

Academisch Ziekenhuis Amsterdam:  
zorgexperiment  
of oliesheik-technologie?  
Verpleegkunde:  
het ongemakkelijke huwelijk  
van zuster en dokter

3

7

5

3

7

5

1 2

3 4

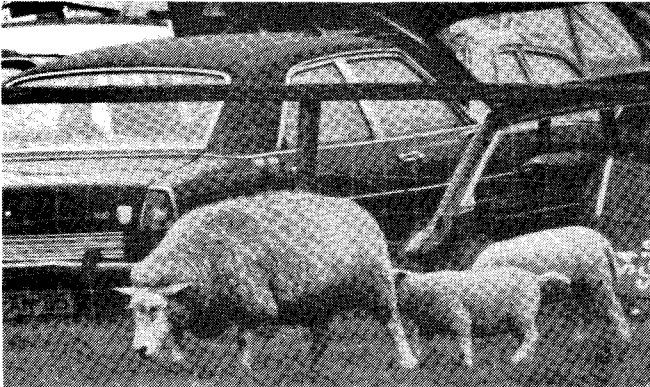
Tijdschrift  
voor  
gezondheid  
en politiek

84

Krankzinnigenwetgeving  
in Nederland  
**Verslag** 58  
Ronaid Kampman

**Boeken** 54  
Concerns en circuits.  
[os Dute

## De heilsverwachtingen van de antropologische geneeskunde 16



In een wijsgerige beschouwing van de geneeskunde lijkt je er niet meer omheen te kunnen; de antropologische benadering wint aan belangstelling. Zeker van belang, maar wat kun je ermee in de praktijk?

In twee artikelen wordt deze problematiek aan de orde gesteld. Op speelse wijze wordt de botsing geschetst tussen de idealen van een warme dokter en de alledaagse spreekkamer-reëliteit; meer serieus is de waarschuwing om niet, al mediterend, de maatschappelijke herkomst van menselijke ellende te vergeten.

**Mijnheer Janssen bij de dokter**  
Henk van Bakel

**Zin in het Leven**  
Annemarie Mol en  
Miriam van Reijen

**Barsten in een bolwerk** 50  
Arbeidsomstandigheden ook een zaak van de huisarts  
Peter Groenewegen en  
Paul Swuste

**De universiteit als slok-op** 22  
Academisering van de eerste lijn  
René Breuk en Aafke de Groot

De lijst van gevaarlijke stoffen wordt nog jaarlijks langer. De industrie gebruikt ze kwistig, soms tot schade aan de gezondheid van haar werknemers; dat aan te tonen is echter heel wat ingewikkelder geworden dan een 'eenvoudig' paar stoflongen. Toch heeft de zaak-De jong aangetoond dat een eenvoudig huisarts van bedrijfsgeneeskunde-en Arbeidsinspectie is nooit echt te vertrouwen.

De medische faculteit van de Vrije Universiteit van Amsterdam is naarstig aan de slag om zich te ontwikkelen tot eerstelijns-faculteit. In het kader van 'wederzijdse participatie tussen universiteit en zorgveld' werd een half dozijn praktijken geacademiseerd. Al met al lijkt het er meer op dat het regionale gezondheidszorgsysteem met geweld werd opengewrongen.

## Het ongelukkige huwelijk van zuster en dokter 25

### De verpleegkundige emancipeert

De verpleegkunde is in beweging. Vanouds zeer sterk gelieerd aan de medische professie van de arts, is de verpleging zich nu aan het ontwikkelen tot een zelfstandige professie. Wat echter nog niet duidelijk is, is het karakter dat de verpleegkunde uiteindelijk zal krijgen. Weer duikt de tegenstelling menselijke zorg - medisch-technisch handelen op. In een zestal artikelen worden de historische achtergrond en de emancipatie van de verpleging beschreven. Ervaringen van een verpleegster komen aan de orde, de problematiek rond de autoritatie, de noodzaak tot politisering en het standpunt van twee vakorganisaties. Een tussenstand op de weg naar zelfstandigheid.

**Dans om de macht** 30  
Verpleging en professionalisering  
Victor van Gemert en  
Truus Spijker

**Zorgen om de patiënt** 26  
Het verhaal van Karla Sigrid Sijthoff en Gilles de Wildt

**Politiseren en verplegen, een duo** 38  
Frank Bots

**De verpleegkundige als werknemer, interviews** 42

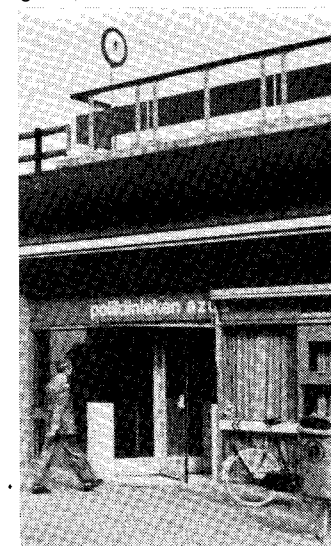
**Autorisatie als fopspeen** 18  
Verpleegkundige blijft ondergeschikt.  
Gerard Goudriaan en  
Marie-josé Willèmse

Marianne van Diepen (ABVA/KABO): 'We lijden aan een Florence Nightingale-synd room'  
Renée van Aller (Het Beterschap): 'je moet vechten om de macht'  
Anita. Heyltjes

## AMC Academisch. Medisch Centrum Amsterdam 6

### Noot bij een feestelijke opening

Drie artikelen rond het medisch centrum van de toekomst, ingeleid door Laurent van der Maesen. De oneindige mogelijkheden van het medisch-technisch kunnen versus vernieuwing van de zorg. Geen wezenlijke interesse in de directe omgeving, wel grote investeringen voor de export van technologie. Geïntegreerde verpleegkunde verdwijnt achter het technisch handelen. De gezondheidsstad staat er nu, maar waar is de patiënt gebleven?



**Het ziekenhuis, ziet de wijk niet zitten**  
Einde van een zorgexperiment  
Ron Helsloot

**'Gezondheid voor allen in het jaar 2000'**  
Erik Heydelberg

**Academisch 'Patiënten' Centrum**  
Hugo Smeets

**Kort & Goed** 87  
In dit katern o.a. het zorghuis van Het Beterschap; banen ruil-bureau; congres over informele zorg.

tweede jaargang, nr. 2, juni 1984

kernredactie: Paul van den Berg, Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Greet Lelij, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma, met eindredactionele steun van Ruud Vollebregt  
secretariaat: Anita van Wijk

redactieraad: Ingrid Baart, Henk Bakker, Cees van de Berg, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, André Knottnerus, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frits Muller, Miriam van Reijen, Coos Rutgers van der Loeff, Gerrit Saleminck, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Harry van Velsen, Rein Vos, Gilles de Wildt, Hans van der Wilk, en de kernredactie

37.5 is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en uitgeverij Macula; verschijnt viermaal per jaar  
vormgeving/layout: KLUS, Groningen  
tekeningen: Bert Cornelius  
zetwerk: zetters Wil van Dam, Utrecht  
drukwerk: drukkerij Macula

bijdragen: in drievoud op A4 getypt, 35 regels van 60 tekens, toesturen aan het redactiesecretariaat: postbus 41079, 9701 CB Groningen; vooraf overleg.  
bijdragen voor het katern 'Kort en Goed' naar: postbus 275, 3500 AG Utrecht

advertenties: uitgeverij Macula, Nieuwstraat 26, 2771 XC Boskoop; tel. 01727-4381

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, Van Diemerbroeckstr. 149, 6512 BANijmegen, giro nr. 1461678

abonnements (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-) storten op giro nr. 5441758 t.n.v. uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts, voor Gezondheid en Politiek en nummer van ingang van het abonnement

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

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Macula.

# REDACTIONEEL

Juni 1984. Koningin Beatrix opent het AMC, het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam. Een samenbrouwsel van academisch ziekenhuis en medische faculteit met de kleur van integratie van zorg en technologie, maar de geur van een prestige-project. Het stinkt. Aan dit controversieel AMC wijden we in dit nummer van 37.5 een drietal artikelen.

Ron Helsloot belicht het korte leven van de in 1977 opgezette voorpost van het AMC, de Poliklinieken Ganzenhoef... Deze voorpost in het hartje van de Bijlmermeer, waar 16 specialistische afdelingen bij toerbeurt spreekuur hielden, werd na vijf succesvolle jaren weer gesloten. Gezien vanuit het hoofdmotief voor de opzet van deze voorpost - 'kantenbinding' - vanzelfsprekend. Gezien de zorgvernieuwing die er in ontwikkeling waren alleen te verklaren vanuit de exclusieve medisch-technische oriëntatie van het academisch ziekenhuis. Bovendien geeft deze sluiting blijk van een wezenlijke desinteresse bij de universiteit voor de zorgstructuren in de sociale omgeving.

Erik Heydelberg neemt de buitenland-ambities van het AMC onder de loep. Met gezondheidszorg als handelsproduct probeert het AMC zich te scharen onder de vlag van de WHO-leuze 'gezondheid voor allen in het jaar 2000'. Van zorg, aangepast aan de werkelijke problemen in Derde Wereld landen is geen sprake. Het AMC heeft zich met de KLM, Vroom en Dreesman, het bureau Twijnstra en Guddé Internationaal en het Koninklijk Instituut voor de Tropen in een dubieuze exportcombinatie gestort. In de Derde Wereld zullen alleen de oliesheiks er beter van worden.

Hugo Smeets verkent in het derde AMC-artikel de uitwerking van de organisatiestructuur van het AMC op het veld van de verpleging. Aan de verpleging worden hogere eisen gesteld wat betreft kwalificatie en inzetbaarheid; tegelijkertijd moeten zij formatieplaatsen inleveren. De moeizaam op gang gekomen aanzetten tot geïntegreerd verplegen lijken alleen doorgevoerd te kunnen worden als de verpleegkundigen in het AMC erin slagen een grotere machtspositie te veroveren.

In dit nummer als thema: verpleging. Zaalmeid, zuster, verpleegster, verpleegkundige ... Achter deze woordenreeks gaat een hele ontwikkeling schuil. De verpleegkunde emancipeerde zich tot een goed onderbouwde discipline, verpleegkundigen organiseren zich. Knelpunten in deze ontwikkeling zijn er te over. Wij presenteren er enkele.

Het relaas van Karla van Dongen, waarmee het themagedeelte opent, illustreert hoe het moeilijke 'zorgen' in het leven van een verpleegkundige gestalte krijgt.

In het artikel van Victor van Gemert en Truus Spijker komt naar voren dat een beroepsontwikkeling naar artsenmodel

voor verpleegkundigen weinig perspectief biedt. Professionaliseren, in een poging meer autonomie te verwerven, betekent je storten in een dans om de macht. Daarbij kan het behartigen van de basiszorg rondom de patiënt gemakkelijk op de tocht komen te staan.

In de huwelijkse relatie van arts en verpleegkundige, wordt de verpleegkundige een groter aantal medisch-technische (artsen)handelingen toegeschoven dan strikt juridisch is toegestaan. Dit gaat dan middels autoriseren, een dubieus soort machtigen. De verpleegkundige mag zich hierdoor dan gestreeld voelen, het levert slechts een aan de arts ontleende glamour op en versterkt de afhankelijkheid. Gerard Goudriaan en Marie-José Willemse betogen dat streven naar een goede wettelijke regeling van bevoegdheden een gelijkwaardiger relatie zal opleveren.

Frank Bots richt de aandacht op de politieke macht die de verpleegkundige in handen heeft. Willen zij niet automatisch een verlengstuk zijn van de heersende moraal, dan zullen zij de hulpverlening moeten politiseren. Zonder meteen de barricaden op te gaan, betekent dit: de patiënt in zijn totaliteit, centraal blijven stellen, individualiseren van problemen voorkomen, medicalisering tegengaan, en gericht zijn op verandering van maatschappelijke structuren die een goede hulpverlening in de weg staan.

Je als werknemer organiseren lijkt ons hierbij van primair belang. Toch is 80 procent van de verpleegkundigen niet georganiseerd. Anita Heyljes en Tjeu Verhagen spraken met Renée van Aller (Het Beterschap) en Marianne van Diepen (AbvaKabo) en noteerden hun visies. De AbvaKabo, (n kwart miljoen leden) steunt op een traditie van klassiek, gedegen vakbondswerk: loonstrijd, arbeidsplaatsen ... Wat ontbreekt is een inhoudelijke visie op de zorgverlening en de financiering daarvan. De beroepsvereniging Het Beterschap (15.000 leden) vult hen daarin aan: Renée van Aller wil zelf beslissen over zaken als beroepsinhoud en budgettering. Een verpleegkundige heeft daar beter zicht op dan een econoom, stelt zij.

In een tweetal artikelen besteden we aandacht aan de antropologische geneeskunde. Deze mediteert over de zin van ziekte, leven en dood en kiest daarbij als invalshoek het uniek menselijke. Voor de zorgverlening in het veld heeft deze benadering voor wat betreft het 'Verstehen' zeker een functie; richtlijnen voor het praktisch handelen kunnen er echter moeilijk aan worden ontleend.

Henk van Bakel enceneerde een spreekkamersituatie met als bouwstenen citaten van Buytendijk, Von Wieszäcker en Ten Have. Het spreekt voor zich.

Ook Annemarie Mol en Miriam van Reijen brengen het dagelijks leven tegen de antropologische geneeskunde in stelling. Zij wijzen op het gevaar dat bij het mediteren over de

zin van het leven, mensen niet meer gezien worden in hun sociale verband. Machtsverhoudingen en tegenstellingen zijn menselijke realiteiten waar heel concreet op ingewerkt moet worden om zin in het leven mogelijk te maken.

Voor de opleiding van goede dokters zijn faciliteiten in de eerste lijn een vereiste. Vorm en inhoud van dat onderwijs staan echter ter discussie. Voldoen de gebruikelijke opleidingscontracten niet meer en is academisering van de eerste lijn (het opkopen van huisartspraktijken) daarvoor een oplossing? Het huisartsinstituut van de Vrije Universiteit van Amsterdam denkt van wel. Van verschillende zijden worden hier bezwaren tegen ingebracht. De ziekenfondsen vrezen de opkomst van een dure vooral medisch technisch gerichte huisartsenhulp, die een grote zuigkracht naar tweede lijn zal uitoefenen. Patiëntengroeperingen wijzen erop dat de bestaande zorgsystemen in de eerste lijn niet direct versterkt lijken te worden. De universiteitspraktijken zullen zich weinig gelegen laten liggen aan buurtbelangen. Onderzoek zal dáár niet primair op gericht zijn; evenmin op samenwerking en geïntegreerde zorg. René Breuk en Aafke de Groot zetten de zaken op een rijtje.

Van werken kun je ziek worden, maar zeker in individuele gevallen blijft het exacte verband tussen arbeid en gezondheid nogal eens in het duister. Om met een krachtig beroep op de gezondheid van arbeidsomstandigheden het werk te verbeteren, is de kennis op de werkvloer meestal te anecdotisch. Werknemers proberen daarom soms kennis van buiten het bedrijf te halen. Soms is dat een huisarts, zoals in het geval van Dik de Jong. Hij nam de klachten van werknemers serieus, verzamelde zo goed en zo kwaad als het kon wat gegevens over het bedrijf, dook de toxicologische literatuur in en trok, heel voorzichtig, zijn conclusies. De beer brak los... Peter Groenewegen en Paul Swuste beschrijven hoe de Amerikaanse chemiegigant Cyanamid, gesteund door de Arbeidsinspectie, zich op hem stortte. Hij was een onruststoker en zou zijn vakgebied te buiten zijn gegaan. De problemen van de werknemers waren blijkbaar niet van belang: de lastige dokter moest terug in het gareel.

# ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM

## Noot bij een feestelijke opening

In juni van dit jaar opent koningin Beatrix het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam (AMC). In dit centrum zijn het academisch ziekenhuis en de medische faculteit samengevoegd. Een integratie om zorg, onderzoek en onderwijs op elkaar af te stemmen. Deze feestelijke opening gaat gepaard met een symposium voor duizend gasten. Enkele dagen later komt een markt voor vijftien maal zoveel belangstellenden. Het grootste gebouw ontvangt met trots duizenden mensen. Deze gelegenheid biedt een kans om, aldus de organisatoren, over de gezondheidszorg in het jaar 2000 te praten. Dit is ook een goede vaderlandse gewoonte. Niet het hier en nu, in het licht van het verleden trekt belangstelling. Nee, de toekomst, haar perspectieven en geheimen blijken congresgangers mateloos te interesseren. De behoefte aan utopieën en illusies spreekt ook uit de woorden van de plancoördinator van weleer, professor Wiebenga. Het AMC kan tot een sociaal en cultureel centrum voor zijn omgeving uitgroeien. De stedelijkheid van de Zuidoostlob van Amsterdam komt binnen. Het AMC is de stad zelve. Onlangs liet één der organisatoren van het feest, professor Dunning, zich in gelijke zin uit. Het AMC is, zo schrijft hij in het NRC Handelsblad, verweg in een polder gelegen. De overgang van urbaan naar ruraal heeft kennelijk plaatsgevonden. Het is ook wel zeer groot en voor patiënten misschien niet overzienbaar. Maar, aldus Dunning, Amsterdammers dienen te weten dat de 4000 medewerkers van het AMC zeer hun best doen. Al wat maar enigszins voor het gesprek over het AMC boeiend is schermt hij af. De nederige patiënt maakt eerbiedig een pas op de plaats.

Met dit drieluik willen wij met dit gebruik en de daarmee verbonden houding breken. Het AMC werkt al twee jaar in de Zuidoostlob. Wat valt hierover te vertellen en wat kunnen we hiervan leren? Ron Helsloot begint met de geschiedenis van de Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef. Ze is als voorpost van het AMC eind zeventiger jaren in dit gebied gestart. Het bleek vrij onverwacht tot een kruispunt van intra- en extramurale zorg uit te groeien. Het ontwikkelingsinstituut voor de ge-

zondheidszorg in de Zuidoostlob, de Stichting Gezondheidszorg (SGZ) merkte dit op en wist met medewerkers van deze Poliklinieken de 'kruispuntwerking' op de voorgrond te plaatsen. De ervaringen leerden betrokkenen over nieuwe richtingen voor de zorg aan mensen, grotere aandacht voor hun achtergrond en de gevolgen daarvan. Ondanks grote steun van overheden en omgeving heeft het AMC de Werkplaats gesloten.

Eric Heydelberg vervolgt met het aansnijden van het speerpunt van het AMC. Dit is in de beleidsnota van 1983 beschreven. Niet de experimenten rond zorg maar innovatie op het terrein van demedische technologie staan in het vaandel geschreven. Het AMC verleende steun aan een internationale stichting voor de export van medische (technologische) zorg. Hiermee zijn grote investeringen gemoeid. Dit typische buitenlandbeleid laat zich als jongste manifestatie van het AMC met het beleid jegens de Werkplaats vergelijken. De vergelijking verwijst naar een controversiële tendens in het omvangrijke AMC. Krachten zijn gericht op vernieuwing van de zorg en krachten zijn gericht op investeringen in 'advanced medical cure'. Sprak Wiebenga destijds al niet over de 'schier oneindige mogelijkheden van het medisch-technologisch kunnen van dit toekomstige (nu huidige) AMC?

Hugo Smeets doet een eerste verkenning van de werking van deze krachten in het AMC. De verpleging werkt al jarenlang aan nieuwe visies om tot nieuw (verpleegkundig) handelen te geraken. Het gaat om 'geïntegreerde verpleegkunde'. Dit thema heeft bij de directie en de hoogleraren geen belangstelling gevonden. De medische faculteit staat hier volkomen buiten. In uiterste zin is de verpleging 'toegevoegd', inzetbaar volgens criteria ontleend aan het technisch handelen. Nu de financiële druk op ook dit ziekenhuis groot wordt blijkt niet het aantal plaatsen van de medische maar wel van de verplegende en verzorgende sector te verminderen. Dit illustreert wat men belangrijk vindt en waar men naar streeft: medisch-technologische gezondheidszorg in het jaar 2000.

## Einde van een zorgexperiment

# Het ziekenhuis ziet de wijk niet zitten

Dit artikel handelt over de wezenlijke ongeïnteresseerdheid van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (AZUA) voor haar directe omgeving. Die wordt, sinds de opening van het Academisch Medisch Centrum (AMC) gevormd door de Zuidoostlob van Amsterdam, inclusief de roemruchte Bijlmermeer: de bewoners daarvan en de erin werkzame extramurale gezondheidszorg. Het artikel borduurt voort op eerdere beschrijvingen van de Voorpost.<sup>1</sup> En vooral op een theoretische verhandeling over de zin van de ontwikkelingen die daar plaatsvonden.<sup>2</sup> In die verhandeling zijn een aantal hypothesen ontwikkeld met betrekking tot een 'Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef' waaraan - als opvolger van de Voorpost - is gewerkt.

Het volgende is slechts het begin van een uitgebreidere historische studie, waarvoor de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob (SGZ) en SISWO de middelen beschikbaar hebben gesteld. Het verslag van deze studie zal in de nazomer van dit jaar door de SGZ worden gepubliceerd.

In de Voorpost is in de vijf jaar van zijn bestaan een andere oriëntatie op gezondheidszorg ontstaan, die moeilijk in twee woorden is te vatten. Over de verschillende dimensies daarvan gaan de volgende paragrafen. De daarin verzamelde casuïstiek is met name afkomstig uit gesprekken met een van de twee voormalige hoofdverpleegkundigen van de Voorpost, Aaf van Essen.

### Verslag van een 'genezing'

'Vandaag ben ik weer naar de Poli Ganzenhoef geweest, waarschijnlijk voorlopig voor het laatst. Najaren van periodieke bezoeken hebben ze me helpen "genezen", hoewel dat een heel andere vorm heeft aangenomen dan ik ooit had durven denken. Sterker nog, ik denk dat ik dit soort "genezing" in het begin nooit zou hebben geaccepteerd. Het was mooi weer vanmorgen, ik voelde me goed en ben gaan lopen. Vaak liet m'n gestel me de afgelopen jaren in de steek; dan moest ik met de bus of met de metro. Dat was niet zo'n ramp overigens: de Poli ligt vlakbij het metrostation Ganzenhoef, onder de verkeersweg die naast de metrobaan loopt. Als ik nog wat tijd had voor m'n afspraak, wipte ik graag vlug naar het winkelcentrum voor wat boodschappen, en om even te kijken naar de nieuwe boeken en de altijd aanwezige koopjes. Mijn eerste bezoek aan de Poli staat me nog levendig voor de geest. Mijn astma-aanvallen hadden me het werken langzamerhand onmogelijk gemaakt, en m'n huisarts vond het beter de zaak eens goed na te laten kijken. Dus telefonisch een afspraak gemaakt, en op weg toen de dag gekomen was. De Poli is niet groot: als je de draaideur



foto: R. Schuering

door bent, sta je eigenlijk direct al voor de balie. Daar doen ze werk voor alle specialismen, 16 in getal, die volgens een rooster gebruik maken van de verschillende spreekkamers. De vrouw achter de balie schreef me in, vertelde in het kort wat me te wachten stond en vroeg me even te willen wachten, in het zijte vlak naast de voordeur, of aan een van de leestafels wat verderop. Ik liep langzaam naar de tafel rechts opzij toe, onderwijl de omgeving in me opnemend. Het zag er leuk uit: kunst aan de muren en prikborden met allerlei folders. De tijdschriften waren zowaar van recente datum; aan de stempels erop te zien, werden ze voortdurend "up to date" gehouden door de bibliotheek aan de overkant. Na niet te lang wachten, werd ik opgehaald door een verpleegkundige. Zij nam allerlei gegevens op: over mijn kwaal, maar ook over waar ik woonde, m'n werk en ga maar door. Daarna bracht ze me naar de arts in de spreekkamer. Deze onderzocht me grondig en bracht me na afloop weer terug naar de verpleegkundige, die me een plaats toewees aan haar tafel, op de gang, naast de deur van de kamer. Zij overlegden kort, en de verpleegkundige kwam vervolgens tegenover me zitten. Ze nam de tijd om alles te organiseren wat er nu verder moest gebeuren, zoals röntgenonderzoek en laboratoriumonderzoek. Die konden ter plaatse worden gedaan. Ze legde me alles uit, en vertelde dat m'n huisarts al snel de resultaten door zou krijgen. Daarna gingen we uitvoerig door op mijn privé-omstandigheden, voorzover die onder m'n kwaal te lijden hadden; mijn werk vooral. De mensen op de Poli hebben me, wat dat betreft, in de tijd daarna op verschillende manieren geholpen. Zo hebben ze me eens, toen ik was ontslagen en ergens anders wilde gaan solliciteren, met man en macht in een goede fysieke conditie gebracht. Ik kwam door de keuring en werd aangenomen! Helaas was het echter na een tijdje weer niet te houden. Langzamerhand zijn toen, in gesprekken met de Poli-medewerkers, dingen gaan veranderen: mijn ideeën over werk in een vaste baan, het belang daarvan. Via de Poli ben ik terecht gekomen bij een project voor werklozen in de buurt. Daar kon ik m'n talenten gebruiken en zinvolle arbeid doen, niet langer gestoord door mijn kwaal, die er nog is, maar die ik heb leren accepteren. Wie had vroeger kunnen denken dat ik, met al mijn vooruitzichten op een glanzende carrière, uiteindelijk zo terecht zou komen, en me er nog gelukkig bij voelen ook. Ik ben beter, wat heet!"

## Samen met de wijk

Wat op de Voorpost in de loop der jaren is gegroeid aan andere werkmethode en -verhoudingen, zou niet mogelijk zijn geweest zonder de samenwerking met de hulpverlening in de omgeving: de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, als stimulerende en ondersteunende instantie, maar vooral de verschillende werkers in de eerste lijn - voor een groot deel ondergebracht in samenwerkingsverbanden - en de ambulante geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Een sprekend inzicht in het belang van deze relaties geven de volgende twee voorbeelden van samenwerking, afkomstig uit een artikel dat ik samen met een aantal wijkverpleegkundigen uit de Zuidoostlob heb geschreven.<sup>f</sup>

\* Een oude man met longemphyseem, die niet meer in staat was om tweemaal per week naar de poli te komen voor injecties prednison. Er ontstond een overleg tussen de longarts, de verpleegkundige en de wijkverpleegkundige. Afgesproken werd dat de injecties voorlopig door de wijkverpleegkundige gegeven zouden worden. Plotseling moest de vrouw van de man echter in het Burgerziekenhuis worden opgenomen. De man stortte psychisch en lichamelijk volkomen in elkaar en wilde niets anders dan bij zijn vrouw in dat ziekenhuis opgenomen worden. In samspraak met de longarts is dit ook inderdaad voor elkaar gekomen. Zo iets is mogelijk als je elkaar kunt inlichten en bekend bent met de omstandigheden thuis en de mogelijkheden van iemand persoonlijk.

\* Een meisje van ongeveer 5 jaar, met bronchitis. Regelmatige bezoeken aan de fysiotherapeute mislukten. Daarop kwam er een contact tot stand tussen het (verpleegkundig) hoofd van de poli, de schoolverpleegkundige, de fysiotherapeute en de wijkverpleegkundige om een behandelingsplan te maken. Overeengekomen werd dat de schoolverpleegkundige het meisje op school zou kloppen. In de vakantietijd zou de wijkverpleegkundige het thuis overnemen. En de fysiotherapeute zou op de achtergrond blijven als 'vliegende keep'. Dit resulteerde in een continue behandeling van het meisje, met goed gevolg. Het feit dat men elkaar kent en op de hoogte is van elkaars werkmethode en regelmatig bij elkaar kan binnenlopen om zich van de vorderingen op de hoogte te stellen, werkt bijzonder inspirerend.

Deze voorbeelden handelen over de Poli Ganzenhoef en de wijk; na de sluiting zijn de directe mogelijkheden van contacten met hulpvragers en tussen hulpverleners onderling sterk verminderd.

## Inzicht in de wijk

Het zal misschien duidelijk zijn geworden, dat de hiervoor beschreven nieuwe wijze van hulpverlening niet goed mogelijk was geweest zonder inzicht in de wijk: de thuisomstandigheden van patiënten, maar ook bredere maatschappelijke verhoudingen, bevolkingsamenstelling en stedenbouwkundige opzet, en de overige dienst- en hulpverlening. De Voorpostmedewerkers hebben zich altijd ingespannen om dit inzicht op verschillende manieren te verwerven en weer door te geven.

