, maar op schoolvervoer, vervoersvoorzieningen buitenshuis en subsidies voor het aanpassen van woningen wordt bezuinigd. Fysiotherapie, bij uitstek een middel tot het opnieuw lichamelijk zelfstandig worden, zou per bezoek vijf gulden eigen bijdrage moeten gaan kosten.

De idee van zelfzorg propageren, op deze manier gekoppeld aan bezuinigingen, gaat voorbij aan een aantal zaken. De mensen die het meest in aanmerking zouden komen voor dit idee (bejaarden, chronisch zieken, invaliden), zijn tegelijk degenen die er het minst toe in staat zijn. En het via 'mantelzorg' doorschuiven van de zorg naar burens en familie, zal in de praktijk neerkomen op een extra verzorgende functie van vrouwen. Het gaat om de zelfzorg, de 'care' functie van de gezondheidszorg. Dat zit al in het verdomhoekje van lagere betaling en 'vrouwenwerk', waar toch geen eer of materieel voordeel te behalen zijn.

Medische macht of onmacht

Evenals aan het geïsoleerde individu, wordt er ook aan de als autonoom beschouwde medische wetenschap, professie en zorg, een macht toegekend die ze niet heeft. Tegelijk komt de feitelijke macht en deskundigheid die wél aanwezig is, in een kwaad daglicht te staan. En al met al blijft de werkelijke problematiek mede daardoor verhuld. Dit leidt tot gevoelens van schuld, te kort schieten en machteloosheid bij de werkers binnen de gezondheidszorg. Concreet is dit te zien in de 'medicaliseringstheorieën'. Illich, Achterhuis e.a. bekritisieren 'de' geneeskunde. 'Voor de gezondheidszorg (als heteronoom systeem) betekent dit, aldus Illich, dat er eerder meer ziekte dan gezondheidswinst door uitbreiding van het langzamerhand vastlopend systeem wordt gerealiseerd.'; ...de verschijnselen van passiviteit, consumptisme en verafhankelijking zijn opgeroepen door de uitdijende professionele verzorgingsinstituten'.²

De kritiek in de 60er jaren relativerde juist de medische macht, door er terecht op te wijzen dat vorderingen in de medische wetenschap niet het belangrijkste aandeel vormen in de vooruitgang van het gezondheidsspeel van de bevolking. Langzamerhand raakt de kritiek verstrikt in de tendens van anti-deskundigheidsdenken. Het niet verbeteren van de gezondheidsstoestand en de 'negatieve' effecten van de gezondheidszorg worden wél op rekening van de medische wetenschap, de professie en de gezondheidszorg geschreven. Het meest duidelijk blijkt dit ten aanzien van de derde wereldlanden, waar nog geen socialistische revolutie heeft plaatsgevonden. Daar blijkt de (westerse) geneeskunde niet in staat te zijn de meest voorkomende doodsoorzaken op te heffen. Het gaat dan ook niet om medische problemen, maar om structurele problemen.

Door de medicaliseringstheorieën wordt verdeeldheid gezaaid tussen 'leken' en 'deskundigen'. De verschillende groe-

pen worden tegen elkaar opgezet. Het wordt voorgesteld alsóf de medische macht, het medisch bedrijf de mensen ziek en afhankelijk maakt. Op dezelfde manier als de individuen die op hun 'eigen verantwoordelijkheid' worden aangesproken, wordt de medische wetenschap en de gezondheidszorg als een autonoom gegeven opgevat. Er wordt voorbijgegaan aan de maatschappelijke verhoudingen, waaronder gezondheidszorg altijd functioneert. Tevens wordt de professie verantwoordelijk gesteld voor effecten en gevolgen, die buiten haar handelingsvermogen vallen. Een soort maatschappelijke 'victimblaming' dus, die niet alleen de gezondheidszorg treft, maar ook het welzijnswerk, de wetenschap, het onderwijs etc. Daardoor komen deskundigen in een ambivalente positie. Deskundigheid is reëel en hard nodig, maar door het toeschrijven van negatieve effecten daaraan en door het anti-deskundigheidsdenken, krijgen individuele werkers problemen met het gebruiken ervan. Ook hier is dus sprake van een 'dubbel gepakt' worden. Individuen en instanties krijgen een macht en verantwoordelijkheid voor 'gevolgen' toegeschoven, die niet reëel is. Tegelijkertijd wordt feitelijke deskundigheid en macht die wél aanwezig is verhuld en problematisch gemaakt. Hierdoor fungeert zowel de leek als de deskundige als zondebok, en worden er argumenten aan ontleend om bezuinigingen door te voeren.

Dilemma voor links

Het zal nu duidelijk zijn, hoe het dubbelzinnige gebruik van de term 'verantwoordelijkheid' leidt tot allerlei verwarring en onzekerheid, waaraan met name mensen die kritisch staan ten aanzien van maatschappelijke ontwikkelingen 'lijden'. Om uit de verwarring te raken lijkt het me belangrijk te blijven vechten voor verantwoordelijkheid in de zin van mee beslissen, maar verantwoordelijkheid in normatieve, verplichtende zin af te wijzen. Door oog te hebben voor wat individuen concreet vermogen in gegeven omstandigheden voorkomt je schuldgevoel. Het is duidelijk dat het belangrijk is dat mensen zich organiseren en ze de macht van het getal inzetten. Wanneer gesproken wordt over zelfzorg is het van belang alert te zijn op de dubbele betekenis: gaat het om het overnemen van taken die worden afgestoten omdat het goedkoper is, en worden met name vrouwen daardoor eerder aangesproken; óf gaat het om zaken waarover mensen ook zelf greep op hun eigen leefsituatie en leven krijgen? En zijn de materiële voorwaarden voor effectieve zelfzorg wel gewaarborgd, of worden die tegelijk afgebroken? Het gaat nog steeds om inspraak en niet om het opknappen van karweitjes die effectiever collectief kunnen gebeuren.

Verder lijkt het zinnig aandacht te vragen voor de maatschappelijke verhoudingen waarbinnen zowel individuen als menselijke activiteiten als instituties een plaats hebben. Mensen zijn geen autonome geïsoleerde individuen en maatschappelijke instanties zijn geen autonoom functionerende grootheden. Beiden hebben een beperkte macht. Wetenschap en deskundigheid zijn materiële voorwaarden die een reële macht geven. Het zijn produktiekrachten, maar hoe ze gebruikt worden heeft te maken met de produktieverhoudingen. Wil men het kind niet met het badwater weggooien dan moet men niet de produktiekrachten - die in wezen een progressief karakter hebben - kritiseren, maar de produktieverhoudingen, machts- en eigendomsverhoudingen waaronder ze functioneren.

Ik ben mij er van bewust dat ik als filosoof, ondanks de concrete problemen waarover het gaat, een theoretisch verhaal schrijf. Ik hoop echter dat iedereen in het veld zelf de toepassingen kan vinden, en dat ik een kleine bijdrage heb geleverd in het ontwarren van de complexe en troebele terminologie die zo humanistisch klinkt, maar gemakkelijk tegen de mens gebruikt kan worden.

nl~13

De eigen verantwoordelijkheid van het bewind

In toenemende mate krijgen we de laatste tijd als verantwoording van het overheidsbeleid voor de collectieve voorzieningen het argument te horen dat de eigen verantwoordelijkheid van de burgers moet worden bevorderd.

Vooral met betrekking tot gezondheids- en welzijnszorg stelt de overheid dat deze, zoals ze tot nu toe waren, de mensen teveel afhankelijk gemaakt hebben van professionele en collectief gefinancierde hulpverlening, zodat zij niet meer in staat zijn om zelf oplossingen voor hun eigen en elkaars problemen te vinden. Het doel van de voorgestelde veranderingen en ombuigingen zou zijn de mensen ertoe te brengen dit vermogen tot zelfzorg terug te winnen.

Beleidswijziging als voorbeeld

In de laatste week van september 1983 veroorzaakten Minister Brinkman en Staatssecretaris Van der Reijden van WVC enige opschudding met de onverwachte aankondiging van een aanzienlijke ommezwaai in het overheidsbeleid voor de eerstelijns gezondheidszorg en de welzijnssector. De Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW), zo stelden de bewindslieden zich voor, zou naar de prullenmand moeten worden verwezen en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) zou enerzijds gestroomlijnd en anderzijds uitgebreid dienen te worden in de richting van de maatschappelijke dienstverlening. Daaruit zou een nieuwe Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WCM) of 'Wet op de Zorg' moeten voortkomen, die medio 1984 in ontwerp gereed en op 1 januari 1985 van kracht zou moeten zijn.

Deze stap van het illustere duo van WVC deed nogal wat stof opwaaien, hetgeen niet verwonderlijk is als men bedenkt hoeveel tijd, geld en energie er in de loop van een aantal jaren al is geïnvesteerd in het voorbereiden van en experimenteren met de beide wetten. De PvdA die met name de KSW beschouwt als een verworvenheid van haar deelname aan enkele regeringen, heeft woedend gereageerd. Maar ook binnen het CDA zijn er veel voorstanders van het mooie, op decentralisatie en democratisering gebaseerde systeem van de KSW.

Of Brinkman en Van der Reijden voor hun plannen een meerderheid in de Tweede Kamer zullen krijgen, is dus nog maar de vraag, maar het is de moeite waard om na te gaan welke overwegingen hen tot die voorstellen hebben gebracht en wat de consequenties ervan zijn.

De beleidsnota aan de Tweede Kamer, waarin Brinkman en Van der Reijden hun voorstellen bekendmaken, staat bol

van de wollige uiteenzettingen. Opvallend is dat redeneringen die door progressieve oppositiebewegingen tegen de heersende hulpverleningspraktijk zijn aangevoerd de kern van die uiteenzettingen vormen. Zo voeren zij als 'uitgangspunten voor de hoofdlijnen van het beleid van WVC' het volgende ten tonele: 'de verantwoordelijkheid van burgers voor het eigen en elkaars welbevinden', en 'het bevorderen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid is mede bepalend voor het in staat zijn van mensen om verantwoordelijkheid te dragen voor elkaar'. 'Vertaald voor de maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg betekent dit dat mensen thuis of in de eigen omgeving zoveel mogelijk hulp dienen te krijgen die overeenkomt met hun behoeften en omstandigheden, zodat zo min mogelijk een beroep moet worden gedaan op de veel duurdere intramurale zorg'. 'Dit beleid is niet alleen noodzakelijk uit het oogpunt van kostenbesparing, maar vooral ook omdat dit het eigen verantwoordelijkheidsbesef en welzijn van burgers ten goede komt: Het is duidelijk dat de overheid burgers hier op een andere manier aanspreekt dan voorheen het geval was.'

Twee decennia lang is onder gunstige economische omstandigheden overal inspraak en medezeggenschap geëist. De burgers/patiënten zijn mondiger geworden zoals dat heet. Nu in een tijd van crisis moeten daar de consequenties maar uit getrokken worden, in de vorm van privatisering en terugbrengen van de professionele zorg tot die gebieden waar zij door technologie of specialistische deskundigheid onmisbaar is. Steeds opnieuw wordt in de beleidsnota de eigen verantwoordelijkheid en de mogelijkheden tot zelfzorg en mantelzorg van de mensen benadrukt, maar wel altijd in verband met de noodzaak van kostenbeheersing en bezuiniging.

Wat heeft nu de geprojecteerde verandering in wetgevings-systematiek, waarbij een wet overboord wordt gezet die er bij uitstek op gericht was zeggenschap van de bevolking over voorzieningen te vergroten, te maken met het zich toeëigenen door de overheid van begrippen als zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid.

Centraal-decentraal

Zowel KSW als WVG zijn structuur- of raamwetten die een - in beide gevallen uiterst ingewikkeld, maar wel aanzienlijk van elkaar verschillend - stelsel van regelingen bevatten met behulp waarvan een hele sector van het maatschappelijk leven kan worden bestuurd. Beide wetten zijn gebaseerd op het principe van decentralisatie van bevoegdheden naar lagere overheden. Dit is gedaan om tegemoet te komen aan

de wens van de bevolking om een grotere invloed uit te kunnen oefenen op de inrichting van gezondheids- en welzijnszorg; en om specifiek plaatselijke wensen en omstandigheden tot hun recht te laten komen.

Blijkbaar had men bij het ontwerpen van KSW en WVG het idee dat dit principe van decentralisatie van bevoegdheden in de welzijnssector verder door te voeren is dan in de gezondheidszorg. "In het systeem van de KSW is het in principe aan de gemeenten om op basis van eigen beleidsplannen het overheidsgeld in de welzijnssector te besteden. Centraal beperkt men zich in hoofdzaak tot het vaststellen van de hoogte van het budget. In de WVG krijgen de lagere overheden ook wel allerlei belangrijke taken, maar zij zijn toch veelmeer ook inhoudelijk gebonden aan het plan dat op een hoger niveau wordt geïntegreerd. Daarnaast zijn er centraal vastgestelde criteria en sturingsmechanismen die de ruimte voor de lagere overheden beperken."

In de jaren na het opstellen van de beide wetten zijn de economische omstandigheden verslechterd en is het politieke klimaat verslechterd. Daardoor kwam de noodzaak om op de uitgaven voor deze voorzieningen te bezuinigen meer op de voorgrond te staan.

Door de samenvoeging van het Ministerie van Volksgezondheid met dat van CRM in 1981 moeten beide wetten door hetzelfde Ministerie worden uitgevoerd. Wellicht is het inzicht in de samenhang tussen de verschillende zorgsectoren daardoor bevorderd en daaruit de consequentie getrokken omdat in ieder geval de maatschappelijke dienstverlening (algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg) met de eerstelijns gezondheidszorg in één en hetzelfde beleidskader te vatten. Ook vanuit het veld, met name vanuit de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg is daarop steeds aangedrongen. Dat de keus voor een dergelijk beleidskader op de WVG en niet op de KSW is gevallen, is niet toevallig. In de beleidsnota van Brinkman en Van der Reijden, wordt met veel omhaal van woorden het volgende beeld geschetst. De bedoeling is een kostenbesparing tot stand te brengen door een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. Het beleidsinstrumentarium, waarmee moet worden bereikt dat de extramurale zorg zodanig wordt opgezet dat zij deze verschuiving ook kan en zal verwerken, ontbreekt nog grotendeels. In ieder geval is de KSW in dat opzicht niet goed bruikbaar, met name niet omdat de mogelijkheden om centraal beleidsdoelen (planningsrichtlijnen) te stellen voor de uitvoering van de dienstverlening ontbreken. Brinkman en Van der Reijden zeggen in hun beleidsnota dat zij zijn 'gestuit op de omstandigheid dat, als gevolg van innerlijke spanning binnen het systeem van de wet, óf wel de decentralisatie alleen maar schijn kon zijn, óf wel geen zekerheid van een gewenste versterking of verschuiving van een gedecentraliseerde werkvorm verkregen kon worden.'. 'In de eerste plaats blijkt dat aan de decentralisatie in de praktijk soms voorwaarden moeten worden gesteld in verband met de noodzaak van kostenbeheersing op centraal niveau...' De WVG kent wel mogelijkheden om centraal richtlijnen op te stellen voor wat lagere overheden moeten doen. De bedoeling is nu dus dat dit wettelijke systeem een uitbreiding krijgt naar de maatschappelijke dienstverlening. 'De wijze van decentralisatie zal daarom' worden gekenmerkt door een, althans tijdelijk, grotere mate van centrale sturing op enkele beleidsterreinen dan tot voor kort voor wenselijk werd gehouden.'

De vraag is natuurlijk wat er met de rest van de via de KSW, te reguleren welzijnssector moet gebeuren. Welnu in een bijlage bij de beleidsnota staan een groot aantal instellingen en werksoorten opgesomd die in aanmerking komen om in de komende jaren wel echt te worden gedecentraliseerd, dat wil zeggen aan gemeenten of provincies overgedaan zonder centrale richtlijn. Daaronder zijn bijvoorbeeld het sociaal-cultureel werk, de sociale raadslieden, het emancipatie werk, de Fiom en Blijf van mijn lijf huizen etc. De lagere overheden kunnen dan dus het belang van deze werkvormen afwegen tegen andere belangrijke zaken als sportvelden,

lokale t.v. en dergelijke. Het gevaar bestaat dan dat er groepen tussen de wal en het schip zullen raken. Voor deze door Brinkman in een interview 'stille armen en echte zielepoten' genoemde groepen (in de beleidsnota staat 'rand-groepjongeren, culturele minderheden, gehandicapten en hoogbejaarden') zal de overheid ter compensatie een 'speerpunten-beleid' ontwikkelen.

Financiering

Men zou zich kunnen afvragen of het op elkaar aansluiten van eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening nu ook consequenties gaat hebben voor de wijze van financiering van de verschillende zorgsoorten. Immers daar waar multidisciplinair wordt samengewerkt is de uiteenlopende wijze van financiering vaak een organisatorisch probleem van aanzienlijke omvang. Met name het onderscheid tussen de door de bevolking rechtstreeks of via verzekeringspremies betaalde voorzieningen (huisartsenzorg en kruiswerk), en de met subsidies uit de algemene middelen betaalde voorzieningen (maatschappelijk werk, gezinszorg etc.) belemmert de samenhang sterk.

De beleidsnota van Brinkman en Van der Reijden stelt echter op diverse plaatsen met veel nadruk dat er op dat punt vooralsnog geen veranderingen te verwachten zijn. De AWBZ die zich ertoe zou lenen om (delen van) de maatschappelijke dienstverlening op sociale verzekeringsbasis te financieren is 'in principe voor gesloten verklaard'. Sterker nog: er gaan geruchten dat er plannen bestaan om het nog maar zo kort geleden in de AWBZ ondergebrachte kruiswerk daar weer uit te verwijderen! In de beleidsnota staat dat men wil beginnen met in 1984 het jaarlijkse Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg (FOC) uit te breiden over de maatschappelijke dienstverlening. Dat zal al moeite genoeg kosten, want bij de overheid bestaat een veel gedetailleerder inzicht in de besteding van het geld in de gezondheidszorg, dan in de welzijnszorg het geval is. Daar is tot nu toe alleen de globale verdeling van de subsidies bekend en niet wat er zoal mee gedaan wordt. Het is duidelijk dat men in dit laatste snel verandering wil brengen. Tegelijkertijd zal men zich dan in de vorm van de nieuwe Wet op de Zorg het beleidsinstrumentarium verschaffen om in deze volledig van subsidies afhankelijke sectoren tot gecentraliseerde prioriteitenstelling te komen. Voor het overige verwijst de nota naar besluitvorming over een meer omvattende herziening van de financieringsstelsels in de gezondheidszorg. Gestreefd zal worden naar een vorm van budgetfinanciering. Binnen de budgetten zal dan nader worden ingevuld welk deel uit collectieve verzekeringen en welk deel uit de algemene middelen moet komen. Afgezien van het gegeven dat men niet van zins is om één en dezelfde financieringsvorm te kiezen voor het geheel van samenhangende eerstelijns voorzieningen, is men over dit onderwerp dus weinig concreet.

De min of meer gelijktijdig uitgebrachte nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (de 'septernbernota' die eerst voorjaarsnota zou heten) meldt over de voorgenomen 'stelselwijziging' in de ziektekostenverzekering ook niet zoveel méér dan al bekend was. Men kan erin lezen dat het de bedoeling is om, met verwijzing naar diezelfde eigen verantwoordelijkheid van de burgers, 'keuzevrijheid' te scheppen door differentiatie (lees: uitdunnen) van het pakket. Alleen de zware risico's die niet individueel te dragen zijn (hartoperaties, levertransplantaties en reageerbuisbabies bijvoorbeeld), zullen via een voor iedereen verplichte inkomensafhankelijke premie worden verzekerd. Deze verzekering duidt Van der Reijden steeds met 'volksverzekering' aan. Waarschijnlijk is dit een deel van de onstuitbare misleidings-tactiek om door links geïntroduceerde begrippen voor eigen gebruik in te schakelen. Er is nog geen uitspraak over de toch niet onbelangrijke vraag of de geïntegreerde eerstelijnszorg in het uitgeholde pakket van deze verplichte verzeker-

ring zal worden opgenomen, maar gerede twijfel daaraan is alleszins gerechtvaardigd.

Het resultaat van dit beleid zal zijn dat de professionele zorg enerzijds - op het vlak van de psychosociale hulpverlening - teruggedrongen raakt ten gunste van individuele vrijheid van keuze tussen particulier verzekeren of zelfdoen. En anderzijds is het gevolg dat de technologisch geavanceerde somatische zorg een stevig verankerde positie krijgt.

Achtergronden

De plotselinge stap van Brinkman en Van der Reijden mag dan als verrassend zijn overgekomen, meer dan een jaar daarvoor, in juni 1982, had de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in haar nota 'Herwaarder- ring van welzijnsbeleid' al aangedrongen op het scherper stellen van de doeleinden van de welzijnszorg. Veel meer dan tot nu toe gebeurd is, aldus de WRR in 1982, zal de overheid richtlijnen moeten geven voor de in het veld van de dienstverlening te vervullen taken. Een doeltreffend en doelmatig beleid vereist het stellen van prioriteiten en het maken van keuzen. Dit kan niet vervangen worden door een integrale planning, zoals die ten grondslag ligt aan de KSW. De WRR vindt dat alleen als doelstellingen van individueel welzijn - dus louter individuele behoeften - de doorslag geven, volledige decentralisatie naar het laagste bestuursniveau in principe is te prefereren. De kosten van die vormen van hulpverlening moeten ook maar door de gebruikers worden opgebracht. Als maatschappelijke doelen in het ged- ing zijn - en de WRR pleit ervoor deze een zwaarder accent te geven - is het een zaak van landelijk beleid om vast te stellen welke maatschappelijke doelen in concreto moeten worden gediend. En wat zijn dan die maatschappelijke doelen? De WRR merkt op dat de sociale stabiliteit is verstoord door massale uitstoot van arbeidskrachten, proble- matische aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt en een toename van het aantal ouderen. Dit alles overkomt ons in een tijd dat traditionele mogelijkheden om sociale ellende onder elkaar in gezins- of familieverband op te van- gen, in verval zijn. Het welzijnswerk zoals dat nu functio- neert, kan dit niet compenseren en daarom is het niet zin- vol het te blijven subsidiëren zonder dat er prioriteiten zijn gesteld en nieuwe oplossingen worden bedacht voor deze noden.

De overheid moet in deze visie de sociale problemen defi- niëren waar de zorg op gericht zal moeten zijn. Aanbevolen wordt dat 'sociale integratie' het doel is van door de over- heid gesubsidiëerde activiteiten in de welzijnszorg. Voor alle andere vormen van zorg wil de overheid niet langer ver- antwoordelijk zijn. Daar moeten de mensen zelf maar in voorzien.

Zo zien we dat het naar voren schuiven van begrippen als zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid door de overheid ge- beurt als antwoord op het ontstaan van steeds grotere groe- pen niet-actieven van allerlei aard, die niet meer op een re- delijk bestaansminimum onderhouden kunnen worden. Vroeger toen er nog geen welzijnswerk was vingen de men- sen dit soort ongemakken toch ook onder elkaar op, bo- vendien heeft het welzijnswerk de oplossing er niet voor en tenslotte is het te duur om al die voorzieningen in stand te houden. 'De rijksoverheid', zo zeggen Brinkman en Van der Reijden in hun beleidsnota, 'kan niet alleen verantwoorde- lijkheid dragen voor de maatschappelijke problemen, waar- voor we staan. Het is het beginsel van de gespreide verant- woordelijkheid dat wij wensen te hanteren als het gaat om de inrichting van de samenleving.' Een cynische manier van omgaan met de sociale problemen van delen van de bevol- king. Zo ongeveer van: we kunnen er toch niets aan doen dat het allemaal gebeurt, dan kunnen we ook wel op de voorzieningen bezuinigen. Grote groepen van de bevolking die als producenten onbruikbaar zijn, worden nu ook als

consument niet meer nodig zijn, volledig afgeschreven en tot verpaupering gebracht. Alleen het idee dat hun bestaan de sociale stabiliteit in gevaar zou kunnen brengen, kan nog een motief voor instandhouden van voorzieningen vormen.

Kat in de zak

Vanuit het veld is verschillend op de beleidswijziging van WVC gereageerd. Instellingen en hulpverleningsvormen die zonder centrale directieven naar lagere overheden worden toegeschoven, zoals Blijf van mijn lijf, reageerden afwijzend. Dat is begrijpelijk omdat ze een goede kans lopen het slachtoffer te worden van de moeilijkheid om gemeente- lijke begrotingen sluitend te krijgen.

Aan de andere kant lijkt het beleid van WVC sterk aan te sluiten bij de overeenstemming die onlangs was bereikt tus- sen de landelijke overkoepelende organisaties van de vier, zichzelf zo noemende, kerndisciplines in de eerste lijn. Deze organisaties, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nationale Kruisvereniging (NK), de Landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening QUINT) en de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging (CRG) ble- ken na jarenlang trainen plotseling in staat een gezamen- lijk 'eerstelijns zorg-model' te formuleren. De angst om ter- rein te verliezen tegenover een overheid die gericht is op multidisciplinaire samenwerking en het scheppen van nieuwe multidisciplinaire organisatievormen (Almere bij- voorbeeld), zal niet vreemd zijn aan deze ontwikkeling.

Het thuiszorg-model van de vier kerndisciplines gaat ook al uit van eigen verantwoordelijkheid, zelfzorg en mantelzorg. Reden daarvoor is een aanpassing aan het overheidsdenken over het terugdringen van de professionele zorg. Zorgsoor- ten die zich niet kunnen legitimeren door onvervangbare technieken en deskundigheid kunnen dat alsnog proberen door aan te tonen dat ze zich ervoor kunnen inzetten eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg te bevorderen. Dat doen ze dan ook. Als beloning is het thuiszorg-model vrijwel inte- graal door de bewindslieden overgenomen in de september- nota.

De beleidswijziging op het punt van de wetgeving kan ook als een tegemoetkoming aan de vier kerndisciplines worden gezien, omdat met name het werkgebied van deze discipli- nes in de nieuwe Wet op de Zorg zal worden opgenomen. In ruil daarvoor sommeert WVC de vier organisaties min of meer om het op samenhang en versterking van de eerste lijn gerichte beleid positief te verwelkomen. Gezien het bo- venstaande mag de vraag worden gesteld of de vier kern- disciplines zich geen kat in de zak hebben laten verkopen. Immers, toezeggingen op het punt van financiering op socia- le verzekeringsbasis van de hele eerstelijnszorg, waar de vier om hadden gevraagd, zijn niet gedaan door WVC. En verder lijkt het erop dat WVC de formulering van het thuiszorg- model handig gebruikt om beleid te onderbouwen, dat al meer dan een jaar geleden door de WRR was aangeprezen met als doel om die zorgsectoren die niet heel expliciet vooraf bepaalde maatschappelijke doelen nastreven te kun- nen afstoten.

Trouwens, het is alleen al omdat Minister Brinkman nog een oplossing moet vinden voor een gat van f 250 miljoen op zijn begroting voor 1984 en daarvoor nu in het kader van zijn voor-wat-hoort-wat beleidslijn niet alleen de welzijns- sector, maar de hele geïntegreerde eerstelijnszorg aan- spreekt, dat we het uitgangspunt 'versterking van de eerste lijn' met een flinke schep zout moeten nemen.

De BOPZ als onvermijdelijke tussenstap

Analyseren toegestaan, maar met mate ¹

In het vorige nummer beschreven Martin Bool e.a. de nieuwe Krankzinnigenwet - BOPZ - als een 'flexibel instrument voor beheersing van bepaalde sociale problemen'. Johan Legemaate, als juridisch medewerker verbonden aan de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, neemt hier op persoonlijke titel deze visie onder vuur. Hij stelt dat de BOPZ juist een stap vooruit betekent op weg naar een psychiatrie zonder dwang. Martin Bool, Willibrord de Graaf, Ronald Kampman en Robert Maier schreven een reactie op de kritiek.

Gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis is mogelijk op grond van de Krankzinnigenwet van 1884. Over enige tijd zal deze verouderde wet worden vervangen door de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Opvallend is dat de voornaamste betrokken partijen de BOPZ liever niet zien komen. Volgens de patiëntenbeweging gaat het om oude wijn in nieuwe zakken. Uit kringen van hulpverleners horen we het verwijt dat de wet de patiënt te veel rechten toekent, waardoor het praktisch onmogelijk wordt om hem op te nemen en op een verantwoorde manier te behandelen.

Het vorige nummer van dit tijdschrift bevatte twee artikelen over de BOPZ. Van der Wilk schetst in zijn bijdrage het ontstaan en de ontwikkeling van de patiëntenbeweging. Hij toont zich met betrekking tot de BOPZ een voorstander van het tweesporenbeleid van die beweging: enerzijds principiële stelling nemen tegen een wet die de koppeling hulpverlening-dwang intact laat, anderzijds proberen om door het becommentariëren van het wetsontwerp een betere inhoud te geven aan de rechtspositie van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt.

Bool, De Graaf, Kampman en Maier stellen dat door de vaagheid van het gevaarscriterium waarop de BOPZ is gebaseerd, nieuwe mogelijkheden ontstaan om de gekte aan banden te leggen. Naar mijn mening deugt hun analyse niet. De informatie die zij geven over ontwikkelingen ten aanzien van de krankzinnigenwetgeving, is op essentiële punten onvolledig en soms zelfs onjuist. Interpretaties van de betekenis van bepaalde ontwikkelingen zijn in tegenspraak met de ervaringen uit de praktijk. Bij toepassing van een van de mogelijkheden die zij voorstellen om in de praktijk 'met deze wet (...) de inrichtingspsychiatrie aan te vechten', zou het middel wel eens erger kunnen zijn dan de kwaal.

In het navolgende werk ik deze kritiek nader uit, in het licht van de toenemende juridisering binnen de geestelijke gezondheidszorg, naar mag worden verwacht een van de meest belangrijke gevolgen van de BOPZ.

De gekte aan banden

Centraal in het artikel van Bool e.a. staat de functie van de BOPZ als beheersinstrument. De psychiatrie levert het instrumentarium dat nodig is om burgers die zich afwijkend gedragen te kunnen opsluiten. De BOPZ werpt een 'onthullend licht op de functies en de pretenties van de psychiatrie'. Het artikel bevat nogal wat van dergelijke algemeenheden. Met de schrijvers betreur ik het dat we als samenleving een wet als de BOPZ nodig hebben om maatschappelijke be-

langen te beschermen tegen gevaar dat door 'gekke' burgers wordt veroorzaakt. Als zij echter stellen dat het gaat om 'beheersing van de gekte in de sociale en politieke verhoudingen van onze maatschappij', is niet zozeer de realiteit leidraad, maar veeleer de theorie die ervan uitgaat dat Vdertje Staat het tot zijn plicht rekent om 'dissidente' onderdanen, met behulp van achtereenvolgens politie, ambulance, inrichting en psychiater, op het rechte spoor te brengen. Alhoewel genoegzaam bekend is dat hulpverleners in het psychiatrisch ziekenhuis lang niet altijd voldoende respect hebben voor de rechten van de patiënt, wil ik daar niet automatisch de conclusie aan verbinden dat die hulpverleners onderdeel vormen van een politiek systeem dat erop gericht is om van 'devianten' weer gehoorzame burgers te maken. Ik wil niet beweren dat elke analyse van de wijze waarop in een samenleving met de waanzin wordt omgegaan, zinloos is. Uit het werk van denkers als Foucault komt het nut daarvan wel degelijk naar voren.^f Dat hij het allemaal eens op een rijtje heeft gezet, wil evenwel niet zeggen dat zijn napraters zich bij het analyseren van wetten als de BOPZ mogen beperken tot het op een vrijblijvende manier van toepassing verklaren van op zijn werk geënte noties. De grijze gehaktballen-analyse van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg die Bool e.a. presenteren, lijkt mij het resultaat te zijn van een dergelijke werkwijze. De analyse die zij geven van de verhouding tussen psychiatrie en recht gedurende de laatste 150 jaar, is naar mijn mening ontoereikend om de hierboven weergegeven beweringen over het karakter van de BOPZ te kunnen rechtvaardigen. Daarnaast hebben Bool e.a. nagelaten om gebruik te maken van de mogelijkheid om hun veronderstellingen te toetsen aan ervaringen uit het buitenland. In het geval van de BOPZ kan een vergelijking worden gemaakt met de situatie in de Verenigde Staten. Het geldende Amerikaanse recht, zoals zich dat vanaf het begin van de jaren zeventig in de rechtspraak aldaar heeft ontwikkeld, komt grotendeels overeen met de inhoud van de BOPZ (gevaarscriterium, met waarborgen omklede procedures e.d.). Op grond van de ervaringen in de Verenigde Staten moet de vraag of door een wet als de BOPZ de mogelijkheden om de gekte aan banden te leggen worden vergroot, ontkennend worden beantwoord. Het tegendeel is het geval.³

Dwangopname en gevaar

In de BOPZ krijgt het gevaarscriterium, na reeds in de rechtspraak te zijn erkend, een expliciete wettelijke basis. Door de vaagheid van dit criterium wordt een nieuw veld aan con-

trole mogelijkheden geopend', aldus Bool e.a. De praktijk laat evenwel een ander beeld zien. Nadat de rechter lange tijd genoegzaam met de conclusie van de medicus dat dwangopname in het belang van de patiënt was, werd geleidelijk een restrictiever criterium voor dwangopname ontwikkeld. Men kwam tot het inzicht dat er eigenlijk meer nodig is dan medische 'noodzakelijkheid' of 'wenselijkheid', voordat je een burger zijn vrijheid mag ontnemen. Tegen de achtergrond van deze veranderde maatschappelijke opvattingen moet de ontwikkeling van het gevaarscriterium worden gezien. Door hantering van het gevaarscriterium wordt het moeilijker om een gedwongen opname te bewerkstelligen. Recente jurisprudentie van de Hoge Raad en van een aantal lagere rechters toont dit aan. Daardoor is de BOPZ juist een minder 'flexibel instrument voor beheersing van sociale problemen' dan de Krankzinnigenwet. We zouden kunnen zeggen dat door opname in de wet van het gevaarscriterium, het recht om gek te zijn wordt erkend. Vroeger was 'gek doen' voldoende voor een dwangopname, nu komt er de eis bij dat het 'gekke gedrag' gevaar doet ontstaan. Het is dan ook om deze reden dat behandelaars zich verzetten tegen de introductie van het gevaarscriterium: daardoor wordt de gedwongen opname van patiënten die geen gevaar veroorzaken onmogelijk.^f

Dwang en behandeling

In tegenstelling tot de dwangopname is de dwangbehandeling met de huidige Krankzinnigenwet niet toegestaan', zo schrijven Bool e.a. Tevens beweren zij dat volgens de BOPZ behandeling onder dwang van alle opgenomen patiënten mogelijk is. '(...) hiermee komt de vrijwillige opname op losse schroeven te staan'.

Deze uitlatingen zijn niet correct. Duidelijk is dat de huidige Krankzinnigenwet de bevoegdheid om dwang te mogen toepassen tenminste vooronderstelt. Zie artikel 4 lid 6, waarin de verplichting tot het registreren van dwangmiddelen (door Bool e.a. op één lijn gesteld met dwangbehandeling) is opgenomen. Ook in de rechtspraak wordt ervan uitgegaan dat het toepassen van dwang ten aanzien van met rechterlijke machtiging opgenomen patiënten gerechtvaardigd kan zijn. De BOPZ bevat een uitgebreide regeling, waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen het gebruik van dwangmiddelen in acute noodsituaties en dwangbehandeling. In tekst en systeem van de wet ligt besloten dat slechts in uitzonderlijke situaties van deze maatregelen gebruik mag worden gemaakt. Zij mogen niet worden toegepast op vrijwillig opgenomen patiënten. Het is overigens van

belang om het onderscheid tussen dwangmiddelen en dwangbehandeling niet te bagatelliseren. Het maakt principieel nogal wat uit of je uitsluitend het gebruik van dwangmiddelen in acute noodsituaties toelaat, of dat je daarnaast de meer ingrijpende mogelijkheid creëert om een patiënt tegen diens wil te behandelen.

Rechtshulp

We zijn aangeland bij de mogelijkheden die de BOPZ zou bieden om de 'inrichtingspsychiatrie' aan te vechten'. Bool e.a. achten de mogelijkheden om na de inwerkingtreding van de BOPZ conflicten over dwangopname en -behandeling voor de rechter te brengen gering, omdat er weinig kennis en ervaring bij advocaten bestaat en omdat weinig advocaten zich op dit terrein engageren.

Een feit is echter dat gedurende de afgelopen jaren een toenemend aantal juristen zich met de rechtspositie van de psychiatrische patiënt is gaan bezighouden. Daarnaast zijn sinds 1980 in veel arrondissementen door rechtbanken, bureaus voor rechtshulp en advocaten initiatieven ontplooid om door het oprichten van piketdiensten van advocaten, rechtshulp bereikbaar te maken voor burgers die met dwangopname in een psychiatrisch ziekenhuis worden geconfronteerd. In zes arrondissementen functioneert een 'gekkenpiket', terwijl in vijf andere arrondissementen wordt gewerkt aan het voorbereiden daarvan. Momenteel doet een omvangrijk aantal advocaten ervaring op met het bijstaan van patiënten tijdens dwangopnameprocedures. In toenemende mate wordt daarbij gebruik gemaakt van de mogelijkheid om tegen de rechterlijke beschikking beroep in te stellen. Volgens Bool e.a. sluit de Krankzinnigenwet beroep uit, maar zij vergeten dat de beslissing van de rechter (uitgezonderd die van de kantonrechter) ter vernietiging aan de Hoge Raad kan worden voorgelegd. Dit loont de moeite: in 11 van de 14 zaken die tussen november 1981 en oktober 1983 aan de Hoge Raad werden voorgelegd werd de patiënt in het gelijk gesteld, hetgeen leidde tot vernietiging van de machtiging of inbewaringstelling. Ook aan de rechtspositie van de patiënt in de inrichting wordt door advocaten aandacht besteed. Op het moment dat de BOPZ in werking treedt, zijn wel degelijk advocaten met ervaring en kennis van zaken beschikbaar.

En dan? 'Proefprocessen' voeren, het uitputten van allerlei procedures, het creëren van jurisprudentie die de wet aanvecht en overstijgt', aldus Bool e.a. In het Nederlandse rechtssysteem wijkt de rechter echter zelden af van inhoud of bedoeling van de wet. Dit is denkbaar als de wet achter-

loopt bij maatschappelijke ontwikkelingen (denk aan de abortus- en euthanasiediscussie). Bij de BOPZ is daar geen sprake van. Het komt er bij deze wet op aan begrippen als 'gevaar' (dwangopname), 'ernstig gevaar' (dwangbehandeling) en 'tijdelijke noodsituatie' (dwangmiddelen) een zo restrictief mogelijke inhoud te geven. De door de regering toegezegde eerste evaluatie van de wet, enkele jaren na de inwerkingtreding, biedt de gelegenheid om bij de Tweede Kamer aan te dringen op noodzakelijk geachte wijzigingen.

Te licht bevonden

Een van de meest belangrijke artikelen uit de BOPZ bepaalt dat dwangopname uitsluitend toegelaten is als het door de patiënt veroorzaakte gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend. Bool e.a. doen suggesties om dit artikel in te vullen. I"~ voorstellen die zij doen noemen zij zelf 'nieuw, omdat de discussie over de tijd ná de BOPZ nog nergens aan de orde is gesteld'. In de 'eerste plaats denken zij aan het organiseren van vrijwillige crisisopvang. Dat vind ik, met alle respect, een open deur. Het spreekt vanzelf dat als je een einde wil maken aan crisisopvang door middel van dwangopname, vrijwillige crisisopvang het alternatief is. Het is echter de vraag of het verstandig is bij het denken aan alternatieven de nadruk te leggen op de fase waarin er reeds van een crisis sprake is. Niet alleen het reageren op een crisis, alswel het voorkomen daarvan is belangrijk. Het ontwikkelen van alternatieven voor opname zou daarop gericht moeten zijn.

De beschrijving van de tweede mogelijkheid is nogal cryptisch. Ik lees eruit dat wordt gedacht aan vormen van ambulante hulpverlening waarbij dwang niet geheel uitgesloten is. Dit is evenmin een nieuw voorstel. Het werd al in 1974 gedaan door Jongmans, toentertijd geneesheer-directeur van psychiatrisch ziekenhuis Coudewater.⁵ Jongmans stelde voor om als alternatief voor dwangopname, onder meer de volgende 'dwangmaatregelen' mogelijk te maken:

- inperking van de bewegingsvrijheid, bijvoorbeeld het verbod gedurende een bepaalde periode zijn woonplaats te verlaten, bepaalde plaatsen of personen te bezoeken, etc.;
- de verplichting om aan een behandelende *enlôir* consulterende deskundige periodiek een bezoek te brengen, danwel de verplichting een bezoek en behandeling van voornoemde te dulden.

Naar mijn mening vormen dergelijke maatregelen overigens geen aanvaardbaar alternatief voor dwangopname. Immers,

zij leiden ertoe dat ook in de ambulante zorg de koppeling hulpverlening-dwang wordt ingevoerd. De door Bool e.a. gewraakte 'beheersing van de gekte' is dan zo ongeveer volledig.

De onvermijdelijke tussenstap

In het voorafgaande kwamen reeds enkele aspecten van de juridisering van de geestelijke gezondheidszorg aan de orde. Dat een uitgebreid stelsel van wettelijke bepalingen de wijze waarop hulpverleners met gedwongen opgenomen patiënten mogen omgaan, gaat beheersen, is een van de meest wezenlijke kenmerken van de BOPZ. De procedures die in de BOPZ zijn opgenomen moeten waarborgen dat het recht van de patiënt op zelfbeschikking slechts in uitzonderlijke situaties wordt ingeperkt. Een gevolg hiervan is dat, in veel sterkere mate dan onder het regime van de Krankzinnigenwet, de praktijk in het psychiatrisch ziekenhuis zal worden beheerst door juridische regels en criteria. De idee achter de wet is dat waar macht wordt uitgeoefend, bijvoorbeeld in de vorm van het toepassen van dwang met betrekking tot opname en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, controle noodzakelijk is. De BOPZ voorziet in die controle en streeft ernaar om het uitoefenen van macht in bovenbedoelde zin zoveel mogelijk aan banden te leggen. De hulpverlener zal meer dan voorheen het geval was, verantwoordelijk voor doen en laten moeten afleggen. In dit opzicht is er een belangrijk verschil tussen deze wet en de voorgaande: nadat het recht lange tijd slechts de procedure regelde die de staat de mogelijkheid gaf om 'gekken' in een inrichting op te nemen, is de BOPZ er mede op gericht om de burger zoveel mogelijk bescherming te bieden tegen ongerechtvaardigde inbreuken op zijn vrijheid. De functie van het recht is veranderd. Het moet wel raar lopen als een wet die zo van deze geest doortrokken is, het instrument voor de beheersing van gekte wordt. Dat Bool e.a. schetsen, te meer daar in de praktijk advocaten, patiëntenvertrouwenspersonen en wetswinkeliers zullen toezien op de nalewing van de wettelijke bepalingen die de rechtsbescherming van de patiënt beogen. Natuurlijk is er meer nodig om de maatschappelijke behoefte aan dwangopnemingen teniet te doen, waarbij het er in de eerste plaats om gaat om opvangmogelijkheden buiten het psychiatrisch ziekenhuis te creëren. De BOPZ heeft echter wel degelijk de mogelijkheden in zich om ervoor te zorgen dat deze wet inderdaad niet meer wordt dan een, zoals Ria Beekers het in de Tweede Kamer

noemde, 'onvermijdelijke tussenstap' op weg naar een psychiatrie zonder dwang.