Een belangrijke rol daarbij speelde de 'medisch' maatschappelijk werkster, die - niet tevreden met louter individueel gericht therapeutisch getint werk, noch met louter bemiddeling op het vlak van 'sociale zaken' - steeds meer aandacht ging besteden aan informatieverzameling en -verschaffing aan patiënten en aan haar collega's. Een materieel resultaat daarvan vormden de prikborden uit het verhaal hiervoor.

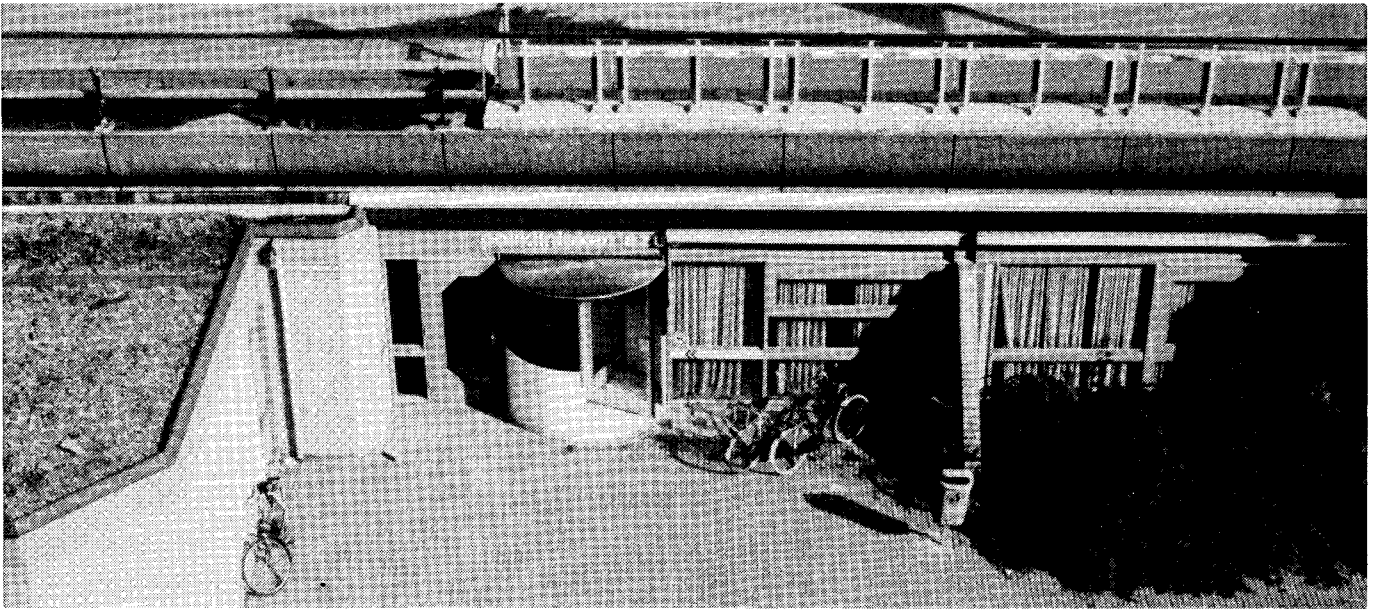
Een ander voorbeeld van dit gezamenlijk verwerven van maatschappelijke inzichten wordt geboden door de thema-avonden die geregeld werden georganiseerd. Twee daarvan hebben in het bijzonder indruk gemaakt: die over 'De invloed van Angst en Magie op de beleving en behandeling van ziekten bij patiënten uit het Caraïbisch gebied'; en 'Ziekte "zonder oorzaak" bij migranten. Problemen in de gezondheidszorg rond migranten met functionele en psychosomatische klachten'. Op deze avonden kom ik direct nog terug.

## Terugblik

In de Voorpost Poliklinieken Ganzenhoef is een nieuwe manier van denken en handelen kunnen ontstaan door de onderlinge beïnvloeding van de verschillende dimensies die in het voorgaande zijn verbeeld. Daar waren allereerst de fysieke kenmerken: de ligging middenin de gemeenschap en relatief onafhankelijk van het ziekenhuis. Daardoor kon de Voorpost een kruispunt tussen intra- en extramuraal worden. Wat dat inhield kan misschien aan de hand van het volgende verduidelijkt worden. Bij de geïsoleerde poliklinieken van ziekenhuizen is het normaal heel moeilijk een totaalbeeld te krijgen van bijvoorbeeld tekortschietende hulpverlening 'in het veld', vanwaaruit verwezen wordt. Dit was op de Voorpost wel mogelijk, omdat daar alle verwijzingen centraal binnenkwamen. Dat maakte het ook mogelijk met de eerste lijn in contact te treden om iets aan de problemen te doen. Dit bracht een cohesie in de onderlinge verhoudingen teweeg.

Ook het voorbeeld van de thema-avonden geeft van de

foto: G. Heinsbroek



kruispuntfunctie een illustratie: daar werd ingegaan op wat er in de praktijk van alledag aan problemen werd ervaren, in de op elkaar betrokken eerste en tweede lijn. De verleende informatie had weer zijn doorwerking op die praktijk en op de samenwerking; en er bleef altijd een consultmogelijkheid voor de eerste lijn in de Voorpost bestaan.

De fysieke onafhankelijkheid van het ziekenhuis leidde tevens tot nieuwe onderlinge verhoudingen binnen de Voorpost. Het meest opvallende was dat het team de dagelijkse gang van zaken regelde en dat de specialisten te gast kwamen. Dit had een wijziging in ideeën over taakopvatting en taakverdeling tot gevolg.

Ten slotte: deze hele ontwikkeling was niet mogelijk geweest zonder de steun van de omgeving, met name het gestructureerde achterland van de extramurale zorg in de Zuidoostlob.

## Afbraak

Er is hard aan gewerkt om de Voorpost een vervolg te geven in wat was betiteld als 'Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef'. Vooral de ongeïnteresseerde houding van het AZUA heeft er echter toe geleid dat de plannen niet verwezenlijkt konden worden. Gedurende de tijd dat met andere geïnteresseerden - de ministeries van O en W en WVC, de gemeente, de ziekenfondsen, de medische faculteit - overleg werd gevoerd over hoe zo'n werkplaats opgezet zou kunnen worden, was het AZUA al bezig de Voorpost te ontmantelen. Voordat, tijdens een topberaad in Den Haag, een Stuurgroep ter uitwerking van de plannen was ingesteld, was de sluiting al tot in de puntjes geregeld.<sup>6</sup> En even nadat die Stuurgroep in werking was getreden, werd het röntgenapparaat uit de Voorpost weggehaald.

Op de vergaderingen van de Stuurgroep zelf, begin 1983, was het AZUA niet vertegenwoordigd. Toen het ministerie van WVC hier verantwoordigd op reageerde,<sup>7</sup> kwam men wel weer, maar was het te laat: door gebrek aan resultaten werd in april besloten de Stuurgroep op te heffen, wat feitelijk het einde van de plannen betekende.

Inmiddels was op de geschiffen van de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob omtrent het plan<sup>7</sup> nooit gereageerd. Terwijl het Prakties Uitgangplan nota bene op verzoek van het Stafconvent was opgesteld en in oktober 1982 was verschenen, reageerde het convent daar pas 5 maanden later op, één maand voordat de bom barstte: men bleek het eens met de uitgangspunten van de Werkplaats, maar de praktische, namelijk financiële, uitwerking vormde een onoverkomelijk obstakel.<sup>8</sup>

Sinds die tijd is over de Voorpost in alle toonaarden gezweven. Men is terug bij af: bij het eigen ziekenhuis. De Voorpost was er immers alleen geweest om dat voor te bereiden ...

RON HELSLOOT, socioloog, verbonden aan SISWO (Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek, Amsterdam)

## NOTEN

1. Zie met name: R.S.M. Helsloot, De Voorpost Poliklinieken Ganzenhoef in relatie tot zijn omgeving, Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, Amsterdam, november 1980.
2. L.J.G. v.d. Maesen, Een 'Werkplaats Poliklinieken Ganzenhoef' ter verandering van de verhouding tussen het nieuwste academisch ziekenhuis en zijn omgeving, de Bijlmermeer en omstreken, SOMSO/MACULA, Fragment nr. 1, Amsterdam/Boskoop, september 1982.
3. Dit 'verslag' is mijn verbeelding van wat werkelijk heeft plaatsgevonden.
4. Elise Bos, Marijke van der Mey, Berthy van de Meijdenberg, Ton Straatman en Ron Helsloot, Wijkverpleging, kliniek, polikliniek, Marge, jaargang 4 (1980), nr. 11 november, p. 361-367. N.B. Door een zetfout zijn de woorden kliniek en polikliniek in de verkeerde volgorde komen te staan. Jammer, want het was juist de bedoeling al in de titel de continuïteit van zorg aan te geven, waarbij de polikliniek centraal staat, als kruispunt tussen het intra- en extramurale veld. Overigens zijn in het artikel ook een aantal voorbeelden van missers gegeven in de onderlinge samenwerking: deze geven inzicht in hoe het er elders vaak nog aan toe gaat, en in wat voor een uitzondering de Poli Ganzenhoef was.
5. Brief inzake de Polikliniek Ganzenhoef, aan de Medezeggenschapscommissie AZUA, van P.M. Sturkenboom, adjunct directeur medische zaken, en G. Bruil, adjunct directeur sociaal beleid en organisatie, d.d. 10 september 1982; plus Bijlage: Personeel- en reorganisatieplan voor de Polikliniek Ganzenhoef, van de afdeling Personeelszaken en beide adjunct directeurs.
6. Brief van het ministerie WVC aan de participanten in de Stuurgroep Werkplaats Ganzenhoef, d.d. 15 maart 1983.
7. \* J.B.J. Drewes, R.S.M. Helsloot, L.J.G. v.d. Maesen, e.a., De Polikliniek Ganzenhoef in een nieuw perspectief, Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, Amsterdam, juni 1982.
8. \* B. van Raalte (red.), Prakties Uitgangplan voor de Werkplaats Ganzenhoef, Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, oktober 1982.

8. Brief van het Stafconvent aan de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, d.d. 28 maart 1983.



# Gezondheid voor allen in het jaar 2000

Op het hoogtepunt van de verhuizingen van Binnengasthuis, Wilhelminagasthuis en medische faculteit naar de gebouwen van het Academisch Medisch Centrum (AMC), medio 1983, verscheen het 'Ontwikkelingsplan AMC'. Hierin worden de beleidslijnen uitgezet die het AMC pijnloos naar het jaar 2000 moeten voeren. Het futuristische beeld dat van dat jaar bestaat wordt onderstreept door het thema van het symposium dat ter gelegenheid van de officiële opening van het AMC wordt gehouden: 'Technologie en geneeskunde in het jaar 2000'. Uit het beleidsplan wordt duidelijk dat het AMC zich op dit magische jaar wil voorbereiden door zich te ontwikkelen tot een internationaal centrum voor 'advanced medical cure'. Dat deze doelstelling op gespannen voet staat met aandacht voor de eerstelijns gezondheidszorg en het serieus nemen van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis tonen Ron Helsloot en Hugo Smeets in hun artikelen aan. Ook in haar internationale ambities laat het AMC zich leiden door haar technologische en curatief gerichte invalshoek. Over de ongeloofwaardige wijze waarop daarmee aansluiting gezocht wordt met de doelstelling van de wereld gezondheidsorganisatie WHO 'gezondheid voor allen in het jaar 2000' gaat dit artikel.

## Rationeel gezondheidsbedrijf

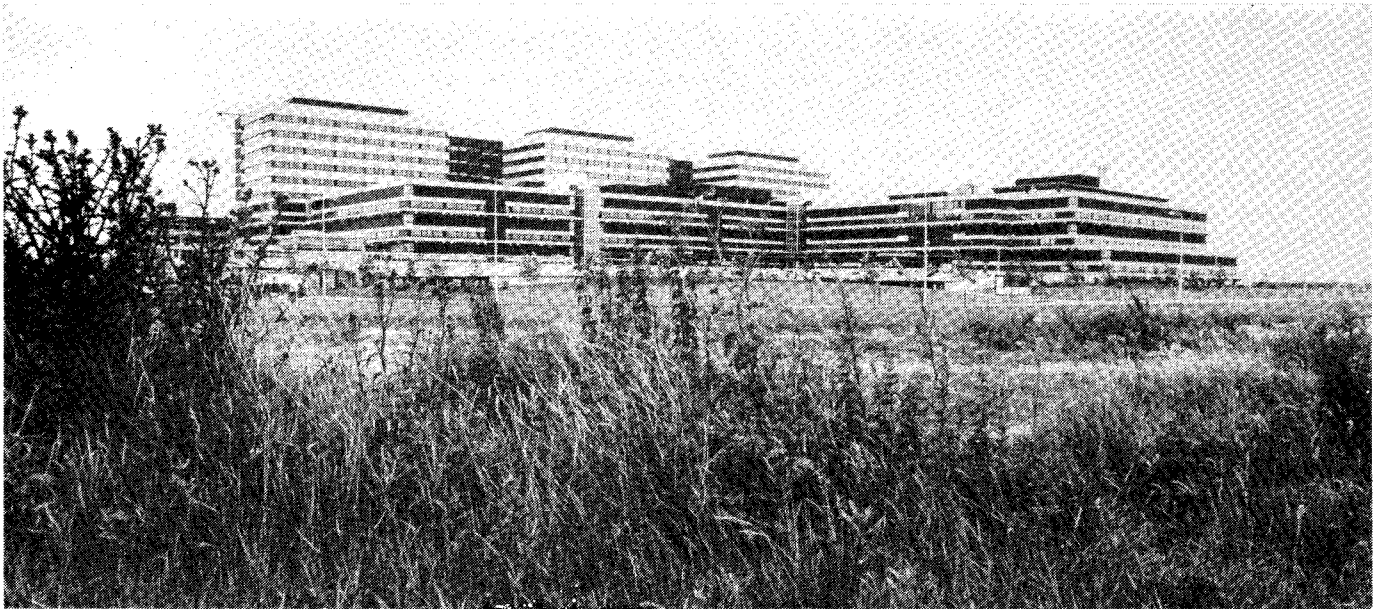
Iets dat duur is heeft marktwaarde. De kostbaarheid en het prestige van westerse gezondheidszorg maken deze bij uitstek geschikt als handelsproduct'. Deze constatering van Ivan Wolffers in zijn boek 'Masker van de armoede' - lijkt, nauwelijks verholten, de harde werkelijkheid te zijn van de internationale activiteiten van het Academisch Medisch Centrum. In Nederland stelt het AMC zich ten aanzien van samenwerking met de eerste lijn en ten aanzien van contacten met de medisch-technische industrie als een opmerkelijk rationeel gezondheidsbedrijf op. De polikliniek Ganzenhoef werd opgeheven, de samenwerking met de industrie in de vorm van proefopstellingen, seminars en dergelijke komt goed op gang. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de recente onderhandelingen over de aanschaf van een Nuclear-Magnetic-Resonance scanner (NMR). In zijn artikel laat Hugo Smeets zien dat die 'rationaliteit' van het gezondheidsbedrijf AMC, de rationaliteit is van de 'advanced medical cure' uitgaande van de 'bio-organische invalshoek'. Deze zelfde uitgangspunten hebben onder de doelstelling 'internationalisering' geleid tot een uiterst pikante samenwerking met het bedrijfsleven. Onder de naam International Health Development Foundation (IHDF) werd in de loop van 1983 een werkverband aangegaan met de KLM, het onderhouds-

treft.'. Wat men daarbij voor ogen heeft wordt duidelijk uit de verdere inhoud van het rapport en uit berichtgeving in het NRC-Handelsblad en Folia Civitatis, het blad van de Universiteit van Amsterdam. Zo zou het AMC zich ondermeer moeten gaan bezighouden met het verlenen van topklinische zorg ten behoeve van buitenlandse patiënten, uitzending van personeel, levering van kennis en ervaring op het gebied van de bouw van academische ziekenhuizen en van de medische technologie, het geven van specialistenopleidingen, managementopleidingen en dergelijke. Hodon en Twijnstra en Gudde zullen de volgende diensten kunnen gaan leveren: management, patiëntenzorg, bouw, beheer, schoonmaak en onderhoud. De KLM gaat onder meer en schoonmaakbedrijf HODON, het organisatie, advies en management bureau Twijnstra en Gudde International en het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT). In het stichtingsrapport werd de doelstelling als volgt geformuleerd: 'Een overdracht van kennis en kunde aan buitenlanders en het gebruik door buitenlanders van Nederlandse diensten en faciliteiten in en buiten Nederland, met name voor wat de gezondheidszorg en aanverwante terreinen betreft en patiënten vervoeren en zet haar internationaal opererende bedrijfsgeneeskundige diensten in voor keuring en marketing. Het KIT tenslotte zet haar 'in de tropen opgebouwde kennis en ervaring in' met name op het gebied van gezondheidsleer, voeding, parasitologie en dergelijke. Interessant detail is daarbij de taak speciale aandacht te verlenen aan 'het relatie-patroon ziekenhuis-primary health care'. De reactie van de directeur tropische hygiëne van het KIT, Lex Muller, op een kritische vraag hierover is veelzeggend. 'Julie (de interviewers EH) weten beter dan wie ook dat je tegenwoordig primary health care moet noemen als je aan de bak wilt komen.'?

## Lucratieve markten

Middels een wollig verhaal wordt in het IHDF-stichtingsrapport ingegaan op de noden in de wereld. 'In toenemende mate worden de internationale verschillen in levensverwachtingen van mensen onaanvaardbaar gevonden.'. Het rapport zoekt in haar zelfrechtvaardiging aansluiting bij het beleid van de wereldgezondheidsorganisatie WHO: 'Health for all by the year 2000'. In 1978 gaf de WHO de zogenaamde verklaring van Alma Ata uit, waarin als strategie werd gekozen voor de zogenaamde 'primary health care'. De belangrijkste elementen uit die verklaring waren: aansluiten bij de leefgewoonten van de bevolking, de nadruk leggen op plaatselijke behoeften en prioriteiten, gebruik

foto: R. Schuering



maken van de mogelijkheden en bronnen van de plaatselijke gemeenschappen en het benadrukken van een nieuwe economische orde als noodzakelijke voorwaarde voor gezondheid in de Derde Wereld. Het IHDF pleegt een inhoudsloze vrijage met deze uitgangspunten, maar komt dan tot zaken. 'Voor Nederland is exportbevordering mede dringend geboden in de komende decennia als gevolg van het uitvallen van de aardgasopbrengsten en de te verwachten importen uit ontwikkelingslanden. Penetren op nieuwe markten wordt moeilijker en maakt bundeling van export-activiteiten noodzakelijk.' Het AMC lijkt zich moeiteloos aan te passen aan de nieuwe wind die er in de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking waait. Onder het ministerschap van mevrouw Schoo stapt men steeds meer af van het verlenen van hulp aan de armste landen en groepen in de Derde Wereld. In de plaats daarvan zoekt men toenadering tot de wat rijkere en stabielere Derde Wereld landen, die een zekere mate van verstedelijking en een wat rijkere bovenlaag van de bevolking kennen. Hier ligt voor het Nederlandse bedrijfsleven een aantrekkelijke markt. Op het terrein van de gezondheidszorg hebben met name de IHDF-partners Hodon en Twijnstra en Gudde al ervaring op deze lucratieve markten opgedaan. Hodon, een dochter van Vroom en Dreesman, levert in het Midden-Oosten onderhoud, schoonmaak, linnengoed en patiëntenverzorging in verschillende grote ziekenhuizen. Zij doet dat door middel van gastarbeiders uit de armste Derde Wereld landen als India en de Filipijnen, die op contract in het rijke Midden-Oosten het vuilste werk opknappen. Willige en goedkope arbeidskrachten. Bij Hodon zijn momenteel wereldwijd 25.000 mensen in dienst. De diensten die zij aanbiedt zijn grootschalig en kunnen alleen winstgevend geëxploiteerd worden - en daarom en om niets anders gaat het - in groots opgezette ziekenhuizen en instellingen. Twijnstra en Gudde opereert evenals Hodon voor een groot deel in het Midden-Oosten en ook in Indonesië. Zij is gespecialiseerd in management en bouwcoördinatie van ziekenhuizen en heeft daarin met name in Saoedië Arabië veel ervaring opgedaan.

De filosofie en de mogelijkheden van het IHDF, grootschalig, kapitaalsintensief, specialistisch, staan haaks op de doeleinden van primary health care en passen in een zuiver kapitalistisch ontwikkelingsmodel voor de Derde Wereld. Onlangs presenteerde minister Schoo dit 'nieuwe' model als de ruggegraat van het beleid van haar departement. De hulp moet gericht worden op de redelijk ontwikkelde en welvarende middenklasse, en zal dan vanzelf naar beneden 'doordruppelen'. Dit 'nieuwe' model is een opgepoetste versie van het zogenaamde 'trickle-down' model van Rostow, dat met name in de jaren zestig het toonaangevende model was voor het verlenen van ontwikkelingshulp. Men moest zich

volgens deze filosofie richten op stedelijke 'enclaves' van waaruit het binnenland en de armste bevolkingsgroepen langzamerhand bereikt zouden worden. Het onder druk van de economische crisis in het westen weer populaire model van Rostow leidt tot een analyse van verschillen in ontwikkeling op bijvoorbeeld het terrein van de gezondheidszorgvoorzieningen die volstrekt voorbijgaat aan de oorzaken van onderontwikkeling. Vincente Navarro verklaart de populariteit van het Rostow-model in het westen als volgt. 'De populariteit (van Rostows theorie EH) in de wandelgangen van de macht en in academische kringen in ontwikkelde landen is voor een deel toe te schrijven aan haar rationalisering en rechtvaardiging van de huidige verhoudingen tussen de ontwikkelde landen en de ontwikkelingslanden, waarbij de ontwikkelde landen voorgesteld worden als het 'model' waar de arme landen naar moeten streven en waarbij onderontwikkeling getoond wordt als het gevolg van een veronderstelde schaarste aan middelen in onderontwikkelde gebieden, en niet als gevolg van economische structuren en het patroon van economische verhoudingen tussen arme en rijke landen'.<sup>4</sup>

Op grond van dergelijke schijnbaar waardevrije redeneringen lijkt onderontwikkeling niets anders dan een mondiaal distributieprobleem te zijn waaraan voor een 'exportcombinatie' als het IHDF goed te verdienen is. Daarbij blijkt uit het aanbod van het IHDF dat men er vanuit gaat dat wat goed is voor ons ook goed is voor de Derde Wereld. Op geen enkele wijze wordt er echter door het IHDF, waarbinnen toch zeker het AMC en het Tropeninstituut beter moeten weten, duidelijk gemaakt wat de relatie zal zijn tussen hun specialistische aanbod en de primary health care en de invloed van specialistische ziekenhuisgeneeskunde op de belangrijkste doodsoorzaken in de Derde Wereld: tuberculose, dysenterie, longontsteking, infectieziekten, malaria etc. Stuk voor stuk armoedeziekten die noch door de linnenservice van Hodon, noch door de bedrijfsartsen van de KLM en ook niet door de ziekenhuisspecialisten van het AMC effectief te bestrijden zijn. Waar het IHDF wel veel woorden en argumenten aan besteedt zijn de criteria voor de keuze van landen. De belangrijkste criteria zijn stabiele politieke verhoudingen, een zich ontwikkelende economie (het Bruto Nationaal Produkt (BNP) per hoofd van bevolking moet minstens 500 \$ bedragen), en gunstige marktverhoudingen i.c. een medische infrastructuur. Aanvullende criteria zijn het ontwikkelingsbeleid en de mogelijkheid om verschillende landen in één regio te hebben. Wanneer een land concentratieland voor ontwikkelingshulp is, is het IHDF bereid om af te zien van de eis van een BNP van 500\$. Immers dan betaalt ontwikkelingssamenwerking en niet het land zelf. Het is dan ook geen wonder dat de ex-

portlanden van het IHDF voor het merendeel rijke of zich industrialiserende landen zijn, terwijl de resterende landen concentratielanden voor ontwikkelingshulp zijn. Boven aan de lijst prijkt het Midden-Oosten als concentratie-regio met als landen met de hoogste prioriteit Saoedië Arabië en de Verenigde Arabische Emiraten. In het Verre Oosten staan Indonesië en Thailand bovenaan de lijst.

De conclusie kan geen andere zijn dan dat het AMC middels deelname aan het IHDF zich verbonden heeft met een uiterst commerciële doelstelling van medische ontwikkelingssamenwerking die een rol speelt in modernisering en verwestersing van een deel van de Derde Wereld met voorbijgaan aan de belangen van armere landen en groepen. Zo worden er voor de gezondheidszorg steeds hogere medisch-technische doeleinden gesteld, die steeds maar voor een gering deel van de bevolking beschikbaar komen. Bijgaand staatje laat zien tot wat voor ongelijkheid een dergelijke gezondheidszorg leidt. Een recent cijfer (1981) uit de Filipijnen geeft aan wat zo'n verdeling betekent voor de verdeling van het budget voor gezondheidszorg. Het totale budget voor gezondheidszorg bedroeg daar in 1981 350 miljoen gulden, waarvan 210 miljoen aan de stedelijke ziekenhuizen werd besteed. Ruim tweederde van de Filipijnse bevolking woont daarentegen op het platteland en wordt door deze stedelijke gezondheidszorg in de Rostowiaanse 'enclaven' niet bereikt.

Land	Jaar	Hoeveelheid inwoners op één arts		
		landelijk	stedelijke gebieden	agrarische gebieden
Pakistan	1970	7.400	3.700	24.200
Kenia	1969	12.140	800	50.000
Filippijnen	1971	3.900	1.500	10.000
Honduras	1968	3.860	1.190	7.140
Colombia	1970	2.160	1.000	6.400
Iran	1967-70	3.752	2.275	10.000
Panama	1969	1.790	930	3.000

Spreadingsgraad van artsen in stedelijke en agrarische gebieden in een aantal landen. (Bron: World Bank, The assault on world poverty)

Een vraag die men tenslotte ook nog kan stellen is of de internationale activiteiten van het AMC op een of andere wijze aan de Nederlandse volksgezondheid ten goede komen. Ik ben geneigd om die vraag ontkennend te beant-

woorden. De deelname aan het IHDF lijkt eerder een bewijs voor de stelling dat het AMC noch in eigen land, noch in haar internationale contacten in staat is een maatschappelijke taak te formuleren en uit te voeren die voldoet aan de behoefte aan een meer sociaal gerichte medische dienstverlening waarin de elementen preventie en zorg niet voortdurend worden verwaarloosd.

Blijft de vraag welke belangen het AMC uiteindelijk wel heeft bij deelname aan het IHDF. In mijn ogen moet je daarbij in de eerste plaats denken aan het op commerciële wijze vormen van potjes die het mogelijk moeten maken om ondanks bezuinigingen bepaalde top-specialismen uit te (blijven) voeren. In het IHDF rapport wordt de BV-vorm voor specifieke projecten nadrukkelijk opgevoerd, waardoor de baten buiten de reguliere geldstromen gehouden zouden kunnen worden. Een tweede overweging voor deelname aan de IHDF kan zijn dat door internationalisering de aantrekkelijkheid van het AMC als partner van de medische en farmaceutische industrie toeneemt. Het AMC kan immers ten aanzien van bepaalde derde wereld landen de rol van promotiecentrum voor de producten van die industrie gaan spelen door cursussen, opleidingen en verkoop van 'know-how'. En tenslotte wint men door internationalisering aan wetenschappelijke en persoonlijke status. Gezien de zwakke theoretische en feitelijke onderbouwing van het hele IHDF-project, om nog maar te zwijgen van de morele aspecten, kan ik het tot nog toe ontbreken van een inhoudelijk weerwoord uit het Tropeninstituut en de medische faculteit, niet anders dan hieruit verklaren.

Het enige protest tot nog toe gold de mogelijke verplichting tot het geven van niet-jood verklaringen voor universiteitspersoneel dat betrokken wordt bij het geven van cursussen in het Midden-Oosten. Voor het overige heeft men zich kennelijk laten verblinden door de glamour van geld en internationale contacten en het geweten kunnen sussen met de oudste leugen uit de ontwikkelingseconomie: het 'trickle-down' effect.

ERIK HEYDELBERG

#### Noten

1. Ivan Wolffers: Masker van de Armoede, Ambo 1981, p. 114-115.
2. Lex Muller in Wemos bulletin nr 3, mei 1984.
3. Rostow, W.W.: The stages of economic growth, Cambridge 1962.
4. Navarro: The underdevelopment of health or the health of underdevelopment in: dokumentatiemap Wemos Amsterdam 1981.
5. Rostow, W.W. o.c. geciteerd door Frank, A.G.: Latin America: underdevelopment or revolution, New York/London 1969, p. 40.