Noten

1. vrij naar: J. Kuiper, Denken is toegelaten maar met mate a.u.b., Heibel 17 (1983) maart, p. 26-30.
2. M. Foucault, Geschiedenis van de waanzin, uitgeverij Boom, Meppel, 1975.
3. twee artikelen die een overzicht geven van de ontwikkelingen in de Verenigde Staten: ~ P. Brown, The mental patients' rights movement and mental health institutional change, International Journal of Health Services 11 (1981) nr. 4, p. 523-540; ~ S. Shah, Legal and mental health system interactions (major developments and research needs), International Journal of Law and Psychiatry 4 (1981) nr. 3/4, p. 219-270.
4. zie over de bezwaren van een behandelaar tegen de BOPZ: M.H. Cohen Stuart, Wet BOPZ zonder psychiater?, Medisch Contact 37 (1982) nr. 19, p. 565-567.
5. J.W.M. Jongmans, Uitgangspunten voor een nieuwe wetgeving met betrekking tot geestelijk gestoorde, Tijdschrift voor Psychiatrie 16 (1974) nr. 9, p. 482-491.

Naschrift:

Een gedwongen misstap

In zijn bijdrage beweert Johan Legemaate dat onze analyse van de Krankzinnigenwetgeving niet deugt en onvolledige en onjuiste informatie bevat. Onvolledig is zo'n artikel altijd, ook voor onszelf komen niet alle aspecten aan de orde. Maar tegen de beschuldiging van onjuiste informatie willen we ons toch verzetten.

-- We zouden niet naar ervaringen uit het buitenland hebben verzen. Jammergenoeg is bij de definitieve versie van ons artikel weggevallen dat wij betrokken zijn bij een Europese Commissie voor de KZ-wetgeving en hier in Nederland hebben wij buitenlandse reacties op de BOPZ ingebracht.¹ Overigens is de informatie van Johan over de VS eenzijdig en fout: de problematische kanten van de psychiatrische praktijk en wetgeving daar, worden niet genoemd.

-- De huidige KZ-wet zal volgens ons dwangbehandeling niet toestaan, terwijl Johan zegt dat dit wordt voorondersteld (zie de dwangmiddelenregistratie).² Maar daarmee is onze informatie dus niet fout.³

- Er zou meer rechtshulp door juristen worden gegeven aan gedwongen opgenomen en behandelde patiënten dan wij aangeven. Wat er is aan hulp juichen wij toe, maar dat blijft bij dwangopnames gebaseerd op de medische (contra) expertise en veel kunnen we het nog niet noemen, laat staan dat er een algemene rechtspraktijk uit is voortgekomen (zoals bijv. in Noorwegen is gebeurd).

- Volgens ons zou in de huidige KZ-wet geen beroep mogelijk zijn, terwijl volgens Johan het besluit van de rechter bij de Hoge Raad ter vernietiging kan worden voorgedragen. Dat is dan wel mooi, maar een beroep met direct schorsen-de werking is dit niet.

Onze analyse steunt, wat ons betreft, dus niet op onjuiste informatie en lijkt ons bovendien op een heel ander vlak te liggen dan het juridische, van waaruit Johan ons kritiseert. Voor ons is de BOPZ, ondanks alle betere garanties, toch een wet die de inrichtingspsychiatrie bevestigt en gedwongen opname en behandeling in de inrichting mogelijk maakt. Deze professioneel-technische, juridische en institutionele manier van omgaan met gekte hebben we in ons stuk maatschappelijk proberen te plaatsen, te kritiseren en ook afgewezen. Gedwongen opname en behandeling in een inrichting zijn historisch achterhaald, praktisch onnodig (zie Italië), uit menselijk oogpunt vernederend en inefficiënt, zoals onderzoek heeft aangetoond. De inrichtingspsychiatrie functioneert niet meer zo archaisch als 'totale institutie'; zij is gemoderniseerd en cultureel en politiek is er de laatste 20 jaar een wat andere, meer relativerende houding t.o.v. gekte gekomen. Dat is niet het gevolg van juridische praktijken, in tegendeel. Juist die modernisering heeft grote aandacht voor de patiëntenrechten opgeroepen. Juri-

disering van de geestelijke gezondheidszorg is daarom nooit op zich een perspectief. Het gaat om de concrete, institutionele en politiek-culturele praktijken waarin de omgang met gekte kan worden veranderd. Daardoor wordt er betekenis en zin aan rechtsbescherming gegeven. Juridische regels op het terrein van de psychiatrie zijn uitdrukking van het feit dat er uitzonderingsmaatregelen worden getroffen die altijd een element van willekeur inhouden. In die zin is het dan maar goed dat de BOPZ zoveel garanties poogt in te bouwen, terwijl ze tegelijk de inrichtingspsychiatrie bevestigt. Zo'n compromis hoef je echter niet van harte te verdedigen. Wij hebben dat niet willen doen en Johan deelt onze analyse niet. Dat kan, maar die analyse negeren en polemisch terzijde schuiven, is ook teveel van het goede. Voor ons blijft staan dat er aan de KZ-wetgeving meer kanten zitten dan strikt juridische. Als Johan bijv. zegt dat nu het recht om gek te zijn wordt erkend door de opname van het gevaarscriterium in de wet, dan gaat hij voorbij aan de noodzakelijk ambigue definitie van gevaar. In de BOPZ wordt het gevaar door de psychiater beoordeeld en gevaar is altijd een sociaal criterium. In Italië bijv. is gevaar géén criterium voor gedwongen behandeling; in Oostenrijk is het gevaar voor het eigendom van anderen geschrapt als criterium in een wetsvoorstel.

Wie weet is de BOPZ wel een tussenstap, maar waar naartoe? Een psychiatrie zonder dwang, binnen de burgerlijke maatschappij is een illusie. Iemand die 'raar' doet of 'gevaarlijk' is pak je beet en in de huidige rechtsorde vraagt dat om regels. Wij pleiten voor een minimaal ingrijpen in een veranderd zorgsysteem.

MARTIJN BOOL
WILLIBRORD DE GRAAF
RONALD KAMPMAN
ROBERT MAIER

Noten

1. * Contactpunt Nederland van het Internationaal Netwerk 'Alternatieven voor de Psychiatrie': pamflet, géén wettelijke regelingen voor gedwongen opsluiting en behandeling in psychiatrische ziekenhuizen. Utrecht, Bijlhouwersstr. 6. * W. de Graaf e.a.: Wettige gekte en gekke wetten; in Marge, jrg. 7 nr. 2 (1983). * De schrijvers maken deel uit van de Landelijke Werkgroep Krankzinnigenwetgeving. 2. L. Velleman: De KZ-wet moet blijven; in MVG 1980 nr. 2.

Gezondheidszorg op de Antillen

Waarborg voor afhankelijkheid

De Nederlandse Antillen: een erfenis uit het koloniaal verleden van het Koninkrijk der Nederlanden. Johan Arends en Robbie Kibbelaar beschrijven de knelpunten van de Antilliaanse gezondheidszorg: een slecht functionerende eerste lijn en een direct toegankelijke tweede lijn, die tevens fungeert als proeftuin van de medische faculteit in Groningen. Ze schetsen de achtergronden van het curieuze pro-pauper systeem, van het dubieuze 'geschenk' van de Nederlandse regering en van de machteloosheid van de Antilliaanse overheid. Ook proberen ze een beeld van de toekomst in te vullen. Zal zich op de Antillen de trend van versterking van de ziekenhuiszorg doorzetten? Of zal men er in slagen de gezondheidszorg anders in te richten?

Op het congres 'Politiek en Gezondheid in het perspectief van de onafhankelijkheid' in april 1983 is een stap in de goede richting gezet. Daar besloot een groep Antilliaanse studenten en werkers in de gezondheidszorg de krachten te bundelen. Zij proberen alternatieven uit te werken die passen bij deze naar zelfstandigheid strevende Nederlandse kolonie. Een (on)haalbare zaak...?

Droevig eiland, droevig volk
droevig eiland in de kolk
van de maalstroom, van de maalstroom
droevig eiland zonder tolk.

De dichter Cola Debrot tekende deze woorden op naar aanleiding van de gebeurtenissen van 30 mei 1969. Op die dag trokken de arbeiders van de Koninklijke Shell op naar het centrum van Willemstad, aldus paniek zaaiend onder de - overwegend blanke - meer welgestelde inwoners van die stad. Het was de gouverneur Cola Debrot, die op diezelfde dag de hulp inriep van de Nederlandse mariniers om 'het gevaar', dat op weg naar het centrum de plundering niet langer schuwde, te keren. Nog altijd ontleent een van de chirurgen van Curaçao zijn reputatie aan het feit, dat hij de neergeschoten 'Papa' Godett via een levensgevaarlijke ingreep het leven redde, waar zijn collega's-verlamd toekijken uit angst dat de voorman van de arbeiders de operatietafel niet zou overleven en de schuld ook op hun schouders zou komen te liggen. Is deze anekdote slechts vermeld voor het aanbrengen van wat couleur locale? Zij demonstreert in ieder geval de vervlochtenheid van historisch besef van een volk met de status van de Antilliaanse arts.

Nederlandse Antillen

De Nederlandse Antillen, een 250.000 bewoners tellende groep van eilandjes gelegen in wat weleens als de weke onderbuik van Amerika is aangeduid: Het Caraïbisch Gebied. Vanaf 1632 waren zij het eigendom van een Nederlandse onderneming, de Westindische Compagnie. Toen deze firma failliet ging stond de Nederlandse Staat klaar om de honneurs waar te nemen. Vanaf het ontstaan van het Koninkrijks Statuut van 1954 zijn de Nederlandse Antillen verwikkeld in een dekolonisatieproces, dat in ieder geval in één opzicht opmerkelijk is, namelijk het grote aantal jaren dat het bestrijkt.

Wat het land echter zo bijzonder maakt en een bespreking als deze rechtvaardigt is, naast de banden met Nederland, dat het land balanceert op het breukvlak van ontwikkelingsland en ontwikkeld land.

Elk stelsel van criteria dat bovenstaande tweedeling zou kunnen ondersteunen geeft voor de Antillen geen uitsluitsel. Aan de ene kant is zij één van de meest welvarende lan-

JOHAN ARENDS en ROBBIE KIBBELAAR waren betrokken bij de organisatie van het congres 'Politiek en Gezondheid in het perspectief van de onafhankelijkheid'.



den van het Caraïbisch gebied. De Antillen paren een klein grondgebied aan een groot economisch belang, niet in de laatste plaats dankzij haar strategische ligging en het bezit van wereldhavens. De scholingsgraad van de bevolking is hoog te noemen. Voorzieningen zoals gezondheidszorg en onderwijs zijn op de Nederlandse Antillen van redelijke kwaliteit. In de schaduwzijde van haar bestaan doen zich geheel andere feiten voor: de inkomensverdeling op de Antillen is zeer scheef te noemen. Waar het rijkste tiende deel van de Antilliaanse bevolking zo'n derde deel van het bruto nationaal produkt naar zich toetrekt, moet het armste tiende deel met een karige 3,5% van datzelfde produkt zich in het leven houden. Zelfs naar internationale maatstaven gerekend is dat een zeer opmerkelijke ongelijkheid. De werkloosheid op het grootste eiland, Curaçao, overstijgt de twintig procent, terwijl een stelsel van sociale voorzieningen nooit tot ontwikkeling is gekomen.

Het is de gespletenheid die de Antillen tot een bijzonder land maakt; een land dat rijk is maar ook arm; een land dat belangwekkend is en tevens onbeduidend. Het is deze gespletenheid die ook de sleutel vormt tot het begrip van de Antilliaanse paradox; een paradox die maakt dat de relatie welvaart tevens de tragiek vormt van het land.

Zie hier het land wiens gezondheidszorg onderwerp is van dit artikel.

Geschiedenis

In 1632 werd aan de Compagnie een verzoek gericht om naar Curaçao te laten komen 'een goet barbier met twee knechts en medicamenten voor de negres'. Met dit staaltje Hollands koopmansgeest nam de westerse gezondheidszorg op de Antillen zijn aanvang. Vanaf het midden van de vorige eeuw tot in de jaren vijftig van deze eeuw zou de Antilliaanse gezondheidszorg in het teken staan van de christelijke liefdadigheid. De congregatie van Breda 'alles voor allen' ontfermde zich over de lichamelijke welstand van de bevolking van nutteloze en dus zieltogende eilanden. De beweegreden tot deze barmhartigheid werd door een kapelaan, tot dan toe voorzitter van de begrafenis-sociëteit, aldus vertolkt: 'waar de christelijke weldadigheid meer moet zijn dan een ruimte van zeven voet lengte en drie voet breedte, de omvang van een grafkuil'.

Een ander belangrijk moment uit de geschiedenis is de komst van de olie-giganten in de twintiger jaren. Waren het deze maatschappijen die de Antillen opstuwden in de vaart der volkeren, haar invloed ging ook aan de gezondheidszorg niet voorbij. Zo heeft de Koninklijke/SHELL ook nu nog

zijn eigen medische voorzieningen, aldus zijn steentje bijdragend aan de versnippering van een onevenwichtige gezondheidszorg.

De belangrijkste gebeurtenis voor het heden is echter het moment dat de medische faculteit van Groningen zijn scoop richt op de West. Het St. Elizabeth hospitaal werd via ontwikkelingshulpgekleden onderwijs geschikt gemaakt voor zesde jaars medische studenten. Het gevolg van deze samenwerking is dat er op de Antillen een wanverhouding is ontstaan tussen een redelijk functionerende intramurale zorg en een zeer onderontwikkelde eerste lijns zorg.

Poor-patients

Het P.P.-systeem is de naam van wellicht het meest curieuze financieringssysteem ter wereld. Wat begon als een epigoon van de charitas, eindigt als de nachtmerrie voor elke Antilliaanse politicus, die de gezondheidszorg in zijn portefeuille vindt. Rond de 52.000 mensen op Curaçao zijn in het bezit van een zogenaamde 'poor-patient'- ofwel 'pro-pauper'-kaart. De houder van zo'n kaart heeft gratis toegang tot nagenoeg alle gezondheidszorgvoorzieningen op het eiland. Het is niet verwonderlijk dat deze kaart, ooit bedoeld voor de allerarmsten van de bevolking, voor menig Antilliaan een kostbaar bezit is. Ondertussen bezit dan ook een derde deel van de bevolking zo'n passe partout en heeft menig politicus een (her)verkiezing te danken aan het gul verstrekken van p.p.-kaarten aan zijn/haar potentiële kiezers.

Er gaan in de politiek stemmen op die een einde willen maken aan dit wat bizarre verdeel en heers, teneinde het te vervangen door een volksverzekering. Zij hebben daar een aantal redenen voor. Uitvoering van het p.p.-systeem staat borg voor de vergoeding van de gezondheidszorgconsumptie van een groeiend aantal mensen. Het p.p.-systeem kent geen specifieke inkomstenverwerving voor de te betalen kosten en kent ook geen administratie van de uitgaven. Het is van belang op te merken dat diegenen die een p.p.-kaart hebben voornamelijk mensen met een hoge gezondheidszorgconsumptie zijn: bejaarden, werklozen, bijstandsmoeders, gezinsleden, arbeiders. De financiering van de rest van de gezondheidszorgconsumptie is verspreid over particuliere verzekeringen, overheid (voor ambtenaren), bedrijven met eigen medische voorzieningen en de SVB (Sociale VerzekeringsBank, verplicht voor werknemers tot een bepaald salaris).

Gecombineerd met het volstrekt afwezig zijn van een plan volgens welke de toekomstige gezondheidszorg zich moet ontwikkelen of waaraan nieuwe initiatieven kunnen wor-

den getoetst, is onder invloed van de westerse geneeskunde de gezondheidszorg uitgegroeid tot een systeem met vele voorzieningen en een evenwichtige afstemming van de echelons in de gezondheidszorg is ver te zoeken. De gezondheidszorg legt hierdoor een steeds groter beslag op de nationale economie. Zo geeft de Antillen momenteel reeds zo'n 8% van haar Bruto Nationaal Produkt uit aan de gezondheidszorg (ter vergelijking: dit is 2% meer dan landen als Engeland en Spanje!).

Vanaf de zestiger jaren ligt er dan ook een wetsvoorstel klaar om aan deze toestand een eind te maken. Er is echter geen politieke groepering die het aandurft dit voorstel in te dienen uit angst een deel van het kiesvolk van zich te vervreemden.

Lijkt het of dit systeem slechts door toedoen van het management verderfelijker is, de praktijk is anders. In 1981 telde Curaçao 57 huisartsen. Hiervan werkten er 7 voor de SHELL en de Dokmaatschappij en 10 ervan waren in dienst van de overheid. Omgerekend betekent het een en ander dat er voor elke 5000 kaarthouders één full-time huisarts ter beschikking stond, terwijl er zich bij elke particuliere arts gemiddeld 1600 gegadigden hun opwachting maakten. Het zijn deze cijfers die het niet verwonderlijk maken, dat in de houten barakken waar de overheidsartsen zitting houden 's morgens de wachtkamers overvol zijn. 's Middags mogen deze artsen zich aan hun particuliere praktijk wijden. Dit laatste omdat de overheid gedwongen is het voor artsen aantrekkelijk te maken om in overheidsdienst te werken, wil zij hier enige kandidaten voor kunnen werven. Antilliaanse artsen willen altijd graag doen geloven dat een ieder dezelfde zorg krijgt, bovenstaande cijfers pleiten daar sterk tegen.

Van arts tot patiënt

De artsen zijn op de Antillen de belangrijkste dragers van de gezondheidszorg. Opgevoed als de meeste zijn in de westerse school bepalen zij voor een groot deel wat de gezondheidsproblemen zijn en zijn dientengevolge de grote pleitbezorgers van de curatieve geneeskunde. Een geneeskunde overigens die de materiële welstand van de arts niet verwaarloost.

Voor wie het aureool dat de Antilliaanse arts omgeeft en zijn enorme invloed op zowel politiek als publieke opinie wil doorgronden, zijn een aantal gegevens uit de geschiedenis onontbeerlijk. Sinds jaar en dag wordt de medische stand gedomineerd door de nakomelingen van de Antilliaanse elite. Anders dan in Nederland waar de arts de kapperszaak ontgroeide, bevond de Antilliaanse arts zich van

den beginne in goed gezelschap. Het is deze elitegroep, bestaande uit artsen, juristen, economen, die als politieke pressiegroep de autonomie ten opzichte van Nederland bevocht in het begin van de vijftiger jaren. Weliswaar heeft deze groep sinds de emancipatie van de negers in de zestiger jaren een aantal politieke posities verloren, maar dankzij het feit dat zij met name in het bedrijfsleven, het bankwezen, de handel, de geneeskunde en het rechtswezen de belangrijkste 'Antilliaanse' posities innemen, zijn zij een (conservatieve) politieke factor van formaat.

Er is echter nog een ander facet aan de irrationele grote machtsbasis van de Antilliaanse arts. De Antilliaanse arts laat zich, nog sterker dan zijn Nederlandse collega, gaarne pousseren als de redder in nood. Hij koestert zich in een status van een apolitieke deskundige, waarin hij wegens gebrek aan oppositie door niemand wordt gelogenstraft. Hoezeer de artsen erin geslaagd zijn de ideologie van de westerse geneeskunde over te brengen is wellicht het best te illustreren aan het verwachtingspatroon van de Antilliaanse patiënt. Een Antilliaan die zijn arts om welke reden dan ook raadpleegt, verwacht een therapeutische maatregel van de geneesheer, het liefst in de vorm van een medicatievoorschrift. Het is deze situatie die er toe geleid heeft dat de vitaminedpreparaten op de Antillen een ongekennde populariteit genieten.

Eerste lijn

Het weergeven van de Antilliaanse gezondheidszorg met behulp van het echelonmodel geeft een vertekend beeld omdat de praktijk van de zorg nauwelijks voldoet aan het functioneren volgens een lijnenstructuur.

De huisartsen zijn verspreid over het hele eiland, met de grootste concentratie in de rijkere woongebieden. De meeste mensen hebben geen vaste huisarts; voor verschillende kwalen bezoeken ze verschillende huisartsen en gezinsleden gaan meestal niet naar dezelfde huisarts. De specialist is veelal direct toegankelijk en vele specialisten houden zich dan ook bezig met wat we in Nederland eerstelijnswerk noemen: consultatiebureauwerk door kinderarts, controle van bloeddruk door internist.

Elk eiland kent één of meer kruisverenigingen die wijkverpleegkundige zorg verlenen. Deze zijn niet te vergelijken met de goed geoutilleerde, gesubsidieerde en georganiseerde kruisverenigingen in Nederland. De onderlinge samenwerking is vaak ver te zoeken. Het komt niet zelden voor dat een gezin twee keer per dag door twee verschillende wijkverenigingen bezocht wordt. De volkomen onevenwichtige

ontwikkeling tussen de gezondheidszorgsectoren is het grootste probleem van de gezondheidszorg op de Antillen. De eerstelijnsfuncties zijn in vergelijking met het kennen en kunnen van de tweede lijn duidelijk onderontwikkeld. Dit manifesteert zich zowel in de mogelijkheden en uitvoering van de individuele zorgvoorziening, in de onderlinge samenwerking in de eerste lijn als in de samenwerking met andere echelons.⁷

Tweede lijn

Reeds eerder kwam ter sprake hoe het St. Elizabeth hospitaal te Willemstad, dankzij de aanwezigheid van de medische faculteit, van Groningen, een voor de regio ongekende hoogwaardige zorg verkent. Met name de aanwezigheid van arts-assistenten en de opleiding voor co-assistenten heeft het niveau van medisch kunnen en kennen in hoge mate doen toenemen. Deze aandacht voor de curatieve geneeskunde heeft echter ook zijn schaduwzijden. Het meest duidelijke negatieve effect van deze ontwikkeling ligt op financieel gebied. Het aandeel van de kosten van exploitatie van het St. Elizabeth hospitaal ligt nu reeds op zo'n 33% van de totale uitgaven. Dit percentage is vergelijkbaar met Nederland. Echter dit laatste land kan men tot de meest rijke landen van de wereld rekenen en dat valt van de Antillen nu niet direct te zeggen. De prijs die hiervoor dan ook betaald moet worden is niet onaanzienlijk. De slechte organisatie van de eerste lijn kwam reeds ter sprake; het onevenwichtig beeld kan gecompleteerd worden door de absolute afwezigheid van voorzieningen in de richting van een verzorgende- en revaliderende zorg.

Eerder stelden we dat deze ontwikkeling mede ingegeven werd door de aanwezigheid van de medische faculteit. De achtergronden hiervan vragen om een aparte uiteenzetting. Vooreerst moet men de houding van de Groningse faculteit aanzien van de samenwerking kennen. De bestuurders van dit instituut hebben onder invloed van de vele kritiek weleens tegengeworpen dat de samenwerking voor de Groningse universiteit niet cruciaal is en het belang voornamelijk aan Antilliaanse kant gezocht moet worden. De tragiek is nu dat deze diagnose maar al te juist is. Echter het is ook juist dit verschil dat er in belangrijke mate toe heeft bijgedragen dat de Groningse faculteit, weinig tot geen bereidheid aan de dag heeft gelegd om voor de samenwerking offers te brengen. Het is ook om diezelfde reden dat de Antillen nooit 'harde' eisen heeft durven of kunnen stellen. Dit heeft er toe geleid dat Groningen volstond met het op ge-

zette tijden afvaardigen van specialisten, zonder zich druk te maken over een bepaald beleid voor en richting aan de Antilliaanse gezondheidszorg.

Als men het beeld zoals het tot nu toe is opgetrokken wil typeren, kan men dat het beste doen door een beeld dat is ontstaan door het spel der vrije krachten. En als zodanig is zij hoewel veel uitgesprokener in essentie te vergelijken met de Nederlandse situatie. Weliswaar is de ongelijkheid in primaire levensbehoefte, maar ook in zorgverdeling, schrijnend te noemen, toch is zij zeker in verzeijking met de Derde Wereld landen niet opzienbarend. Zeker is het ook zo dat de financiering van de gezondheidszorg op de Antillen ailes behalve doordacht beleid doet vermoeden. Levens neemt het commerciaïsme van de artsen, hun schijnbaar onmetelijke macht en de grote aandacht voor de curatieve geneeskunde soms karikaturale vormen aan. En hoewel deze reiren op zich een bespreking als deze rechtvaardigen, zij zijn onvoldoende om de problemen waarvoor de gezondheidszorg op de Antillen zich gesteld ziet te schetsen. Hiervoor zal men het bovenstaande in een maatschappelijke context moeten plaatsen en het moeten zien in een toekomstig perspectief.

Nieuwbouw

Lerder in het artikel werd als de Antilliaanse paradox geschetst, dat de huidige welvaart tevens de tragiek is van het land. Welnu, het is met name de maatschappelijke context die boven genoemde feiten in een ander perspectief plaatst. In zekere zin leeft de Antillen boven haar status, niet in de laatste plaats dankzij de grote hoeveelheden ontwikkelingshulp, die het land van het moederland krijgt toebedeeld. Het meest in het oogspringend voorbeeld om dit te demonstreren is de nieuwbouw van het St. Elizabeth hospitaal. De initiatieven hiertoe dateren al van de vijftiger jaren. Recentelijk ontstond er beroering na de toezegging van de toenmalige minister van Antilliaanse zaken, Van der Stee, garant te staan voor de financiering van de nieuwbouw (een bedrag van 160 miljoen gulden). Inmiddels hebben verschillende Antilliaanse en Nederlandse commissies zich over deze materie gebogen. (Leker is dat er zowel op de Antillen als in Nederland krachtige lobby's voor en tegen beslaan.) Zo'n nieuwbouwproject als schenking lijkt heel genereus. Het zal echter in zijn exploitatie zodanige kosten met zich meebrengen, dat het de rienting van de ontwikkeling van de gezondheidszorg voor jaren vastlegt, zo het al niet een

overheersende invloed zal uitoefenen op de liquiditeit van het eiland. Op korte termijn echter oefent een dergelijk project een gigantische aantrekkingskracht uit op artsen en andere belanghebbenden, maar ook op de bevolking. Een zelfde versluiering ten gevolge van de huidige 'hoogconjunctuur' zien we bij het reeds eerder besproken p.p.v-systeem. Op dit moment kan de Antillen zich het nog veroorloven, op de lange termijn lijkt dit een onmogelijke zaak. Het betekent echter wel dat vanwege de kunstmatige toestromen de dwang tot kostenbeheersing op dit moment minder groot lijkt.

Machteloze overheid

Een belangrijke vraag die zich nu opdringt is, waarom de overheid niet in staat is gebleken het beleid in een op de langere termijn gunstiger ontwikkeling om te buigen. Immers een groot deel van de scheefgroei is ontstaan door de macht van het spel der vrije krachten.

Het valt niet licht de positie waar de Antilliaanse overheid zich in bevindt in een kort bestek uiteen te rafelen. Er zijn echter wel een aantal factoren op te sommen die haar vaak machteloze positie begrijpelijk maakt.

In de eerste plaats is er een interne factor. De Antillen vormen een kleine samenleving, wat betekent dat haar politici door een kleine herkenbare groep kiezers zijn te duiden. Dit maakt dat het moeilijker wordt voor politici om impopulaire maatregelen te treffen. In de tweede plaats moet de Antilliaanse overheid, wil zij een beleid voeren, de verlokkingen van de versluierende (schijn)welvaart weerstaan. Verlokkingen die hun effect sorteren op alle lagen van de bevolking. In de derde plaats kampt de Antilliaanse overheid met de klassieke *brain drain* van opgeleid kader naar de particuliere sectoren. In de vierde plaats is er de enorme afhankelijkheid van het buitenland en het buitenlands kapitaal en de daarmee gepaard gaande invloed op alle terreinen van de samenleving. Daarnaast speelt ook nog de tegenwerking van de Antilliaanse elite, die op dit moment nauwelijks een andere wens koesteren dan het handhaven van de status quo. Deze afhankelijkheid, die met name gedefinieerd is in een economische afhankelijkheid en zich uitstrekt tot op het vlak van de politiek en de cultuur, is te cruciaal om niet nader toe te lichten.

De economische afhankelijkheid vindt zijn oorsprong voornamelijk in het feit dat de Antillen een klein land zijn en daar tegenover dat haar economische activiteiten met name gedomineerd worden door grote kapitaalclusters. Dit heeft

tot gevolg dat de Antilliaanse overheid volledig afhankelijk is van deze bedrijven. Zij bezit immers geen enkele sanctie tegenover deze bedrijven: deze kunnen op elk moment dat het hen goeddunkt naar voor hen gunstiger oorden vertrekken. Hoe zich de afhankelijkheid op het politieke niveau laat gelden, kan men het beste demonstreren aan alweer de nieuwbouw van het ziekenhuis.

Het Nederlands voorstel inzake de nieuwbouw behelst een schenking van 160 miljoen gulden. Voor de Antillen betekent een dergelijk voorstel een keuze tussen een schenking of niets. Dat een voorstel lijkt ingegeven door belangen van het Nederlands bedrijfsleven is meer dan een veronderstelling. Het gevolg is echter wel dat er op de Antillen een politieke lobby ontstaat van individuen en groeperingen die belang hebben bij een dergelijk project. Dit maakt het voor een overheid moeilijker om een aanbod met het oog op de toekomst af te slaan, te meer daar zij naar Nederland toe geen machtsinstrumenten heeft om de schenking voor andere doeleinden te gebruiken.

Welnu, al deze factoren maken het voor de overheid moeilijk een beleid te voeren dat, gezien de pretenties en verlangens van het eigen land, op langere termijn kansrijker is.

De horizon

Voor de richting waarin de gezondheidszorg zich zou moeten ontwikkelen zijn er op de Antillen twee gedachtelijnen te constateren. De eerste stroming richt de aandacht met name op de uitbouw van de curatieve sector. De Antillen moet zo veel mogelijk profiteren van de samenwerking met Groningen en trachten de Geneeskunde op een zo hoog mogelijk peil te brengen. De sociaal-economische ontwikkelingen zullen voorwaarden moeten scheppen voor de werkgelegenheid van de Antilliaanse specialisten. Overigens bevinden zich op de Antillen naar Nederlandse maatstaven nu al te veel artsen. Desondanks is men er van overtuigd dat er meer artsen moeten komen om de slechte gezondheidszorg te verbeteren. Onderwerpen van de gezondheidszorg aan politieke keuzen, emancipatie van de patiënt, participatie van de mensen zelf in het gezondheidszorgbeleid zullen uitblijven. Een trend van privatisering die op Curaçao al aan de gang is, specialisten openen eigen klinieken, zal versterkt worden. De Antilliaanse overheid op Curaçao zal een gloednieuw ziekenhuis met behulp van Nederlandse ontwikkelingshulp door Nederlandse bedrijven laten bouwen ten behoeve van de p.p.-patiënten. De particuliere en andere meer vermogende mensen uit omringende landen zullen in

de privé-klinieken verzorgd worden.

Binnen een niet al te afzienbare periode zal de Groningse universiteit haar affiliatie met het Curaçaose ziekenhuis vanwege overcapaciteit in Nederland en vanwege de te hoge kosten moeten opzeggen. Wellicht zal dan onder auspiciën van de Universiteit van de Antillen klinisch hoger onderwijs, de post-doctorale opleiding tot arts, worden gehandhaafd voor de studenten uit de regio met een preklinische opleiding. Tot de mogelijkheden behoort misschien de vestiging van een 'private medical school'. Dit is een Amerikaans fenomeen en behelst een soort van particuliere universiteit voor en door Amerikanen, andere buitenlandse professoren en studenten. Dit schijnt belastingtechnisch lucratief te zijn. Dit streven, de private sector uitbouwen, dat voornamelijk gedragen wordt door artsen, heeft behalve de genoemde verhoging van het prestige nog een andere achtergrond: bij een deel van de pleitbezorgers zal de eigen (materiële) welstand die met een dergelijke ontwikkeling gewaarborgd blijft, de belangrijkste drijfveer zijn. Het is een publiek geheim dat het merendeel van de Antilliaanse elite zich reeds heeft verzekerd van een huis in Florida, teneinde zo snel mogelijk de wijk te kunnen nemen indien er een kink in de voor hen zo voordelige kabel komt.

De Antillen aan de Antillianen

Het is niet zinvol een schets van een wenselijke toekomst vanuit een bepaalde politieke visie, linkse zo U wilt, te geven. De oplettende lezer heeft misschien al ingezien dat het in Nederland gebruikelijke links-rechts onderscheid voor de Antillen misplaatst is. Diegenen die geloven in utopieën zullen na lezing instemmend knikken en vinden dat het toch maar weer eens mooi gezegd is: uitbuiting, emancipatie, onderdrukking, gelijkheid. En diegenen die 'links' verwerpelijk vinden worden weer bevestigd in hun vooroordeel. Maar het gaat hier om het veranderen van een situatie. Daarom zullen we in het onderstaande slechts enkele ontwikkelingen aangeven die nu aan de gang zijn of die van belang zouden kunnen zijn voor een koerswijziging van de gezondheidszorg op de Antillen.

Een ontwikkeling vanuit Nederland, in gang gezet met het congres 'Politiek en Gezondheid in het perspectief van de onafhankelijkheid' in april 1983 te Groningen, kan belangrijk worden. De motivering achter dit congres was gebaseerd

op de hierboven beschreven interpretatie van de Antilliaanse situatie.

Voor het eerst heeft een Antilliaanse groepering zich uitgesproken voor een krachtadig onafhankelijkheidsstreven. Ook al zou dit streven gepaard gaan met pijnlijke keuzes. Ook werd op dit congres gesteld, dat de ontwikkelingshulp in de huidige vorm meer schade doet dan heil brengt en dat zij dientengevolge in de huidige vorm desnoods maar niet meer geaccepteerd moet worden. Deze tweede stroming, voornamelijk bestaande uit medici en paramedici in opleiding, pleit voor de volgende alternatieven:

-- Voor een invulling van de gezondheidszorgvoorzieningen naar behoeften kan worden gebroken met het Nederlandse echelonmodel. Waar het om gaat is te komen tot een basisgezondheidszorg: een gelijke en voldoende gezondheidszorg voor iedereen op preventief, kwalitatief, revaliderend en verzorgend niveau, naar draagkracht van de eigen economie en participatie van belanghebbenden, i.c. gebruikers en zorgverleners. Op de eilanden moet dan de kern van de gezondheidszorg gesitueerd worden in gezondheidscentra waarin de verschillende beroepsgroepen werkzaam zijn. De zogenaamde 'intake' kan door de huidige wijkverpleegkundigen of doktersassistenten gedaan worden. Dit zou een werkwijze zijn die uitstekend aansluit bij de huidige Antilliaanse situatie. Bekend is dat de wijkverpleegkundige of doktersassistent(e) de patiënt beter kent en er ook meer mee praat dan de arts doet. Eerder is al aangestipt dat gezinsgeneeskunde en duurzame vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt op de Antillen niet bestaan. Ook bekend is dat voor het eigenlijke medische werk voor een huisarts maar weinig 'job-satisfaction' is, er is een overconsumptie van allerlei triviale hulpvragen zoals griepjes, vitaminekuren en dergelijke. Deze overconsumptie is evenwel voor de huisarts financieel voordelig. Om de al eerder gesignaleerde kloof tussen huidige eerste lijn en tweede lijn te dichten zou de arts die in het gezondheidscentrum werkt ook twee dagen per week in het ziekenhuis moeten werken en de zes basisspecialismen zouden regelmatig moeten consulteren in de centra. Een deel van de taak van de arts moet worden besteed aan onderwijs, epidemiologie, voorlichting en organisatie. De ziekenhuizen moeten verder worden ingericht en bestemd als concentraties van specialistische curatieve zorg. Dat wil zeggen geen verdere versnippering en een stop op toename van specialistische voorzieningen. Dit laatste is overigens geheel tegen de huidige ontwikkeling in, steeds meer Antillianen zijn voor allerlei superspecialismen in opleiding.

Per eiland en eventueel op elkaar afgestemd, moeten de benodigde specialistische voorzieningen als verpleeghuizen, bejaardenhuizen, revalidatieve en psychiatrische zorg, zwak-

zinnigenzorg e.a. worden verwezenlijkt.

- Aan een plan dat ontwikkelingen als deze bevat moet prioriteit worden gegeven en wel met behulp van de lokale 'know how'. Een mogelijkheid hiertoe is het in dienst nemen van pas afgestudeerde Antillianen en andere enthousiastelingen uit de praktijk. Stapsgewijs zal de organisatie van de gezondheidszorg zo moeten worden ingericht dat inderdaad de beleidsvaststelling een politiek gebeuren kan worden, dat er een meer gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt kan ontstaan.

- Het is duidelijk dat deze voorgestelde ideeën de huidige extreme commercialisering en irreële hoge personeelskosten van de medische voorzieningen slecht verdragen. Alle gezondheidswerkers in loondienst is dan ook een voorwaarde die langzamerhand toch wel acceptabel gemaakt moet worden. De komende generatie moet daar zelf mee beginnen.

- De overheid is niet bij machte echte veranderingen te realiseren als gevolg van het gebrek aan 'know-how' en het onvermogen voldoende politieke wil te mobiliseren. Toch zal zij voorwaarden moeten scheppen voor een koerswijziging: de bovengenoemde plangroep, nationalisatie van ziekenhuizen die op Curaçao en Aruba stichtingen zijn, afwijzen van technische hoogstandjes en bouwen aan een deugdelijke administratie en financiering van gezondheidszorg. Nationalisatie op zich lost natuurlijk de huidige problemen in de ziekenhuizen niet op, maar is wel een voorwaarde om de ziekenhuizen een plaats te geven binnen één plan voor de gezondheidszorg.

Hoe groot is nu de invloed van deze tweede stroming? Het lijkt er op dat zij aan invloed wint. Concrete aanwijzingen hiervoor zijn een aantal recente regeringsstandpunten. Zo heeft de grootste regeringspartij tot op heden staande gehouden het aanbod van de nieuwbouw van het hospitaal niet te accepteren. Op het eerder genoemde congres verklaarde de gedeputeerde van Volksgezondheid van Curaçao, dat de verklaring van Alma-Ata om de gezondheidszorg richting 'Primary Health Care' om te buigen, richtsnoer is voor haar verdere beleid.

Of dit alles echter voldoende zal blijken om tot een daadwerkelijke verandering te komen, moet sterk betwijfeld worden. Daarvoor lijken de tegenkrachten te groot, onder andere door de voordelen, die deze tegenkrachten op korte termijn aan de gehele Antillen te bieden hebben.

Zelfhulp in discussie

De abortuspraktijk een vrouwenzaak

Vrouwen moeten de abortusverlening in eigen hand nemen. Een abortushulpverlening die stoelt op zelfhulp, één van de uitgangspunten van de vrouwengezondheidsbeweging. Pas dan zullen individuele vrouwen werkelijk zelf over haar individuele reproductieve mogelijkheden kunnen beslissen: wel of niet zwanger, wel of niet een kind.

Tot deze conclusie komen Janneke Hoogenkamp en Lucy Schmitz na een analyse van de huidige abortushulpverlening. Zij verwachten dat abortuszelfhulp zelfs een noodzakelijk initiatief kan worden wanneer klinieken gaan werken volgens de nieuwe, voor vrouwen 'onvrije' abortuswet.

Christel Terwiel gaat nader op deze discussie in. Ze onderzoekt de achterliggende filosofie van de huidige abortuspraktijk; en stelt de vraag of vrouwen, vanuit hun ontevredenheid met de huidige hulpverlening, die in een verbeterde versie moeten overnemen, óf methoden moeten ontwikkelen voor andere technieken die beter voor vrouwen zijn.

De vrouwenbeweging in beweging ...

Binnen het scala aan voorzieningen en instellingen in de Nederlandse gezondheidszorg bieden de abortusklinieken een vertrouwde aanblik. Ruim tien jaar vindt er in deze klinieken medisch verantwoord uitgevoerde abortus plaats. Feministische vrouwen zijn even lang actief om het recht van vrouwen op abortus zeker te stellen. Uit deze twee gegevens zou men af kunnen leiden dat feministes en haar organisaties nauw verbonden zijn met en actief betrokken bij de dagelijkse praktijk van de abortushulpverlening. Dat blijkt niet juist te zijn. De aandacht van de vrouwenbeweging rond abortus heeft zich de afgelopen jaren vooral gericht op de abortuswetgeving en nauwelijks op de abortushulpverlening. De laatste tijd begint daar verandering in te komen. Met name naar aanleiding van de behandeling van het wetsontwerp Ginjaar/De Ruiter viel in discussies tussen vrouwen regelmatig het begrip abortuszelfhulp. Toen realiseerden vrouwen zich wat het aannemen van dit wetsontwerp zal betekenen voor het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen en hoe weinig greep zij zelf op de abortushulpverlening hebben.

De inmiddels aangenomen abortuswet was echter niet de enige aanleiding voor vrouwen zich meer te gaan richten op de hulpverlening. Al jaren zijn vrouwen bezig meer maatschappelijke macht te veroveren en spannen zij zich in voor het verkrijgen van zelfbeschikking over haar eigen lichaam. Dat laatste vindt vooral haar uitdrukking in de 'vrouwenlijfsstrijd'. Een andere ontwikkeling die ervoor zorgt dat vrouwen meer aandacht voor de abortushulpverlening krijgen, is die van de geleidelijke taboedoorbreking rond abortus. Vrouwen zijn zelfbewuster geworden. Zij stellen zich in abortusklinieken minder afhankelijk op en weten beter te formuleren wat zij zelf willen. Dat brengt met zich mee dat er door vrouwen ook meer dan vroeger kritiek geuit wordt op die bestaande hulpverlening.

Deze ontwikkelingen gezamenlijk vormen voor ons reden dieper in te gaan op abortuszelfhulp.

Zelfhulp als principe

In de vrouwenbeweging zijn de laatste tijd regelmatig geluiden te horen waaruit blijkt dat vrouwen meer greep willen krijgen op de abortushulpverlening, deze in eigen hand willen nemen. De vrouwenbeweging is geschrokken van het aannemen van de nieuwe abortuswet en van de berichten dat abortusklinieken niet bij voorbaat en onder alle omstandigheden zullen weigeren de wet bij haar inwerkingtreding uit te voeren. Ook kritische geluiden over de bestaande hulpverlening worden vaker gehoord.

Vrouwen willen maatschappelijk gezien meer macht verwer-

LUCY SCHMITZ, andragoge, is als stafmedewerkster verbonden aan het Landelijk Bureau van Stimezo Nederland. Zij schrijft dit artikel op persoonlijke titel.