# Academisch 'Patiënten' Centrum

Het AMC ziet er vanuit de trein of metro indrukwekkend uit. Grote blauwe neon letters prijken op het Academisch Medisch Centrum, waaronder de spiegelruiten schitteren. Bij de officiële opening op 13 juni 1984 kunnen de bezoekers kennis nemen van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van wetenschap en techniek voor ziekenhuispatiënten en van de ziekenhuisorganisatie. Nieuwsgierigen, met de vraag hoe nu de patiënt het hier zal vergaan, worden wellicht teleurgesteld. Paradoxaal genoeg heeft het symposium bij de opening de titel 'de patiëntenzorg in het jaar 2000' meegekregen.

Nu de laatste afdeling vanuit de binnenstad naar het AMC overgeplaatst is, worden tegenstellingen binnen de medische sector ook hier zichtbaar. Het sinds tien jaar ingezette overheidsbeleid 'versterking van de eerstelijns' heeft wel enkele bedden van het academisch ziekenhuis afgeknabbeld, maar aan het interne beleid wordt duidelijk dat dit geen consequenties heeft voor de medisch-technische ontwikkeling. Tekorten worden vooral op de zorgfunctie van het ziekenhuis afgewenteld, daar waar een verbinding met de extramurale zorg mogelijk is en daar waar de verpleging de verbinding tussen techniek en zorg moet leggen. Dit artikel brengt deze tegenstellingen nader aan het licht en gaat in op de problemen waarvoor het ziekenhuisbedrijf de verpleging stelt, bij het doorvoeren van verbeteringen in de patiëntenzorg.

## Medisch gebeuren

Ziekenhuizen zijn tegenwoordig omvangrijke organisaties. Hun geringe flexibiliteit, maakt de aanpassing aan veranderingen in de gezondheidszorg moeilijk. Nieuwbouw schept echter de gelegenheid versneld op ontwikkelingen te reageren. Uitgangspunt voor het AMC werd de ruimtelijke concentratie van de ziekenhuisfuncties op basis van een studie van Wiebenga.<sup>1</sup> De paviljoenstructuur wordt verlaten en de beddenhuizen worden gegroepeerd rondom centrale voorzieningen, zoals operatiekamers, röntgen faciliteiten en laboratoria. Een efficiënter gebruik hiervan en een intensievere samenwerking op het gebied van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs zouden mogelijk zijn. In zijn studie bevestigde Wiebenga eveneens, dat de basisfilosofie van ieder ziekenhuis gelegen moet zijn in de 24-uurs functie van het bed voor de patiënt. Over de voorwaarden en voorzieningen voor patiënten die enige tijd in en rondom een ziekenhuisbed moeten leven, valt echter weinig te lezen. Ook in andere kringen was men nog druk doende gedachtenbepalingen rondom de functies en organisatievormen van het AMC te

vormen. In een 'Studiegroep Intra-extramuraal' praatten specialisten van het toekomstig AMC, huisartsen en wijkverpleegkundigen uit de omringende wijken over een goede verhouding 'gewone zorg - bijzondere zorg'.<sup>2</sup> Het AMC zou zich niet in hoofdzaak op de top-specialismen moeten richten. Zij wezen ook op de lokale functie van het ziekenhuis. Het AMC zou in de eerste plaats een voorziening voor de omwonenden betekenen en dat mocht niet de laagste prioriteit in het reorganisatieproces krijgen. Intussen was de nieuwbouw begonnen en daarmee kwam de structuur van het AMC vast te liggen. Het in gebruik nemen van het ziekenhuis verplaatste de discussie naar de interne gang van zaken. Dit levert de directie problemen op en zij komen dan ook met een omkering van de argumentatie op de proppen: 'De overgang naar de nieuwe huisvesting betekent een ingrijpende verandering van de organisatie van het ziekenhuis, nog afgezien van de ontwikkeling van de geneeskunde en de modernisering van de apparatuur e.d.'.<sup>3</sup> De medische studenten (MFAS) brachten reeds naar voren dat vooral de bouwkundige structuren bestudeerd worden en een goed geïntegreerde gezondheidszorg geen onderwerp van onderzoek is.<sup>4</sup> In een toetsing aan de praktijk van deze structuur wordt onvermijdelijk geconcludeerd, dat de nieuwbouw de invoering van een nieuwe organisatiestructuur tot bitere noodzaak maakte.<sup>5</sup> Desalniettemin stelt de directie in het ziekenhuisreglement: 'dat het medisch gebeuren in het academisch ziekenhuis primair is en dus bepalend voor patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek'.<sup>6</sup> Deze laatste stelling is interessant, want wat wordt hier bedoeld met het 'medisch gebeuren'. Een door Van der Maesen geformuleerde veronderstelling is hierbij verhelderend.<sup>7</sup> In een analyse van de prioriteit, die het AMC kiest stelt hij dat het uitvoeren van therapieën in de geneeskunde bepaald wordt door de kennis van het ontstaan en verloop van ziekten. Dit is gebaseerd op het natuurwetenschappelijk denken, terwijl de beleving van ziekte en lijden van mensen hieraan wordt aangepast. Het betekent dat de ervaringen van de patiënten op een tweede plaats komen. Het medisch gebeuren wordt beheerst door de bio-organische invalshoek, de 'advanced medical cure' van de medisch specialismen onder leiding van arts-hoogleraren. Dit wordt onderstreept door de enorme belangen die met deze 'cure'-functie gemoeid zijn. De tegenwoordige therapeutische interventies vergen een dergelijke bundeling van kennis, apparatuur en geld, dat dit slechts in een groot ziekenhuis gerealiseerd kan worden. Hieraan voldoet het AMC bij uitstek. De tweede invalshoek, de belangen, belevingen en ervaringen van de patiënten komen hier moeilijk boven uit. De taken van de 'advanced medical care' worden voornamelijk op de verpleging toegeschoven. Zij vormen weliswaar de kern van de

'care' functie, maar worden in zijn algemeenheid onder de ondersteunende eenheden van het ziekenhuis gerangschikt.<sup>7</sup> De begrippen patiëntenzorg en verpleging krijgen zodoende een onderschikking aan de medische categorieën. In het AMC komt hiermee de 'breuk' in het medisch gebeuren, de scheiding tussen medische technologische kennis en de kennis van de zorgfunctie, tot uiting. Daar waar 'cure' en 'care' niet op elkaar aansluiten, moet de verpleging op afroep beschikbaar zijn. Zij zullen dan ook de gevolgen van de breuk in de praktijk moeten trachten op te vangen.

## Voltrekking van de breuk

Voor de moeilijke functie waarvoor de verpleging zich geplaatst ziet, zou een ondersteuning vanuit het ziekenhuisbeleid te verwachten zijn. Het tegendeel is waar. Terwijl de Nuclear Magnetic Resonance scanner van circa zes miljoen richting AMC verscheept wordt, ziet de Dienst Verpleging zich genoodzaakt haar formatieplaatsen opnieuw in te krimpen. In het Wilhelmina Gasthuis speelden reeds de perikelen rondom het terugbrengen van het aangestelde verpleegkundige personeel tot 98 procent. Door de werkgroep 'problemen in het AZUA' werd hiertegen geprotesteerd en in een Zwartboek (juni '81) verweerden zij zich tegen de sluitpostfunctie op de ziekenhuisbegroting.<sup>8</sup> In de op handen zijnde verhuizing naar het AMC raakte dit probleem overschaduwd. Verminderd is het evenwel niet. Door de integratie van de twee AZUA ziekenhuizen moesten circa honderd plaatsen worden ingeleverd. Door een nieuwe bezuinigingsronde zullen nogmaals 43 plaatsen moeten verdwijnen en is de formatie op 1007 teruggebracht.

In het uitvoerende werk komt de 'breuk' in het medisch gebeuren nog duidelijker naar voren. Terwijl de gehele verplegingsdienst moet inleveren, groeien de formatieplaatsen bij de hoogwaardig ontwikkelde specialismen onevenredig. Afdelingen zoals Intensive Care, Nierdialyse en Neonatologie breiden zich technisch verder uit. De eisen gesteld aan verpleegkundigen worden hoger. Er zijn meer apparaten om af te lezen en het bedienen van vier infusen bij een patiënt na een operatie is geen bijzonderheid. De technische vaardigheden van de verpleegkundigen krijgen een hogere waardering toebedeeld. De afdeling Intensive Care heeft momenteel vijf maal zo veel inroosterbare verpleegkundigen per bed, als een afdeling Interne Geneeskunde.<sup>9</sup>

Patiënten onderwerpen zich eveneens aan de breuk in het medisch gebeuren. Zij gaan makkelijk mee in grotere technische onderzoeken en intensievere medische behandelingen. De basale zorg van de verpleegkundigen blijft echter gelijk. Het aantal wasbeurten en het uitdelen van de medicijnen verandert niet. Tegelijkertijd moeten patiënten vaker naar onderzoekskamers gebracht worden en tracht verpleging te voldoen aan de verwachtingen van de patiënten ten aanzien van informatie over en geruststelling bij de specialistische behandelingen. In deze ontwikkelingen is het moeilijk te begrijpen, hoe verpleegkundigen kunnen blijven voldoen aan de steeds hogere eisen wat betreft kwalificatie en inzetbaarheid. Het opletend ziekteverzuim is daarom niet toevallig.

## Geïntegreerde verpleegkunde

Ondanks de toenemende kloof in het medisch gebeuren zijn de verpleegkundigen zich blijven toeleggen op veranderingen in hun visie en werkwijze. Het streven naar verbeteringen van de zorgfunctie heeft de ontwikkeling van het geïntegreerd verplegen in gang gezet.

Als gevolg van de reorganisatie van het AZUA heeft de leiding van de verpleging het onderwerp samenwerking aangepakt. Daaruit vloeiden beleidsplannen voort, waarin de ver-

pleegkundige als een zelfstandige hulpverlener wordt beschouwd. Uitgangspunt is het democratiseringsproces in de gezondheidszorg, ook ten aanzien van de patiënten wordt de nadruk gelegd op het integreren van kennisoverdracht in de hulpverlening aan patiënten. Als eerste doelstelling wordt gehanteerd, dat in de patiëntenzorg de patiënt een plaats krijgt in de organisatie en niet als een object behandeld wordt.<sup>10</sup> Dit hangt nauw samen met het bevorderen van de ontplooiing van de verpleegkundige en het bieden van een organisatorisch kader aan de professionalisatie van het verpleegkunde beroep. In het reorganisatievoorstel (1983) van de verplegingsdienst is een uitgebreid plan opgenomen hoe het geïntegreerd verplegen gefaseerd ingevoerd kan worden.

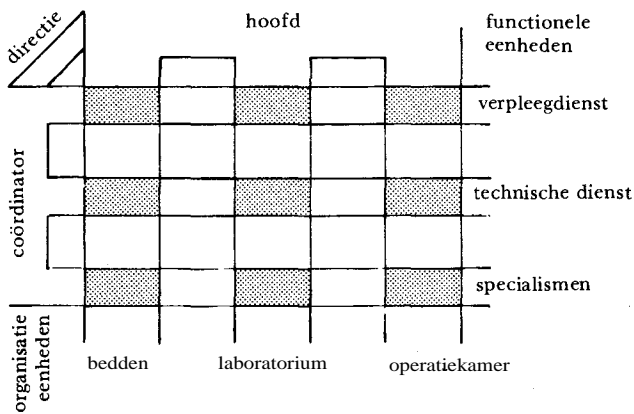
Formeel kan nu op alle afdelingen in het AMC deze werkwijze worden toegepast. Het betekent dat de verpleegkundige meer eindverantwoordelijkheid krijgt voor de verpleegkundige zorg. De activiteiten rondom een patiënt worden door hen gecoördineerd en de artsen zullen zich tot de betreffende verpleegkundige moeten richten. De verpleegkundige status is daarbij een belangrijk middel voor een goede overdracht van informatie over de patiënt. Qua organisatie zal er een flexibel systeem door alle geledingen van het ziekenhuis nodig zijn, om de veranderingen in de werkverdeling te kunnen doorvoeren!<sup>11</sup> Het heeft geleid tot een uniform medisch verpleegkundig systeem en de verpleegkundigen beproeven verdergaande veranderingen bij de overdracht van diensten en bij patiëntenbesprekingen. Ondersteuning haalt men uit de methode van het systematisch verpleegkundig handelen, waaruit richtlijnen voor de werkzaamheden ontwikkeld worden. Zodoende kan de coördinerende functie minder intuïtief en onafhankelijker van de hoger geplaatste artsen ingevuld worden. Belangrijk voor de verpleegkundige inzichten zijn de onderlinge consultaties van de verpleging en contacten met bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen. Met dit laatste werden ook in de nu gesloten poliklinieken Ganzenhoef bevredigende ervaringen opgedaan.<sup>12</sup>

Het is de vraag in hoeverre het geïntegreerd verplegen ook werkelijk ingang vindt. De invoering veronderstelt een gelijke visie zowel onder de verpleegkundigen als onder de andere disciplines. Daarvan is op dit moment nog geen sprake. De verpleegkundigen steken veel energie in attitude veranderingen en het vergroten van het vertrouwen in hun eigen deskundigheden. Veel tijd wordt gestoken in bijscholing en het ontwikkelen van vaardigheden om in een coördinerende functie de medische en verplegende zorgfactoren dichterbij elkaar te brengen. Het gevoerde beleid van de AMC-organisatie is daarmee echter in tegenspraak. Terwijl de verpleegkundigen hun kw, teiten trachten te vergroten, breekt de directie hun kwantiteiten af. Bovendien ontstaan problemen bij de organisatorische voorwaarden die de verplegingsdienst stelt. Een uitwerking van de beleidsvisie van de verplegingsdienst wordt in directiekringen niet besproken en is dan ook niet in de AMC beleidsplannen terug te vinden. Ook de medische faculteit maakt dit niet tot onderwerp van discussie en beperkt zich tot zijn hoofdzaak: een goede medische behandeling.

## Problemen in de matrixorganisatie

De door de directie aangekondigde ingrijpende verandering in de organisatie van het AMC is de zogenaamde functionele matrixorganisatie. Werkzaamheden op een afdeling worden nu verricht op het kruispunt van Operationele Eenheden en Functionele Eenheden.<sup>13</sup> De in totaal 75 Functionele Eenheden omvatten onder andere de technische dienst, de dienst verpleging en alle medisch specialismen. De hoofden hiervan detacheren hun mensen in de Operationele Eenheden. Dit zijn centrale werkgebieden waar gelijksoortige activiteiten plaats vinden, zoals beddenhuizen, laboratoria

en operatiezalen. Aan het hoofd staat een coördinator die verantwoordelijk is voor het doelmatig functioneren. In schematisch overzicht:



Op deze wijze ontstaat een tweeledige autoriteitsrelatie op het operationele niveau; een verticale naar het hoofd van de Functionele Eenheid en een horizontale naar de coördinator van de Operationele Eenheid. De beide laatste leggen verantwoording af aan de directie die de balans in deze relaties moet handhaven. Een goed uitgewerkte matrixorganisatie zal een betere samenwerking in het ziekenhuis tot stand kunnen brengen, ware het niet dat deze vele gebreken vertoont. De mogelijkheden die de verpleging zou kunnen benutten om het geïntegreerd verplegen te realiseren blijken uiterst gering te zijn.

Problemen rondom 'het bed' worden niet beleidsmatig aangepakt, maar via de oude structuren met het functionele hoofd geregeld. Ook de verpleegkundigen zijn genoodzaakt de informele routes van de paviljoenstructuur te bewandelen. Dit wordt versterkt door het ontbreken van gekwalificeerde coördinatoren; het zijn artsen die het 'erbij' doen! Een gevolg is dat de ontwikkeling van geïntegreerd verplegen geen ruimte heeft, zoals de groeiende wachtlijsten op de poliklinieken laat zien. De coördinatoren kunnen geen passend schema voor het kamergebruik maken. De verpleegkundigen, continu aanwezig en met een goed overzicht op de poli's, patiënten en onderzoeken worden van deze management-taak uitgesloten. Last hiervan onderwonden alle disciplines, maar voor de patiënten dreigt de zorgverlening tussen de wal en het schip te raken.

## De verpleegkundige strategie

Ondanks de druk op de inzetbaarheid van de verpleegkundigen, brengen zij veranderingen in de patiëntenzorg aan. De breuk in het medisch gebeuren is aanleiding om hun functie te verbeteren. Inhoudelijk stuit de visie van geïntegreerd verplegen dan ook op weinig weerstand en mogen zij deze werkwijze formeel invoeren. Het lukt stap voor stap het ziekenhuis aan te passen. Zij hoeven zich niet langer te legitimeren door de opdrachten van de artsen, maar ontnemen legitimiteit aan hun eigen vak. Veel assistenten en enkele specialisten zien de voordelen wel, doordat zij beter geïnformeerd raken over patiënten en waardevolle suggesties overnemen. De verpleegkundigen leggen zich dan ook toe op kleinschalige veranderingen aan het bed, zoals het toewijzen aan verpleegkundigen van patiënten in plaats van taken en het overdragen in aanwezigheid van de patiënt. Hierover kan succesvol onderhandeld worden, omdat de veranderingen zichtbaar gemaakt worden en de artsen daarop aanspreekbaar zijn. Het grote struikelblok vormt het lega-

liseren van het geïntegreerd verplegen, waartoe een gezamenlijke visie nodig is. Het betreft niet alleen de individuele belangen van patiënten waarover onderhandeld kan worden, maar een hulpverleningsmethode die multidisciplinair, opgebouwd moet worden. Dit zal een plaats in de ziekenhuisorganisatie moeten verkrijgen. Zolang de directie niet actief voorwaarden schept en de 'chefposities' door medisch specialisten ingenomen worden, zal het medisch gebeuren eenzijdig benaderd blijven worden. De patiëntgerichte zorg hangt dan af van de energie van de verpleegkundigen. Om de integratie van 'cure' en 'care' door het hele ziekenhuis te realiseren is hun positie echter te zwak. In de matrixorganisatie zullen de beslissingen op gelijkwaardige belangen moeten kunnen steunen, waaronder die van het geïntegreerd verplegen. De verpleegkundigen in het AMC zullen tot de vorming van een grotere machtspositie genoodzaakt zijn.

HUGO SMEETS - SISWO, Amsterdam

### Noten

1. Wiebenga A.H. De plaats van het Academisch ziekenhuis in de gezondheidszorg. Een samenvattende uitgave van het AZUA, april 1976.
2. Helsloot, R.S.M. Wensen en ideeën aangaande het functioneren van het Academisch Medisch Centrum. SGZ 1981, blz. 26 e.v.
3. Concept reglement betreffende de organisatie van het AZUA in het AMC, juli 1982, blz. 2.
4. Discussiemap van de MFAS, 1975, blz. 6.
5. Dijkstra H. e.a. De matrixstructuur van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, 1981, blz. 31.
6. Van der Maesen L.J.G. Een 'Werkplaats poliklinieken Ganzenhoef' ter verandering van de verhouding tussen het nieuwste academisch ziekenhuis en zijn omgeving. SOMSO 1982, blz. 45.
7. Zie noot 3, blz. 7.
8. Problemen in het AZUA, een Zwartboek. Margeteksten 3, 1981, blz. 4 e.v.
9. Concept reorganisatie FE Verpleging. AMC 1983, blz. 110 e.v.
10. Beleidsvisie en beleidsplan voor 1980 en verdere jaren van de verplegingsdienst, AZUA 1980, blz. 1.
11. Notitie Werkgroep Geïntegreerde Verpleegkunde, SGZ, 1983.
12. Helsloot R.S.M. Het AZUA ziet de wijk niet zitten. Zie deze uitgave van 37.5.
13. Zie noot 5, blz. 5 e.v.
14. Zie noot 5, blz. 34 e.v.

De antropologische geneeskunde wint aan belangstelling. In Medisch Contact wordt er volop over geschreven, Metamedica wijdt er een thema-serie aan. In een wijsgerige beschouwing van de geneeskunde lijkt je er niet meer omheen te kunnen.

Het eng, individueel geformuleerde 'menselijke' van De (zieke) Mens wordt nogal opgeblazen. Wat betekent dit? Is het een reactie op de wildgroei van de technisch-specialistische geneeskunde, die ten koste gaat van de kwaliteit van zorg; loopt het parallel aan de kritiek van medicaliseringstheoretici? Vragen van leven, ziekte en dood staan in de antropologische benadering centraal. Dat is zeker belangrijk, maar wat kun je met de fraaie concepten in de dagelijkse praktijk; wat wordt door het verblindend licht van het ware inzicht in de schaduw gesteld?

Henk van Bakel schetst op speelse wijze hoe een warme dokter vol idealen botst op de alledaagse spreekkamerrealiteit van de hoofdpijn van mijnheer Janssen. En hij zet vraagtekens bij de utopische verwachtingen, die de antropologische geneeskunde wekt.

Annemarie Mol en Miriam van Reijen benaderen de antropologische geneeskunde vanuit een andere invalshoek: Zij zien leven, ziekte en dood als menselijke realiteiten, maar weigeren er mediterend bij stil te staan en de maatschappelijke herkomst van menselijke ellende te vergeten. Zij benadrukken het belang van het aandacht schenken aan machtsverhoudingen, sociale tegenstellingen en coalities tussen groepen mensen. Het is een voorwaarde om een betere zorg te realiseren.

## DE HEILSVERWACH- TINGEN VAN DE ANTROPOLOGISCHE GENEESKUNDE

# Mijnheer Janssen bij de dokter

HENK VAN BAKEL, studeert cultuurpsychologie en publicistiek

U ziet het al voor U: fabrieks-arbeider P. Janssen, 40-urige werkweek, hond, vrouw, kind en huis met te zware hypotheek, komt bij Dokter. Met hoofdpijn van hardnekkige aard. Nu gaat Dokter, die zich in de antropologische literatuur goed thuis voelt, aan de slag.

'Mijnheer Janssen,' begint Dokter aarzelend, 'U bent méé méér dan Uw ziekte...' Mijnheer Janssen knikt: 'Jawel, maar het doet zo'n pijn Dokter.' 'Mijnheer Janssen. Wat U voelt niet de hoofdzaak. U bent zowel subject als object. Dit moeten wij, U en ik, nadrukkelijk onder ogen zien. U bent niet alleen de röntgen-opname die er straks wellicht van Uw hoofd gemaakt wordt, meneer Janssen, U bent ook nog een lichaam en een geest, met gevoelens en emoties. U hebt een vrouwen een kind. Een schoonmoeder wellicht.. U bent, kortom, een existentie.' Meneer Janssen knikt, maar dat moet hij niet te vaak doen. Het doet zo'n pijn... Schoonmoeder ja. Die ook.

'Meneer Janssen,' en nu buigt Dokter zich een beetje voorover, 'bent U eigenlijk wel gelukkig?' Meneer Janssen kijkt in het stralende gezicht van Dokter. Gelukkig? Ja wat is gelukkig? Hij heeft een hond en een vrouwen een huis... 'Eh... de hypotheek dokter. Dat drukt nogal op mij en mijn vrouw, en...' 'Heeft-Uw-vrouw-ook-hoofdpijn,-meneer-Janssen!?' Dokter vouwt zijn handen samen, tikt met zijn duimen tegen elkaar een staccato-roffeltje op het ebonieten

bureau en staart naar de fraaie 1ge-eeuwse zoldering. Meneer Janssen denkt na... 'Nee, hoofdpijn heeft ze niet, dokter maar ze heeft wel last van...' 'Aha. Zij heeft geen hoofdpijn. Ziet U nu wel, meneer Janssen U bent uniek. Want die hypotheek drukt even zwaar op U als op Uw vrouw, is-het-niet-meneer-Janssen!?' 'Ja dokter.' Meneer Janssen houdt het hoofd recht en staart nu ook naar de zoldering. Er moet daar nodig eens gestoft worden, denkt meneer Janssen. Misschien kan zijn vrouw hier wel wat bijverdienen. Dat zou in ieder geval die hypotheek ... 'Hoe zou het komen dat U die hoofdpijn wél ontwikkelt, meneer Janssen, en Uw vrouw niet?' Tja, dat hij een hoofdpijn ontwikkelt, daar had P. Janssen nog niet zo 1-2-3 aan gedacht. En dat zijn vrouw... Tja... 'Misschien omdat mijn vrouw, eh, een vrouw is Dokter.' 'Vrouwen kunnen ook hoofdpijn ontwikkelen, meneer Janssen, dat weet U best.' Meneer Janssen denkt aan zijn schoonmoeder. Die heeft al jaren last van migraine. Maar die heeft geen hypotheek. Tja, het is toch ingewikkelder dan hij dacht. Maar hij knikt niet. Daardoor is het even stil tussen hem en Dokter. Deze noteert wat in zijn agenda. Meneer Janssen zou eigenlijk wel willen weten wat... Hij probeert zich iets uit te rekken. Auw! Weer die pijn in z'n hoofd.

'Waar voelt U de pijn precies, meneer Janssen?'

'Eh, soms hier, en dan weer daar, Dokter.' Meneer Janssen

foto: Elmer Spaargaren



wijst her en der op zijn hoofd, maar hij had het er net zo goed af kunnen draaien en het vóór Dokter op het bureau kunnen leggen, want eigenlijk deed het overal pijn. 'En hebt U er soms ook geen last van, meneer Janssen?' 'Eh... Nou, als ik naar NEE ga kijken, Dokter. In het stadion, dan voel ik niks. Hoewel, de laatste tijd ga ik niet meer zo vaak kijken, Dokter. Ze spelen bar slecht. Het lijkt wel alsof alles tegen zit.'

Dokter bladert nu door een paar papieren die hij van een stapeltje heeft genomen. 'Ik zal U eens iets vertellen, meneer Janssen. Ik heb hier een artikel voor me liggen dat gaat over mijn vak.' Daarin worden wat kenmerken opgesomd van de antropologische geneeskunde. Dat is een moeilijke manier om te zeggen dat ik onder meer een andere ziekte-opvatting hanteer dan de meeste doktoren in dit land, meneer Janssen. Ik citeer: "Door haar gereduceerde beeld van de mens en diens lichamelijke en door haar causale natuurwetenschappelijke beschouwing is de (reguliere) geneeskunde niet in staat de zieke mens te begrijpen (...). Het is onvoldoende om alleen het mechanisme van een ziekte te verklaren. Zelfs bij wat somatische ziekte heet, ontmoet de arts het lichamelijke als een netwerk van betekenissen, dat met de situaties, de voorgeschiedenis en het geheim der persoonlijke vrijheid samenhangt ..." Dit citaat is al heel oud,

meneer Janssen, al dertig jaar, en het komt van een beroemde collega van mij, professor Buytendijk. 'Ik vind het wel mooi, Dokter, wat die professor zegt. Vooral dat van dat geheim... Betekent dat dat ik eigenlijk niet ziek ben, Dokter?' 'U bent ziek en U bent niet ziek, meneer Janssen. U moet het zó zien: De geneeskunde moet de vraag stellen naar de zin van een bepaald symptoom, de waarde van een bepaald verschijnsel.. De natuurwetenschappelijke geneeskunde is kwalijk te nemen dat zij juist verhindert in te zien dat ziekte een zin heeft. De vraag: "Waarom juist hier en nu?" kan zij niet beantwoorden; zij stelt, haar zelfs niet eens.'<sup>3</sup>

'Wij wel, hè Dokter!?' Meneer Janssen heeft besloten heel goed te luisteren en af en toe een vraag te stellen, misschien dat Dokter hem dan straks wel wat pilletjes of een poeder-tje mee wil geven. Want met die werkloosheid van tegenwoordig moet hij niet te veel werk verzuimen. Dat zou hem zijn baan wel eens' kunnen kosten. 'Voor jou honderd anderen, Janssen,' heeft de chef van de werkplaats gisteren nog gezegd. En dan kan-ie die hypotheek natuurlijk wel helemaal vergeten. Dan wordt het een sta-caravan, bij schoonmama in de achtertuin, tussen de spruitplanten. 'Ja, wij wel,' herhaalt Dokter. Hij zucht. 'Wij, antropologische artsen, menen dat elke ziekte een zin heeft.' 'Ja, niks voor niks, hè Dokter,' reageert Janssen opgewekt. De hoofdpijn



wordt verdorie al een beetje minder. Misschien komt het omdat hier niet constant die machines op zijn oor staan te razen. En als-ie nou straks 's aan Dokter vraagt of zijn vrouw misschien hier een paar ochtenden in de week die spinnewebben mag komen weghalen, dan ...