JANNEKE HOOGENKAMP, historica, is stafdocente aan de Parttime Opleiding Personeelswerk Amsterdam (Popa).

ven teneinde meer zeggenschap te krijgen over haar eigen lichaam en leven. Ondermeer in de strijd rond lijfzaken en de ontwikkelingen in de vrouwengezondheidszorg wordt hieraan vorm gegeven. Centraal binnen de gezondheidszorg voor vrouwen zoals die wordt uitgewerkt binnen vrouwengezondheidscentra staat het beginsel van zelfhulp.¹

Belangrijke uitgangspunten bij zelfhulp zijn:

1. De vrouw is de norm. Haar lichaam en haar fysiologische en psychologische reacties op wat er met haar lichaam en in haar omgeving gebeurt, zijn uitgangspunt bij benadering van haar klachten.
 2. Problemen die vrouwen hebben met haar gezondheid worden niet geïsoleerd van haar maatschappelijk leven en haar maatschappelijke positie waargenomen. Overgangsklachten, hoofdpijn, buikpijn, seksuele problemen en gevoelens van depressie van vrouwen houden maar al te vaak verband met de geïsoleerde en machteloze plaats die haar in de samenleving wordt toegewezen. Het vrouwelijk schoonheidsideaal, de van haar verwachte koesterende functie en wegcijfering in het moederschap vormen door haar verplichtende en algemeen geldig lijkende karakter een psychische en fysieke ziekmaker voor vrouwen en een voortdurende agressor voor haar gevoel van eigenwaarde.
 3. Kennis en beleving van vrouwen rond het functioneren van haar eigen lichaam vormen de basis van elke therapie die voor de verbetering van de gezondheid van de vrouw wordt aangevraagd. Vrouwen weten vaak meer dan men denkt over haar lichaam en de aanleiding voor haar klachten. Wel zullen zij bij de interpretatie daarvan hulp en steun nodig hebben. Andere vrouwen, ook vrouwelijke artsen, kunnen deze bieden. Deskundigheid en expertise hoeven echter niet uitsluitend bij professionele specialisten verondersteld te worden. Medicalisering van het vrouwenlichaam wordt zoveel mogelijk vermeden.
 4. Aan vrouwen worden mogelijkheden geboden te kiezen tussen de aanwezige behandelmethoden en hulpverleningsprocedures. Dit kan gelden voor bijvoorbeeld abortus, anti-conceptie, bevallingen en overgangskiachten. Als een hulpverlener de moeite neemt de vrouw goed voor te lichten is zij beter in staat zelf een keuze te maken.
 5. De hulpverlening vindt plaats door en voor vrouwen. Het principe is dat vrouwen elkaar helpen zonder dat zij in de tijd gezien allen op hetzelfde moment dezelfde klacht hebben en dezelfde therapie krijgen. Vrouwen zijn in het algemeen beter dan mannen in staat, zich te verplaatsen in de situatie van een vrouw die met een klacht komt, die direct samenhangt met haar vrouwzijn. Angst voor een borstamputatie, angst voor ongewenste zwangerschap, verwijdering van je baarmoeder, menstruatiepijnen zijn zaken waarvan iedere vrouw weet dat het haar kan gebeuren, waar iedere vrouw over nadinkt. Daarmee is niet gezegd dat iedere willekeurige vrouw daarom een andere vrouw ook goed zou kunnen helpen, maar zij kan het in principe leren. Doordat de betrokkenheid tussen vrouwen in een hulpverleningssituatie groter kan zijn, wordt de distantie tussen hulpverlener en hulpvrager kleiner. Met het afbreken van het hiërarchische onderscheid tussen zieke-gezonde, onkundige-deskundige, afhankelijke-machtige vervalt ook voor een groot deel het motief voor het bieden van hoge honoraria aan geneeskundigen. De honoraria zullen dan meer in verhouding gaan staan tot de geïnvesteerde tijd en energie van de betrokken hulpverlener C.q. geneeskundige. De marktmechanismen zullen zo een geringere rol spelen bij de bepaling van het honorarium dan nu het geval is.
 6. Voor zover hulpverleners voor haar werk betaald worden, zijn zij in loondienst werkzaam.³
 7. Vrouwen worden, indien enigszins mogelijk, in haar eigen vertrouwde omgeving geholpen. De tendens tot het sneller geven van een indicatie voor ziekenhuisopname wordt tegengegaan. Het is niet in het belang van vrouwen hen eerder en langer dan nodig in een ziekenhuis te laten verblijven.
- Zelfhulp in gezondheidszorg voor vrouwen houdt een kritiek in op de bestaande medische zorg en een poging daarin

verandering aan te brengen. Denken over zelfhulp in verband met abortus vooronderstelt ook een dergelijke kritiek. Alvorens op deze kritiek in te gaan zijn enkele kanttekeningen op hun plaats.

De eerste is dat we de principes van zelfhulp met de werkwijze van abortuspoliklinieken vergelijken en niet met die van ziekenhuizen. We gaan er namelijk van uit dat ziekenhuizen zondermeer verder afstaan van de principes van zelfhulp en minder tegemoet komen aan de behoeften van vrouwen rond abortus dan de abortuspoliklinieken zoals de bij Stimezo aangesloten klinieken. Generaliseren is in dit verband onrechtvaardig aangezien er enkele ziekenhuizen zijn waar bij het verlenen van abortushulp vergelijkbare principes gelden als in poliklinieken namelijk: de vrouw beslist over het uitvoeren van de abortus, tenzij blijkt dat haar beslissing niet uit vrije wil is genomen; de vrouw wordt in haar besluit gerespecteerd en zij vindt emotionele en psychologische steun in het ziekenhuis als zij daaraan behoefte heeft. Aangezien het aantal ziekenhuizen waar genoemde situatie van kracht is, verre in de minderheid is bij het aantal ziekenhuizen waar andere normen en behandelwijze gelden, zullen wij ons verder niet richten op de ziekenhuizen.⁴

De tweede kanttekening is, dat wij bij onze bespreking van abortus in poliklinieken niet die klinieken betrekken, die een commercieel karakter dragen, die bijvoorbeeld geen stichtingsvorm kennen en waar de arts-eigenaar belang heeft bij de exploitatie van de kliniek.

Abortus nu, niet zo best

Bij de abortushulpverlening zoals die nu in poliklinieken plaatsvindt, vormen de 'ja, tenzij'-houding ten aanzien van het verzoek van de vrouw om een abortus en het non-profit beginsel belangrijke uitgangspunten. In de praktijk betekent dit dat de vrouw beslist en dat de klinieken de stichtingsvorm kennen. Sinds het begin van haar bestaan hebben de klinieken, veelal in onderling overleg, ervoor geijverd dat abortus in medisch opzicht zo verantwoord mogelijk zou gebeuren. De werkwijze van de klinieken is in medisch opzicht door andere landen niet geëvenaard: de behandeling duurt relatief kort, de vrouw lijdt relatief weinig pijn, het aantal complicaties is relatief gering en het aantal sterfgevallen is zelfs absoluut gezien zeer gering. Abortus in het eerste trimester van de zwangerschap vindt poliklinisch plaats volgens de methode van de zuigcurettage en onder plaatselijke verdoving. Er wordt naar gestreefd vrouwen te helpen in een kleinschalige, overzichtelijke kliniek, die zo weinig mogelijk op een ziekenhuis lijkt. Ofschoon meerdere klinieken tegenwoordig ook andere voorzieningen te bieden hebben op het terrein van geboortenregeling, voorzagen de klinieken bij de aanvang van hun werk vrijwel uitsluitend in abortushulpverlening. Voor dit isolement van abortus is gekozen als reactie op het klimaat in de ziekenhuizen. In de kliniek zou de vrouwen de hulpverlener een confrontatie bespaard worden tussen ongewenst zwangere vrouwen en ongewenst onvruchtbare vrouwen, kraamvrouwen, vrouwen die een miskraam hadden en dergelijke. Waardering voor de positieve kanten van de hulpverlening in poliklinieken is terecht. Vanuit een feministische visie zijn echter ook kritische kanttekeningen bij andere aspecten van die hulpverlening te plaatsen:

- Als de vrouw de abortus echt zelf wil, wordt zij in een kliniek geholpen. Dit betekent echter wel dat zij in een aantal opzichten gebonden is aan het beleid en de mogelijkheden en voorzieningen van de betreffende kliniek zonder dat zij deze bij haar hulpvraag kan overzien. De klinieken kennen - dit geldt met name voor klinieken waar abortus na dertien weken zwangerschap plaatsvindt - onderling verschillende methoden van behandeling die door vrouwen verschillend worden beleefd. Verwijzing naar een bepaalde kliniek heeft meestal gevolgen voor de wijze waarop de vrouw haar abortus beleven zal, zonder dat zij daarin zelf een reële

inbreng heeft.

- Als vrouwen verzoeken door een vrouwelijke hulpverlener te worden behandeld, zal de kliniek met dat verzoek wel rekening houden. Het is echter mogelijk dat er geen vrouwelijke arts in de kliniek werkt of daar weliswaar werkzaam is maar op dat moment niet aanwezig. Niet altijd staat men in de kliniek open voor aanwijzingen die vrouwen in die richting geven en nog minder wordt bij het maken van de afspraak aan de vrouw gevraagd wat zij in dit opzicht wenst.

Het aantal vrouwelijke medewerkers in abortusklinieken overtreft verreweg het aantal mannelijke. De verdeling van functies per sekse blijkt echter een zeer traditionele: verpleegkundigen, receptionisten, maatschappelijk werkers zijn bijna altijd vrouwen; functies die maatschappelijk gezien in hoger aanzien staan zoals die van arts of directielid worden grotendeels door mannen vervuld.

Met de inwerkingtreding van de aangenomen abortuswet zal er hoe dan ook bij het merendeel der abortuscliënten aangedrongen worden op het nalaten van de gestelde vijf-dagen-bedenktijd.

- Aan een aantal dingen komt men in de huidige hulpverlening niet voldoende toe: Er komen vrouwen voor een abortus naar een kliniek die weinig weten over het functioneren van haar eigen lichaam. Het kost tijd om met deze vrouwen goed te praten over hetgeen er bij de abortus gebeurt en over eventuele anticonceptie. Die tijd en energie is er soms niet voldoende. Het is bekend dat vrouwen vaak een afkeer van haar eigen lichaam en geslachtsorganen hebben. Het bevorderen van een positieve verwerking van abortus zou kunnen inhouden dat hulpverleners hierop alert zijn en dit bespreekbaar proberen te maken. Een niet gering aantal vrouwen komt voor een abortus bij wie blijkt of vermoed wordt dat relatieproblemen, seksuele problemen, dwang tot seksueel contact of verslaving een rol speelt bij de achtergronden rond haar abortusverzoek.

- Andere aspecten hebben betrekking op en zijn een gevolg van de structuur waarbinnen abortushulpverlening in poliklinieken in Nederland plaatsvindt. Binnen de gezondheidszorg is het niet ongebruikelijk dat medici freelance aan een instelling verbonden zijn en per verrichting een honorarium ontvangen. Dit systeem wordt, soms in enigszins gewijzigde vorm, ook in de meeste abortusklinieken toegepast. Zo'n systeem heeft echter ongewenste 'neven-effecten' voor de kwaliteit van de geboden hulp. Het geeft aanleiding tot haastwerk en tot het minimaliseren van de psychosociale begeleiding van de vrouw door de arts.

- De meeste artsen zijn parttime werkzaam in een abortuskliniek. Voor vele andere hulpverleners geldt dit niet, zij werken vaak (bijna) fulltime. De meesten van hen doen dit werk al vele jaren. Zij hebben duizenden ongewenste zwangere vrouwen aan zich voorbij zien trekken. Een aspect van routine, die ook tot sleur kan worden, is dan niet te vermijden. Daar komt bij dat werken in een abortuskliniek, indien men het goed wil doen, voortdurend vraagt om emotionele en gevoelsinvesteringen. Het is moeilijk dit werk dag in dag uit, jaar in jaar uit te doen, zonder emotioneel leeggezogen of een goed geoliede robot te worden.

- Historisch gezien is het verklaarbaar en te billijken dat abortusklinieken abortus als medische ingreep in hun organisatie hebben geïsoleerd. Het is de vraag of dit zo moet blijven en of we niet toe moeten naar een situatie waarin abortus uit haar maatschappelijk isolement gehaald is en als verstrekking naast andere voorzieningen die de gezondheid van vrouwen betreffen zou kunnen worden aangeboden.

Zelfhulp voor wie?

Abortuszelfhulp opgevat als abortushulpverlening voor en door vrouwen waarin de principes van zelfhulp een plaats hebben en waarin de problematische aspecten van de huidige

ge hulpverlening opgevangen kunnen worden, lijkt een zinvolle zaak. Wie zou er gebaat kunnen zijn bij abortuszelfhulp?

In de eerste plaats zou een dergelijke vorm van hulpverlening van belang zijn voor de vrouwen die een abortus willen. In de tweede plaats zou abortuszelfhulp een positieve stimulans geven aan de vrouwenbeweging, omdat dit een stap op weg betekent naar meer zeggenschap van vrouwen over haar reproductie. Het behoort ook tot de taak van de vrouwenbeweging kritisch te kijken naar de praktijk van de hulpverlening en zelf initiatieven te nemen daar waar het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen geen recht wordt gedaan. Belangrijk is dat vrouwen greep krijgen op bestaande technische kennis en vaardigheden zonder dat zij de daarbij aangeboden ideologie overnemen. Dat opent mogelijkheden voor de toepassing van deze kennis en vaardigheden óók als de wet dat mogelijk zou verbieden. In de derde plaats is het opzetten van abortuszelfhulp van belang voor de huidige abortuspoliklinieken. Initiatieven als de hier bedoelde, vormen hoe dan ook aanleiding voor bestaande organisaties op het terrein van abortushulpverlening hun eigen werkwijze kritisch onder de loep te nemen.

Wij hebben niet de illusie dat binnen nu en enkele jaren abortushulpverlening voor en door vrouwen een feit zal zijn. Per jaar wordt er in Nederland zo'n 50.000 keer een abortus uitgevoerd. Denkend over abortuszelfhulp hebben wij de indruk dat het belangrijker is dat er binnen enige tijd één of enkele goed functionerende initiatieven van de grond kunnen komen dan dat vrouwen gaan proberen zo snel mogelijk een zo groot mogelijk gedeelte van de bestaande hulpverlening over te nemen. Grote aantallen vrouwen zullen dan niet in zo'n zelfhulpkliniek geholpen kunnen worden. Dramatisch lijkt ons dat niet gezien het niveau waarop er binnen de huidige klinieken wordt gewerkt. Als die eventuele zelfhulpinitiatieven ook nog andere verrichtingen en voorzieningen voor vrouwen kennen dan abortus, dan zal helemaal duidelijk zijn dat de nadruk meer op de kwaliteit dan op de kwantiteit zal komen te liggen. Bij het opzetten van dergelijke zelfhulpinitiatieven zou bijvoorbeeld aansluiting gezocht kunnen worden bij of eventueel integratie met vrouwengezondheidscentra.

Voor abortus in het tweede trimester van de zwangerschap, dat wil zeggen na dertien weken, zien wij vooralsnog geen plaats binnen een zelfhulpinitiatief. De methoden die daarbij gehanteerd worden vragen om zeer specifieke vaardigheden en om zeer regelmatige oefening. Wordt in totaal een beperkt aantal abortussen verricht, dan kan men de tweede-trimester-abortus beter aan een gespecialiseerde kliniek overlaten.

Een vraag apart is wat de uitwerking van de inwerkingtreding van de abortuswet zal zijn op de ontwikkeling van zelfhulp initiatieven. De wet kan in dit verband als hinderpaal worden gezien door haar vele beperkende bepalingen. Anderzijds kan het restrictieve karakter van de wet net tot effect hebben dat vrouwen haast willen maken met het meer greep krijgen op de abortushulpverlening.

Noten

1. Uitvoeriger dan in het bestek van dit artikel mogelijk is, gaan we op abortuszelfhulp in in 'Vrouwenstrijd en abortushulpverlening', Wetenschapswinkel, Amsterdam, augustus 1983. 2. Zie: Vrouwengezondheidscentrum. Een overzicht van november '79 tot juli '81, Amsterdam, 1981. 3. Een punt waarop we hier niet verder ingaan is de kwestie van betaalde versus onbetaalde arbeid van vrouwen binnen zelfhulp. Wij gaan ervan uit dat arbeid betaald dient te worden en dat iedere vrouw die t.b.v. andere vrouwen in zelfhulp actief is, arbeid verricht. Dat neemt niet weg dat de grenzen tussen hulpvraagster en hulpverlener niet altijd scherp te trekken zijn. 4. Voor meer informatie over abortus in ziekenhuizen zie: B. Kolkman-Koelink en E. Ketting. Abortus provocatus in het ziekenhuis. NISSO, Zeist, 1980.

Naar een feministische technologie

Abortus zelfhulp: beter of anders?

Abortus, een ziekte

Janneke Hoogenkamp en Lucy Schmitz doen in haar artikel een reeks suggesties ter verbetering, democratisering en feminisering van de bestaande abortushulpverlening.

Noodzakelijk en onderstrepenswaardig! Wanneer zij stappen zouden nemen in de beschreven richting zouden zij ongetwijfeld grote delen van de vrouwengezondheidsbeweging aan haar kant vinden. En kritisch-solidaire vrouwengezondheidscentra.

De vrouwengezondheidsbeweging zou de vrouwenbeweging niet zijn, als zij niet sympathiek en welwillend zou staan ten opzichte van de moeizaam bevochten bestaande abortushulpverlening en als zij de hulpverlening in de bestaande klinieken niet het voordeel van de twijfel zou gunnen. De mogelijkheid om een verantwoorde abortus te krijgen betekent immers inderdaad een verruiming van de keuze-mogelijkheden voor vrouwen, meer macht over haar eigen lijf en haar reproductieve mogelijkheden dan zij hadden vóór de klinieken er waren. En daar was het de vrouwenbeweging, toch allemaal om begonnen. Aan de andere kant onthoudt diezelfde abortushulpverlening vrouwen de macht.

Om deze bewering te staven, is het noodzakelijk de inhoud van die hulpverlening kritisch te beschouwen en daarbij met name te kijken naar de impliciete filosofie die daaraan ten grondslag ligt, en die overgedragen wordt aan vrouwen die gebruik maken van de hulpverlening. Die overgedragen filosofie is er in mijn visie debat aan dat vrouwen opnieuw tot onafhankelijke onmondige wezens gemaakt worden in een abortushulpverlening die, hoe paradoxaal dat ook lijkt, redelijk vriendelijk-voor-vrouwen te noemen is. In die filosofie is abortus een ingreep waarover een vrouw zich nog eens vijf dagen moet bedenken voor ze echt laat aborteren. Klinieken die meegaan in de uitvoering van de wet wekken de suggestie, dat vrouwen wanneer ze vandaag een abortus komen vragen er over vijf dagen wel anders over zullen denken. Ofwel, dat de beslissing die ze over vijf dagen nemen 'goed' zou zijn vergeleken met 'de slechte' die ze vandaag zouden nemen. (Alsof het mogelijk zou zijn een goede of slechte beslissing over abortus te nemen. Kiezen voor abortus is altijd een keuze tussen twee nare perspectieven, en de keuze betekent naast opluchting, ook bijna altijd verdriet.) Er in de wet en in de uitvoering vanuit gaan dat vrouwen, ook vandaag, weten wat ze willen, draagt ertoe bij dat vrouwen zelfbewuster in het leven staan, leren weten wat ze willen en confrontaties met de feiten aangaan. In die filosofie moet abortus door een deskundige, een arts, een man verricht worden. Het denkbeeld dat een arts noodzakelijkerwijs medisch deskundig is en dat deskundigen mannen

zijn zit diep verankerd in het bewustzijn van mannen en vrouwen. De bestaande abortushulpverlening reproduceert de historisch gegroeide ongelijke machtsverhouding tussen mannen en vrouwen, tussen mannelijke arts en vrouwelijke patiënt, tussen mannelijke deskundige en vrouwelijk slachtoffer, tussen mannelijke hulpverlener en vrouwelijke hulpbehoevende. Alles draait om de ingreep zelf; de rest is voor- en naspel, en wordt begeleid door vrouwelijke maatschappelijk werkers, vrouwelijke verpleegkundigen en ander ondersteunend vrouwelijk personeel, in de lager gewaardeerde en lager gesalarieerde beroepen. Deze onderdelen van de hulpverlening zijn in tijd en ruimte afgescheiden van de behandeling zelf.

Een dergelijk onderscheid aanbrengen maakt dat vrouwen haar abortus beleven als een geïsoleerd gebeuren. Een incident dat alleen háár overkomt, dat niets met haar werkelijke leven te maken heeft, met haar seksualiteit, haar reproductieve mogelijkheden, met anti-conceptie en met haar economische situatie. Zo wordt abortus een irrationeel, onmaatschappelijk gebeuren en zo onthoudt de abortushulpverlening vrouwen de mogelijkheid om de kans op zwangerschap en abortus in haar leven te integreren. Pijn moet bestreden en angst weggenomen, en je geliefden moeten buiten wachten.

Het weren van vriendinnen en vrienden uit de behandelkamer, of het niet vanzelfsprekend betrekken van partners bij de ingreep zelf roept bovendien het beeld op dat abortus eng, gevaarlijk en uniek zou zijn en dat je ervan kunt flauw vallen. Terwijl haar partners de vrouw zouden kunnen steunen, iets zouden kunnen leren over vrouwenlichamen en abortus. Terwijl hun aanwezigheid en betrokkenheid op zich al een demedicaliserende werking heeft op het gebeuren.

Zelfhulp anders

Een ander element in de filosofie is dat je niet zelf kunt aborteren, nee, je moet het laten doen, liggend op je rug en met je benen in beugels. De arts is verantwoordelijk, en als het mis gaat, aansprakelijk. De ingreep moet bovendien medisch-technisch verantwoord gebeuren en daarvoor is de aanwezigheid van medische, duur-uitziende apparatuur vereist in een hygiënisch steriele omgeving. De medische setting suggereert dat abortus een noodzakelijk medische ingreep zou zijn, dat abortus iets met ziek-zijn te maken heeft. En staat tegenover mijn opvatting dat abortus een stap is in de richting van een beter, gezonder en zelfstandiger leven voor vrouwen.

En, wanneer 'het' dan eenmaal gebeurd is... moet de kans op een volgende onbedoelde zwangerschap, een volgende abortus, afdoende voorkomen worden: de voorlichting over anti-conceptie, de beste manier om een nieuwe ongewenste zwangerschap te voorkomen, de pil, het spiraaltje, nul komma nul kans op zwangerschap en tegelijk ertijd de middelen die bij vrouwen en mannen de nek-norm bevestigen, het beeld van de 24-uurs-beschikbaarheid oproepen en honderd procent betrouwbaarheid en veiligheid suggereren in, maatschappelijk gezien, onbetrouwbare en onveilige man-vrouw relaties.

Ik beseft dat ik de huidige abortushulpverlening in dit korte bestek niet volledig en afdoende getypeerd heb.

Het artikel van Lucien Jannet laat zien, dat er door vrouwen en mannen die werken in klinieken integer en consciëntieus gestreefd wordt naar een afbreken van de ivoren toren, het doorbreken van het isolement, het kritisch bekijken van het eigen werk en de voorwaarden waaronder gewerkt wordt. En terecht wordt de hulpverlening breder opgevat dan alleen de ingreep zelf. Wat dat betreft kunnen vrouwen, die om een abortus komen, gerust zijn: ze kunnen het slechter treffen in het brede veld van gezondheidszorgvoorzieningen dan in een abortuskliniek.

Ongerustheid over de toekomst van de klinieken of ernstige kritiek op de kwaliteit van de huidige hulpverlening zouden dan ook niet mijn redenen zijn om na te denken over abortuszelfhulpinitiatieven.

Essentieel is, mijns inziens, dat er ergens in Nederland en op meerdere plaatsen tegelijk, een feministische filosofie over abortushulp ontwikkeld wordt met daaraan gekoppeld een abortuszelfhulppraktijk op experimentele basis.

Het doel daarvan zou, in eerste instantie, niet moeten zijn: meer, betere, vrouwvriendelijkere en latere abortus bieden aan vrouwen. Laten we ons niet uitputten in het overtreffen in kwaliteit van de huidige niet-feministische abortusklinieken met de daarbij behorende soft medicalistische filosofie. Een veel belangrijker doel van zo'n initiatief zou moeten zijn het zoeken naar alternatieve, niet gemedicaliseerde behandelingsmethoden, het ontwikkelen van een feministische technologie, die bruikbaar is voor vrouwen zelf, die vrouwen zonder artsenopleiding bij zichzelf en bij elkaar kunnen toepassen, die niet duur is. Denk aan kruiden, massage en lichaamsvriendelijke methoden. Europese vrouwen kunnen op dat terrein waarschijnlijk veel leren van vrouwen uit niet Westerse landen.

Een ander doel, daarmee onlosmakelijk verbonden, is het delen en spreiden van kennis over de verschillende methoden onder vrouwen. Zelfhulpgroepen zijn daarvoor goede vormen, maar ook scholing door (vrouwelijke) artsen van

vrouwen die het willen leren. De enige 'structurele' manier om te voorkomen dat de abortushulpverlening van overheidswege de das om wordt gedaan is: het zelf te leren en de benodigde technologie te bezitten. Op dit moment is het niet reëel dat vrouwen op korte termijn een volwaardig alternatief voor de huidige hulp zouden kunnen creëren, kwalitatief en kwantitatief volwaardig. Als laatste lijkt het mij noodzakelijk vrouwen die in de huidige klinieken werken te ondersteunen in haar streven naar werkelijke invloed op het beleid, naar vergaand gedemocratiseerde verhoudingen, en druk uit te oefenen op de top van de klinieken om van de hulpverlening een vrouwenzaak te maken, met alles wat daarbij hoort.

In het algemeen vind ik, dat de vrouwengezondheidsbeweging meer zou moeten zoeken naar wegen om de bestaande abortushulpverlening in feministische zin te beïnvloeden, zonder zich aan zo'n ongetwijfeld zware klus te vertillen, dan om de hulpverlening over te nemen, al of niet met de achterliggende filosofie.

Het starten van een of meer abortuszelfhulpinitiatieven in de zin zoals boven geschetst kan daartoe een middel zijn. De vraag of het autonome projecten zouden moeten worden, of dat ze een intieme relatie aan zouden moeten gaan met de bestaande klinieken of met vrouwengezondheidscentra wordt daarmee niet een principiële, maar veeleer een strategische vraag.

CIIRISTEL TERWIEL is sinds 1979 medewerkster van het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht.

In dit artikel, mijn bijdrage aan de discussie over abortuszelfhulp, verwerkte ik elementen van het gesprek, dat op 26 oktober 1983 plaatsvond tussen vrouwen van Wij Vrouwen Eisen, medewerksters van abortusklinieken, de Fiom, vrouwengezondheidscentra en Jannet Hoogenkamp en Lucy Schmitz, naar aanleiding van het artikel 'Vrouwenstrijd en abortushulpverlening', geschreven door de beide laatste.

Kritiekop commissie Muntendam en KNMP

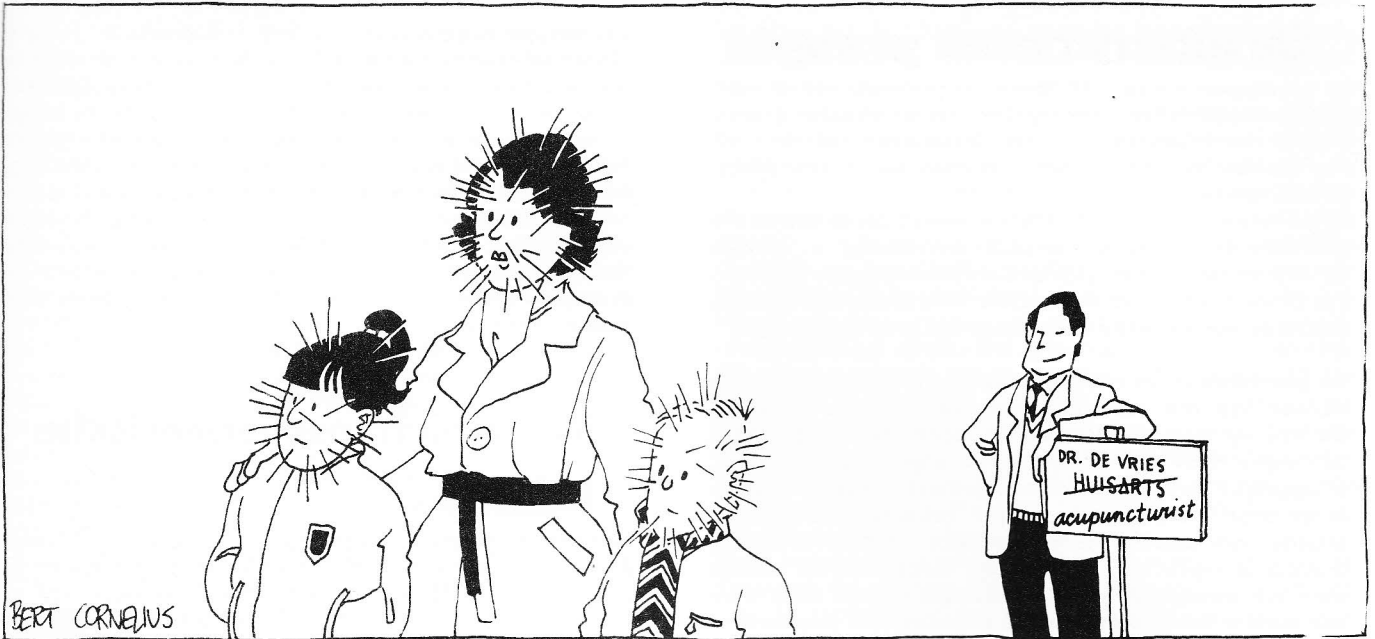
Beoordeling alternatieve geneeswijzen discutabel

De alternatieve geneeswijzen zijn in opmars. Bij de bespreking jongstleden september in de Kamer van het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG), beter bekend als de Commissie Muntendam, bleek er een brede ondersteuning te bestaan voor de alternatieven in hun strijd om erkenning. Een veel gehoorde opvatting over de alternatieven, is dat zij erkenning kunnen krijgen als wetenschappelijk aangetoond zou worden dat zij werkzaam zijn. Dat is globaal genomen ook het standpunt van de CAG. Anderen, waaronder de artsenorganisatie KNMG, gaan nog een stap verder, en stellen dat de alternatieven onwetenschappelijk zijn, terwijl de reguliere geneeskunde onomstotelijk nuttig geacht wordt. De politieke strijd rond de alternatieven wordt uitgevochten met een beroep op argumenten van wetenschappelijkheid. Reden genoeg om eens wat dieper te duiken in de problematiek van de toetsing van alternatieve én reguliere geneeswijzen. Jozef Keulartz, Chunglin Kwa en Hans Radder analyseren en bekritisieren de standpunten van de Commissie Muntendam en de KNMG vanuit een wetenschapsfilosofische optiek.

De alternatieve geneeswijzen hebben onlangs een belangrijke politieke overwinning behaald. Tijdens de behandeling van het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG) op 5 september jongstleden gaf een ruime meerderheid van de Tweede Kamer te kennen dat deze geneeswijzen moeten worden opgenomen in het ziekenfondspakket. Naast veel positieve geluiden over de alternatieve geneeswijzen viel in de Kamer bovendien de nodige scepsis te beluisteren ten aanzien van de reguliere geneeskunde. Het tij is gekeerd, de alternatieven zitten in de lift en niets lijkt op dit moment hun volledige maatschappelijke erkenning nog in de weg te staan. Behalve dan de regering, die zich bij monde van staatssecretaris Van der Reijden in het debat met de Kamer uiterst terughoudend opstelde. De bewindsman vreest dat erkenning leidt tot kostenstijging, en wil de adviezen afwachten van de Gezondheidsraad en van een speciale commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, alvorens een oordeel in deze kwestie te vellen. Een kamerbrede steun en een regering die op tijdwinst speelt, dat is de voorlopige uitkomst van het debat over het rapport van de CAG.

Commissie Muntendam

De CAG - naar haar voorzitter ook wel de Commissie Muntendam genoemd - werd in mei 1977 ingesteld en bracht een kleine vier jaar later, in januari 1981, rapport uit. Haar opdracht was de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland te onderzoeken en daaraan eventueel adviezen te verbinden. De CAG - samengesteld uit deskundigen op het terrein van reguliere en van alternatieve geneeswijzen - heeft zich bij haar studie beperkt tot die geneeswijzen waarvoor de meeste belangstelling bestaat, te weten: acupunctuur, paranormale geneeswijze, natuurgeneeswijze, anthroposofische geneeswijze, homeopathie en manuele therapie. Ze heeft het onderzoek naar deze geneeswijzen laten verrichten door aparte werkgroepen, die hun gegevens niet alleen hebben verkregen door bestudering van de relevante literatuur, maar eveneens door het beleggen van een aantal hoorzittingen in 1979, waarop de verschillende organisaties en instellingen van patiënten en alternatieve genezers waren uitgenodigd. De samenvatting van de verslagen van deze werkgroepen vormt de hoofdmoot van het rapport van de CAG. Ze wordt voorafgegaan door een korte historisch-filosofische beschouwing en een omschrijving van de begrippen 'alternatief' en 'geneeswijze', alsmede een discussie over zaken als reductionisme en holisme, kwakzalverij en kwakzalvers,



suggestie en placebo in de therapie en de verschillen en overeenkomsten tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen. Naast deze algemene inleiding en de inventarisatie met betrekking tot de zes 'hoofdstromingen' komen ook nog de verschillende aspecten aan bod, die bij het probleem van de alternatieve geneeswijzen een rol spelen, zoals de onderwijsaspecten, de juridische, financieel-economische en de wetenschappelijke aspecten.

In haar algemene inleiding schrijft, de CAG het niet als haar taak te hebben beschouwd om onderzoek te verrichten naar de wetenschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen - een taak die aan de Gezondheidsraad toekomt, maar zich te hebben willen beperken tot de maatschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen. In een bepaald opzicht heeft ze dit ook gedaan. Desondanks kan men eveneens op goede gronden argumenteren dat precies het tegenovergestelde het geval is: dat de commissie in haar rapport in feite meer aandacht heeft, voor de wetenschappelijke dan voor de maatschappelijke kant van de zaak.

Wat de maatschappelijke aspecten betreft: de CAG heeft zich hier in hoofdzaak beperkt tot het vaststellen van de maatschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen in termen van het aantal contacten tussen patiënten en alternatieve therapeuten, de motieven om een alternatieve therapeut te raadplegen, etcetera. Ze is daarbij tot de weinig verrassende slotsom gekomen dat de publieke belangstelling voor alternatieve geneeswijzen moeilijk kan worden overschat, en dat de overheid derhalve niet langer om de alternatieven heenkan. Een dergelijke benadering impliceert echter een duidelijke inperking van de problematiek. Aan het algemenere vraagstuk van de betekenis van de alternatieve geneeswijzen in het licht van meer globale maatschappelijke ontwikkelingen besteedt de CAG niet meer dan vijf pagina's op een totaal van ongeveer driehonderd, de bijlagen niet meegerekend. In die luttel pagina's komt de commissie dan ook niet verder dan het, voorzichtig, aanstippen van de problematiek:

'Wellicht zou men kunnen zeggen dat de opkomst van (althans sommige) alternatieve geneeswijzen moet worden gezien als een poging van (een deel van) de samenleving om een betere manier van omgaan met gezondheid te zoeken of zelfs aan te dragen.'

De CAG werkt dit centrale punt helaas niet uit:

'De tijd zal leren of de belangstelling voor alternatieve geneeswijzen meer een voorbijgaand verschijnsel is dan wel of zich vanuit de alternatieve geneeswijzen van nieuw soort gezondheidszorg zal ontwikkelen.'

Beantwoording van deze cruciale vragen zou, zo stelt men, een uitvoerige sociologische analyse vergen, waartoe de commissie zich, mede door gebrek aan voldoende onder-

zoeksgegevens, niet in staat heeft geacht. Maar zonder een expliciete situering van het verschijnsel van de alternatieve geneeswijzen in een breder maatschappelijk perspectief is het, in ieder geval voor ons, niet mogelijk het pleidooi voor de alternatieve geneeswijzen, wat het CAG-rapport toch in feite is, te onderschrijven. Daarom zullen we, in een volgend artikel, proberen een begin te maken met een dergelijke situering door te onderzoeken óf, en in hoeverre de alternatieve geneeswijzen in staat (zullen) zijn het proces van voortgaande medicalisering van de samenleving een halt toe te roepen of zelfs om te keren. Dit leidt ons dan tot een duidelijk kritischer houding ten opzichte van de alternatieve geneeswijzen dan naar voren komt uit het rapport van de CAG.³

Op het punt van de wetenschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen ligt de situatie anders. Het rapport van de CAG bevat geen concrete wetenschappelijke analyses en evaluaties van de verschillende alternatieve geneeswijzen in Nederland. Maar dat betekent niet dat het wetenschappelijke aspect niet aan de orde gekomen is. De CAG is namelijk wel degelijk zeer uitvoerig ingegaan op het vraagstuk van de (on)wetenschappelijkheid van de alternatieve geneeswijzen in het algemeen. Sterker nog, de hele strategie van de CAG berust op de aanname dat het probleem van de erkenning van de alternatieve geneeswijzen in feite van wetenschappelijke aard is. Maatschappelijke factoren en prioriteiten spelen alleen een negatieve rol: ze verhinderen dat een goede wetenschappelijke beoordeling van de alternatieve geneeswijzen überhaupt op gang komt. Op deze problematiek van de (on)wetenschappelijkheid van de alternatieve (én reguliere) geneeswijzen zullen we in dit artikel nader ingaan. Daarbij willen we eerst de strategie van de CAG bespreken en van kritisch commentaar voorzien. Vervolgens willen we de (tegen)strategie der regulieren, zoals vooral door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) verwoord, bespreken en kritisch evalueren. Uit onze discussie blijkt dat het idee van een scheiding, of zelfs een tegenstelling, tussen wetenschappelijke en maatschappelijke aspecten van geneeswijzen, zoals door de CAG en trouwens ook door de KNMG voorgestaan wordt, niet houdbaar is. We zullen de discussie vervolgens toespitsen op het probleem van de toetsbaarheid en toetsing van geneeswijzen. Hierbij gaat het, zoals we uitvoerig zullen betogen, niet alleen om wetenschappelijke kennis en de mogelijkheid van technische controle van de condities waaronder toetsing plaatsvindt, maar ook en vooral om maatschappelijke kennis en sociale controle van deze condities.

De alternatieven gewogen

In het rapport van de CAG speelt het probleem van de (on)wetenschappelijkheid van reguliere en alternatieve geneeswijzen een belangrijke rol. De opvattingen van de CAG ten aanzien van dit probleem kunnen we in een drietal punten samenvatten.

In de eerste plaats gaat de CAG er vanuit dat er slechts één geneeskunde, slechts één medische wetenschap, is: 'Binnen de wetenschap kunnen uiteraard veel verschillende opvattingen bestaan, maar van alternatieve wetenschapsopvattingen buiten de ene medische wetenschap kan geen sprake zijn.'⁴

De geneeskunde, zo stelt men, dankt deze eenheid aan het bestaan van een eenduidige wetenschappelijke methode: die van de rationele discussie en oordeelsvorming binnen het zogenoemde 'forum'. Dit forum is geen concrete maatschappelijke institutie, maar een abstract lichaam, waartoe in principe iedere wetenschapper behoort. Het hanteert idealiter een aantal bovenpersoonlijke, objectieve, methodologische regels, die het mogelijk maken om op termijn ware van onware, of wat voorzichtiger gesteld meer ware van minder ware beweringen te scheiden. Een voorbeeld is de regel dat een wetenschappelijk betoog consistent dient te zijn. Vanuit een dergelijke forumvisie op wetenschap lijken de verschillen tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen, die volgens de commissie vaak overdreven worden, niet onoverbrugbaar. Immers, tot wetenschap behoren al die vormen van kennis die ter discussie en beoordeling onderworpen worden aan de universele forumregels. Het is niet a priori in te zien waarom alternatieve medische kennis op grond van deze regels in alle gevallen zonder meer onacceptabel zou zijn. De verwachting van de CAG is dat veeleer het tegendeel het geval zal blijken te zijn.

Ten tweede: deze notie van het forum levert de CAG een criterium om wetenschap van niet- of pseudo-wetenschap af te grenzen, dat formeel of procedureel van aard is. Inhoudelijk gezien kunnen er echter grote verschillen optreden tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen, omdat: 'iedere geneeswijze door haar kennistheoretische grondslagen slechts een beperkt zicht op de werkelijkheid mogelijk maakt.. Binnen verschillende geneeswijzen kan men verschillende vormen van denken onderscheiden, uitgaande van andere paradigma's.' De CAG maakt in dit verband een hoofdonterscheiding tussen twee typen van benaderingen: de analytische en de contextuele.⁶ Deze kan men ruwweg als volgt karakteriseren. In de analytische benadering splitst men mensen, organen, enzovoorts - al of niet letterlijk - eerst op in hun samenstellende onderdelen en probeert vervolgens te begrijpen hoe deze gehelen functioneren in termen van de werking van en de wisselwerking tussen hun onderdelen. De contextuele aanpak gaat daarentegen uit van een geheel en probeert de optredende verschijnselen te verklaren met behulp van factoren uit de ruimere (sociale, omgevings-) context waarin dit geheel geplaatst is. Naar de mening van de CAG vullen beide optieken, de analytische en de contextuele, elkaar aan. Juist door hun verschillen zijn ze beide noodzakelijk om een adequaat en bevredigend zicht op de werkelijkheid van gezondheid en ziekte mogelijk te maken.

Een derde belangrijk punt is dat naar de mening van de CAG de wetenschappelijke gemeenschap van de (reguliere) medici haar forumfunctie ten aanzien van de alternatieven niet naar behoren uitoefent. In feite is namelijk nog zeer weinig goed onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke houdbaarheid van de alternatieve geneeswijzen. In plaats van een dogmatische verkettering van alternatieve geneeswijzen is een (echt) wetenschappelijke aanpak vereist, in de vorm van een gedifferentieerde en genuanceerde 'beoordeling van hun waarheidsgehalte aan de hand van objectieve maatstaven'.⁷

Dat een dergelijke wetenschappelijk verantwoorde oordeelsvorming niet of te weinig heeft plaatsgevonden, heeft niet zozeer te maken met de onwetenschappelijkheid van de

alternatieve geneeswijzen, als wel met 'storende' factoren binnen de wetenschappelijke gemeenschap van de reguliere medici, zoals: maatschappelijke druk van belangengroepen, persoonlijke interesses, beschikbare financiën, status van de alternatieve geneeswijzen, enz.⁸ De commissie gaat er vanuit dat dit in feite een oneigenlijke situatie is, die opgeheven kan en moet worden. De enige legitieme voorwaarden voor erkenning van alternatieve geneeswijzen liggen volgens hen in de sfeer van de wetenschappelijke verantwoording: 'In het algemeen zal... het proces van argumentatie en tegenargumentatie het belangrijkste zijn: wie de beste argumenten heeft wint.'

Wetenschapstheoretische kritiek

Er is één ding dat direct opvalt aan deze door de CAG voorgestane visie op wetenschap. Dat is dat de forumvisie die aan de wetenschapstheoretische beschouwingen van de CAG ten grondslag ligt, in feite dateert uit 1961.¹⁰ Het probleem daarmee is dat zich juist sindsdien in de wetenschapstheorie stormachtige ontwikkelingen hebben voorgedaan die geleid hebben tot totaal andere visies op de wetenschappen. Natuurlijk is dit alles aan de CAG niet geheel voorbijgegaan. Maar de manier waarop zij proberen deze nieuwere inzichten te combineren of zelfs te verzoenen met een forumvisie is overduidelijk te goedkoop. We zullen dit hieronder laten zien door de in het voorgaande weergegeven standpunten van de CAG te becommentariëren vanuit de moderne wetenschapstheorie.