'Ik geloof dus dat het vroeg of laat op een of andere manier zal blijken;', vervolgt Dokter, 'dat het lichaam iets uitdrukt van de mens, van de zin van het leven, dat het lichaam een woordje meespreekt bij de gang, die de mens nu eenmaal heeft te gaan tot aan zijn graf.' Zomin als ik mijn leven alleen ontvang, maar ook zelf vorm geef - lees ik hier - zomin als ik mijn lichaam bèn zonder het tegelijkertijd te hebben en er deze of die betekenis aan te geven, evenmin heb ik alleen mijn ziekte, maar maak ik haar ook. Ziekte kan een antwoord zijn van de persoon op zijn eigen bestaan (...). Dit leidt tot een positieve waardering van ziek-zijn. Het is niet iets dat mij overkomt, dat mij als blind toeval overvalt. Het is niet alleen iets negatiefs, dat zo snel mogelijk uit de wereld geholpen moet worden. Het gaat erom wat we ervan maken, of we er aanleiding in vinden ons leven beter in te richten ...'<sup>5</sup>

Er aanleiding in vinden' ons leven beter in te richten ... Meneer Janssen speelt wat met de rits van zijn jas. Bij het woordje 'graf' heeft hij zijn hoofd onwillekeurig een beetje naar beneden laten zakken. En dat van die ziekte maken was ook niet zo leuk. Zou dat iets met dat ontwikkelen van daarstraks te maken hebben? Meneer Janssen voelt zich een beetje bedroefd, heel klein eigenlijk. Tja, hij is geen Dokter geworden. Dat ging ook moeilijk met de LTS. En voorman, dat zal met die hoofdpijn ook wel niet zo snel lukken. En met dat huis heeft-ie zich natuurlijk ook overkocht.. Ze hadden hem nog wel gewaarschuwd, met zo'n salaris, ... Maar ja, hij houdt wel van Bep, en Bep van hem. En dat is ook heel wat waard ... Waarom zou Bep niet eens een beetje van zijn hoofdpijn over kunnen nemen? Een klein beetje maar. Dan zou de wereld er al een tikkeltje vriendelijker uitzien. Misschien kan Dokter hem helpen met een pilletje of een poedertje of zo. Misschien is-ie er dan over een paar dagen vanaf...

'Hoe gaat U eigenlijk met Uw collega's om, meneer Janssen?' Meneer Janssen schrikt op van zijn gemijmer. 'Collega's? ... Tja, eh, gewoon. Een potje kaarten tijdens de pauze. Een beetje lullen over het voetbal.. Af en toe wat organiseren, een personeelsavondje of zo. En ik voetbal nog een beetje, in het derde. Da's wel leuk ...' 'Wel leuk ... Eh, weet U meneer Janssen, wij antropologisch geneeskundigen wijzen n.l. tenslotte ook het isoleren van de concrete mens uit zijn context en situatie af. "De mens is een sociaal wezen, mens onder de mensen (...). De scheiding tussen het individuele en sociale moet worden overwonnen"<sup>6</sup> ...' Hoe gaat het eigenlijk thuis, meneer Janssen?' 'Oh prima. Ik houd van mijn vrouwen zij houdt van mij. En onze kleine wordt binnenkort allo. Ze zit bij de majorettes. Ze hebben laatst nog een prijs gewonnen bij de ...' 'Prima. Ja, want het geïsoleerde individu is een abstractie, primair, is de verbondenheid van de mensen.'<sup>7</sup>

Goh, Dokter kan het wel mooi zeggen. De verbondenheid der mensen. Dat zei dominee vroeger ook altijd. De laatste tijd gaat-ie niet zo vaak meer naar de kerk. Zijn vrouw is katholiek die gaat ook niet meer. Het is allemaal een beetje verwaterd. Het hoeft niet meer zo nodig. En de kleine, die gaat 's zondagsmorgens liever aerobica dansen, op de ijsbaan ...

'De zieke mens, meneer Janssen, moet namelijk verstaan worden uit de levensgeschiedenis. En daarbij behoren andere mensen, de maatschappij, de cultuur. De arts moet zich niet beperken tot de scène, datgene wat heeft plaatsgevonden, maar aandacht geven aan het drama, het geheel'<sup>8</sup> hij moet zich bewust zijn van "die vielfache Uebereinstimmung der Krankheit des Individuums mit der Krankheit der Welt".<sup>9</sup>

Meneer Janssen keek veel naar de Duitse zenders op tv, dus dat begreep-ie wel, dat de wereld gek is. Je hoefde de krant maar open te slaan, of je kwam het tegen: doodslag, oorlog, armoede, Sahel, de hele rataplan. Een paar maanden geleden had-ie de krant trouwens opgezegd. Hij keek alleen nog naar het journaal, en soms naar Woebie Brugsma of Tros Aktua, of naar die Van Dam, die kon het ook zo mooi zeggen. Maar het liefst keek-ie toch naar voetbal, en Bep naar Marco Bakker. Anders werd je gek van ellende, ja, dat had Dokter goed gezien. Je kunt de wereld toch niet veranderen.

'De pathologie van het gezin, opvoeding, huwelijk, beroep draagt bij tot de ziekten van het individu;', hoorde meneer Janssen Dokter zeggen. Hij stelde zich voor hoe hij met zijn vrouw weer op de Canarische Eilanden lag. Zeven jaar geleden waren ze daar voor het laatst geweest. De kleine was toen nog echt klein. Daarna waren ze met dat huis begonnen. Misschien kwam het er wel nooit meer van, vakantie. Met die economische malaise ... Oh, nu citeerde Dokter weer die Duitser ... " ... Der Gegenstand der Medizin ist durchaus ein Mehrheitsbegriff: Geschwisterschaft, Ehe, Familie, Gruppe, Gesellschaft, Volk." IO Vandaar: de nauwe relatie tussen geneeskunde en politiek. Zo geldt voor de natuurwetenschappelijke geneeskunde dat zij staat of valt met de machtsverdeling van de burgerlijke maatschappij en de financiële ordening van het kapitalisme ...'<sup>11</sup>

Dokter legde het artikel opzij, zette zijn brilletje af en keek Meneer Janssen zo ontspannen mogelijk aan. Het verhaal was kennelijk af. 'Eh, wat vindt U daarvan, Meneer Janssen,' vroeg Dokter. 'Dat laatste ging wat snel, Dokter,' antwoordde Meneer Janssen naar waarheid, 'maar de rest snap ik wel. Bedoelt U met dat laatste dat U en Uw collega's een oplossing hebben voor de crisis of zo? ...' 'Nou dat niet direct, meneer Janssen, maar wel dat Uw probleem misschien samenhangt met die crisis. Zoals eigenlijk alles met alles samenhangt.' Dokter schrok een beetje van die laatste woorden. Dat had-ie beter niet kunnen zeggen. Maar hij vertrok geen spier van zijn gezicht.. Het betoog had hem zelfs geamuseerd. Nu hij dat artikel opnieuw had gelezen, was het alsof de dingen veel duidelijker waren. Er zat een politieke dimensie aan de ziekte van Meneer Janssen. Alleen, tja ...

'Maar hoe kom ik nou van mijn hoofdpijn af, Dokter?' Het leek wel alsof die verdomde Janssen zijn gedachten geraden had. Maar wacht eens. Er stond toch ook nog iets over een positieve plaatsbepaling van de antropologische geneeskunde in dat artikel? Even kijken. Wel blijven glimlachen natuurlijk. Er was geen tijd om het eerst nog even door te lezen. In de wachtkamer zaten nog minstens tien patiënten. Dus dan maar even her en der de krenten uit het artikel pikken. 'Eh ... Laten we eens kijken;', begon Dokter. 'Wat lees ik hier nog? Dit artikel staat niet op zich. Er komen nóg een aantal artikelen in dezelfde serie. Daarin zullen de positieve denkbeelden van deze opvatting worden geschetst.' 'Positieve denkbeelden? ...' 'Ja. Hoe het moet.' 'Oh.'

'Maar de auteur geeft al wel een voorproefje. Ik citeer: "Von Weiszäcker"<sup>12</sup> verhaalt, dat hij vaak gezien heeft hoe jonge medici zich vol enthousiasme in de nieuwe inzichten van de antropologische geneeskunde verdiepten, maar daarna rechtsomkeert: maakten en terug gingen naar de natuurwetenschappelijke beschouwingwijze. " , 'Slapjanussen.' 'Hoezo?' 'Nou slapjanussen. Dat ze niet volhouden. Het klinkt zo mooi. Onbegrijpelijk!' Meneer Janssen vond dat hij Dokter nu niet in de steek mocht laten. Daarom liet-ie maar eens een krachtig geluid horen. Het spreekuur kon nou echt niet lang meer duren. Ze hadden al minstens tien minuten zitten kletsen, als het niet meer was. Zometeen zou de Dokter wel een receptje uitschrijven. Zo lang moest-ie het humeur van Dokter dus niet bederven. 'Nou, nou, dat moet U niet meteen zeggen, hoor, Meneer Janssen! De auteur van dit artikel zegt namelijk dat die terugkeer naar de natuurwetenschappelijke geneeskunde volgens hem niet alleen een kwestie van "karakter" is.<sup>13</sup> De antropologische ge-

neeswijze stelt zich immers een "uiterst lastige opgave", meneer Janssen, en nu citeer ik weer even: "Sie umschlieszt eine politische, eine menschliche und wissenschaftliche Aufgabe und kann sich nur für Augenblicke auf eine dieser drei beschränkt wähen." 14

'Bedoelt U nu, dat die opgave de antropologische artsen een beetje boven de pet is gegroeid, Dokter, dat ze... eh... een beetje machteloos staan? ...' Het was er uit voor Janssen er erg in had. Nu kon-ie die pillen en poeders natuurlijk wel vergeten. 'Machteloos!' Als-ie één woord niet had mogen gebruiken, dan was het dát wel! Hij keek naar Dokter.. Meende hij dat nou maar, of trilde het tijdschrift nu echt een beetje in de handen van de Dokter?

'Niet helemaal, meneer Janssen,' zei Dokter en keek zijn patiënt enigszins aarzelend in de ogen, 'de auteur gelooft dat er toch kansen voor de antropologische geneeskunde zijn. Want allerwegen in de huisartsenpraktijk,' - hier schoof Dokter even op zijn stoel - 'het ziekenhuis en de medische opleiding' - hier zat Dokter weer recht - 'is er onvrede over de eenzijdigheden en beperkingen van de natuurwetenschappelijke benaderingswijze. Geneeskunde krijgt alleen een antropologische oriëntatie, als woorden vergezeld gaan van, of in ieder geval gevolgd worden door daden. Het is te hopen dat het de lezer van dit en volgende artikelen over antropologische geneeskunde niet zal vergaan zoals de zojuist genoemde leerlingen van Von Weiszäcker... IS Dokter zweeg. Hij keek nadrukkelijk op zijn papier.. Alleen het zoemen van de radiator was duidelijk hoorbaar.. Meneer Janssen zag hoe Dokter het artikel nog steeds in zijn hand hield, alsof hij er geen afscheid van wilde nemen. Toen zag hij hoe Dokter zijn hoofd langzaam omhoog draaide en hem, Meneer Janssen, doordringend aankeek. Deze zag nu pas dat er over het voorhoofd van Dokter enkele diepe denk-rimpels lagen. Zaten die er straks ook al?

'Bent U,' zo begon Dokter na enig stilzwijgen, 'bent U, Meneer Janssen, wel eens écht gelukkig geweest!?' Dat vroeg-ie daarstraks ook al. 'Eh... Ik ben gelukkig, Dokter..'. Dokter keek hem onderzoekend aan. Het antwoord scheen hem niet helemaal tevreden te stellen.

'Maar wat is Uw probleem dan, Meneer Janssen!?' 'Hoofdpijn, Dokter.. Gloeiende hoofdpijn. Soms is het wat minder.. Maar het gaat niet weg. Ik heb al van alles geprobeerd. Trimmen. Vroeg naar bed, laat naar bed. Aspirine. Maar het komt steeds terug. Ik denk dat het aan die hypotheek ligt, en aan die machines, en...'. 'Goed,' zuchtte Dokter, en legde het artikel terzijde. Zijn ogen klaarden op. Hij leek een bepaalde knoop doorgehakt te hebben. 'Ik schrijf U een receptje voor, Meneer Janssen. Driemaal daags één tablet, met flink wat water innemen, vóór de maaltijd. Als het over een week nog niet over is, dan komt U nog maar eens terug. In ieder geval wordt de pijn er een stuk minder van. Is er niets aan die machines te doen?'

'We zijn bezig met de ondernemingsraad, Dokter.. Maar U weet, deze tijd... Het gaat niet zo gemakkelijk meer, de inspraak ligt mooi op z'n gat. Een paar collega's zijn er al uitgestapt. Ze zijn bang dat ze hun baan kwijtraken. Voor jou tien anderen, weet je wel.' Meneer Janssen voelde weer dat akelige bonken in zijn kop. Misschien moest-ie toch maar watjes in zijn oren doen, net zoals een paar oudere collega's op het werk. 'Hebt U niet iets anders geleerd?' 'LTS Dokter. En met RWW haal ik het niet. Het is zó al moeilijk genoeg.'

'En die hypotheek?'

'Mijn vrouw zoekt een baantje, Dokter. Ze zou er best een paar ochtenden in de week bij kunnen gaan werken. Hier, bijvoorbeeld.'. 'Hier?' 'Ja, hier boven hangen...'. Meneer Janssen keek omhoog naar de zoldering. Het zonlicht speelde met de flarden van een paar vergeten spinnewebben. Dokter lachte. Die Meneer Janssen toch. Een paar spinnewebben, die kon hij zelf ook wel met een zwabber weghalen... 'Een collega van mij heeft wat kleine kinderen. Die zoekt nog een oppas, maar niet meer dan 2 halve dagen per

week. Zou dat iets voor Uw vrouw zijn, Meneer Janssen?' 'Prima! Als dat zou kunnen! Gráág Dokter.'. Het zweet stond Meneer Janssen in de handen. Als dit zou lukken, dan zou het andere ook wel lukken. 'O.K. Ik zal die collega er deze week nog over aanspreken. Zodra ik meer weet, laat ik het U weten.'. 'Dank U, Dokter, dank U wel!' 'Zo, hier is Uw recept.'. Dokter vouwde het papiertje dubbel en reikte het Meneer Janssen over het bureau glimlachend aan. 'Hiermee kunt U naar de apotheek gaan.'. 'Dank U wel, Dokter. Dank U. En hopelijk niet meer tot ziens.'. 'Het ga U goed, Meneer Janssen. En doet U de groeten aan Uw vrouwen kind?'. 'Zal ik doen, Dokter.. Tot ziens.'

Nadat de deur achter Meneer Janssen dichtgevallen was, zweefde de vinger van Dokter enige tijd boven het knopje dat op zijn bureau was gemonteerd. Hij aarzelde met hej oproepen van de volgende patiënt.. De laatste tijd irriteerde die akelige toon hem toch al. Plotseling duwde hij zijn stoel naar achteren, stond op, liep naar het raam, vouwde de handen op zijn rug en staarde naar buiten. 'Antropologische geneeskunde,' mompelde hij en keek naar de gele crocussen die opkwamen in het zonovergoten gazon. Alles lag er netjes en overzichtelijk bij in de voorjaarszon. Zaterdag kwamen ze weer bij elkaar, 'het antropologisch groepje'. Dit keer bij Riemersma. Ze zouden een artikel van Buytendijk bespreken. In de verte, tussen de bomen door, kon hij nog net de schoorsteen van de steenfabriek zien. Hij ging daar vaak wandelen, 's zondags, met zijn vrouw. Hij hield van dat vervallen oude gebouw, vlak bij de uiterwaarden. Janssen en z'n vrouw waren ze er ook wel eens tegengekomen. Een vriendelijke man, die Janssen, en niet op z'n mondje gevallen ook.

Toen liep Dokter weer terug naar zijn bureau. Staande bladerde hij wat door zijn agenda. Daar stond het, bij zaterdag: 'Riemersma, 14.00 u. Antrop. Gen.'. Hij nam zijn pen en noteerde: 'Oppas! Janssen.'.

#### Noten

1. Have, H. ten: Antropologische geneeskunde. Silhouet van een specifiek menselijke geneeskunde. In: Metamedica, 1983 (Jan.), Jg. 62 (nr. 1), p. 10-21. Alle verder geciteerde uitspraken (ook van andere auteurs) komen uit dit artikel.
2. Buytendijk, F.J.J.: Vernieuwing in de wetenschap. In: Academische redevoeringen. Dekker & Van de Vegt, Utrecht/Nijmegen 1961 (oorspr. 1954), p. 136.
3. Have, H. ten, o.c., p. 18.
4. Weiszäcker, V. von (1951a): Der Kranke Mensch, Eine Einführung in die Medizinische Anthropologie, (Ned. vert.: De zieke mens. Veen, Amsterdam) p. 47.
5. Have, H. ten, o.c., p. 19.
6. ib.
7. ib.
8. Weiszäcker, V. von (1951b): Medizin und Logik, p. 28. In: Weiszäcker, V. van & D. Wyss, Zwischen Medizin und Philosophie, Göttingen, 1957.
9. Weiszäcker, V. van (1951b) p. 147.
10. Weiszäcker, V. van (1947b): Ueber das Wesen des Arzttums, In: Diesseits und Jenseits der Medizin, Stuttgart, 1950, p. 197.
11. Weiszäcker, V. van (1947a): Grundlagen medizinischen Anthropologie, In: Diesseits und Jenseits der Medizin, Stuttgart, 1950, p. 153.
12. Weiszäcker, V. van (1951a), p.133.
13. Weiszäcker, V. van (1951a), p. 20.
14. Weiszäcker, V. van (1947a), p. 154.
15. Have, H. ten, o.c., p. 20.

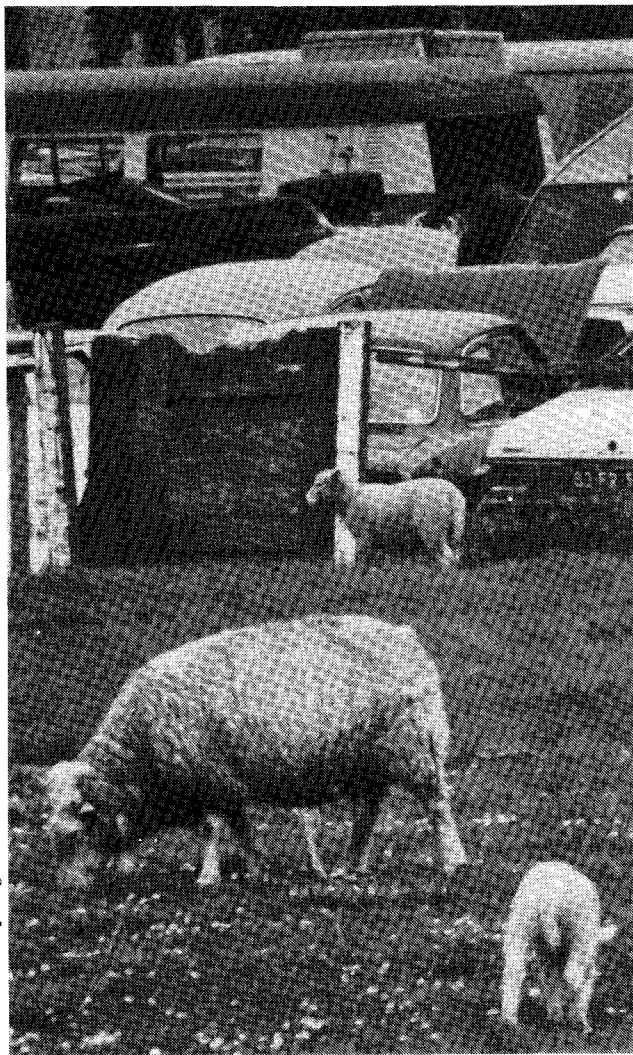


foto: Eimer Spaargaren

## Zin in het leven

ANNEMARIE MOL, filosofe en geneeskundige  
MIRIAM VAN RIJEN, filosofe

Pijn, lijden en verdriet stromen de gebouwen waar zorg gegeven wordt in en uit. Mensen zitten ermee: in de wachtkamer, maar ook thuis, naast het flesje met de medicijnen, of in de trein, zwigend. Hulpverleners weten daarvan, ze weten er veel van. Ze hebben er ook zo hun vragen over. Vragen over hoe dat nou zit met leven en dood, gezondheid en ziekte. Vragen over wat ze er eigenlijk van weten, mee kunnen, mogen, moeten.

In nogal wat zorginstellingen is het nauwelijks toegestaan de vragen over lijden, leven en dood hardop te stellen. Op de hoek van elke gang lijken er bordjes te hangen, waarop met duidelijke letters staat: 'Niet roken en verboden over dood te praten'. De formulieren moeten op tijd en in drievoud worden ingevuld.

Ook de linkse bemoeienissen met de zorg blinken niet uit door een wijze omgang met lijden en dood. Links is druk in de weer om de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen voor iedereen te verdedigen, of om de maatschappelijke macht van deskundigen aan de kaak te stellen. Aan vragen naar wat nu precies goede zorg is komt zij weinig toe. Waar gaat het om bij 'genezen'? Is het mogelijk mensen te helpen in, spreekkams? Wat te doen met al die pijn?

De aantrekkingskracht van de antropologische geneeskunde zou er wel eens uit kunnen bestaan, dat ze de vragen

van leven en dood niet alleen stelt, maar zelfs centraal stelt. De antropologische geneeskunde staat dergelijke vragen niet zomaar toe: ze ziet het als de meest wezenlijke opgave van het leven om er uitvoerig bij stil te staan. Leven beschouwt ze als begrijpen, of althans proberen te begrijpen. De voornaamste taak van geneeskunde is in haar ogen dan ook: ziekte begrijpen. Ziekte begrijpen wil zeggen er een zin aan toekennen, er de zin van inzien. Dat is nog eens wat anders dan infusen geven. Temidden van de harde dagelijkse praktijken klinken de woorden van de antropologische geneeskunde erg mooi. Zou dat iets zijn om bij aan te knopen? Zouden linkse mensen die genoeg hebben van het alsmear wegstoppen van doodsangst achter monitors en statussen de antropologische geneeskunde binnen moeten halen? Wij denken van niet.

Om te beginnen vinden wij gemiddeld over de menselijke nood nogal vlug verdacht. Nood begrijpen vanuit het perspectief van Het Leven en De Mens kan al te makkelijk een excuus worden om de maatschappelijke herkomst van concrete ellende te vergeten. Voor wie ellende als wezenlijk Menselijk heeft begrepen lijkt sociale strijd wel iets erg bijkomstigs ...

## Mensen en De Mens

Maar laten we niet al te hard van stapel lopen en eerst de ideeën van de antropologische geneeskunde op een rijtje zetten! Het spannende van de antropologische geneeskunde is dat zij de huidige zorgtechnieken niet beschouwt als de vanzelfsprekende toepassingen van 'ware en onbetwifelbare' medische kennis. Zij heeft een traditie op het punt van het denken over de inhoud van de zorg. Ze doet dat op een heel specifieke manier. Aan de geneeskunde, zegt ze, ligt een visie op de mens ten grondslag. De dominante geneeskunde heeft echter niet goed nagedacht over het 'wezenlijk menselijke' van de mens. De antropologische geneeskunde claimt juist dat 'wezenlijk menselijke' te kennen en er haar geneeskunde op te baseren. Daarom heet ze ook antropologisch: antropos is het Griekse woord voor mens (man). Wat is volgens haar dan dat wezenlijk menselijke? De mens, heet het, is geen organische machine voorzien van een psychisch apparaat, maar een lichaam-geest. Om deze lichaam-geest als één geheel te kunnen begrijpen wordt de 'zingeving' ingevoerd. De mens is een zingevend wezen. De antropologische geneeskunde knoopt aan bij een stroming in de filosofie die zich niet 'een', maar 'de' wijsgerige antropologie noemt. Het is een stroming met nogal wijds prenties: ze meent De Visie op De Mens te bezitten. De betekenis van deze filosofische opvatting over de mens als zingevend wezen wordt door de antropologische geneeskunde uitgewerkt voor het terrein van ziekte en genezen. Als de mens een zingevend wezen is kan hij (zij?) ook ziekte zijn geven. Belangrijker dan gezond maken lijkt voor de antropologische geneeskunde dan ook: de zin van elke ziekte begrijpen, er een zin aan geven.

Het is de taak van dokters om, verward in een unieke arts-patiënt-relatie, mensen te helpen de zin van hun ziekten te leren zien. Dat kan door die ziekte te plaatsen tegen de achtergrond van iemands levensloop. Ziek worden, wordt begrepen als cruciaal moment in een persoonlijke biografie. Ziekte en pijn zijn 'lichamelijke signalen', een 'vertaling'. Maar wat signaleren ze, wat vertalen ze? Eigenaardig genoeg gaat de aandacht van de antropologische geneeskunde voornamelijk uit naar 'belevingen'. Ziekte heeft iets te maken met 'uw beleving van uw werkloosheid'. Het is 'uw reactie op uw situatie'. Vervolgens gaat het eindeloos over het beleven en de reactie, maar niet meer over de situatie. Belevingen van en reacties op werkloosheid leveren stof om over te praten. De werkloosheid zelf, als concreet maatschappelijk verschijnsel, doet niet zo ter zake. Het gaat erom hoe jij het oppakt, wat je ermee doet, van leert. Daaraan zit nog een eigenaardigheid vast. Door het beleven en begrijp-

pen tot de 'echte werkelijkheid' te maken is alle pijn positief. Je kunt er van leren. Het geeft niet wat je meemaakt als je er maar wijzer van wordt. Je dodelijke kanker geeft aanleiding tot bezinning en inzicht. Hoe dieper je ellende, hoe meer je gaat begrijpen van 'de zin van het leven' ...

De antropologische geneeskunde presenteert zichzelf nogal eens als 'nieuw'. Tegelijk maakt ze zich tot spreekbuis van een oeroude grieks-joods-christelijke traditie van verzoening met het lijden. Een traditie waarbij het niet om het tastbare, concrete, levende gaat, maar om de 'zin' die er achter zit.

Op dit andere 'mensbeeld' wil de antropologische geneeskunde ook een ander 'wetenschapsbeeld' funderen. De mens moet anders gekend worden en anders kennen dan in de geneeskunde gangbaar is. Met één grote zwaai, die voorbij gaat aan allerlei interne tegenstellingen, wordt de gangbare geneeskunde 'natuurwetenschappelijk' genoemd, omdat ze 'abstraherend, analytisch, onhistorisch, lineair-causaaldenkend' zou zijn. Over wat er met al dit kwaad moet gebeuren zijn de antropologische geneeskundigen het niet zo eens. De ene keer wordt er gepleit voor een totale herziening omdat 'de mens' kwalitatief anders is dan de 'natuurwetenschappelijke geneeskunde' denkt. 'De mens is mens tot in alle organen,' schreef Buytendijk, de nestor van de antropologische geneeskunde in Nederland, in de jaren vijftig. De andere keer komt er een voorstel voor een terreinverdeling. Reanimeren mag dan 'natuurwetenschappelijk' gebeuren, voor huisartsenpraktijken is een antropologische benadering beter.<sup>2</sup>

Wat beide strategieën gemeenschappelijk hebben is hun fixatie op ideeën. De ideeën en de kennis die in de geneeskunde de ronde doen zijn allicht vatbaar voor kritiek. Maar door de antropologische geneeskunde worden ze geïsoleerd van de praktijken waarin ze een rol spelen. De fout van de huidige geneeskunde wordt niet gezocht in machtsverhoudingen en sociale tegenstellingen, maar in een 'verginging', een fout 'mensbeeld'. Daarmee wordt het tamelijk onbegrijpelijk waarom het alternatieve 'mensbeeld' dat de antropologische geneeskunde te bieden heeft, niet juichend wordt binnengehaald. Het is toch zo'n goed idee...

De antropologische geneeskunde wil niet abstraheren, ze wil aandacht aan historische en sociale dimensies geven. Maar hoe doet ze dat? Haar geschiedenissen zijn levensgeschiedenissen van individuele mensen. 'De Mens' trotseert alle eeuwen. Dat mensen sociaal zijn wil voor haar slechts zeggen dat ze elkaar 'ontmoeten'. Ieder individu bestaat al voorafgaand aan die ontmoeting, afgerond en uniek. Ontmoetingen lijken bovendien prachtige gebeurtenissen. Over tegenstellingen gaat het niet.. Allianties en conflicten komen niet ter sprake.