Het probleem met het wetenschappelijk forum is dat het niet bestaat. Op zich wordt dit wel erkend door de CAG, wanneer gesteld wordt dat de notie van een forum een idealisatie is, die in de praktijk nooit helemaal gerealiseerd is of te realiseren zal zijn. Het punt is echter dat het introduceren van en het werken met dergelijke idealisaties alleen zinvol is, wanneer concrete wetenschappelijke gemeenschappen tenminste bij benadering voldoen aan de eisen die aan een wetenschappelijk forum gesteld worden. Zelfs dit is echter in de verste verte niet het geval. Je zou dit voor iedere forumregel, op basis van historisch en sociologisch wetenschapsonderzoek, gemakkelijk kunnen aantonen. Korthedshalve volstaan we hier met één voorbeeld, en wel ten aanzien van de regel dat een nieuw voorgesteld idee of feit 'niet strijdig dient te zijn met reeds geaccepteerde of te zelfder tijd aangeboden andere beweringen, tenzij vergezeld van argumenten, die de nieuwe bewering aanzienlijk meer waar maken dan de bestaande'.¹² Als een dergelijke regel gevolgd zou worden, dan zou aan wetenschappelijke vernieuwing snel een einde komen. Immers, zoals met name Kuhn heeft laten zien, houdt bij wetenschappelijke vernieuwingen (revoluties) een nieuwe theorie of een nieuw paradigma in het algemeen slechts de belofte tot het vinden van 'meer waarheid' in; het nieuwe paradigma moet eerst geaccepteerd worden om het vinden van deze meer-waarheid mogelijk te maken.^{12a} We kunnen concluderen dat een evaluatie van de alternatieve geneeswijzen op basis van een forumvisie onmogelijk is. Als de wetenschappelijke gemeenschap van de reguliere medici bij lange na niet aan de forum eisen voldoet, dan gaat het criterium verloren waarmee de CAG de alternatieve geneeswijzen wil beoordelen. Met de notie van een forum is echter nog een ander bezwaar verbonden. Dat is het volgende. Zelfs al bestond het forum in de medische wetenschap (al of niet bij benadering), dan nog levert de forumvisie een demarcatie criterium ter afgrenzing van wetenschap en niet- of pseudo-wetenschap, dat veel te ruim is. In feite valt alle zogenoemde rationele argumentatie er onder (bijvoorbeeld rechtspraak, maar ook minder formele vormen, voorkomend in alledaagse discussies). Het is dan ook geen wonder dat van hieruit de verschillen tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen mee-

we:1...

inziens moet minstens ook het vraagstuk van de toetsbaarheid en de toetsing van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de beschouwingen betrokken worden, willen we een zinnige beoordeling van de controverse komen. Overigens zal dit vraagstuk, zoals we straks zullen zien, heel wat genuanceerder bekeken moeten worden dan het geval is in de kritiek van de KNMG op het CAG-rapport. Het belangrijk gevolg van het in de beschouwingen betrekken van dit aspect is dat de verschillen tussen alternatieven en regulieren groter blijken te zijn dan de CAG doet voorkomen en zou wensen.

Dit brengt ons vanzelf op een kritiek op het tweede punt, dat van de inhoudelijke verschillen tussen alternatieve en reguliere geneeswijzen. Ons inziens zal een combinatie of het vreedzaam naast elkaar bestaan van verschillende benaderingen van gezondheid en ziekte (zoals de analytische en de contextuele) veel moeilijker zijn dan de CAG denkt. De reden daarvoor is de volgende. Inhoudelijke verschillen in geneeswijzen (bijvoorbeeld ten aanzien van de onderliggende ziektebegrippen)¹³ impliceren in het algemeen ook verschillende wijzen van toetsing van de effectiviteit van deze geneeswijzen (bijvoorbeeld een experimentele versus een casuïstische toetsing - zie verderop in dit artikel -). Het CAG-rapport bevat een lange lijst met specifieke moeilijkheden die zich kunnen voordoen bij effectonderzoek ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen.¹⁴ Maar opmerkelijk is dat de commissie vervolgens niet ingaat op het probleem dat ook de aanvaardbaarheid van in het forum ingebrachte argumenten met betrekking tot de effectiviteit van geneeswijzen sterk afhangt van de aanvaardbaarheid van de wijze van toetsing van die geneeswijzen. Het vaststellen van de juistheid van wetenschappelijke argumenten is geen kwestie van formele logica. Ook specifieke theoretische overwegingen, met name ten aanzien van de vraag wat telt als deugdelijk bewijsmateriaal, spelen een belangrijke rol. De grote inhoudelijke verschillen in het hele spectrum van reguliere en alternatieve geneeswijzen brengen met zich mee dat een wetenschappelijke evaluatie op de manier zoals de CAG zich voorstelt zeer problematisch is. Uit de tot zover geleverde kritiek volgt eigenlijk direct dat ook het idee van het vaststellen van het waarheidskarakter van alternatieve geneeswijzen door het forum aan de hand van objectieve maatstaven uiterst dubieus is. Het minste wat je kunt zeggen is dat noties als 'objectiviteit' en 'waarheid' in de moderne wetenschapstheorie dermate omstreden zijn, dat het klakkeloze gebruik ervan door de CAG totaal onbegrijpelijk is.¹⁵ Maar werkelijk te bont maakt de CAG het wanneer ze tegelijk argumenteert, in termen van Kuhn'se paradigma's -- die immers volgens Kuhn onverenigbaar zijn¹⁶ -- én van universele criteria om vanuit een overkoepelend standpunt (de 'ene' medische wetenschap) alle bestaande paradigma's aan de hand van objectieve criteria op hun waarheid te toetsen!¹⁷

Volgens de CAG hebben de enige echte ware voorwaarden voor erkenning betrekking op het al of niet wetenschappelijk zijn van de alternatieve geneeswijzen. Historisch-maatschappelijke aspecten worden alleen als hinderlijke obstakels voor een dergelijk proces van erkenning gezien.¹⁸ Daartegenover wordt in de moderne wetenschapstheorie de historisch-maatschappelijke gesluisheid van wetenschap vaak - en terecht - als een wezenlijk en onafschiedelijk aspect ervan opgevat. Historisch-maatschappelijke invloeden worden niet zonder meer bestempeld als 'afwijkingen' van het ideaal of als 'tekorten' aan rationaliteit.

De strategie der regulieren

Ook de wetenschappelijke strategie van de reguliere medici, van de KNMG, en hun filosofen kunnen we in een aantal punten op hoofdlijnen typeren. We baseren ons daarbij in hoofdzaak op het 'Commentaar van de werkgroep ter voor-

bereiding van de KNMG-reactie op het rapport van de Commissie 'Alternatieve Geneeswijzen in Nederland', waarnaar we verwijzen als 'KNMG-werkgroep'.

Ten eerste gaat men er vanuit dat er een expliciet toepasbaar criterium is waarmee wetenschap van niet- of pseudowetenschap afgegrensd kan worden. Het verwijt aan de CAG is dat ze geen onderscheid maakt tussen wetenschap en pseudo-wetenschap. Deze kunnen echter van elkaar afgegrensd worden, onder andere doordat (1) wetenschappelijke theorieën en hypothesen toetsbaar zijn en (2) wetenschap een cumulatief karakter heeft.¹⁹ Het blijkt echter dat het tweede van deze criteria - de eis van cumulatie - geen onafhankelijke rol speelt. Het achterliggende idee is namelijk dat alleen cumulatie van na toetsing juist bevonden kennis acceptabel is. Cumulatie is in deze opvatting veeleer het gevolg van toetsbaarheid: eenmaal getoetste en juist bevonden kennis blijft altijd geldig, zodat toetsing vanzelf tot cumulatie leidt.²⁰ In het vervolg zullen we ons dan ook alleen bezig houden met toetsing en toetsbaarheid en het aspect van cumulatie buiten beschouwing laten.

In de tweede plaats huldigt de KNMG, evenals de CAG, de opvatting dat er maar één medische wetenschap is en kan zijn. In tegenstelling tot de CAG identificeert men deze ene medische wetenschap echter a priori met de reguliere geneeskunde. De KNMG-werkgroep ziet de toenemende belangstelling voor alternatieve geneeswijzen als een teken dat er lacunes in de reguliere geneeskunde zijn en doet aanbevelingen om de oorzaak van deze belangstelling weg te nemen. Deze optimistische redenering contrasteert sterk met de opvatting van de CAG die juist wijst op de fundamentele aard van de problemen die de reguliere geneeskunde heeft met, vooral, de chronisch degeneratieve ziekten.

Een derde belangrijk punt in de positie van de KNMG is dat men intussen wel alvast overgaat tot een be- en veroordeling van de alternatieve geneeswijzen: 'een groot gedeelte van de alternatieve behandelingen moet... worden gekarakteriseerd als pseudo-wetenschap'.²¹ Daartegenover wordt het wetenschappelijke karakter van de reguliere geneeskunde sterk benadrukt. De geneeskunde is een toegepaste empirische wetenschap, die de resultaten van vele andere wetenschappen gebruikt (biologie, chemie, natuurkunde, wiskunde, sociologie, psychologie). Het is, volgens de KNMG, dit wetenschappelijk karakter dat het mogelijk maakt 'een lange lijst op te stellen van onderzoeken die onomstotelijk het nut van bepaalde reguliere behandelwijzen aantonen'.²²

Regulieren bekritiseerd

Opmerkelijk in het standpunt van de KNMG is een belangrijke overeenkomst met de CAG: beiden benadrukken de cruciale rol die wetenschap speelt of moet spelen bij het beoordelen van (reguliere en alternatieve) geneeswijzen. Meer in het bijzonder gaan ze beiden uit van het postulaat van de eenheid van de (medische) wetenschap. Een deel van het conflict, althans zoals dat expliciet in het debat tot uiting komt, berust dan op het feit dat beide groepen verschillen de invullingen aan deze stelling geven. De invulling van de CAG hebben we in de vorige paragraaf becommentarieerd. Hier willen we de kritiek van de KNMG op het CAG-rapport punt voor punt aan de orde stellen.

Allereerst is er de gedachte dat er een praktisch toepasbaar, algemeen criterium bestaat (toetsbaarheid), waarmee wetenschap van pseudowetenschap, het kaf van het koren, afscheiden kan worden. Dit is het beruchte demarcatievraagstuk. (Tussen haakjes: de kritiek van de KNMG als zou de CAG geen onderscheid maken tussen wetenschap en pseudowetenschap, is onjuist. De forumvisie van de CAG impliceert wel degelijk een antwoord op de demarcatievraag). Een feit is echter dat deze demarcatiekwestie voor de hui-

... een onopgelost dan wel een onoplosbaar probleem is. Er bestaat op dit moment niet zoiets als een universeel toepasbaar demarcatie criterium. Het zijn er allerlei voorstellen, maar deze zijn voor stuk discutabel en in ieder geval zijn ze niet zonder uitzondering toepasbaar, zoals blijkt bij toetsing met behulp van historische en sociologische case-studies. Daarom wordt, met name in de moderne wetenschapssociologie, het vraagstuk van de demarcatie van wetenschap en niet-wetenschap vaak als onoplosbaar beschouwd of als een pseudoprobleem van de hand gewezen.²⁴ Natuurlijk is hierover discussie mogelijk. Wat echter niet kan, is al deze standpunten negeren en, door even een niet verder geëxpliciteerde term als toetsbaarheid te laten vallen, de suggestie wekken dat het hele probleem simpel en opgelost is. Anderzijds duidt het idee van toetsbaarheid, mits niet opgevat als een eenduidig demarcatie criterium, ons inziens wel een belangrijk inhoudelijk aspect van de zaak aan, dat zeker bij de discussie betrokken zal moeten worden. Dat deze toetsingsproblematiek veel complexer is dan gesuggereerd wordt, blijkt eigenlijk ook al uit de karakterisering van de geneeskunde (door de KNMG) als een toegepaste wetenschap die de resultaten van vele andere, onderling sterk verschillende, wetenschappen gebruikt. Het zal duidelijk zijn dat natuurkundige experimenten een heel ander concept van toetsing impliceren dan bijvoorbeeld wiskundige bewijzen of sociologische tests. In de volgende paragraaf zullen we op deze problematiek van toetsing en toetsbaarheid iets nader ingaan.

Dit alles leidt automatisch tot een kritiek op het tweede punt, te weten het idee van de eenheid van de (medische) wetenschappelijke methode op basis van noties als toetsbaarheid en toetsing. We zullen hier niet opnieuw open (wetenschapstheoretische) deuren intrappen, maar volstaan met het curieuze standpunt van Mellenbergh. Deze haalt het boek van Suppe aan voor 'een overzicht van de huidige stand van zaken',²⁵ maar het vergeet er bij te vermelden dat deze huidige stand van zaken in de wetenschapstheorie, zoals die in het boek van Suppe weergegeven wordt, sterk contrasteert met zijn eigen opvattingen!

Het derde punt in de beoordeling van de KNMG betreft de veroordeling van het grootste deel van de alternatieve geneeswijzen en de verdediging van de 'onomstotelijk nuttige' reguliere geneeskunde. Het oordeel over de alternatieve geneeswijzen is, gemeten aan de eigen maatstaven van de KNMG, zacht gezegd 'onwetenschappelijk', want het is niet tot stand gekomen na grondige toetsing van deze geneeswijzen. Iemand als Mellenbergh heeft het zelfs over een 'indruk' dat vele alternatieve geneeswijzen pseudowetenschappelijk zijn.²⁶ Op dit punt is dan ook meer te zeggen voor de opvatting van de CAG, dat nu maar eens een begin gemaakt moet worden met een systematische evaluatie van de alternatieve geneeswijzen, waarbij het ons inziens nog een punt van discussie is hoe zo'n evaluatie eruit moet zien.

Toetsbaarheid en toetsing

Zoals we gezien hebben is de algemene strategie van zowel de CAG als de KNMG gericht op het aantonen van de (on)wetenschappelijkheid van de alternatieve geneeswijzen. Daarmee wordt echter een belangrijk aspect van de zaak over het hoofd gezien dan wel sterk vertekend. Dit is het punt dat de doelstelling van geneeswijzen 'genezen' is en niet (direct) het verkrijgen van theoretisch-wetenschappelijke kennis. Natuurlijk wordt bij iedere geneeswijze op een of andere manier kennis gebruikt. De verborgen vooronderstelling van de KNMG, en in mindere mate ook van de CAG, is dat wetenschappelijke kennis, die geproduceerd is onder specifieke omstandigheden, 'gewoon' toepasbaar is in de concrete therapeutische praktijk. Natuurlijk zijn er bijkomende problemen, maar deze tasten de bruikbaarheid van de benodigde medisch-wetenschappelijke kennis als zodanig

niet aan en maken deze evenmin overbodig. Als we erin slagen ware wetenschappelijke kennis toe te passen, dan is succes verzekerd. In een dergelijke opvatting wordt echter iets belangrijks over het hoofd gezien, iets waarover iedere huisarts kan meepraten. Dit is het feit dat de omstandigheden waaronder wetenschappelijke kennis geproduceerd wordt, zó kunnen verschillen van de situaties waarin deze kennis gebruikt zou moeten worden, dat de hele notie van 'toepassing' van wetenschappelijke kennis in concrete therapeutische praktijken (en om die praktijken gaat het toch in dit debat) twijfelachtig wordt. Een voorbeeld is de ontdekking van de antibiotische werking van penicilline op bacteriekolonies in een petrischaaltje. In deze situatie kan een volledig beheersbare situatie gecreëerd worden. Bij toepassing ter bestrijding van infectieziekten ontstaan nieuwe problemen, bijvoorbeeld resistentievorming bij de bacteriën. Op grond van deze overweging lijkt het veel zinniger bij het beoordelen van alternatieve (en reguliere) geneeswijzen niet een 'omweg' via de wetenschap te maken, maar te proberen concepten van toetsbaarheid en vormen van toetsing te ontwikkelen die direct op die praktische situaties toegesneden zijn. We zijn ons ervan bewust dat dit een ingewikkeld theoretisch en praktisch probleem is, dat in het kader van dit artikel zeker niet opgelost kan en zal worden. Onderzoek hiernaar zal zich echter eerst moeten bezig houden met een analyse en evaluatie van de verschillende mogelijke concepten van toetsbaarheid en toetsing. Enkele belangrijke mogelijkheden willen we hier opsommen en kort van commentaar voorzien.

Maar eerst nog een tweetal opmerkingen vooraf. Ten eerste vooronderstelt deze benaderingswijze dat het op zich zinvol is dergelijke eisen van toetsbaarheid en toetsing op te stellen. Van deze vooronderstelling gaan wij hier inderdaad uit. Niet om wetenschap van niet-wetenschap af te grenzen, maar uit oogpunt van en als voorwaarde voor een opener en democratischer gezondheidszorg: de patiënt of cliënt moet ongeveer kunnen weten waar hij/zij aan toe is bij de keuze van een bepaalde geneeswijze.

Ten tweede, om misverstanden te voorkomen, nog een opmerking over wat hier bedoeld wordt met 'toetsing'. Het gaat daarbij om het probleem wat effectiviteit van geneeswijzen is en hoe we deze kunnen vaststellen. Dit is dus iets anders dan de veelbesproken 'collegiale toetsing'. Bij dit laatste gaat het niet om een toetsing van de effectiviteit van geneeswijzen, maar om een toetsing of controle van de artsen, waarbij wat effectiviteit van geneeswijzen is in principe bekend geacht wordt. Wij willen hier juist dit laatste ter discussie stellen.

Om te beginnen zijn er verschillende mogelijkheden om de effectiviteit van geneeswijzen te toetsen. Ten eerste is er de experimentele toetsing in gesloten systemen, waarbij causale mechanismen gepostuleerd worden, die op een algemene manier verklaring en voorspelling van de effecten van de betreffende geneeswijzen mogelijk zouden maken.²⁷ Het is nog maar de vraag of op deze manier voor de medische wetenschap algemeen geldige mechanismen opgespoord kunnen worden. Er zijn wetenschappelijke gronden om aan te nemen dat de complexiteit van levende systemen leidt tot een grote specificiteit en een grote gevoeligheid voor uiterst kleine fluctuaties, zodat de algemeenheid van theorieën ten aanzien van deze systemen in twijfel getrokken kan worden.²⁸ Maar zelfs al kunnen op grond van experimenten algemene, voorspellende en verklarende, theorieën opgesteld worden, dan nog leidt een dergelijke werkwijze niet zonder meer tot adequate geneeswijzen in open systemen, dat wil zeggen: buiten de beheersbare context van de experimentele situaties in het laboratorium?²⁹

Een tweede mogelijkheid is een klinische effectanalyse, zonder dat hierbij causale mechanismen gepostuleerd worden.³⁰ In dit geval wordt volstaan met het constateren van regelmatigheden in de verschijnselen, bijv. een regelmatig verband (of eventueel een correlatie) tussen een toegediend medicijn en een waargenomen effect bij de patiënt. De

vraag of dit medicijn dit effect heeft veroorzaakt, blijft hier buiten beschouwing.

Ten derde is er de casuïstische evaluatie van een geneeswijze door een arts. In feite staan de reguliere medische tijdschriften vol met dit soort casuïstische toetsing. Het verschil met de bovengenoemde klinische effectanalyse is dat hier zeker geen sprake is van een algemene en duidelijk gespecificeerde regelmaat zonder uitzonderingen. Meestal wordt volstaan met het beschrijven van enkele gevallen. Het probleem hierbij is dat nog verdere argumentatie nodig is om te laten zien dat dit kleine aantal toch de adequaatheid van de gebruikte geneeswijze voor een ruimere klasse van gevallen plausibel maakt. Een vierde toetsingsmogelijkheid van een geneeswijze is gewoon aan de patiënt/cliënt vragen of hij of zij zich genezen voelt. Deze toetsing aan de beleving van de patiënt of cliënt zal/ moet altijd een belangrijk element van iedere toetsingswijze uitmaken.

Toetsing ~ beheersing

Het zou te ver voeren om deze toetsingsmogelijkheden verder te gaan onderzoeken en evalueren. In plaats daarvan willen we op een ietwat verkennende manier ingaan op het probleem van open systemen in relatie met toetsbaarheid en toetsing. Heel globaal houdt dit probleem het volgende in. Vanuit het standpunt van de toetser bekeken, moeten we de relevante condities waaronder een bepaalde behandeling plaatsvindt zowel kennen als beheersen. Dit geldt zowel voor reguliere als voor alternatieve geneeswijzen. Als het voor een therapie essentieel is dat de patiënt na het eten drie pillen inneemt, dan moeten we -- wil het betreffende geval een goede toets van de geneeswijze zijn - de relevante condities zodanig kennen en manipuleren dat de patiënt niet vóór het eten zes pillen neemt. Of, als iemand een biologisch-dynamisch dieet moet volgen van zijn natuurgenezer, dan moeten we weten of weten te bewerkstelligen dat de als zodanig aangeprezen voeding ook inderdaad biologisch-dynamisch is. Met andere woorden: bij toetsing streven we ernaar open systemen te sluiten doordat we proberen de relevante condities te specificeren en te beheersen. Zoals we zien uit bovenstaande voorbeelden, is hiervoor niet alleen theoretische kennis vereist, maar ook maatschappelijke kennis en macht, namelijk om het sluiten van open systemen in de praktijk te kunnen effectueren. De dokter moet het maatschappelijk werk kunnen inschakelen om te zorgen dat bovengenoemde patiënt op tijd het juiste aantal pillen neemt. En de natuurgenezer, die ter verhoging van de weerstand van de baby borstvoeding aanraadt, voelt zijn tekort aan maatschappelijke macht wanneer moedermelk zo verontreinigd blijkt door PCB's dat de gezondheidsbevorderende werking ervan twijfelachtig wordt?¹

Bij toetsbaarheid en toetsing gaat het derhalve om de mogelijkheid om open systemen zodanig te sluiten dat we voorspellingen kunnen doen of verwachtingen kunnen uitspreken over het verloop van ziekte en behandeling. Systemen die we op grond van de huidige kennis en beheersingsmogelijkheden niet kunnen sluiten, noemen we open. Essentieel in een dergelijke opvatting is dat toetsbaarheid en toetsing altijd zowel theoretische (kennis-) aspecten als maatschappelijke aspecten hebben. Deze maatschappelijke aspecten zijn van heel andere aard dan de maatschappelijke aspecten die een rol spelen bij wetenschappelijke toetsing in laboratorium of kliniek. Dit maakt dat het toetsen van geneeswijzen in open systemen niet gewoon het toepassen van wetenschappelijke, theoretische kennis is. Het aspect van de maatschappelijke kennis en beheersing is geen bijkomend probleem, maar een wezenlijk onderdeel van de toetsing van alternatieve én reguliere geneeswijzen.