## Pret en pech

Volgens ons is het misleidend om over mensen te spreken los van sociale verhoudingen. De Mens bestaat niet, er zijn alleen onvoorstelbaar veel mensen. En de zin van het leven? Zou zin in het leven niet veel leuker zijn? Zin in het leven: pret kunnen maken, te eten hebben, merken dat de kinderen die je baart niet allemaal dood gaan voor ze vijf zijn. Wat iemand zin geeft om te leven is niet altijd en overal hetzelfde, maar uiteindelijk gaat het om heel basale dingen. Dat je mag wonen waar je wilt zonder dat de legerchef of de computer zich ermee bemoeit.. Dat je beenwond goed gezwachteld wordt.. Dat je niet doornigt en appelsap krijgt als je niet van thee houdt.. Dat je geld hebt om appelsap te betalen.

Er zit niks achter het leven: de dingen gebeuren. Iets kan toevallig zijn, of pech. Soms zit er ook samenhang in gebeurtenissen: er worden naar verhouding meer vrouwen ontslagen bij bezuinigingen, meer Surinamers in elkaar geslagen op straat.. Mijnwerkers krijgen stoflongen, in sommige

takken van de elektronica-industrie worden bijna alle arbeidsters blind. Dat is niet toevallig: daar zit een patroon in. Zicht op dergelijke patronen, zicht op de manier waarop 'pech' soms wordt 'georganiseerd' kan verzet ertegen mogelijk maken. Soms lukt het dan meer greep op de gebeurtenissen te krijgen. Niet altijd, Dit is geen pleidooi voor fatalisme: integendeel.. Fatalisme is eerder een produkt van overdreven heilsverwachtingen dan van het voorop stellen van het plezier en de ellende van het dagelijks leven. 'Levenswijsheden' als vertrekpunt nemen betekent niet afzien van sociale strijd en louter 'tevreden zijn met de kleine dingen'. Het biedt concrete aanknopingspunten in plaats van globale utopieën. Sociale strijd gaat immers om de voorwaarden die nodig zijn om het leven van alledag prettig te kunnen maken, voor iedereen.

Ziekte, pijn en dood hebben geen zin. En ze hebben niet één betekenis, maar honderden, voor iedereen die ermee te maken heeft een paar.. Laten we ophouden er alsmaar bezweringen rond te spinnen. De bezwering van de eindeloos gerekte, 'hoopgevende', hopaloze therapie deugt niet.. Die van de 'zingewing' evenmin.

Hoe moet dat in de gezondheidszorg van alledag? Dat is geen eenvoudige vraag: welke deskundigheid in te zetten, welke niet, welke uit te bouwen, welke te vergeten? Het raakt aan het hart: van alle zorgprofessies: wat noem je 'zorg met kwaliteit'? Wij hebben uiteraard niet de pretentie daarop een omvattend antwoord te kunnen geven. Het gaat ook niet zomaar om een stel goede ideeën, die slechts opgeschreven en uitgedragen zouden hoeven worden. Evenmin als datgene water nu mis gaat een gevolg is van 'foute ideeën', zullen 'goede ideeën' de oplossing kunnen brengen. Het gaat ook om gebeurtenissen, gewoonten, gebouwen, verhoudingen. Om formuleren en de stabiliserende functies die 'bezweringen' en bordjes 'verboden over dood te praten' hebben in de dagelijkse gang van zaken. Geven ze dokters rust, verpleging een adempauze? Geven ze werk aan de hart-long-machine? Anders met dood omgaan betekent ook anders met het leven en met de levenden omgaan. Het zet een boel in beweging. Ideeën hebben daar de kracht niet voor.. Waar zou-ie dan vandaan moeten komen ...?

### Noten

1. De antropologische geneeskunde is geen eenheid: niet al haar aanhangers zeggen, schrijven en doen hetzelfde. Wij geven hier slechts een grote lijn weer. Wie er meer over wil lezen kan terecht in het tijdschrift *Metamedica*, dat er vanaf nummer 1 van 1983 een langlopende serie aan wijdde. 2. Zie W. Dekkers, 'Het antropologisch denken en de huisartsengeneeskunde', in *Medisch Contact* 20, 20-5-'83, p.595.

## Academisering van de Eerste Lijn

Het Amsterdams universitair huisartseni-stituut kocht een huisartsenpraktijk op. Zij spreekt daarbij van 'wederzijdse participatie tussen universiteit en zorgveld'. Toch is dit voor ziekenfondsen, patiëntengroepen en eerstelijnswerkers geen reden tot juichen. Het lijkt er immers eerder op dat een regionaal gezondheidszorgsysteem met geweld wordt opengewrongen.

Ontvouwt zich hier voor onze ogen het prestige-project van een geminachte vakgroep, die - gewa-pend met een opdracht van de Minister - haar kans schoon ziet en zich stevig in het zadel nestelt? Is 'versterking van de eerste lijn' voor een medische faculteit synoniem met 'academiseren'?

Aafke de Groot en René Breuk spraken met verschillende belangheb-benden.

# De universiteit als slokop

RENÉ BREUK en AAFKE DE GROOT, beiden medisch student aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Eind '83 kocht het HIVU (Huisarts Instituut van de Vrije Universiteit van Amsterdam) een huisartsenpraktijk in Am-stelveen op en nam de daar werkzame artsen in dienst. Het was de eerste van een half dozijn te 'academiseren' prak-tijken.

In het kader van de versterking van de eerste lijn heeft de medische faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam, net als die van Maastricht, de ministeriële opdracht ont-vangen zich te ontwikkelen tot 'eerstelijns-faculteit'. Ver-volgens is men naarstig aan de slag gegaan zich - voor het gebied van de huisarts geneeskunde - een veld te verwer-ven voor onderwijs en onderzoek. Hiervoor is het woord academiseren bedacht. Wat dat precies inhoudt, weet nog steeds maar een handjevol mensen in de universitaire huis-artsenwereld. Het komt neer op het opkopen van huisarts-praktijken, waarbij de daar werkzame huisartsen in dienst komen van de universiteit. In een rapport van de Commissie Eerstelijnsgezondheidszorg zijn de motieven voor deze aca-demisering te vinden. Enerzijds het streven naar kwaliteitsverhoging van de eerstelijnsgezondheidszorg, ander-zijds de behoefte van de universiteit aan onderwijs- en on-derzoeksmogelijkheden. Dit laatste ten gunste van de ver-dere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als weten-schappelijke discipline.

Een alternatief zou kunnen zijn, dat de universiteit zich als actief toeschouwer bij de eerste lijn opstelt, en voor om-schreven onderzoeks- en onderwijstaken contracten afsluit met huisartsen. Dan blijven die praktijken in wezen los van de faculteit; ze worden slechts 'geaffilieerd'.

## Voordelen

Tot op heden wordt onderwijs in de huisartsgeneeskunde aan medische studenten voornamelijk gerealiseerd via affili-atiecontracten met huisartsen.

Aan G. van Geldorp, huisarts te Amstelveen en wetenschap-pelijk medewerker van het Huisartseninstituut, vroegen we wat de voordelen zijn van academisering. Volgens hem wor-den, door het opzetten van een systeem van geacaderniseer-de huisartspraktijken, zogenaamde Academische Werk-plaats en Eerstelijns Gezondheidszorg (AWEG's), betere garanties verkregen voor de continuïteit van het onder-wijs. Doordat men zich voor een langere termijn vastlegt op het onderwijsgeven, zal niet keer op keer de opgebouwde ervaring verloren gaan. Maar kunnen eindelijk goede plan-nen gemaakt worden. Daarnaast wijst hij op de mogelijk-heid van het systematisch vastleggen van bijvoorbeeld epide-miologische gegevens. Daardoor kan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde beter gestalte krijgen en er ontstaat dan een beeld van de problemen waarmee de huisarts ge-confronteerd wordt. Hierbij kunnen de AWEG-s gezien hun uitrusting met moderne apparatuur een belangrijke functie vervullen. Voor onderzoek lijkt het hem van minder belang om tot academiseren te komen, aangezien artsen die onder-zoek verrichten er zelf belang bij hebben het contact met de universiteit in stand te houden.

Welke praktijken wil het Huisartseninstituut overnemen? Van Geldorp: 'Het HIVU heeft een open brief rondgestuurd, waarop vooral solisten (alleenwerkende huisartsen) hebben geantwoord, meestal met de motivatie dat ze graag zouden willen samenwerken. Wij leggen natuurlijk wel enige crite-ria aan: Ze moeten enigszins in de buurt zitten, vrij jong

zijn, althans niet rigide in de samenwerking. Enthousiaste huisartsen, die niet alleen verbaal handig zijn, maar ook iets op papier kunnen zetten. In principe kunnen ook gezondheidscentra in aanmerking komen, mits er niet teveel problemen zijn in de onderlinge samenwerking en er geen grote financiële tekorten zijn, die de transactie onzeker maken.

## Perikelen

Het HIVU heeft langdurig overlegd met betrokkenen over de academisering van het toekomstige gezondheidscentrum van de Staatsliedenbuurt in Amsterdam, echter zonder dat het tot overname kwam. Volgens Querido, huisarts in deze buurt en betrokken bij het gezondheidscentrum, waren er van beide kanten bezwaren. De VU vond het financieel een onzekere zaak, aangezien het ten tijde van de onderhandelingen ineens onzeker werd of twee van de vier in het gezondheidscentrum samen te voegen praktijken wel meededen. Vanuit de Werkgroep Staatsliedenbuurt had men bezwaar tegen de fragmentering van de patiëntenzorg, die de academisering met zich mee zou brengen. Er zouden namelijk per praktijk drie part-time huisartsen moeten komen, hetgeen onoverkomelijk ingewikkeld zou worden met het overdragen van informatie over de patiënten binnen het gezondheidscentrum. Een tweede bezwaar was de eenzijdig gerichte belangstelling op de huisarts: alleen onderwijs en onderzoek op diens gebied.

Freek Salm, actief lid van de gebruikersgroep Staatsliedenbuurt, benadrukt het belang van een goede, buurtgerichte hulpverlening. Zijns inziens zullen, met het in dienst treden bij de VU, universiteitsbelangen gaan prevaleren boven buurtbelangen. 'Alle perikelen van de academische instelling in een tijd van bezuiniging gaan dan meespelen. Hieraan zal heel veel overleg- en evaluatie tijd worden opgeofferd, en wat hebben de gebruikers daaraan? En wat heeft de buurt daaraan?' Hij is beducht voor wetenschappelijk hobbyïsme. Al deze problemen bij het tot stand komen van geacademiseerde gezondheidscentra komen niet uit de lucht vallen. Ze zijn ondermeer een voortvloeisel van de eenzijdige belangstelling van het HIVU op de eigen huisartsgeneeskundige discipline, terwijl het juist een van de doelstellingen van samenwerking in de eerste lijn is, de huisarts een minder centrale functie te geven. Het gevolg van dit alles is, dat alleen groepspraktijken of solopraktijken geacademiseerd worden. Terwijl het juist zo belangrijk is dat toekomstige artsen al in opleiding leren wat samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg is.

## Gebruikers

De invloed van de gebruikers op de hulpverlening is niet primair een aandachtsveld van de VU. We vroegen aan enkele leden van het Samenwerkingsverband van Amsterdamse Patiëntengroepen, wat zij denken van onderwijs gegeven binnen de praktijk van de eerstelijns hulpverlening. Deze organisatie stelt zich tot doel het creëren van goede gezondheidszorgvoorzieningen, gezien vanuit de belangen van de gebruikers in goede samenwerking met de hulpverleners. Binnen de geacademiseerde praktijken zal een groot deel van de arts-patiënt contacten voor een of andere vorm van onderwijs gebruikt worden. Mevrouw Haks, lid van de Gebruikersgroep van het Gezondheidscentrum Banne Buiksloot, herinnert zich plannen om in de spreekkamer van de huisarts, ten behoeve van onderwijs aan studenten, een one-way-screen te plaatsen: Een spiegel ter grootte van een wand, die aan een kant doorzichtig is, zodat een hele groep studenten een huisarts-patiënt contact onzichtbaar kan bijwonen. Dit is destijds binnen de gebruikersgroep unaniem afgewezen als onderwijs middel. Men vindt stagiaires wel acceptabel, op voorwaarde dat er

binnen het centrum niet meer dan één tegelijk rondloopt. In het gezondheidscentrum Osdorp wordt al jaren onderwijs gegeven aan studenten, middels een dergelijk scherm. Adrine Pool, zelf ingeschreven als patiënt bij dit centrum, zegt dat veel patiënten toch een drempel voelen om hun medewerking te weigeren, ondanks het feit dat de gelegenheid daartoe ruimschoots geboden wordt. Er bestaat de mogelijkheid het scherm af te sluiten door middel van een gordijn. Overigens staat het one-way-screen allang niet meer ter discussie, het is er gewoon.

Over de vraag of er een spanningsveld is tussen onderwijs en patiëntenzorg is Van Geldorp (HIVU) verbaasd: 'Er is meer tijd per patiëntcontact, en bovendien tijd voor onderwijs. Voor de huisarts betekent dit extra gelegenheid om na te denken. De student die - na de huisarts - met de patiënt spreekt krijgt mogelijk nog aanvullende of andere informatie en dit kan een zorgvuldige behandeling ook weer ten goede komen. Verder worden er een groot aantal ontspanningsmogelijkheden ingebouwd voor patiënten: Ten eerste wordt ze van te voren verteld wat de bedoeling is, en wordt hen gevraagd of ze akkoord gaan. In geval van video-opname wordt dit na het consult, nogmaals gevraagd en plaatst de patiënt op de set een handtekening.

Ook zou feed-back van de gebruikers op prijs worden gesteld, doch deze zijn minimaal vertegenwoordigd in het bestuur van de stichting die de AWEG's gaat beheren. Dit bestuur zal gaan bestaan uit drie leden afkomstig uit de universiteitsgeledingen, één vertegenwoordiger van de Progressieve Huisartsen Vereniging, één vertegenwoordiger van de plaatselijke ziekenfondsen en één gebruiker. Wel is er gepraat met enkele patiënten van de enige tot nu toe geacademiseerde praktijk. Toen echter was alles nog onzeker.

Bij goed onderwijs gaat het uiteraard ook om de inhoud. De leden van het Samenwerkingsverband van Amsterdamse Patiëntengroepen vinden dat medische studenten nog veel te veel alleen maar het standpunt van hulpverleners over goede zorg voor ogen krijgen. 'Of je nu kijkt naar samenwerking in de eerste lijn, of naar de relatie eerste-tweede lijn, steeds zou dit vanuit de gebruikershoek benaderd moeten worden. Thuisbevalen bijvoorbeeld is geen stokpaardje van hulpverleners, maar een maatschappelijk emancipatieproces.' Voor de opleiding van goede artsen is meer en beter gestructureerd onderwijs in de eerste lijn een vereiste, daarover is bijna iedereen het eens. Bij de besluitvorming over vorm en inhoud wordt tot nu toe de gebruikersstem te weinig gehoord.

## Onderzoek

Op het gebied van onderzoek en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde moeten de AWEG's hoge ogen gaan gooien. Een intern rapport, vermeldt dat een voortrekkersrol vervuld moet worden in de eerste lijn door het verlenen van patiëntenzorg op een kwalitatief hoog niveau. Waarbij in deze academische werkplaatsen nieuwe geavanceerde wijzen van hulpverlening kunnen worden ontwikkeld, zoals het opstellen van protocollen en het toepassen van nieuwe technieken. Deze visie schept een beeld van een zeer actieve universiteit, die de resultaten van al haar onderzoek aan het afwachende veld aanbiedt.

Wordt er ook onderzoek gedaan naar vragen, die voortkomen uit het veld? Volgens Van Geldorp (HIVU) wordt het HIVU nu al overspoeld met vragen waar onderzoek van gemaakt zou kunnen worden. Beperking is dus steeds nodig. 'Op zich is dit inherent aan ieder wetenschappelijk onderzoek: er wordt maar een deeltje van de waarheid onthuld en dus de waarheid niet meer.'

De beperking! voor het HIVU houdt in dat 'zij haar onderzoek van de minister moet richten op eerstelijnsgezondheidszorg en op de relatie eerste-tweede lijn. Niet primair zal aandacht geschonken worden aan vraagstukken van samenlevingsopbouw, buurt- en wijkwerk, niet-professionele

hulpverlening, zelfzorg en mantelzorg.' Deze vraagstukken zullen worden onderzocht door de universiteit van Maastricht.

Het sterke vermoeden bestaat dat met deze beperking de huisartsgeneeskunde voorzover die op het HIVU ontwikkeld wordt een medisch-technische richting zal inslaan. De rol van het huisartsenwerk, maatschappelijk gezien, wordt voorlopig als aandachtsveld opgeheven.

Landelijk gezien is er nog niet veel geacademiseerd. Zowel in Groningen als in Rotterdam bestaat al sinds de zestiger jaren een universitaire huisartsenpraktijk, beide dienen echter vooral voor het op peil houden van de vaardigheid van wetenschappelijk medewerkers. In Leiden is men bezig een gezondheidscentrum te academiseren, in Utrecht verkeert men nog in de plan-fase. De medische faculteiten van de VU en van Maastricht hebben getalsmatig de grootste plannen, zodat op die plaatsen de ziekenfondsen de bui ook het zwaarst zien hangen.

## Bezwaren

Een instantie, die de plannen van de universiteit vanaf het begin gedwarsboomd heeft, is het ziekenfonds. In Zeist, in het nieuwe gebouw van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), spreken we met meneer G.H.A. Hamilton, Hoofd van de Juridische dienst van het VNZ. De VNZ is een overkoepelende instantie die service verleent aan de ziekenfondsen en hen vertegenwoordigt in allerlei organen. De VNZ werd via het ziekenfonds Amstelveen betrokken bij de kwestie van de academisering, aangezien men dit een ontwikkeling vond, die op landelijk niveau bekeken moest worden.

Waarom maken de ziekenfondsen bezwaren?

Hamilton: 'De ziekenfondsen vertegenwoordigen de belangen van de verzekerden en moeten met name de inhoud van de zorg bewaken. Zij sluiten overeenkomsten met hulpverleners, om de patiënten te verzekeren van de zorg waar ze recht op hebben. Hierbij staat eenheid van zorg hoog in het vaandel; voor iedere verzekerde hetzelfde verstrekkingspakket. Voor patiënten, ingeschreven in een gezondheidscentrum resulteert dit bijvoorbeeld in het recht op een eigen vaste huisarts. Vanuit de universiteit wil men, in de AWEG's "geavanceerde huisartsenhulp" gaan realiseren. De huisartsen in deze centra zullen bovendien meer tijd per patiënt uittrekken. Op deze manier ontstaat een nieuw soort zorg, die wellicht in de toekomst meer patiënten gaat aantrekken. De ontwikkeling kan vergelijkbaar worden, met de situatie van academische ziekenhuizen, die binnen een bepaalde regio ook de top zorg verstrekken. Verschil is echter, dat iedere Nederlander maar één huisarts heeft, men wordt niet doorverwezen naar een academische, als de gewone er niet uit komt.'

Zien de ziekenfondsen ook financiële bezwaren?

Hamilton: 'Niet direct, aangezien in de plannen geen melding gemaakt wordt van een academisch tarief voor huisartsenhulp. Wel leert de ervaring dat als nieuwe vormen van zorg ontwikkeld worden, deze uiteindelijk toch hogere kosten met zich meebrengen vanwege het exclusieve karakter. Nieuwe functies kosten altijd geld. Wanneer academische centra inderdaad zuigkracht gaan uitoefenen op gebruikers moeten de financiële gevolgen niet onderschat worden.

Een derde bezwaar is van juridische aard, maar heeft ook inhoudelijke gronden. De ziekenfondsen zijn gehouden overeenkomsten te sluiten met instellingen die gericht zijn op hulpverlening. De hoofdtaken van de universiteit zijn echter onderwijs en onderzoek. Het is niet ondenkbaar dat

deze taken de patiëntenzorg gaan doorkruisen, temeer daar de huisartsen in dienst komen van de universiteit. Men zou het veld van de eerstelijnsgezondheidszorg intact moeten laten, en zich als faculteit daarop richten, nu is het HIVU op de verkeerde weg door een deel daarvan te willen overnemen.'

Van Geldorp (HIVU) meent dat er in deze sprake is van een hardnekkig misverstand. Hij begrijpt het gevoel van de ziekenfondsen aan alle kanten gepakt en gefleest te worden, maar vindt dat ten onrechte het HIVU hier de dupe van wordt. 'Wij zijn zelf van plan, zoals we ook in alle stukken gezegd hebben, een haast rigide scheiding tussen onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg te handhaven. Juist omdat we continue, integrale, persoonlijke zorg willen garanderen. We zijn, dacht ik aan de eis van de ziekenfondsen tegemoetgekomen, er is een stichting opgericht met als primaire doelstelling patiëntenzorg, maar nog steeds blijft men bezwaar maken.'

Inmiddels is wel een groepspraktijk in Amstelveen door het huisartsen instituut gekocht, met een ontbindende clause in het contract voor het geval de ziekenfondsen niet akkoord gaan. De besprekingen hierover zijn gaande tussen de VNZ en het HIVU, waarbij de eerste pas een contract wil sluiten als er garanties zijn voor de patiëntenzorg waar de gebruiker recht op heeft. Mocht dit contract er niet komen dan zal de universiteit de kosten van de patiëntenzorg zelf moeten dragen. Academisering wordt dan wel erg kostbaar.

## Faculteit en eerste lijn

Het lijkt erop dat, afhankelijk van de geleiding waar men toe behoort, steeds andere facetten een rol spelen in het al dan niet wenselijk achten van academiseren. Gebruikers benadrukken het belang van een maatschappelijke ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg: geen autonome hulpverleners die weten wat goed is voor de mensen. Zij zijn terughoudend ten aanzien van universitaire inbreng. De ziekenfondsen bezien iedere verandering in de organisatie van de zorg met het nodige wantrouwen en zijn bang voor de ontwikkeling van een 'anderhalve lijn'. Bovendien is men beducht voor verstrengeling van taken wat ten koste van de patiëntenzorg zal gaan. Het huisartseninstituut is gebaat bij structurele voorwaarden voor onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Over de richting van die ontwikkeling bestaat bij ons bezorgdheid, zeker als bij voorbaat vraagstukken van samenlevingsopbouw, buurt- en wijkwerk en vormen van niet-professionele hulpverlening van onderzoek worden uitgesloten. Het gevaar bestaat dat hierdoor onderzoeksvragen beperkt blijven tot het medisch handelen en ontdaan worden van hun maatschappelijke context.

Hoe aantrekkelijk is het voor veldwerkers, gegeven bovenstaande beperkingen van het HIVU, in zee te gaan met de universiteit? Hoe verhoudt de door het HIVU beoogde ontwikkeling zich met de doelstelling van de Amsterdamse patiëntenverenigingen; het creëren van goede gezondheidsvoorzieningen, gezien vanuit het belang van de gebruikers? Ons inziens moet van te voren over deze vragen worden nagedacht, niet alleen door universitaire medewerkers en individuele hulpverleners die hun praktijk ter overname aanbieden, maar door vertegenwoordigers van alle betrokkenen binnen de dagelijkse praktijk van de eerstelijnsgezondheidszorg. Reële inbreng van gebruikers dient gewaarborgd te worden. Vooral nog is over de inbreng van de universiteiten in de eerste lijn enige bescheidenheid op zijn plaats.

---

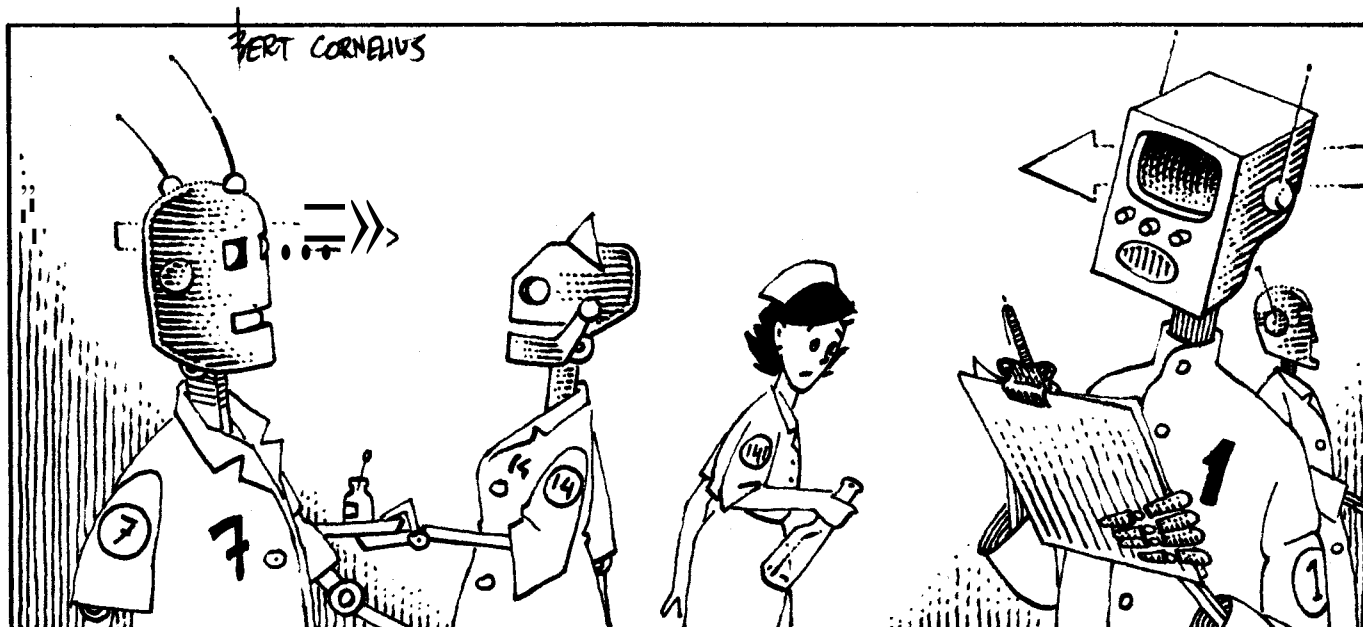
# HET ONGELUKKIGE HUWELIJK VAN ZUSTER EN DOKTER



De verpleegkundige emancipeert



# Zorgen om de patient



De eerste dag moest ik twee emmertjes naar het laboratorium brengen. Twee van die witte mayonaise-emmertjes. Ik wist helemaal niet wat er in zat. Ik stond in de lift en toen zag ik opeens een voetje tegen de rand doorschijnen. Ik schrok vreselijk. Ik wist niet hoe gauw ik het naar het laboratorium moest brengen. Ik dacht: ik zie het, dus iemand anders kan het ook zien.

In die emmertjes zaten twee doodgeboren kindertjes, een tweeling. Je komt voor het eerst op de kraamafdeling werken, je verwacht een soort roze wolk met allemaal gelukkige moeders, en dan ben je twee babies in emmers naar het laboratorium aan het brengen! Toen ik terug kwam op de afdeling heb ik meteen gezegd: waarom hebben jullie me niet verteld wat ik weg moest brengen. Het antwoord was: het was zo druk en het moest heel snel en we praten er nog wel over. Maar dat kwam er nooit van.

Ik vond het daarna ontzettend moeilijk om de vrouw van wie die babietjes waren te zien. Ik kende haar nog niet; elke keer als ik bij haar binnen kwam zag ik mezelf weer gaan met die twee emmertjes. Ik heb haar natuurlijk niet verteld dat ik daarmee over de gang ging, maar ik had toch een soort angst dat zij het wist.

Karla van Dongen is vijftientig en zeven jaar verpleegkundige. Haar leerlingentijd bracht ze door in een ziekenhuis in het Zuiden van Nederland. Daarna werkte ze via het uitzendbureau in een psychiatrische inrichting, een inrichting voor verlamde mensen, en opnieuw in algemene ziekenhuizen. Nu werkt ze in een instelling voor lichamelijk en geestelijk gehandicapte kinderen in het Oosten.

# Het verhaal van Karla

Ik kan me enigszins voorstellen hoe je je als patiënt moet voelen, want ik heb het zelf meegemaakt. Als veertienjarig meisje lag ik twee maanden op zaal, na een operatie aan mijn arm. Verpleegkundigen zijn gauw geneigd te denken: ach mens, zeur niet zo. Daar heb ik me zelf ook wel eens op betrap. Je wordt op den duur gemakkelijker. Ik blijf me zelf inprenten dat ik daar niet aan moet toegeven. De leerlingen reageren vaak nog niet zo afgestompt, zij zijn er zelf nog zo mee bezig. Als patiënt kun je bijvoorbeeld heel erg gefixeerd zijn op kleine dingetjes. Je hoort dat je hechttingen er gisteren al uit gemogen hadden, maar ze hebben het vandaag pas gedaan, dan is 'dat bijna onoverkomelijk! Je ligt daar de hele dag te liggen zonder dat er veel om je heen gebeurt.

Ik heb op neurologie een afasie-patiënte verpleegd. Een vrouw, achter in de zestig, die door een bloedstolsel in de hersenvaten niet meer kon praten of schrijven, maar nog wel taal kon horen en begrijpen. Ze was ook grotendeels verlamd. Zij had het daar ontzettend moeilijk mee. Veel verpleegkundigen maakten zich ervan af of liepen gewoon weg als ze haar niet begrepen. Gelukkig is het bij mij alleen maar bij de neiging gebleven. Ik denk dat ze vroeger heel mooi is geweest. Ze had lang haar en hield er veel van als ik dat keurig netjes vlechte en in een bolletje op haar hoofd deed. Ze wist heel goed wat ze wilde, ze kon dat alleen zo moeilijk duidelijk maken. Als er iets aan de hand was belde ze: ze lag niet lekker of haar hand was van het kussen gegleden, of ze wilde in de stoel zitten. Het heeft wel eens een half uur geduurd voordat ik begreep dat zij haar haar gedaan wilde hebben. Ze zei dan iets onverstaanbaars. Meestal ging ik bij haar zitten, want ik had gemerkt dat het voor haar moeilijker was om uit te leggen wat ze nou eigenlijk wilde als ik naast haar bleef staan, dribbelend van het ene beel op het andere. Ik heb om haar ruzie gehad met een van mijn collega's (zij was net gediplomeerd en ik nog niet) omdat ik het niet passend vond om wanneer iemand toevallig niet kon praten, op een autoritair toontje te zeggen: 'Zo vrouwtje, zal ik je kussens even lekker opschudden,' in plaats van de tijd te nemen om te ontdekken wat ze wilde. Het allermoeilijkste vond ik het werken op een afdeling waar ik voelde dat ik erbij hing. De verpleegkundigen in het team kenden elkaar vreselijk goed en ze praatten in de "pauze over hun privéleven. Ze vroegen echter nooit, wat aan een leerling. Heel soms mocht je zelf ook wat vertellen, als je maar niet te lang aan het woord was. Het gaf me het gevoel dat ik aan mijn lot overgelaten was. Ik durfde niet met vragen te komen. Drie keer kon ik zeggen: 'Ik ben nu twee-dejaars en ik wil graag leren prikken,' maar nooit was daar tijd voor. Of de patiënt was niet geschikt genoeg, of er was een andere rotsmoes. Die tijd heeft een enorme indruk op me gemaakt. Ik praatte er veel over, met kennissen en met mijn medeleerlingen, die per slot in het zelfde schuitje zaten.

Voor het plezier in mijn werk vind ik de sfeer in het team heel belangrijk. Waar ik nu werk, in de Ommerhof, ging het een tijd niet zo lekker. Er zijn een hoop mensen weggegaan, ook het afdelingshoofd dat het niet zo goed deed. Het hele team is opgeleefd. Er zijn drie nieuwe mensen bijgekomen, een groepsleider en twee Algemene verpleegkundigen. Alle drie net klaar met de opleiding, dat brengt echt een frisse wind: nieuwe ideeën en nieuwe gedachten. Ik pen ander-

half jaar de jongste geweest~" onderhand de enige die niet getrouwd is en geen kinderen heeft. Dat merkte ik toch wel in gesprekken. Ze leefden in een heel andere privé wereld dan ik. Nu is het een wat meer gemêleerd geheel - er moeten alleen nog een paar kerels bij. Een staf die alleen uit vrouwen bestaat is vaak kliekerig. Vrouwen kletsen vaak veel over elkaar, daar betrap ik mezelf ook op, en dat kan heel vervelend uitdraaien. Ik heb ook wel eens met alleen mannen gewerkt. Die houden van die stoere verhalen. Als vrouw heb je dan of géén contacten met het team, of voornamelijk vervelende. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen in een team vind ik het prettigst. Mannen werken ook anders: heel zorgzaam, op een geduldige manier. Ik kon me bijvoorbeeld doodergeren aan een vrouw die om de twee minuten belde omdat ze op de po wilde, en ik tien keer voor niks liep. Het waren dan vaak de jongens die zeiden: ik zet haar er nog wel een keer op.

Vaak vind ik het moeilijk om mijn houding tegenover patiënten te bepalen. Vooral als het heel emotioneel kan worden voor me, daar wil ik me tegen beschermen. Dan houd ik mensen bewust op een afstand. Er is bijvoorbeeld iemand die ik heel leuk en aardig vind, maar die misschien binnen een maand dood is. Ook voor degene die daar in bed ligt lijkt het me niet leuk als ik me daarin teveel laat gaan. Tot op zekere hoogte. Eenmaal was er een man, in de veertig denk ik, die kanker had. Het was een hele mooie dag in de lente. Toen ik bij hem bezig was zei hij opeens zomaar tegen me: 'wat ik nou het afschuwelijkste vind is dat ik weet dat ik nooit meer in een bos kan lopen, terwijl ik dat met zulk prachtig weer zo graag zou doen.' Daar schoot ik helemaal van vol; ik ben bij hem gaan zitten en heb zijn hand gepakt en toen hebben we samen zitten huilen. Later heb ik hem gevraagd of hij dat niet vervelend had gevonden. Hij zei dat het hem juist geholpen had, ook dat ik niet met opbeurende opmerkingen kwam als 'Kop op, het komt wel goed'. Nu lag die man op een kamertje alleen. Het is dan veel gemakkelijker om bij hem te gaan zitten dan op een kamer met vijf anderen. Ik weet wel dat mijn collega's niet bepaald enthousiast waren toen ik het vertelde. Dat kon toch eigenlijk niet.

Wie het afdelingshoofd is bepaalt de sfeer van de hele afdeling. Ten kwade of ten goede. Het leukste afdelingshoofd dat ik heb gehad was in mijn leerlingentijd toen ik op cardiologie werkte. Wel een chaoot bij tijden, maar ook het enige afdelingshoofd dat gewoon op de afdeling mensen waste en bedden opmaakte. Als ik met hem bezig was en zei dat ik een steeklaken te kort kwam dan zei hij: 'Ik ga even een steeklaken halen'. Dan kwam hij nooit meer terug, maar stond een uitgebreide discussie te voeren met een patiënt over politiek of over god mag weten wat. Ik zei dan: 'Eddie, je zou een steeklaken halen'. 'Een steeklaken? Helemaal vergeten.' 's Avonds zat je bij de monitor te kletsen en sigaretjes te roken. Dan zei hij: 'Ik loop de koffie vanavond'. En dan had hij weer een of ander vreselijk interessant tijdschrift voor mij meegenomen. Hij deed er wel vijf keer zo lang over als ik. Je moest hem wel in de gaten houden van: joh, we moeten nog mensen tanden poetsen. Maar, als er een acute situatie was, dan was hij opeens heel snel en geordend. Nu hebben we geen afdelingshoofd meer. We regelen het werk nu gezellig zelf. Mij bevalt het prima, zonder afdelingshoofd, ik heb het gevoel dat iedereen er ook echt

bij hoort. Dat je niet alleen rondloopt om het eten er aan de ene kant in te stoppen en het er de volgende dag met je vinger aan de andere kant weer uit te halen. Je bent nu ook een beetje organisatorisch bezig, en hebt meer verantwoordelijkheid.

Ik zie mensen, die al jaren en jaren op dezelfde plek werken en zo afgestompt raken. Ongelofelijk. Dat merk ik vaak op andere afdelingen, daar kijk je met andere ogen tegenaan. Op de afdeling naast ORS werkt bijvoorbeeld al jaren hetzelfde afdelingshoofd. Dingen moeten van haar op een bepaalde manier. Als je haar vraagt: 'Waarom moet dat nou zo?', weet ze het eigenlijk zelf niet. Er was een jongetje die zijn hele leven al een te lage temperatuur had. Hij moest op die afdeling 's nachts twee keer getemperatuur worden. Hij lag dan onder een dikke elektrische deken terwijl hij overdag gewoon in zijn kleertjes op de mat lag en niet getemperatuur werd. Dat vond ik zo onzinnig. Op een gegeven moment heb ik gevraagd: 'mag dat tempen 's nachts niet gestopt worden; want of je hem tempt of niet, die ondertemp houdt hij toch. En als hij vreselijk koud aanvoelt, gooi ik er gewoon een extra deken overheen.' Nee, dat kon pertinent niet; die jongen moest en zou getempt blijven. Ik heb toen een paar keer in de nacht maar wat ingevuld. Ik had het druk genoeg 's nachts, met zinnvollere dingen. Er waren een heleboel verpleegkundigen die er zo over dachten maar niets zeiden. Een of andere arts had het bedacht, jaren geleden, en je kunt niet rechtstreeks aan die arts vragen of het afgeschaft kan worden, want het is jouw afdeling niet.. Dus ik zei tegen degene die de verantwoording over die tweefdelingen had: 'Heb het er morgen nu eens over met de andere verpleegkundigen of ze aan Felix, de arts, willen vragen of dat tempen nou echt moet.'. De volgende dag vertelde die verpleegkundige me dat ze dat toch niet zo zagen zitten, het hoorde nu eenmaal zo. Ik ben toen persoonlijk nog een keer naar het afdelingshoofd gegaan. Uiteindelijk, het heeft nog heel lang geduurd, is het afgeschaft.. Ze waren gewoon bang om er mee te stoppen, want dan zou er wel eens iets vreselijks kunnen gebeuren.

Soms word ik er moe van dat veranderingen zo traag gaan. Hier in de zwakzinnigeninrichting waar ik nu werk is het wel heel erg. Op de Ommerhof klopt van het beleid niet zo veel. Het komt allemaal vreselijk democratisch over maar het is nog hiërarchischer dan in een ziekenhuis. Terwijl iedereen elkaar gezellig Jan, Piet en Klaas noemt. Maar als je iets wilt bereiken of iets nodig hebt voor de afdeling, dan komt daar helemaal geen moer van terecht.. Ik heb vijf maanden gezeurd om een nieuw anti-decubitus matras, voor het verplegen van beginnende doorligwonden. Dat ging via het paviljoenshoofd, die dat soort dingen regelen moet. Hij werd er schijft ziek van, ik hing er iedere dag over aan de telefoon. Hij zei steeds: 'Volgende week is het geregeld.' Ik schreef dan in mijn agenda: volgende week aan Menno vragen hoe het zit met de matras. Op een gegeven moment heb ik een firma gebeld die hem zo kon leveren. Maar ik mocht dat natuurlijk niet bestellen, dat moet weer allemaal via via. Oeverloos wordt er geluld voordat ze een keertje een stap ondernemen.. Dat komt omdat het een ontzettend groot instituut is. Alles moet in tienvoud ingediend worden. Dat gaat van Jan naar Piet en van Piet naar Klaas en van Klaas

gaat het naar Kees en van Kees gaat het naar Johan die de beslissing neemt. De beslissing ligt eerst nog vijf weken op het bureau en dan gaat het in precies dezelfde volgorde terug. Rechtstreeks kan niet. Het is net zo met de Technische Dienst. Als er wat kapot is moet je een bon indienen bij de secretaresse. Die geeft het door aan het Hoofd, en die bepaalt dan wanneer, hoe, wat, waar en wie komt repareren. Vaak gaan daar weken overheen. Dus je kunt niet de Technische Dienst bellen: kom je het even maken. Tenzij het iets acuuts is. Ze beweren, ik geloof het graag, dat ze het te druk hebben, maar er zijn dingen die voorrang moeten hebben. Zoals laatst, ik wilde veiligheidsschijven op de stopcontacten zodat de zwakzinnige jongens hun vingers er niet in kunnen steken. Bovendien zit ik in de Veiligheidscommissie, dus vond ik dat ik recht van spreken had. Die commissie geeft ander andere voorlichting, bijvoorbeeld brandblusapparatenles. Dat is heel erg goed, maar als ik dan hoor dat wij geen schijven op onze stopcontacten krijgen omdat de kamer van de heer Drinkman, onze nieuwe directeur, eerst in orde gemaakt moet worden, ga ik over mijn rooie natuurlijk. Ik vind de kamer van de heer Drinkman niet zo belangrijk als schijven op onze stopcontacten. Ik heb het niet in de vergadering van de veiligheidscommissie gedropt, je zit daar met een man of veertig, ook de paviljoenshoofden en de arts en het Hoofd van de Technische Dienst en god mag weten wie. Dan moet ik dat eventjes tussen al die mensen gaan vertellen, nee dat durf ik niet. Ik pak het anders aan, ik stap naar het hoofd van de veiligheidscommissie toe na de vergadering en vertel hem persoonlijk dat ik het daar niet mee eens ben. En dat werkt.

Ik wil wel van baan veranderen, ik werk toch al weer twee jaar op de Ommerhof.. Ik zie dat er ontzettend veel mensen gevraagd worden met een Maatschappelijke Gezondheidszorg opleiding, de opleiding die ik wil gaan doen. Ik heb zo iets van: ach, dat is over twee jaar nog wel zo. Ik wil het liefste de wijk in, maar schoolverpleegkundige lijkt me ook leuk. Een beetje zelfstandiger, dat trekt me wel. Om diezelfde reden draai ik graag nachtdiensten. Je bent lekker in je eentje aan het klooiën en je deelt je tijd op je eigen manier in. Als ik iets een kwartier langer wil laten duren of ergens een uur eerder mee wil beginnen, kan ik dat zelf bepalen en hoef ik niet altijd rekening te houden met wie ik werk. Als 's morgens de dagdienst komt moet m'n werk goed zijn afgeleverd; hoe ik dat doe is verder mijn zaak.

De artsen - je werkt met ze. Soms geven ze je opdrachten die niet zo verstandig zijn, en dat zeg ik dan ook. Henk valt wel mee, voor een arts is hij wel redelijk. Maar Harry, de andere arts, nou, daar zou ik de bul wel van willen zien, volgens mij heeft hij hem niet. Hij doet zulke rare dingen, zoals een wond uitspuiten met de naald op de spuit. Ik zie vaak dingen waar mijn haren recht van overeind gaan staan. Bijvoorbeeld met Debrizan, een poeder voor decubitus, dat zijn doorligwonden. Ik heb het Harry een keer zien strooien op een decubituswondje dat heel klein en mooi doorbloed was. Ik vroeg hem: 'Waarom doe je dat?'. Hij zei dat hij dacht dat het zo mooi genezen zou. Toen heb ik hem uitgelegd dat ook op de bijsluiters staat dat je dat niet op gezonde huid mag strooien, want het vreet in. Hij kan toch ook wel bedenken dat zo'n nieuw, teer weefsel een gat

wordt als je daar die troep op gooit. Een gat dat alleen maar dieper en dieper wordt en natuurlijk niet geneest op die manier! Hij staat je dan aan te kijken en lult er een beetje omheen. Een uur of een dag later komt hij terug en zegt: 'Ik heb eens nagedacht over die en die, misschien kunnen we de medicatie veranderen.'. Alsof hij iets nieuws verzonnen heeft. In gedachten zie ik altijd voor me, hoe hij naar zijn kamer holt, de boeken erop naslaat en vrolijk terughuppelt.. Ik vind het wel hopeloos hoor.. Je merkt het aan nieuwe mensen die bij ons komen werken uit de Algemene verpleegkunde. Die staan te kijken, wat gebeurt hier allemaal? Lijkt wel een stelletje kwakzalvers.

Ik heb ook wel eens een opdracht gekregen die ik gewoon niet uit kon voeren. Ik werkte toen in een psychiatrische inrichting in Twente. Daar lag een vrouw die ongelofelijke doorligwonden had; die lag sowieso te overlijden. Zij reageerde nergens meer op, behalve als je met die decubitus bezig was. Ik had het idee dat dat kwam-door de Tripuur die daar in moest.. Zoiets als Debrizan, maar nog erger; je moest zelfs uitkijken dat je het niet inademde, dat kon beschadigen geven. Die vrouw kromp in elkaar als ik dat poeder op haar wonden stooft. De neuroloog beweerde dat ze dat niet meer kon voelen, de zenuwen waren allang dood omdat het zulke grote wonden waren. Maar ja, ik vroeg me af of dat wel waar was. De neuroloog wilde perse dat het doorging. Toen heb ik gezegd: 'Ik kan en doe het niet meer. Daar moet je maar iemand anders voor roepen, die dat voor jou wil doen. Dit gaat heel erg tegen mijn principes in. Die vrouw leeft misschien nog twee weken. Spoel haar wonden schoon, dek ze af met gazen en laat het verder zo.' Maar de neuroloog was er niet vanaf te brengen, die dacht dat die vrouw zo langer zou leven. Ze is gelukkig heel kort daarna overleden. Er waren nog een paar meiden die het zagen, maar niks durfden te zeggen tegen de arts. Ik werkte toen voor het uitzendbureau, dan is het veel gemakkelijker. Je hebt niks te verliezen. Je werkt een paar weken en dan ga je weer.. Nu op de Ommerhof, de inrichting waar ik werk, valt het ook wel mee; de artsen hier zijn zo simplistisch. Maar in het ziekenhuis bijvoorbeeld, in mijn leerlingtijd, was een vreselijk enge internist die iedereen ablatte. Hij behandelde een Indonesische man die wat lang van stof was. Hij had het constant over een bepaald pilletje dat hij vroeger van een arts gekregen had, en dat zo goed had geholpen. Ik had tegen hem gezegd: 'Als de dokter langskomt moeten we maar vragen om dat speciale pilletje.'. Deze arts was iemand van wie je alleen de jaspandjes om de deur zag wapperen en dan was hij al weer weg. Hij stooft dus binnen met het hele gevolg co-assistenten achter zich aan. En toen begon die meneer: hij had zo'n klein pilletje en dat paste precies hier in zijn hand. De arts: 'Dat krijgt U niet meer en doet U Uw hand nu maar dicht, anders waait hij weg, ha ha ha.' En al die co-assistenten lachen. Ik dacht, godver, ik ga naar hem toe en zal hem even zeggen dat hij dat niet meer moet doen. Maar durfde niet..

Of ik wel eens verliefd ben geworden op iemand die in het ziekenhuis werkt? Ja, dat gebeurt wel regelmatig. Ik heb samengewoond met een jongen die ik in het ziekenhuis tegenkwam. Hij zat een half jaar boven mij als leerlingverpleegkundige. Zo gaat het hè, je komt in een ziekenhuis

werken, spannend, nieuwe mensen. We hebben ook samen in de opleiding gewerkt, dat was op mijn eerste afdeling. Vreselijk. We mochten bijvoorbeeld niet samen de nachtdienst in, omdat we vriendjes waren. Misschien dat ze verwachtten ons 's morgens neukend in het kantoor aan te treffen. Samen avonddienst kon ook bijna niet. Als we 's morgens allebei vroege dienst hadden en we stonden in de spoelkeuken de bakken af te wassen, kwamen er wel eens mensen pats boem binnenvallen. Alsof ze ons op ik weet niet wat konden betrappen.

Ik ben ook verliefd geweest op een arts-assistent. Hij niet op mij, geloof ik. Tot ik zelf ziek werd, in het ziekenhuis terecht kwam en hij een rectaal toucher bij mij moest doen. Toen was het over ik durfde hem nooit weer onder ogen te komen. Het was een jongen die heel leuk met de verpleging omging. Als hij aan je merkte dat je je onzeker voelde, haalde hij juist jou erbij. Bijvoorbeeld als hij visite kwam lopen pikte hij jou er tussen uit, ga jij maar mee. Dat vond ik altijd een beetje griezelig. Meestal was de cardioloog er ook bij. Dan bleef hij bij jou in de buurt om je te helpen als je wat op moest schrijven. Hij is de enige die ik op die manier heb zien werken in het ziekenhuis. Ik was tweedejaarsleerling en dan is er een assistent die zich zomaar om je bekommert... Ik was hem graag nog een keer tegengekomen. Al was het maar om te zeggen: 'Bedankt dat je dat toen voor mij gedaan hebt.'

# Dans om de macht

Een van de sleutelwoorden in de discussie over de verpleegkunde is professionalisering, het streven naar een grotere zelfstandigheid van het verpleegkundig beroep. Deze strijd is aloude. Al vanaf het ontstaan van het beroep in de 15e eeuw is de verhouding tussen verpleegkunde en geneeskunde voortdurend in beweging. Truus Spijker en Victor van Gemert laten zien dat het streven naar zelfstandigheid in feite een dans om de macht is. Macht over de inhoud van het beroep. Die kan de verpleegkunde niet krijgen wanneer zij doorgaat met specialiseren. Bij specialisatie zal de verpleegkunde altijd ondergeschikt blijven aan andere beroepsgroepen, die de macht op deze terreinen al in handen hebben.

De verpleegkunde ontleent haar ware identiteit aan de basiszorg. Juist daar ligt een taak die hoger gewaardeerd zou moeten worden.

Als we de geschiedenis van de verpleging volgen kunnen we zien dat professionalisering eigenlijk een dans om de macht is. Partijen bij deze machtsstrijd zijn naast verpleegkundigen onder meer artsen, patiënten, de overheid, paramedische beroepen, in latere tijden ook sociale en menswetenschappers.

We geven in dit artikel eerst wat grote lijnen aan van maatschappelijke achtergronden van de gezondheidszorg in de 19e eeuw, de tijd waarin ook de wording van het verpleegkundig beroep kan worden geplaatst. We beschrijven vervolgens aspecten van de beweging voor een grotere autonomie zoals die zich in de jaren '30 in de verpleging manifesteerde. Deze autonomiebeweging kan men zien als voorloper van de professionaliseringsbeweging van verpleegkundigen na 1945 waarop we als laatste nader ingaan.

## Professionaliserings-tendenzen

Allereerst iets over onze uitgangspunten. Het heden, in dit geval de actuele positie van verpleegkundigen binnen de gezondheidszorg, wordt naar onze mening inzichtelijker als we voor een historisch perspectief kiezen. C. Wright Mills stelt dat de sociale wetenschappen zich moeten bezighouden met problemen van persoonlijk levenslot, van geschiedenis en van hun raakvlakken binnen sociale structuren. In deze lijn past ook het bestuderen van sociale, economische, psychische en andere componenten als een integraal aspect van de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep. We bouwen daarbij onder meer voort op de beroepsociologische inzichten van Terence Johnson.<sup>2</sup> Johnson gaat uit van, wat wel genoemd wordt, een machtsbenadering. Een belangrijk element hierbij is de beheersing of controle over de activiteiten van de beroepsbeoefenaars: wie definieert de noden en behoeften van de consument (de patiënt)? Wie bepaalt, op welke wijze hierin wordt voorzien? Welke intern concurrerende partijen (of segmenten) zijn er binnen een beroep aan te wijzen? Welke allianties zijn er vanuit deze segmenten met bepaalde bevolkingslagen, met de overheid, met andere beroepsgroeperingen. Een aantal van deze aandachtspunten komt in dit artikel aan de orde.

Binnen een visie van wisselende machtsrelaties is professionalisering niet synoniem met beroepsontwikkeling. Doorgaans wordt professionalisering opgevat als een (positief te waarderen) streven naar meer deskundigheid en autonomie. Zonder dat dit al te nadrukkelijk wordt uitgesproken worden aan een geslaagd professionaliseringsproces diverse beloningen verbonden: meer status, betere beïnvloedingsmogelijkheden, een hoger honorarium. De statische 'kenmerkenbenadering',<sup>3</sup> waarop wij in dit artikel niet dieper ingaan, bevestigt dit beeld van de 'vette klui'. In de dynamische benadering van Johnson is professionalisering een dans om de macht. Het is een proces waarbij beroepsbeoefenaars zich inspinnen om het eigen beroep erkend te krijgen, te legitimeren, te handhaven, te versterken. Als we hierop voortborduren kunnen we de term professie niet gebruiken als een geschikt equivalent voor beroep. Een professie is voor Johnson een middel tot beheersing van een beroep. Het is een instrument om de eigen beroepsdefinities door relevante instellingen of personen erkend te krijgen. Profes-

VICTOR J. VAN GEMERT en TRUUS SPIJKER, beiden werkzaam bij de Stichting Overlegorgaan Maatschappelijke Dienstverlening en Gezondheidszorg Noord-Oost Overijssel.

# Verpleging en professionalisering

sionalisme, tenslotte, wordt door hem omschreven als een ideologie van beroepsbeoefenaren die met elkaar wedijveren om status en financiële verdiensten."

Begrippen als 'semi-professie' en 'marginale professie' komen op deze wijze ook in een ander licht te staan. Vaak wordt de verpleging als 'semi-' of 'marginaal' aangeduid, en dat geldt bijvoorbeeld ook voor het welzijnswerk en de paramedische beroepen. Deze begrippen staan vooral in dienst van de kenmerkenbenadering: de semi-professie en nog meer de marginale professie missen nog een aantal kenmerken (bijvoorbeeld eigen tuchtrecht, een krachtige beroepsorganisatie, een wetenschappelijke allure) en kunnen daarom nog niet als een volwaardige professie gezien worden. Gesuggereerd of duidelijk uitgesproken wordt dat de semi- of marginale professionals ernaar moeten streven om het ontbrekende aan te vullen. Het is bijna een 'professionalistische' regel - ideologie - dat dit streven wordt gerechtigd met een verwijzing naar het belang van de cliënt. Met deze meer theoretische opmerkingen over professionalisering willen we dit gedeelte afsluiten en overgaan naar de maatschappelijke achtergronden van de gezondheidszorg in de vorige eeuw.

## Maatschappelijk ke achtergronden vorige eeuw

Professionaliseringstendenzen hangen nauw samen met veranderende machtsverhoudingen. In de 19e eeuw zien we de opkomst van een stedelijke middenklasse die hoe langer hoe meer 'professionele' praktijken op zich nam en die, als afnemer van professionele diensten, in een zich uitbreidende markt voorzag. De medici kwamen terecht in een ontwikkelingsproces waarbij ze uitgroeiden tot politiek invloedrijke genootschappen met natuurwetenschappelijk gekwalificeerde leden. Universitair geschoolde medici in ons land hadden belang bij een beter en uniform medisch onderwijs en bij een scherper toezicht op de uitoefening van de geneeskunst. Ze wensten een wettelijke regeling die de geneeskundige stand zou beschermen en aanvankelijk zelfs dat aan die stand het bestuur van de geneeskundige staatsregeling zou worden opgedragen. De inspanningen hebben niet direct tot de gewenste wettelijke regeling geleid. Wel kwam als uitloeijsel van het levendige contact tussen de medici in 1849 de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst tot stand, een belangenorganisatie waarmee zij zichzelf konden besturen.

De medici konden bij dit alles gebruik maken van hun allianties met de 'betere kringen', met de overheid. Mede door hun toedoen kwamen in 1865 de vier Gezondheidswetten tot stand. Er kwam maar één soort dokter (de wet van 1818 kende allerlei bevoegdheden) met één voorgeschreven universitaire opleiding. De uiteindelijke bevordering tot arts geschiedde door een staatscommissie. Op deze wijze verkregen de artsen het monopolie over de medische kennis. Rechten en verplichtingen werden vastgesteld, en deze rechten werden tegen 'onbevoegden' beschermd.

We kunnen de wetten van 1865 zien als een uitdrukking van de belangen van bepaalde middenklassegroeperingen, en tevens als een reactie op de maatschappelijke nood. De groei-

ende middenklasse kreeg belang bij voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg - denk bijvoorbeeld aan de cholera-epidemieën van die tijd - en had daar ook het geld voor. De oude gasthuizen, armeninstellingen met een slechte reputatie, waren daartoe niet geschikt. De middenklasse verlangde betere instellingen met 'beschaafde' verpleegsters, afkomstig uit nettere milieus. Behandeling door de geneesheer thuis werd steeds moeilijker - dit moest op den duur in het ziekenhuis gebeuren. We zien dan ook dat rond 1850 in een aantal plaatsen in ons land particuliere ziekenhuizen ontstaan. Met het inzetten van de industriële revolutie - we denken dan aan de tijd ca. 1870 - werd het ook een dringende noodzaak de gasthuizen, meer in het algemeen de gezondheidszorg voor het gewone volk, op een hoger peil te brengen. De gezondheidszorg verbeterde geleidelijk, maar niet alleen omdat de medische wetenschap daartoe aanzette.<sup>6</sup> Door de industrialisering en de opeenhoping van de bevolking in steden, met alle problemen vandien, werd een aanpak van de gezondheidszorg nodig. We denken aan de onhygiënische omstandigheden, de steeds dreigende epidemieën, aan lange en ongezonde arbeid, aan armoede en slechte huisvesting (de vorming van een stadsproletariaat).