Een voorbeeld om dit allemaal wat te verduidelijken. Trix heeft last van een chronische voorhoofdsholte-ontsteking. Er zijn nu drie (of meer) mogelijke hypothesen en bijbehorende toetsingswijzen denkbaar:

a. Het neustussenschot staat scheef en dit verhindert een afdoende afvoer van allerlei kwade stoffen. Toetsing: operatief rechtzetten van het tussenschot.

b. Het vele roken en het slechte eten van Trix maakt dat ze een lage weerstand heeft en zodoende de ontstekingen niet zelf de baas kan. Toetsing: een psychotherapie om haar van de rookverslaving af te helpen en kennis en motivatie bij te brengen voor een andere voedingswijze, bijv. gebaseerd op een natuurgeneeswijze, plus een financiële tegemoetkoming voor de hogere kosten van deze voeding.

c. Trix werkt in een ziekenhuis en de daar overvloedig aanwezige ziektekiemen zijn de oorzaak van de aandoening. Toetsing: ze neemt ontslag en een andersoortige baan. Hoe zit het nu praktisch gezien met deze toetsingsmogelijkheden?

ad a: deze geneeswijze is in onze maatschappij zeker toetsbaar (het ziekenfonds vergoedt de kosten); inmiddels is deze toetsing uitgevoerd, met een negatief resultaat.

ad b: op deze geneeswijze is men nog niet gekomen, omdat deze buiten de reguliere geneeskunde valt. Dus: praktisch gezien niet toetsbaar.

ad c: er is wel gesuggereerd dat Trix zou ophouden met werken in het ziekenhuis. Maar: dit is in feite onmogelijk, want ander werk is niet te vinden en het geld is dringend nodig. Dus: (c) is op maatschappelijke gronden praktisch niet toetsbaar.

Het zal duidelijk zijn dat de hier uiteengezette bpvattingen over toetsbaarheid en toetsing nog globaal en schetsmatig zijn. Ons inziens laten deze uiteenzettingen al wel zien dat de problematiek rond toetsing en toetsbaarheid van geneeswijzen veel complexer is dan de KNMG ons wil doen geloven in haar reactie op het CAG-rapport. Bovendien worden ook de contouren van een alternatieve benadering van de problematiek op deze manier enigszins zichtbaar.

Zoals we gezien hebben gaat het bij toetsing van geneeswijzen niet alleen om wetenschappelijke kennis en technisch-wetenschappelijke beheersing, maar tegelijk ook om maatschappelijke kennis en sociale controle van de condities die noodzakelijk zijn voor effectief medisch ingrijpen. Het sluiten van open systemen in een maatschappelijk krachtenveld vormt een wezenlijk aspect van het toetsen van alternatieve (en reguliere) geneeswijzen. Het is dit aspect dat in het rapport van de CAG uitermate onderbelicht gebleven is.

Wat we gezegd hebben in het voorgaande maakt een meer gedifferentieerde inschatting mogelijk van de maatschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen. We kunnen ons namelijk afvragen of we ons willen schikken onder de sociale controle die nodig is voor een effectieve toepassing van alternatieve geneeswijzen en, zo ja, onder wiens sociale controle we ons willen schikken. Ons inziens leidt de wetenschappelijke strategie van de CAG veel te gemakkelijk tot een toenemende sociale controle door de medische professies, de staatsbureaucratie, de farmaceutische industrie, enzovoorts, met andere woorden: tot een toenemende medicalisering van mens en maatschappij. Onze voorwaarde voor erkenning van de alternatieve geneeswijzen is dan ook: een opener en democratischer vorm van 'sociale controle' om te komen tot alternatieve geneeswijzen die met name ook de maatschappelijke oorzaken van ziekte niet ongemoeid laten. Noodzakelijk hiervoor is het formuleren van gedifferentieerde en specifieke tegenstrategieën en het vormen van maatschappelijke tegenmacht. Maar in feite moeten we nog een stap verder gaan. In het algemeen is het zeker niet altijd wenselijk open systemen te sluiten en de daarvoor benodigde sociale controle voor lief te nemen, om zodoende toetsing van een geneeswijze mogelijk te maken. Patiënten/cliënten kunnen op grond van persoonlijke en maatschappelijke analyses en prioriteiten besluiten niet mee te werken aan het effectueren van geneeswijzen. Hiervoor is opnieuw de beschikking over tegenstrategieën en tegenmacht een noodzakelijke voorwaarde. In het volgend artikel zullen we, in een meer sociologische analyse, uitgebreid terugkomen op bovenstaande problemen rond de erkenning

van de alternatieve geneeswijzen.³²

Noten

1. Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen, Alternatieve Geneeswijzen in Nederland, Den Haag 1981, p. 169; in volgende noten wordt hiernaar verwezen als CAG-rapport. 2. CAG-rapport, p. 170. 3. Te verschijnen in een volgend nummer van 37.5, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. 4. CAG-rapport, p. 22; zie ook bijlage H, p. 6 en pp. 12-14. 5. idem, p. 27. 6. idem, p. 231-232. 7. idem, p. 238; vgl. ook p. 20. 8. idem, p. 237-238. 9. idem, p. 246. 10. Zie A.D. de Groot, Methodologie, 's-Gravenhage 1961. 11. Vanaf ongeveer 1960 kunnen we spreken van een 'historische golf' in de wetenschapstheorie, waarmee vooral de namen van Kuhn, Feyerabend en Lakatos verbonden zijn: Thomas Kuhn, The Structure of Scientific Revolutions, 2nd edition, Chicago 1970; Paul Feyerabend, Against Method, London 1975; Imre Lakatos, Alan Musgrave (eds.), Criticism and the Growth of Knowledge, Cambridge 1970. Daarnaast en daarna is er, ongeveer vanaf 1975, een belangrijke 'sociologische golf' opgekomen, waarin wetenschappelijke kennis sociologisch geanalyseerd en verklaard wordt: zie Steven Shapin, History of Science and its Sociological Reconstructions, History of Science, 20, 1982, pp. 157-211; Karin D. Knorr, Michael Mulkay (eds.), Science Observed, London 1983. 12. CAG-rapport, p. 236. 12a. Kuhn onderzocht de ontwikkeling van wetenschapsgebieden en stelt dat deze niet wordt gekenmerkt door rechtlijnige groei, maar door breuken of revolutionaire perioden. In zo'n revolutieperiode vindt een omslag plaats die betrekking heeft op de grondbegrippen, vooronderstellingen en waarden in dat wetenschapsgebied. Tevens levert een nieuw paradigma een 'schoolvoorbeeld' dat maatgevend is voor het soort problemen dat moet worden aangepakt en de manier waarop die moeten worden behandeld. Haar waarde moet in toekomstig onderzoek verder gestalte krijgen. In deze zin houdt een nieuw paradigma dan ook een belofte in en niet meer dan dat. 13. K. Rotschuh, Konzepte der Medizin, Stuttgart 1978, hoofdstuk 1. 14. CAG-rapport, p. 240-242. 15. Pieter Pikelharing, 'Cyclopiëse filosofie', Krisis, nr. 9, 1982, pp. 28-52. 16. Grote wetenschappelijke theorieën of paradigma's 'kijken' ieder op hun eigen wijze naar de werkelijkheid. Wat je door de ene wetenschappelijke bril ziet en feiten of waarnemingen noemt, zie je niet door de andere. Paradigma's zijn daarom volgens Kuhn incommensurabel of onverenigbaar, dat wil zeggen zij kunnen niet zondermeer met elkaar vergeleken worden met een beroep op onafhankelijke feiten. Een simpel voorbeeld is het beroemde eend-konijnplaatje.



Vanuit de ene theorie zie je in dit plaatje een eend, terwijl je vanuit de andere een konijn ziet. 17. CAG-rapport, bijlage H, pp. 34-35. 18. CAG-rapport, pp. 243-244. 19. Commentaar van de werkgroep ter voorbereiding van de KNMG-reactie op het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen in Nederland, Medisch Contact, nr. 51/52, 1982, pp. 1672-1680; hiernaar wordt in volgende noten verwezen als 'KNMG-werkgroep'; vergelijk ook G.J. Mellenbergh, Wetenschapsoopvattingen en alternatieve geneeswijzen, Medisch Contact, nr. 51/52, 1982, pp. 1629-1632. 20. Mellenbergh 1982, o.c., p. 1630. 21. KNMG-werkgroep, p. 1677; vgl. ook Mellenbergh 1982, p. 1630. 22. KNMG-werkgroep, p. 1676. 23. Zie bijvoorbeeld Herman Koningsveld, Het Verschijnsel Wetenschap, Meppel 1976, pp. 93-96; pp. 163-164 en p. 200. 24. Zie bijvoorbeeld Bruno Latour en Steve Woolgar, Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts, London and Beverly Hills: Sage 1979. 25. Mellenbergh 1982, o.c., p. 1630. 26. idem, p. 1632. 27. Vgl. KNMG-werkgroep, p. 1675. 28. Zie Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, Dialog mit der Natur, München 1981, met name hfdst. VI. 29. Vgl. voor deze noties van open en gesloten systemen, Roy Bhaskar, A Realist Theory of Science, 2nd edition, Hassocks 1978, met name hfdst. 2. 30. De homeopaath Wiersma stelt bijv.: 'het juiste criterium voor wetenschappelijkheid is niet de verklaarbaarheid, maar de exactheid en de objectiviteit bij de waarnemingen'; M. Wiersma, Homeopathie en bewijsvoering, Medisch Contact, nr. 51/52, 1982, pp. 1640-1642. 31. Elke Pröster, Moedermelk in een vervuild milieu (Nederlandse bewerking: Aktie Strohalms), Amsterdam 1983. 32. Zie noot 3.

Handje helpen, beentje lichten

Psychologen en de crisis

Nu het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) zich als standsorganisatie is gaan bezighouden met de economische recessie, en dat nota bene op haar lustrumcongres van 28-29 okt. j.l., zou je denken dat de gevestigde psychologen de ogen zijn opengegaan. Goed, al eerder had het NIP aandacht besteed aan de werkloosheid van psychologen, maar nu betreden de psychologen moedwillig het zo versmadelde en gemeden terrein van de politieke discussie. Het is daarom van groot belang te bekijken wat deze wending in de psychologenwereld te betekenen heeft, en welke politieke opstelling erin vervat ligt. In elk geval is de vraag naar de rol en mogelijke bijdrage van de psychologie in de huidige maatschappij legitiem geworden en mag deze vraag nu openlijk worden gesteld. Waar de crisis al niet goed voor is!

Het thema van het congres in ogenschouw nemend zou het voor de hand liggen allereerst te specificeren wat die economische recessie inhoudt. Toch hebben de congresserende psychologen precies dit nagelaten te doen. Daardoor ontstond een vreemdsoortige tweeslachtigheid. Aan de ene kant werd in verschillende toonaarden uitgeroepen dat de crisis beslist niet alleen economisch van aard was, maar wat er dan nog meer speelde is in het ongewisse gebleven.

Aan de andere kant is het beeld van de recessie zoals dat in het neo-realistisch proza wordt geschilderd, simpelweg overgenomen. Dus: er is een manco aan economische groei, de verzorgingsstaat kost teveel, en derhalve moet er worden bezuinigd, gedereguleerd, geprivatiseerd. Het meest gênante gevolg van deze tweeslachtigheid is wel geweest dat over de zeer ongelijke verdeling van de lasten van de recessie over diverse bevolkingsgroepen geen enkele studie is gemaakt. Concrete verslechtingen in de positie van vrouwen, Jongeren, buitenlanders, bejaarden, van gehandicapten, zieken, gekken, en van uitkeringstrekkers, geen woord is eraan besteed. Zeker, er waren bijdragen waarin werd gerapporteerd over onderzoek naar de reacties van mensen op inkomensdaling, om daaruit een soort bezuinigingstactiek van mensen te halen. Dat leidt dan tot zulke onthutsende bevindingen als: 'bij laag inkomen en pessimistische verwachtingen past men de bestedingen en levensstijl noodgedwongen aan'.

Niet alleen is de ongelijke toedeling van misère buiten beschouwing gebleven. Die ongelijkheid is vooral ook weggestopt onder pogingen het een of andere psychologische kenmerk of mechanisme als verklaring op te voeren voor de huidige deplorabele toestand. Zo vergeleek een hooggeleerde de klaagzangen in de maatschappij over daling van inkomens en perspectieven met het janken van ratten die in een kooi nooit iets hadden hoeven doen om hun bolletje voedsel te krijgen en afgeleerd hadden in een andere situatie adequaat voedselvervangersgedrag te vertonen: ze gingen ge-

woon in een hoekje liggen jammeren. Weer een andere professor benadrukte dat de recessie is op te vatten als het resultaat van een ongezonde levensstijl. In de jaren van groei hebben de mensen een manisch gedrag ontwikkeld, ze zijn zonder doel of richting gaan rondrennen. Het opkomen van (de aandacht voor) depressie zo rond '60-'70 valt samen met het inzetten van de economische crisis, en is te begrijpen als het schadelijk gevolg van dit overactieve gedrag. Wat we nu nodig hebben is dan ook een radicale verandering van levensstijl; de verhouding tussen werkenden en niet-werkenden zal gelijkjer moeten worden en de materiële achteruitgang die ermee samenhangt vraagt een nieuwe ascese en zal een nieuwe sociale cohesie te zien geven.

Onder luid applaus stelde dezelfde spreker op het slotforum voor een Brede Maatschappelijke DISCUSSIE over een Nieuwe Levensstijl te starten en hij vroeg het aanwezige PvdA-amerlid Van der Hek dat in het parlement te brengen. Die wees het idee af en vroeg zich en passant af wat de verzamelde psychologen aan het doen waren. Want op het forum was niet veel anders naar voren gebracht dan dat er meer psychologen in het beleid betrokken moesten worden, dat ze een plaats in diverse departementen moesten krijgen en dat ze nuttige dingen hadden in te brengen zoals efficiëntie en organisatiedeskundigheid, psychologisch verantwoorde presentatie van beleid e.d. Over deze tamelijk schaamteloze self-promotion was het Van der Hek die de vraag naar de beroepsethiek stelde: wierpen de psychologen zich zo niet al te zeer op als beroepsmampulatores? De vraag bleef onbeantwoord.

Deze opstelling van de psychologen als predikers van een nieuwe moraal past wonderwel bij het neo-liberale jargon van 'allemaal de broekriem aantrekken' en vergroting van de eigen verantwoordelijkheid. Ze hangt ook samen met de overname van de in het publieke debat geconstrueerde beeld van 'crisis'. Dit beeld van achteruitgang is zeker ook bedoeld om een voor iedere burger gelijke interpretatie te bewerken van wat er gaande is, om bij de bevolking steun te verwerven voor herstructurering van sociale zekerheid en sociale verhoudingen. De term crisis houdt in dat men naar de maatschappij kijkt vanuit het gezichtspunt van de heersende groepen: het begrip crisis behoort tot hun ideologie en houdt een reorganisatie in van de maatschappij van bovenaf. Precies in dit perspectief hebben de NIP-psychologen zich gebogen over de recessie: met de beleefde vraag of ze ook mogen meedoen aan de reorganisatie.

Ma het uitspreken van profetieën moet het gewone priesterwerk weer worden opgevat.

WILLIBRORD DL GR.A.F.



'SAMENWERKEN AAN ONTMEDIKALISERING'

Hoe werken eerstelijns hulpverleners aan ontmedicalisering? Deze vraag werkt het 'Redaktiekolлекief' Amsterdam uit in een boekje, dat voor het uitwisselen van ervaringen tussen de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn dient als discussiemateriaal.

In een vijftal hoofdpunten (dimensies) onderverdeeld beschrijft het 'Redaktiekolлекief' uitgangspunten van een werkwijze voor ontmedicalisering. Met behulp van citaten uit interviews met een aantal hulpverleners uit samenwerkingsverbanden, wordt zodoende vastgelegd op welke wijze men bezig is met ontmedicalisering in de dagelijkse praktijk. Hiermee haalt dit boekje de eerstelijnspraktijk dichterbij en toont het tevens de tegenstrijdigheden en de aanknopingspunten voor nieuwe perspectieven daarin. Behalve het originele van de opzet is deze uitgave om twee andere redenen een prima initiatief te noemen.

- In kringen van gezondheidszorg is de term ontmedicalisering vertrouwd, maar ook zeer ruim en abstract van betekenis geworden. Een term die veelvuldig valt en vooral een functie heeft als theoretisch discussiebegrif. In het boekje wordt zo concreet mogelijk aangegeven, wat in een bepaalde context met ontmedicalisering wordt bedoeld en welke handelwijzen daaraan verbonden worden.

- De term ontmedicalisering wordt vaak geplaatst in het verlengde van het herstellen van de 'zelfzorg'; dit wordt ingevuld met een terugdringen van de hulpverlening en een afwijzen van deskundigheid. Het boekje daarentegen actualiseert de betekenis van ontmedicalisering opnieuw: een criterium voor de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Ontmedicalisering is altijd een onderdeel van het vernieuwingsstreven in de eerste lijn geweest, zodat de schrijvers door dit thema te kiezen de samenwerkingsdiscussie hernieuwde impulsen (willen) geven. Zij beginnen het boekje dan ook met een schets van de kritiek die werkers in samenwerkingsverbanden op de ontwikkeling van de gezondheidszorg hebben geformuleerd. Zij geven in het kort weer welke kritiek is uitgeoefend op de natuurwetenschappelijke methode van de geneeskunde, op de eenzijdige en individuele benadering van ziekte, op de macht van de medische wetenschap en professie en op de definiëring van het ziektebegrip. Vooral bij het laatste punt komt de kwestie van de grens tussen ziek en gezond goed naar voren, alsook de vraag wie de normen voor die grens bepaalt.

Met behulp van een vijftal dimensies wordt het begrip ontmedicalisering verder uitgewerkt. De vijf dimensies zijn de inhoud van het ziektebegrip (1), probleemoplossing (2),

taakopvatting (3), beroepsopvatting (4) en het proces van ziekte-definiëring (5). De dimensies worden in de daaropvolgende paragrafen concreter ingevuld, geïllustreerd met uitspraken van hulpverleners en becommentarieerd. De dimensie probleemoplossing bijvoorbeeld wordt nader ingevuld met het kritisch en selectief toepassen van je eigen vak, het gebruik van tweede lijn, het terugdringen van medicijngebruik, een actieve rol van de hulpvrager, het stimuleren van zelf- en onderlinge hulp en het methodisch werken. Op deze wijze ontstaat een overzichtelijk geheel van aspecten die hulpverleners aan ontmedicalisering toeschrijven.

De schrijvers hebben het begrip dimensie ingevoerd om het procesmatige karakter van de verandering van het begrip ontmedicalisering aan te geven. In de tijd veranderen de betekenissen, maar tevens beïnvloeden de gebieden die met de dimensies beschreven worden elkaar. Een verschuiving in de ene dimensie heeft consequenties voor de opvattingen en werkwijzen in de andere dimensie. De dimensie van de inhoud van het ziektebegrip wordt daarbij als doorslaggevend beschouwd. Op deze wijze wordt niet alleen duidelijker wat de samenhang tussen de dimensies is, maar ook wat de verandering veroorzaakt tussen de hulpverleners wanneer zij die verschillend invullen.

In de opzet tot verheldering slaagt het boekje voortreffelijk. Praktijk en theorie worden weer met elkaar verbonden en duidelijk wordt dat hulpverleners beide op hun eigen manier invullen. Een tweede, veel belangrijkere verdienste van het boekje is dat het de tegenstrijdigheden laat zien van het veranderingsproces dat ontmedicalisering met zich meebrengt. Dit wordt des te duidelijker omdat de verhalen van de hulpverleners in het boekje zelf te lezen zijn. Zichtbaar wordt de strijd waarin hulpverleners verwickeld raken binnen de (structuur van de) gezondheidszorg. En tevens ten aanzien van de patiënten die daarvan afhankelijk zijn geworden. Ook zichtbaar worden de tegenstrijdigheden die hulpverleners zelf ondervinden, wanneer de gedachtengangen en de handelwijzen ten aanzien van ontmedicalisering niet consequent op elkaar aansluiten. Op verschillende niveaus komen deze tegenstellingen naar voren, maar desondanks wordt getoond dat er in het veranderingsproces langzaam stappen vooruit gezet worden. Het boekje is daarmee een goede ondersteuning voor aan vernieuwing werkende hulpverleners in de eerste lijn. Een tweede deeltje, waarin ook het maatschappelijk werk en het algemeen werk aan het woord komen, zal binnenkort verschijnen.

HUGO SMEETS

'Samenwerken aan Ontmedicalisering', sept. '83 (prijs f. 6,-) door het 'Redaktiekolлекief' Amsterdam: Marieke Bertels, onderzoekster Onderzoeksplatform Samenwerkingsverbanden eerstelijns gezondheidszorg Amsterdam (OSA), Paul van Dijk, huisarts in Ho llandrecht, Margriet Marie Govaart, projectleidster Stichting Ontwikkeling Samenwerking Eerste Lijn (SOS EL), Jan van Mannen, medewerker Stichting Gezondheidszorg Zuidoo stlob (SSZ), Rya de Vries, projectleidster SOSEL, Maria Zaal, fysiotherapeute in Holandrecht. Correspondentieadres: SOS EL, Prinsengracht 547, 1016 HS Amsterdam; tel: 020-233034.

Waarom zou u zich op De Groene moeten abonneren?

Vraag het eens aan redakteuren

Arnold Koper: 'Een onafhankelijk en lekker eigenzinnig krantje, decennia van beschaafde radikaliteit'.
Anet Bleich: 'Progressief, liberaal, ondogmatisch, en niet bang om de lezers met prikkelende opinies voor de voeten te lopen'.

Aafke Steenhuis: 'Een krant die analyseert: waarom dingen lopen zoals ze lopen en probeert te bedenken hoe het misschien toch anders kan'.

Neem een abonnement, dan krijgt u de eerste zeven nummers gratis.

Naam

Adres

Postcode

Plaats

Gironummer

Ik betaal: 0 per kwartaal (30,-)

0 per half jaar (60,-)

Ik betaal na ontvangst van een accept-girokaart.

Bon invullen, in open enveloppe doen en sturen naar:

De Groene, Antwoordnummer 26,
1000 PA Amsterdam



De Groene
zeer links van het
midden