## Wording van de verpleegkunde

Bij de eerste ontwikkeling van het verpleegkundig beroep valt op dat de belangen van artsen en burgervrouwen gedeeltelijk samenvielen. Burgervrouwen zochten werk, artsen zochten trouwe helpsters. De zaalmeiden en -knechten in de gasthuizen voldeden in dat opzicht niet. Zij schikten zich niet onder het medische regiem. Men had beschaafde, maar tevens gehoorzame vrouwen nodig die men wat kon leren. Vandaar dat ook religieuzen niet als eerste in aanmerking kwamen. Deze waren immers vooral gehoorzaam aan hun eigen orde. De artsen monopoliseerden de medische kennis en waakten tegen concurrentie. De nieuwe verpleegsters moest het een en ander worden bijgebracht, maar niet meer dan strikt noodzakelijk om een goede hulp te zijn.<sup>7</sup> De verpleging bestond vooral uit verzorgend handwerk. De keuze voor vrouwen lag voor de hand: traditioneel waren vrouwen op verzorging ingesteld, en bovendien was het sociaal acceptabel dat zij zich door mannen lieten leiden.

De eerste ontwikkeling van het verpleegkundig beroep zoals we dat nu kennen, met eigen opleidingen, met een beroepsorganisatie en een vakblad dateert van de laatste twee decennia van de 19e eeuw. Deze ontwikkeling wordt door diverse auteurs elders uitgebreid beschreven.<sup>8</sup> Stimulansen tot opleidingen voor verpleegkundigen kwamen vooral vanuit de plaatselijke georganiseerde 'thuis-verpleging' en van het Rode Kruis.<sup>9</sup> Hoewel de thuiszorg in die tijd een belangrijke betekenis had, zullen we ons eerst richten op de intramurale verpleging. Bekend is dat de eerste burger-verpleegsters het in de gasthuizen lang niet gemakkelijk hadden. Geleidelijk namen zij het werk, ook het huishoudelijk werk, over van de slecht bekend staande zaalmeiden, reden waarom Querido wel spreekt van de 'dame-dienstbode'.<sup>10</sup> In deze term ligt een dubbele waardering besloten. Door het publiek werd opgezien naar de nette verpleegsters die uit religieuze menslievende motieven, later meer geïnspi-

reerd vanuit moederlijke roepingsidealen hun werk deden.' Het werk zelf echter bleef laag gewaardeerd: onrein en zwaar handwerk door niet al te hoog geschoolde vrouwen die bereid waren te 'sloven'. Hier wordt een zekere ambivalentie zichtbaar ten opzichte van verplegen en verzorgen. De negatieve waardering overheerst in die zin dat haar arbeid maatschappelijk weinig wordt gehonoreerd: een laag salaris is haar deel, de werkomstandigheden zijn weinig aantrekkelijk.

In 1890 verscheen het eerste nummer van het Maandblad voor Ziekenverpleging en in 1893 werd, vooral dankzij de volhardende inspanningen van Jeltje de Bosch Kemper, de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging opgericht. Het is tekenend voor het sterk organische denken van die tijd dat zowel artsen als verpleegkundigen lid konden worden. Doel van de Bond was een orgaan te hebben 'waarin doktoren en verpleegsters elkander konden vinden en spreken over hun belangen, die zoo dicht naast elkander liggen'.

Mede onder invloed van de nationale en internationale vakorganisaties begon onder de verpleegsters langzamerhand enige beroering te komen. Aan het eind van de negentiger jaren zien we de eerste tekenen van een groeiend zelfbewustzijn bij verpleegsters. In 1900 werd de Nederlandsche Vereniging tot Bevordering van de Belangen van Verpleegsters en Verplegers 'Nosokómos' opgericht als eerste vakvereniging van de verpleging. Met Nosokómos is in aanzet de autonomiebeweging van de verpleging geboren, als voorloper van het professionaliseringsstreven na 1945.<sup>12</sup>

Met deze vluchtige beschrijving willen we de eerste beroepsontwikkeling schetsen. We volgen de 'beweging': sociale, economische en sociaal-hygiënische processen stimuleren de gezondheidszorg, zij dragen bij tot het op grotere schaal verschijnen van verplegend personeel. Terwijl de doktoren rond 1850, mede door hun allianties met invloedrijke bevolkingslagen, successen behaalden, moeten we constateren dat de verpleegsters deze connecties misten. De 'alliantie' binnen de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging werkte eerder andersom: de verpleegsters werden ingepakt door de doktoren.

## Autonomiebeweging

In alle sectoren van de verpleging (A, B, wijk, en dergelijke) werd de beweging voor meer autonomie geleidelijk sterker. Illustratief voor het al dan niet slagen van dit streven zijn de ziekenhuisverpleging en de particuliere verpleging. In het begin van deze eeuw breidde het aantal particuliere verpleegsters zich sterk uit. Deze sector bleek echter uitermate conjunctuurgevoelig: vanaf de crisisjaren '30 (en daarvoor al in 1923) verminderde de betekenis van deze tak. De ziekenhuisverpleging daarentegen doorstond de crises en breidde zich in de loop van de tijd met het ziekenhuiswezen verder uit. Op de genoemde takken van de verpleging zullen wij nu ingaan.

### Particuliere verpleging:

Rond de eeuwwisseling was de particuliere verpleging eert belangrijk element van de gezondheidszorg. Het aanvankelijke ideaal was steeds dat van de 'vrije verpleegster', van de verpleging als een zelfstandig beroep.<sup>13</sup> Een particulier ver-

pleegster verrichtte zowel verplegende als verzorgende en huishoudelijke activiteiten. In economisch moeilijke tijden was ze ook genegen om tegen een geringe vergoeding als een soort huishoudster te fungeren die dan tevens het verzorgende werk voor haar rekening nam. In de ogen van het publiek vormden huishoudelijke en algemeen verzorgende taken, waarvoor geen specifieke deskundigheid was vereist, zelfs de kern van de particuliere verpleging. Verpleging en huishouding vloeiden moeiteloos in elkaar over. Ook de huisartsen beschouwden iedere claim van de particuliere verpleegsters op deskundigheid als inbeelding. Het dienstbode-aspect was overtuigend dominant over het 'vakvrouw-schap' dat gekleurd werd door het gedragspatroon van een burgerdame. Deze inperking stelde grenzen aan de beroepsontwikkeling van de particuliere verpleging. In de loop van de dertiger jaren werd de wijkverpleging een geduchte concurrent. De wijkverpleging behaalde een systeem van vrijwillige aaneensluiting in verenigingsverband dat ook nog eens gesubsidieerd werd. De particuliere verpleging was te versnipperd en ongeorganiseerd om zich tegen de kruisverenigingen teweer te stellen. Ze slaagden er evenmin in hun service binnen het Ziekenfondsbesluit onder te brengen. Met de doorwerking van het Ziekenfondsbesluit - 1941 - kwam de ziekenhuisopname binnen het bereik van grote groepen mensen, namelijk van de werknemers en hun gezinnen. De conjunctuurgevoelige particuliere verpleging verdween na de Tweede Wereldoorlog als beroepssegment van enige betekenis.

### Ziekenhuisverpleging:

Op het eerste gezicht was de beroepsontwikkeling van de A-verpleging meer succesvol. De omvang van het ziekenhuiswezen nam toe en in de ziekenhuizen ontstonden specialismen. De verpleging groeide uit tot een systeem van 'medische assistentie', waarbij geleidelijk het huishoudelijk aspect naar de achtergrond verschoof. Op deze wijze werd niet de eigen professionalisering bevorderd, maar werd onbedoeld het professionaliseringsproces van de medici ondersteund. Toch zien we in dezelfde periode ook een bewust streven naar een zekere autonomie van het verpleegkundig gebied. Het zelfbewustzijn van de verpleegsters nam toe en dit werd onder meer zichtbaar in de manier waarop zij zich organiseerden. Met de oprichting van de Nationale Bond van Verplegenden (als opvolger van Nosokómos) in 1928 trachtten de verpleegkundigen om alle beroepsgenoten een acceptabele organisatie te bieden. Deze moest de verpleegkundige belangen behartigen en de inhoud van het beroep verder uitwerken. De verplegenden organiseerden zich echter niet alleen op grond van hun verpleegsters- of verplegerschap, maar ook naar functies binnen de verpleging. We kunnen in dit verband bijvoorbeeld denken aan de oprichting van de Nederlandsche Bond van Wijkverpleegsters (1927). De verpleegsters vormden dus door de manier waarop zij zich organiseerden geen eenheid. Ook de verzuijing werkte fragmenterend. Het bedrijfsgebonden karakter van de verpleegkundige opleiding bemlemde bovendien een oriëntatie op het beroep als geheel: men keek doorgaans niet veel verder dan de eigen instelling.

Ten aanzien van huishoudelijke arbeid door verplegenden in de ziekenhuizen bestonden er uiteenlopende belangen. Het zwaardere schoonmaakwerk werd steeds meer aan apart personeel opgedragen. De ziekenhuisdirecties, die naar een minimum aan arbeidskosten streefden, waren erbij ge-

baat het huishoudelijk werk door verplegenden zelf te laten verrichten. De kring van medische specialisten was echter gebaat bij het afstoten van huishoudelijk werk, zodat de verplegenden meer de handen vrij konden krijgen voor assistentie van de artsen. De specialisten verlangden dat de verplegenden op hun vakgebied (denk aan de Röntgenafdeling) geschikte hulpkrachten zouden worden. De medici stelden zich op dit punt, net als in de 19e eeuw, echter ook terughoudend op. De deskundigheid van de verpleging mocht niet té ver gaan, onderscheid moest er zijn. Deze terughoudendheid gold ook ten aanzien van het theoretisch gedeelte van de inservice-opleiding. Verpleging werd in 'gevestigde' kring (Nederlandsche Bond) gezien als een bij uitstek praktisch vak, waar weinig geleerdheid bij te pas kwam. De Nationale Bond daarentegen pleitte in die tijd al voor een verlenging van de opleidingsduur tot 5 jaar, en voor een opleiding waarin zowel de A- als de B-verpleging was opgenomen. Men zou dit voorstel voor een all-round opleiding kunnen zien als een voorloper van de MBOV's en HBOV's die pas in 1970 zijn gerealiseerd.

In de vakbladen van die tijd, met name het Tijdschrift voor Ziekenverpleging, vinden we boeiende illustraties van het streven naar autonomie. Een aantal verpleegsters eiste ondubbelzinnig het verpleegkundig gebied op als een zelfstandig veld, waar de artsen bovendien weinig zicht op hebben. Als kern van de verpleging werden verzorgende elementen genoemd: de doelmatige verzorging in ligging, voeding en ventilatie, wondbehandeling en verbinden. De artsen stelden daar tegenover dat de ziekenverpleging tot het terrein van de geneeskunde behoort. De visie van de rebellerende verpleegkundigen beschouwden zij als aanmatigend. In deze discussie ontbreekt de patiënt grotendeels. In de ziekenhuizen, waaraan nog steeds het karakter van armenzorg was verbonden, werd de patiënt niet als een mondig partij gezien. Terwijl in de particuliere verpleging de patiënt zich als 'patron' kon opstellen, werd hij in de ziekenhuizen als 'kind' behandeld.

Duidelijk is dat de artsen hun stelling dat verpleegkunde geneeskunde is steeds minder konden waarmaken. Juist op verzorgend en verpleegkundig gebied lieten zij immers verstek gaan. De betrekkelijke autonomie die de verpleegsters zich gaandeweg wisten te verwerven was gekoppeld aan de traditionele zorgverlening. Vooral daar lag hun identiteit. Omdat de verpleegsters in deze periode tevens uitgroeiden tot 'verlengde arm' van de artsen, ontstond hier een nieuwe afhankelijkheid. De medici hebben zich, ondanks hun aanspraken op het zorgterrein, effectief aan het uitvoeren van zorghandelingen onttrokken. Wat zij wilden was de supervisie over zorg, niet de uitvoering hiervan.

## Professionaliseringsbeweging

Na de Tweede Wereldoorlog krijgt de gezondheidszorg een steeds grootschaliger, bureaucratischer en technischer karakter. Dit geldt met name voor de ziekenhuizen waarvan zich de verpleeghuizen afscheiden. Eerder was het ziekenhuis een verpleeginrichting, nu evolueerde het naar een behandelinrichting, met kostbare apparatuur. De grote veranderingen die sindsdien optraden leidden echter niet vanzelf-



foto: J. van den Broek

sprekend tot een verhoging van de kwaliteit van zorg.

In de openbare ziekenhuizen van vóór 1945 was, ondanks de roepingsideologie, de praktisch uitgeoefende zorg niet altijd ideaal. Deze instellingen droegen nog het karakter van armenzorg met een sterk klasse-onderscheid. Toch werd de 'basiszorg', zoals we zagen, een kernelement van het beroep. De beweging voor autonomie maakte zich voor die basiszorg sterk. We kunnen stellen dat hier voor de verpleegkundigen een herkenbare identiteit, aanwezig was. Het beroep was duidelijk. Na 1945 echter worden zorghandelingen afgestoten. Voor het eerst ontstaat er een onderscheid tussen verpleging en verzorging.<sup>1</sup> Deze wordt ook zichtbaar als vanaf de vijftiger jaren een nieuwe beroepsgroepering ten tonele verschijnt: de ziekenverzorgsters. De ziekenverzorgenden, aanvankelijk uitsluitend vrouwen, mogen de zuiver verzorgende taken uitvoeren, werkzaamheden die de verpleegkundigen steeds meer laten liggen. We kunnen de ziekenverzorging dan ook min of meer zien als een differentiatie van de verpleging. Vooral in de A-ziekenhuizen ontwikkelt de verpleging zich steeds verder in medisch-technische richting. Leerling-verpleegkundigen nemen hier voor een belangrijk gedeelte de basiszorg voor hun rekening. Op de veranderingen in de gezondheidszorg hadden de verpleegkundigen zelf weinig greep. Nadat enige angst voor concurrentie was overwonnen hebben verpleegkundigen zich moeite getroost om greep te krijgen op de ziekenverzorging. De opleiding en de tewerkstelling van deze 'lagere' beroepscategorie kwam vooral onder verpleegkundig toezicht te staan. Vanaf het begin van de ziekenverzorging tot op heden echter is de afgrenzing van dit werk naar dat van de verpleegkundigen een problematische zaak geweest. Opmerkelijk is nu dat terwijl de basiszorg wordt afgestoten of ingeperkt, vanaf het midden van de jaren '60 een 'professionaliseringsbeweging' onder verpleegkundigen opkomt. We kunnen deze beweging zien als een vervolg op het streven naar autonomie dat, minder fel en opzienbarend, ook na 1945 aanwezig bleef. In de zestiger jaren wordt binnens verpleegkundige kring voor het eerst de term 'professionalisering' gehoord. Elders was deze term al meer ingeburgerd. Professionalisering heeft vóór de verpleegkundigen een positieve klank. Hoewel de eerste tijd met name werd aangesloten bij de ontwikkeling naar functiedeling (afgeleidspecialistische taken), klonk al spoedig, vooral vanaf de zeventiger jaren, de roep om 'zorg'. In een periode waarin de zorg in de praktijk op de tocht kwam te staan gingen verpleegkundigen de totaliteit van zorg benadrukken. De patiënt werd tezelfdertijd 'gepromoveerd' tot somatisch-psychische en sociale eenheid. Het is duidelijk dat deze ideologie - het gaat in dit geval om wenselijkheid - niet overeenkwam met wat er in de praktijk gebeurde.



## Versnippering

Al vanaf de zestiger jaren slaan de verschillende sectoren van de verpleging een uiteenlopende richting in. In de psychiatrie spiegelde men zich aanvankelijk nog aan het somatisch getinte A-model (voor B-verpleegkundigen bijna synoniem met het inmiddels verfoeide 'medisch model'). Men ging allengs in de richting van therapeutische benaderingswijzen die door de sociale en menswetenschappen werden aangedragen. Sommige B-verpleegkundigen noemen zich dan ook bij voorkeur socio-therapeut. In de zwakzinnigenzorg moesten artsen het terrein al veel langer delen met pedagogen. Het klimaat was hier rijp voor het experimenteren met pedagogische en agologische methodieken. Net als in de B-verpleging ontstond er een warme belangstelling voor communicatieve en interactionele aspecten van de verpleging. In de zwakzinnigenzorg ziet men wel dat Z-verpleegkundigen zich liever 'groepsleider' noemen: voor het 'echte' verpleegwerk (injecteren, het behandelen van wonden, en dergelijke) wordt dan een A-verpleegkundige ingehuurd. In de maatschappelijke gezondheidszorg wordt een gedeelte van de curatieve zorg afgestoten naar wijkziekenverzorgeren, terwijl de wijkverpleegkundigen zelf meer tijd vrijmaken voor begeleiding, voor preventieve en positieve (gezondheidsbevorderende) zorg.

Tegenover deze heterogene beroepsontwikkeling stond de groei van homogene opleidingstypen. De inservice-opleiding, sterk bedrijfsgericht met een socialisatie naar gevestigde instellingsnormen, vanouds beheerst door medici, was voor het kader van de beroepsorganisaties al lange tijd een doorn in het oog. Het professionaliseringsstreven ging met name uit van de beroepsorganisaties (en van het kader van de niet-bedrijfsgebonden opleidingen (bijscholingscursussen, etc.). Voor deze beweging was het van belang om binnen de diversiteit naar een gemeenschappelijke identiteit te zoeken. Een uitdrukking van dit streven naar gemeenschappelijkheid was de oprichting van HBOV's en MBOV's: all-round verpleegkundige dagopleidingen. Dat wil zeggen, opleidingen op een middelbaar of hoger beroepsonderwijsniveau voor alle sectoren van de verpleging, en los van de bevoogding door ziekenhuizen. Aan de theorievorming over de identiteit van de verpleging heeft het kader van deze nieuwe opleidingstypen een belangrijke stimulans gegeven. Het verpleegkundig kader zocht vooral antwoord op de vraag: wat is verplegen? Een sleutelwoord in die discussies werd, zoals gezegd, zorg. Zorg als samenbindende factor. Niet meer de religieuze of liefdadige zorg van weleer, maar een methodisch verantwoorde, in agogische termen verpakte zorg die past in een bureaucratische en grootschalige setting. Ook werd zorg wel affectief-emotioneel ingevuld, geschikt in een alternatieve, subculturele en kleinschalige omgeving. Als exponenten van onze tijd participeren we soms in deze bewegingen.

## Deprofessionalisering

Een bekende uitdrukking is: professionalisering is een samenzwering tegen leken. Tot op heden hebben verpleegkundigen die samenzwering niet kunnen waarmaken, niet naar het publiek, niet naar aanverwante of andere beroepen.

Professionalisering is niet alles, een geslaagde beroepsontwikkeling daarentegen is veel waard. Een succesvol professionaliseringsproces heeft echter geen eeuwigheidswaarde. De 'geslaagde' professionalisering van de artsen heeft zich uitgestrekt over een tijdvak van ongeveer 140 jaar. Thans zien we dat hun aanspraken, bijvoorbeeld op een verdienste-lijk honorarium, door een mondiger publiek niet meer vanzelfsprekend worden geaccepteerd. Door een toenemend overheidsingrijpen, door hun groeiende afhankelijkheid van technische specialisten, door het verschijnen van andere, wetenschappelijk onderlegde hulpverleners naast de artsen wankelen de traditionele fundamenten van het artsenberoep. Voor ons is deze déprofessionalisering geen wapenfeit, maar iets om in de gaten te houden. Duidelijk is dat voor verpleegkundigen een professionalisering naar artsenmodel, dus naar het beeld van het beroep dat historisch gezien juist die professionalisering heeft tegen te houden, geen perspectieven biedt.

Het koppelen van de verpleegkunde aan basiszorg mag dan qua professionaliseringsaspiraties niet aantrekkelijk zijn, 15 bestaande professionaliseringstendenzen bieden ook weinig perspectief, vergelijk de ontwikkeling naar medisch-technische specialisatie, of de uitbouw in therapeutische en sociaal-agogische richting. Juist op deze terreinen krijgen verpleegkundigen te maken met andere (hoger gewaardeerde) beroepsgroepen die hier al effectief een claim op hebben gelegd. Allianties hoeven niet persé naar boven gericht te worden - dat is de consequentie van een professionalisering naar artsenmodel. Ze kunnen ook gevormd worden met vergelijkbare sociale lagen, met andere werknemers, met patiëntenorganisaties. Tot voor kort zou het voor veel verpleegkundigen moeilijk zijn geweest zich met andere 'werknemers' te vergelijken. In deze economisch moeilijke tijd wordt steeds duidelijker dat zij werknemers zijn, dat standsgevoelens de verdere beroepsontwikkeling niet in gunstige zin stimuleren. Verpleegkundigen zijn werknemers met een heel bijzondere opdracht: het behartigen van basiszorg met inbegrip van het somatisch aspect. Maar ook andere werknemers formuleren voor zichzelf bijzondere opdrachten.

Literatuurverwijzingen op aanvraag bij de redactie verkrijgbaar.

# Politiseren en verplegen, een duo

Het rommelt al een tijd in het verpleegkundige wereldje. Veel verpleegkundigen vinden het niet langer te verteren dat hun handelen beperkt moet blijven tot de technische details van het ziekteproces, en dat de ziekte door overspecialisatie wordt losgeslagen uit zijn sociaal-psychologische achtergrond. Nu vinden die verpleegkundigen dat niet sinds vandaag of gisteren. Het probleem is echter steeds dat de gezondheidswerkers zo slecht met hun visie uit de voeten kunnen. Te weinig tijd, té weinig geld, te weinig medestanders, er is altijd wel een factor die hen de pas afsnijdt..

In dit artikel analyseert Frank Bots deze problematiek. Hij wijst er op dat de verpleegkundige hoe dan ook politiek bezig is, hetzij in bevestigende zin (bekrachtigen van de bestaande situatie), hetzij in veranderende zin (proberen wijzigingen aan te brengen). In het verlengde daarvan meent Bots dat de verpleegkundige ook politiserend aan het werk moet. Wil de verpleegkundige zijn ideeën gestalte geven, dan zal hij doelbewust een relatie moeten leggen tussen de bestaande structuren en zijn werk, om vanuit een maatschappij-visie de hulpverlening te verbeteren. Aan de hand van de ideeën van de Franse psychiater Felix Guattari legt Bots uit dat er zicht is op verbetering van de situatie, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

Neem nu mevrouw Jansen. Sinds een dag of drie ligt zij ter observatie op de afdeling gynaecologie, er is iets met haar baarmoeder. Het valt de verpleegkundigen op dat mevrouw Jansen telkens voor het bezoeken erg stil is. Ze zit maar wat voor zich uit te staren. Eén van de werkers vraagt eens wat er aan de hand is, en de mevrouw vertelt dat zij er zo'n behoefte aan heeft dat haar twee dochters op bezoek komen. Ze is echter telkens bang dat ze niet komen opdagen omdat de twee het al zo druk hebben met hun eigen gezin. Na vier dagen komt eindelijk één van de dochters. Net tijdens dat bezoeken belt de gynaecoloog op dat hij nu even tijd heeft en dat mevrouw Jansen dus meteen moet komen voor onderzoek. De verpleegkundige protesteert, er is immers belangrijk bezoek, maar de gynaecoloog zegt dat hij daar geen rekening mee kan houden en het eind van het liedje is dat de verpleegkundige mevrouw Jansen in opdracht van haar afdelingshoofd naar de dokter kan brengen. Een voorbeeld uit de verpleegkundige praktijk, een regelmatig voorkomende situatie.

De verpleegkundige en de patiënt hebben zich aan de regels te houden. De medische professie, die vooral aandacht heeft voor de baarmoeder van mevrouw Jansen, vindt zichzelf een stuk belangrijker dan de verpleegkundige professie die vooral oog heeft voor het totale welzijn van de patiënt. Een weigering door de zuster of de patiënt zou gezien worden als ernstig spelbederf.

De verpleegkundige heeft hier een politieke macht in handen die hem tot een verlengstuk kan maken van de heersende moraal. Immers, zijn gedrag in reactie op de druk van de arts en het afdelingshoofd enerzijds en op de behoeften van de patiënt anderzijds is op dat moment de sleutel tot het in stand houden of veranderen van de maatschappelijke structuur.

## Waarden en normen

Op zich lijkt dat laatste misschien een wat zware stelling. Wel degelijk echter zijn de regels waar zij zich aan moeten houden ontleend aan de normen en waarden van onze samenleving; zoals zoveel grote instellingen functioneert ook de gezondheidszorg als een spel met een aantal strikte spelregels en een bepaald doel, dat gespeeld én gewonnen moet worden.

Voor veel verschillende instituties in onze samenleving vertonen de spelregels sterke overeenkomsten aangezien ze op het zelfde stelsel van waarden en normen zijn gebaseerd. Ook in het onderwijs bijvoorbeeld staan slechts die deelaspecten centraal die voor onze maatschappij belangrijk zijn. Het kennis-aspect is belangrijk om later te kunnen functioneren in het arbeidsproces, en wordt dus ontwikkeld ten koste van het emotionele, creatieve en intermenselijke aspect. Parallel daaraan leidt de zieke baarmoeder van mevrouw Jansen er toe dat zij thuis of in het bedrijf haar werk niet goed kan vervullen; haar eenzaamheid, haar zorg om de kinderen zijn niet zo belangrijk.

Ook historisch beschouwd valt de relatie tussen maatschappij en gezondheidszorg goed aan te geven. De manier waarop men door de eeuwen heen de zieken verzorgde heeft altijd nauw samengehangen met de maatschappelijke en cul-

turale omstandigheden en dus met de normen en waarden van een samenleving. De zorg voor zieken is lange tijd een integraal onderdeel geweest van de religie, doordat het een tijd was waarin de religie een grote macht had over het sociale leven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat kloosters door de eeuwen heen een grote invloed hebben gehad op de ziekenverpleging, evenals op alle andere belangrijke sociale instituties. Zo is er een tijd geweest dat ziekte werd gezien als een schande, als een straf van god; hoe men in die tijd met een zieke omging laat zich raden. Dit tijdsbeeld veranderde in het begin van de negentiende eeuw toen er een stroomversnelling ontstond binnen de natuurwetenschappen, en de religie als normbepaler meer naar de achtergrond verschoof. Het geloof in het menselijk kunnen won het van de mystiek.

## Beheersen

Door deze verandering van normen en waarden veranderde de gezondheidszorg tot een instituut waarin de wetenschappelijk-technische benadering een belangrijke plaats inneemt. Vooral in de economische bloeiperiode na de oorlog werd enorm veel geld uitgegeven aan de technische vooruitgang; in het verlengde daarvan verdiepten specialismen zich enorm en splitsten zich weer op in nieuwe specialismen. De verpleegkunde leverde haar aandeel door zich aan te passen, mee te specialiseren. Ook de verpleegkunde deed en doet nog steeds mee aan de voortschrijdende technologische ontwikkeling. Zowel binnen de gezondheidszorg als geheel de verpleging bestaat de neiging om levensproblemen te definiëren in medische termen, om ze zo via een aangepaste behandeling te kunnen beheersen. We leven in een tijd waarin alles wat we niet beheersen als falen wordt beschouwd.

In de geldstroom komt deze manier van denken tot uiting. Er worden bijvoorbeeld gigantische hoeveelheden geld besteed aan hartoperaties, terwijl naar verhouding veel minder wordt besteed aan onderzoek naar processen binnen het maatschappelijke en sociale milieu die van invloed zijn op het ontstaan van bijvoorbeeld hartziekten. En de dure tijd van de gynaecoloog wordt niet verprutst aan het sociale leven van ene mevrouw lans en haar dochter.

Dit mag de heersende praktijk in de gezondheidszorg zijn, het is niet meer in overeenstemming met de voortgaande professionalisering van de verpleegkunde - althans op theoretisch niveau. Mijns inziens moet verplegen duidelijk een holistische benadering inhouden. Er dient evenredige aandacht te worden geschonken aan somatische, psychische en sociale aspecten. Patiënten alleen technologisch benaderen is vanuit elke discipline een verfoeilijk overtrekken van een deelaspect. De gezondheidszorg komt zo tot vreemde antwoorden op de verslechterende arbeidsomstandigheden, werkloosheid, toenemende eenzaamheid, man-vrouw verhoudingen, bedreiging van het milieu, dreiging van de nucleaire bewapening, allemaal ziekmakende maatschappelijke fenomenen. De gezondheidszorg heeft er, enigszins zwart-wit gesteld, het antwoord op van het etiket: er wordt naar de kwaal gekeken en de mensen worden gediagnostiseerd als contactarm, neurotisch, depressief, psychosomatisch, suïcidaal. Er wordt een medisch etiket op geplakt, er volgt beo-

handeling en dat was dat. Een andere benadering zou maatschappelijk bedreigend zijn.

## Professie

Nu kan de verpleegkundige binnen dit systeem een verlengstuk zijn van de heersende moraal, het hoeft niet per definitie. Hoe moeilijk en zwak zijn positie ook is, hij hoeft niet mee te werken aan het bekrachtigen van de maatschappelijke normen. Daarmee bedoel ik niet dat de verpleegkundige zich dient te ontpoppen als een revolutionair. Wel zou hij zich sterk kunnen bezinnen op de ware betekenis van de verpleegkundige professie: vanuit een continu proces van zorgverlening de hulpvraag van de patiënt onderzoeken, verduidelijken en bepalen wat de meest toepasselijke antwoorden zijn op de gestelde hulpvraag en daarin een coördinerende rol vervullen.

Blijft het feit dat er regelmatig geklaagd wordt: 'Er is geen tijd meer voor, er is al nauwelijks tijd om de patiënten de noodzakelijke hulp te verlenen en het wordt steeds slechter, gelet op de bezuinigingen en de budgettering.' Hoe goed ik mij dit dilemma echter ook kan voorstellen, hoe zeer ik ook weet dat de beschikbare middelen belangrijk zijn, toch wil ik dit argument opzij schuiven. Immers, toen alles financieel wel mogelijk was, toen er aan geld geen gebrek was, gebeurde er evenmin iets. Ook toen was de zorg niet beter. Belangrijker is het mijns inziens om de prioriteiten te leggen vanuit de eigen verpleegkundige professie in plaats van de medische professie voorop te stellen. Een actieve keuze voor benadering van de patiënt als een totaliteit en als een gelijkwaardige is waar het hier om draait.

Ik denk dat het in dit verband veel vruchten kan afwerpen als verpleegkundigen politiserend bezig gaan zijn. Er moeten doelbewust verbanden worden gelegd tussen de maatschappelijke structuren en de hulpverlening, er moet een gerichtheid ontstaan op verandering van die structuren, om vanuit die visie de hulpverlening te verbeteren. Vanuit zijn verpleegkundige professie en vanuit het feit dat hij toch al politiek bezig is zou iedere verpleegkundige zijn hulpverlening zo moeten politiseren.

Politiserende verpleging bekommert zich uit de aard der zaak om de patiënt én om de samenleving. Op die samenleving valt zoals gezegd het één en ander aan te merken. Samengevat komt het neer op vier punten. In de eerste plaats is er sprake van een te sterk individuele benadering van problemen, los van maatschappelijke invloeden. In de tweede plaats is er sprake van hulpverlening die zich richt op de gebruikswaarde van mensen, dat wil zeggen mensen zo snel mogelijk weer laten produceren. Daarnaast is er sprake van een hulpverlening die alle problemen in medische termen tracht te vertalen en steeds verder uit te specialiseren. En tenslotte is er sprake van hulpverlening die gebaseerd is op ongelijkwaardigheid; de patiënt staat helemaal onderaan de hiërarchische ladder.

## Bewustzijn

Blijft de vraag hoe zo'n politiserende hulpverlening gestalte kan krijgen. Op dat punt biedt de theorie van de Franse psychiater Felix Guattari enig inzicht. Volgens hem zijn er drie elementen waarmee je rekening dient te houden.

In de eerste plaats noemt Guattari een verandering van het bewustzijn (L'analyse de l'inconscient dans le champ social, lett. analyse van het onbewuste op het sociale vlak). Hij stelt dat het belangrijk is dat de hulpverleners zich bewust worden van het collectief onbewuste zoals dat zich op verschillende niveaus in de gezondheidszorg afspeelt. Om te beginnen houdt dat in dat we proberen inzicht te verwerven in ons eigen handelen en de achtergronden daarvan. Wat doen we als we mevrouw Jansen naar de gynaecoloog sturen, en waarom? Uit angst voor conflict-situaties of zelfs mogelijk ontslag, of weten we niet met de situatie om te gaan? Welk doel streven we na?

Verder is bezinning nodig op de functie van de verpleegkundige binnen een instelling. Als we de actuele theoretische uitgangspunten toetsen aan de realiteit van de praktijk, dan ontkomen we niet aan het signaleren van tegenstellingen. De verpleegkundige past zich aan, ondanks de theorieën. Het is belangrijk om zich hiervan bewust te zijn.

En tenslotte is het nodig dat we ons bewust worden van de relatie tussen gezondheidszorg en samenleving. Welke doelen streeft onze samenleving na, door wie worden ze bepaald, welke middelen worden beschikbaar gesteld en voor wie zijn ze bereikbaar? Welke machtsverhoudingen spelen een rol, en hoe wordt er gewerkt om verschillen te handhaven? Wat zie ik van dit alleen terug in de gezondheidszorg?

Om zich meer bewust te worden van hetgeen om het bed van de patiënt heen plaatsvindt, wat de functie van de hulpverlener is en de relatie met de samenleving, lijkt het raadzaam om dit soort vragen ook te stellen in het collegiaal overleg. Helaas wordt daar weinig tijd voor ingeruimd; de steun en feedback van collega's zijn onontbeerlijk om tot een reflectie van het eigen handelen te komen die onherroepelijk tot een verandering van het bewustzijn zal leiden.

## Sociale praktijk

Als tweede punt noemt Guattari de sociale praktijk (stratégies alternatives). Als ik mij ervan bewust ben wat ik momenteel doe met een patiënt en wat de relatie van mijn functioneren is met de geldende normen en waarden, ga ik mij anders opstellen. Ik ontwikkel een houding die niet alleen technisch is maar ook relationeel. Er ontstaat een menselijke relatie tussen patiënt en verpleger, en zo ontstaan openingen om bijvoorbeeld een eenzame patiënt te verduidelijken dat hij niet met zijn problemen alleen staat, dat niet alleen hijzelf maar ook de maatschappij verantwoordelijk is. De verpleger stelt op dat moment zijn prioriteiten: hij kiest voor het totale welzijn van de patiënt. Waarschijnlijk komt hij in conflict met de behandelend arts of met collega's, maar toch zal hij de kant van de patiënt kiezen en trachten de conflictsituatie te veranderen in een constructieve dialoog.

## Sociale actie

Het derde element van politiserend verplegen is volgens Guattari de sociale actie (Lutte sociale à la grande échelle, lett. sociale strijd op grote schaal). Door steun vanuit het collegiaal overleg, bewustzijn van wat er allemaal speelt en pogingen één en ander in het verpleegkundig handelen in te passen zal de behoefte aan sociale actie vanzelf ontstaan. De verpleegkundige zal ook op grotere schaal veranderingen willen realiseren. Hij gaat met zijn collega's de dialoog aan om ook hen de bewustwording te laten ervaren, en probeert hen duidelijk te maken dat hulpverlening nu binnen ons maatschappelijk bestel alleen maar symptoombestrijding is. Samen kunnen de verpleegkundigen dan binnen hun instelling vechten voor wat zij willen vanuit hun politieke houding, en voor hoe zij vinden dat er gehandeld moet worden. Als bijvoorbeeld binnen de bestaande bezuinigingen en binnen het budgetteringssysteem de medische specialismen verhoudingsgewijs minder getroffen worden dan de verpleegkundige beroepsgroep, dan zou daar op die manier wel eens veel meer strijd over geleverd kunnen worden dan op het moment gebeurt. Binnen en buiten het ziekenhuis kunnen mensen worden gezocht die solidair zijn en samen met de verpleegkundige de strijd willen aangaan. Wie zegt dat er geen tijd is voor echte aandacht voor patiënten moet niet bij de pakken neerzitten, maar strijd leveren gericht op mentaliteitsverandering. Op kleinschalig niveau kan dat binnen de instelling en op grootschalig niveau door middel van belangenorganisaties, solidariteitsgroepen en dergelijke.

## Verandering

Guattari stelt dat alle drie deze elementen: bewustwording, sociale praktijk en sociale strijd van essentieel belang zijn om tot een menswaardige samenleving te komen. Iedere verandering is gedoemd te mislukken als niet aan alle drie deze elementen gelijktijdig wordt gewerkt. Er kan een sociale praktijk gevoerd worden zonder verdere sociale strijd of realisatie in verandering van bewustzijn: er zal nauwelijks iets maatschappelijk veranderen. Anti-psychiatrische praktijken hebben dat duidelijk aangetoond. Er moet op alle drie de niveaus worden gewerkt.

Budgettering en bezuiniging belemmeren ons, maar veel belangrijker is waar we prioriteiten leggen, hoe onze politieke keuze is, en het is nog maar de vraag of onze prioriteiten zo veel duurder uitvallen. Iedere verpleegkundige is feitelijk al politiek bezig, hij zou ook politiserend bezig moeten zijn. Het past beter binnen de beroepsuitoefening. Politiseren en verplegen moeten een duo zijn.

Noot

- I. Frank Bots sprak over dit onderwerp een rede uit op 16 november '83 aan de HBO-V Eindhoven.

# Autorisatie als fopspeen

Hoewel de verpleging zich steeds meer in de warme belangstelling van publicisten en onderzoekers mag verheugen, valt het op dat in de vakliteratuur weinig scherp naar voren komt wat de problemen van de verpleegkundige beroepsgroep zijn en waartoe die te herleiden zijn. Analyses zijn nogal eens verhullend, en oplossingen die worden aangedragen lijken eerder schijnmanoeuvres of fopspeenen.

In het verschijnsel autorisatie komt volgens Gerard Goudriaan en Marie-José Willemse de fundamentele problematiek van de verpleging scherp naar voren. In dit artikel wordt gepoogd dat uit de doeken te doen. Het ongemakkelijke huwelijk van arts en verpleegkundige komt voor het voetlicht, de verstrengelde belangen en de harmonieuze ongelijkheid, en het dilemma waarvoor de verpleging op het moment staat. Het huwelijk verkeert in een crisis - zal het tot een echtscheiding komen?

Met de stijging van het aantal opgenomen patiënten en het aantal medische verrichtingen deed zich - naast een verzwa- ring van de verpleegkundige zorg - een probleem voor. Verpleegkundigen gingen in toenemende mate medisch-technische handelingen verrichten. Een verpleegkundige is daartoe echter in het geheel niet bevoegd, doordat de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst van 1865 dat uitsluit. Wat verpleegkundigen aan medische handelingen leren in hun opleiding en wat vermeld staat in het zogenaamde Overzicht Praktische Opleiding (O.P.O.) kunnen zij uitvoeren op basis van de 'verlengde-arm-constructie'. Dat wil zeggen dat het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde (bv. injecteren, een maagsonde inbrengen) niet strafbaar gesteld wordt wanneer de verpleegkundige deze handelingen verricht in opdracht, onder toezicht en verantwoordelijkheid van de arts. Kortom, als verlengde arm van de arts.

In de praktijk echter is het scala aan medische handelingen die door verpleegkundigen worden uitgevoerd aanzienlijk gegroeid en zijn vele niet-O.P.O.-handelingen tot het verpleegkundig werk gaan behoren. Sommige ziekenhuizen bedachten daarvoor al in de 70-er jaren een 'oplossing': autorisatieverklaringen. Steeds meer ziekenhuizen gaan hiertoe over - inmiddels gesanctioneerd door een departementale commissie! en door de Geneeskundige Hoofinspectie. Een autorisatieverklaring is niets meer dan een verklaring van bekwaamheid: een verpleegkundige wordt in staat gebracht na een specifieke scholing bepaalde medische handelingen naar behoren te verrichten. Nadat de verklaring is ondertekend door de directie, de medisch specialist en door de verpleegkundige in kwestie wordt de laatste 'gemachtigd' tot het verrichten van de omschreven handelingen.

In de verpleegkundige vakliteratuur wordt beschreven dat het autoriseren van verpleegkundigen berust op een fopspeenwerking. Immers in arbeids-, civiel- en strafrechtelijke zin, op beroepsinhoudelijk gebied en in salarische en personele zin wint de individuele verpleegkundige er niets mee. Integendeel, het werk neemt toe en de aansprakelijkheid wordt vergroot.<sup>2</sup>

In plaats van een wettelijke bevoegdheid tot het verrichten van bepaalde medische handelingen laat men zich tevreden stellen met een - ook volgens juristen - uiterst wankele autorisatieregeling.<sup>3</sup> Vooralsnog heeft dit ertoe geleid dat in een nieuw te ontwerpen wet ook geen sluitende bevoegdheidsregeling voor verpleegkundigen is opgenomen. In het Voorontwerp van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG-wet) is de constructie van de verlengde arm gehandhaafd. Of het uiteindelijk wetsontwerp er anders uit zal zien is nog maar de vraag.

Hoe werkt het autoriseren van verpleegkundigen nu in de praktijk uit? Autorisatie berust principieel op vrijwilligheid. Op vrijwillige basis kan men zijn of haar arbeidscontract uitbreiden door zich te laten autoriseren. In de praktijk komt daar echter weinig van terecht. Bij sollicitaties, overplaatsing naar bepaalde afdelingen en bij functieverandering wordt men nogal eens verplicht zich te laten autoriseren. Zo niet, dan gaat de baan of promotie niet door. De arbeidsmarkt is immers ruim gesorteerd. Uit angst in hun loopbaan te worden belemmerd blijken veel verpleegkundigen zich onder druk te laten zetten, wanneer hun directie tot een autorisatieregeling wenst over te gaan.

Eenmaal geautoriseerd ziet men het werk toenemen en wordt men onderling nogal eens uitgespeeld. Een arts moet bijvoorbeeld de ene keer wel, de andere keer niet z'n bed

GERARD GOUDRIAAN, medisch socioloog,  
MARIE-JOSÉ WILLEMSE, verpleegkundige.  
Beiden zijn werkzaam aan de sociale academie De Aemstel-  
horn in Amsterdam.

# Verpleegkundige blijft ondergeschikt

uit om een infuus in te brengen, al naar gelang de verpleegkundige die dienst heeft. Er is immers geen sprake van een uniforme legalisering van het handelen door verpleegkundigen, maar van een regeling die is toegesneden op individuele mensen en die van ziekenhuis tot ziekenhuis en zelfs van afdeling tot afdeling kan verschillen. Deze differentiatie binnen de verpleegkundige beroepsgroep leidt tot een verdere arbeidsdeling en drijft de beroepsgroep uit elkaar:

## Verstrengeld"

De autorisatieproblematiek is illustratief voor de verhouding tussen artsen en verpleegkundigen, zoals deze historisch is gegroeid. Deze verhouding kenmerkt zich door een verbondenheid enerzijds en ongelijkheid anderzijds. Verbondenheid zit 'm vooral in de aard van de werkzaamheden, met als gevolg een onderlinge afhankelijkheid. Hoewel universitair opgeleide artsen hun in de 19e eeuw sterker geworden positie zagen uitmonden in een wettelijk monopolie via de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst moesten zij naar grote delen van de samenleving toe hun positie toch nog bevechten. Zij moesten zich nog meer waarmaken en hun cliëntèle zien uit te bouwen. De artsen hadden dan ook belang bij een beroepsgroep die er ter assistentie van hen was; behalve namelijk dat de verpleging door observaties de kennis van de artsen vermeerderde werkte het bovendien statusverhogend voor de zich professionaliserende medici. Tegelijkertijd echter moest het gaan om een beroepsgroep die er door de artsen onder gehouden kon worden, die hen stipt gehoorzaam was en van wie zij geen concurrentie te duchten hadden, want daar waren artsen aanvankelijk erg beducht voor. Dit verklaart o.a. de grote bemoeienis die medici hadden met de beroepsvorming (o.a. opleiding) van de verpleging.<sup>5</sup>

Ook de verpleging had vanaf het begin belang bij een zeer sterke koppeling aan de geneeskunde. Tot ver in de 19e eeuw was de verpleging in de gasthuizen immers in handen van vrouwen en mannen van zeer laag allooi: prostituées, gevangenen en ander uitschot van de samenleving als aan drank verslaafden en invaliden. De eerste burgervrouwen die het waagden om zich aan het verplegen van zieken te wijden moesten dan ook nogal wat overwinnen. Zij werden al met de nek aangekeken omdat ze als beschaafde vrouwen buitenshuis gingen werken, maar om dat dan ook nog in een dergelijke verderfelijke omgeving te doen was helemaal provocerend." Een verbond aangaan met de opkomende geneeskundige stand kon hen alleen maar ten goede komen. En zo ontstond het huwelijk tussen de geneeskunde en de verpleegkunde, omdat vanaf de eerste kennismaking het vestigen van een eigen reputatie voor beide partners van groot belang was.

## Aanzien

Het huwelijk hield stand, ook in de 20e eeuw. Door de ontwikkeling van medisch-technische apparatuur en medische 'ontdekkingen' veranderde met de geneeskunde de verpleegkunde. Verpleegkundige vakkennis moest bijgebracht worden - maar niet teveel want dan zou de verpleging een be-

dreiging voor de artsen vormen - om de medisch-technische handelingen uit te kunnen voeren. In die zin hadden artsen belang bij redelijk opgeleide verpleegkundigen.

Door het technischer worden van het medisch beroep werd het huwelijk met de arts voor de verpleging nog interessanter: het aanzien van het beroep kon versterkt worden. De beeldvorming over de verpleging was weliswaar in positieve zin veranderd, maar echt veel status genoot het beroep niet. Van Gemert en Spijker spreken in dit verband van een ambivalente status." Verpleging wordt enerzijds geassocieerd met de liefdevolle moederfiguur die zich opoffert voor haar patiënten, anderzijds stelt zij het sloofje voor dat allerlei vieze ongeschoolde en huishoudelijke karweitjes moet verrichten. Dit beeld van de verpleging hangt overigens samen met de algemeen maatschappelijke ambivalentie ten opzichte van de vrouw.

Het huwelijk met de arts stelde de verpleging in de gelegenheid om van dit beeld af te komen. Dat gebeurde door de verzorgende taken af te stoten naar ziekenverzoekenden, verpleeghulpen, leerlingen en vrijwilligers. De verpleegkundigen behielden de taken die lagen in het voetspoor van de artsen en zo straalde er ook het nodige aan glamour, status en prestige af naar de verpleegkundige beroepsgroep.

Voor de beroepsgroep van artsen kwam dit alles goed van pas. Hun positie was inmiddels stevig verankerd en concurrentie van verpleegkundigen hoefden zij niet langer te vrezen. Allerlei routinematige handelingen konden ze afstoten aan verpleegkundigen, intussen het aantal medische verrichtingen opvoerend én declarerend. Verpleegkundigen laten zich tevreden stellen met een autorisatieverklaring, hiermee hun zwakke positie onbesproken latend.

## Harmonieuze ongelijkheid

Waar we hiervoor het beeld geschetst hebben van een verstrengeling van belangen moeten we constateren dat vanaf het begin sprake was van een grote machtsongelijkheid. Wat dat betreft is de verbintenis tussen de 'dokter' en de 'zuster' te vergelijken met het traditionele huwelijk, zoals we dat tot in de 60-er jaren kernen.<sup>6</sup> De man/de arts is superieur en de vrouw/de verpleegkundige is ondergeschikt aan hem. Hoewel superioriteit en onderschikking elkaar vooronderstellen, dus bestaansgrond voor elkaar zijn, slaat de afhankelijkheidsbalans door in het voordeel van de arts. Ook dat valt met de autorisatieproblematiek te illustreren.

Waar sprake is van machts- en statusongelijkheid wordt dit weggepoetst met een harmonieus lijkende maatregel als autorisatie. Kern van de machtspositie van artsen is dat zij een volledige autonomie kunnen claimen met betrekking tot het eigen beroepsmatig handelen. Autonomie in deze zin geeft ook de kern aan van een professie. Men heeft als professie het alleenrecht om het werk van de professionelen te controleren, men kan beslissen wie het werk doet, wanneer en hoe het uitgevoerd moet worden.<sup>7</sup>

Verpleegkundigen kennen een dergelijke autonomie in hun beroepsmatig handelen niet. Artsen bepalen wie 'ziek' en 'gezond' is (opname- en ontslagbeleid) of iemand bepaalde onderzoeken of een operatie moet ondergaan (verrichtingen). Verpleegkundigen handelen vervolgens op aanwijzingen

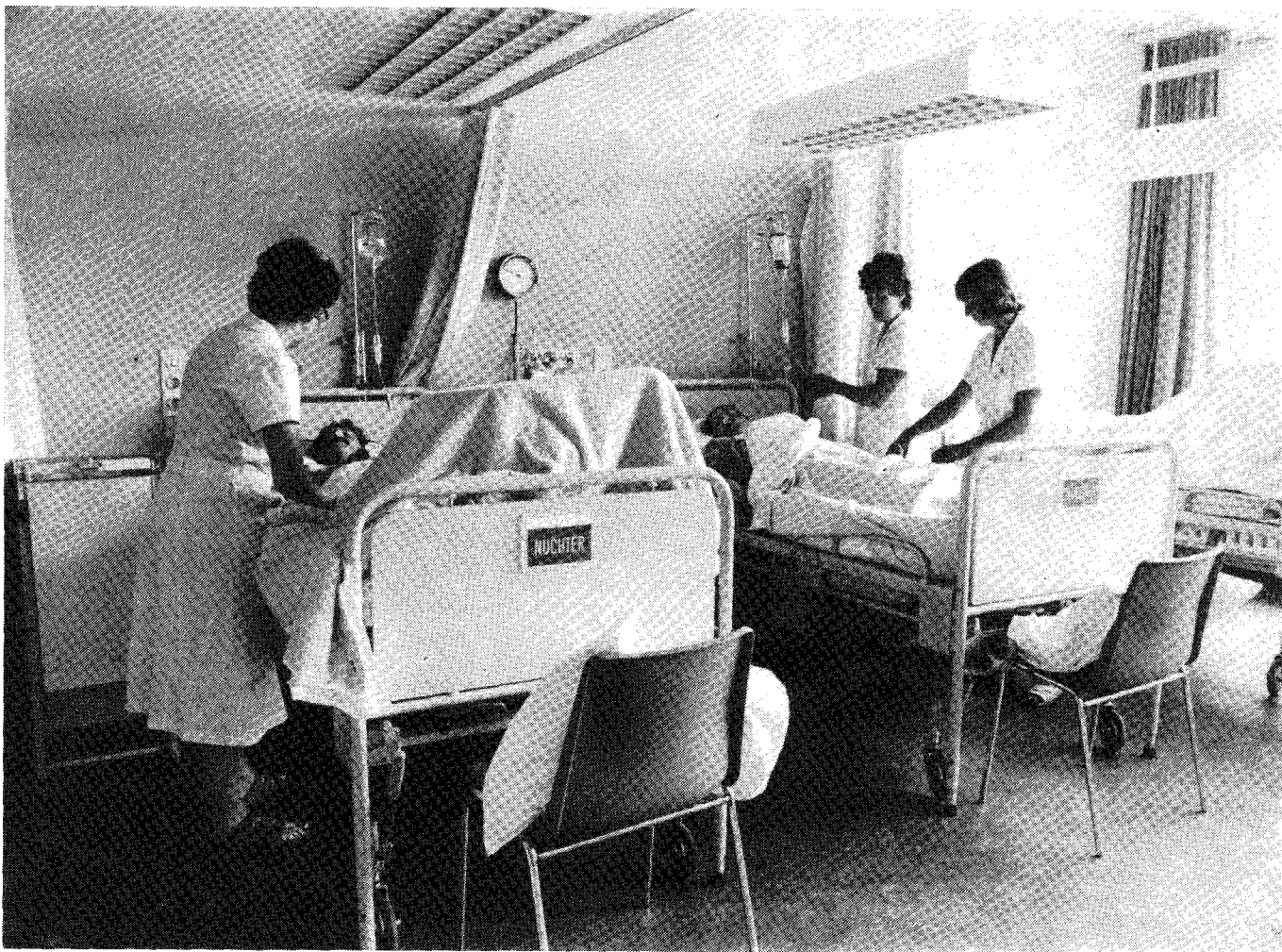


foto: J. van den Broek

gen van de arts: verplegen iemand die bedrust 'opgelegd' heeft gekregen; bereiden iemand voor op een onderzoek; observeren iemand na een operatie etcetera. Ook het medisch handelen door verpleegkundigen ligt in deze lijn: artsen bepalen wat, wanneer en hoe iets gedaan moet worden, verpleegkundigen voeren het uit. Autorisatie verandert daar niets aan, behalve dat het duidelijk maakt welke verpleegkundige niet en welke wél, gesanctioneerd door de directie en de arts, deze handeling 'mag' doen. Verpleegkundigen blijven onder de dominantie van de arts werkzaam. Men lijkt het alleen niet scherp door te hebben, omdat verpleegkundigen zelf belang hebben bij deze overvleugeling. Medisch handelen geeft hen meer status, maatschappelijk aanzien en prestige dan verzorgend handelen. Zich laten autoriseren versterkt dat gevoel nog eens. Maar autorisatie - ook wel machtiging genoemd - heeft altijd een tijdelijk karakter, zoals iedere machtiging dat heeft. Artsen geven het medisch handelen er niet echt mee uit handen; ze kunnen het altijd weer - wanneer het hun goed uitkomt - voor zichzelf opeisen.<sup>1</sup> Zolang echter beide partijen er belang bij hebben om het zo te regelen als nu gebeurt is autorisatie een illustratie van de harmonieuze ongelijkheid tussen artsen en verpleegkundigen.

## Het dilemma

Binnen het huwelijk is de harmonieuze ongelijkheid na de jaren '60 langzaam gaan veranderen in een rpeer gelijkwaardige verhouding tussen mannen en vrouwen. Resultante van dit emancipatieproces was onder andere dat vrouwen nogal eens in een tweestrijd kwamen te verkeren: bij hun man blijven of weggaan?

Een dergelijk dilemma kunnen we ook bij verpleegkundigen waarnemen. Daar doet het emancipatieproces vanaf de jaren '70 zijn intrede. Experimenten binnen het huwelijk met een buitenechtelijke relatie vonden binnen de verbintenis geneeskunde-verpleegkunde een tegenhanger in 'getlirt' met de sociale wetenschappen. In marginale zin pikt de verpleging hier wel iets van mee, maar wezenlijk verandert deze vrijage haar afhankelijkheidsrelatie met de arts niet. Een uitzondering ligt daar waar de medicus een gedeelte van zijn machtspositie heeft af moeten staan, zoals in de psychiatrie. In diezelfde 70er jaren kwam de kritiek op het medisch regiem in toenemende mate los. Deze kritiek, vooral door Illich aangezet, is samen te vatten in enkele hoofdpunten. Zo wordt een aanval gedaan op het zogenaamde 'medisch model' omdat dit uitgangspunt van de algemeen geldende geneeskunde te veel beperkingen kent; het geeft onvoldoende antwoord op ziekte en ziektegedrag van deze tijd. Veel aandacht wordt binnen kritische analyses ook geschonken aan de tendenzen van 'medialisering' en de 'verafhankelijk' van mensen aan het medisch systeem, dat zelfs ziekmakende factoren in zichzelf zou herbergen. Een hoofdpunt van kritiek is nog de stelling dat medici gezien kunnen worden als de grootste kostenopdrijvers van de gezondheidszorg.

Het is opvallend dat de kritiek vooral van mensen buiten het gezondheidszorgsysteem is gekomen; verpleegkundigen bijvoorbeeld zwegen in alle toonaarden. Liefde maakt blind. En hierin ligt juist het dilemma van de verpleging. Verpleegkundigen weten vaak haarscherp de valse pretenties, fouten en tekortkomingen van artsen te signaleren, juist omdat zij er zelf zo tegenaan lopen en omdat zij in direct contact met patiënten staan.<sup>2</sup> Tegelijkertijd willen of kunnen ze dit echter niet als principiële misstanden van het systeem zien.

Hun geloof in (en liefde tot) artsen wordt hierdoor niet in zijn essentie aangetast. Fundamentele kritiek op de geneeskunde tast immers ook de verpleging in haar bestaansgrond aan. Zij is immers in haar eigen handelen, in haar wens tot aanzien én status én in haar realisering van de beroeps-idealen afhankelijk van de geneeskunde.

De verpleging draagt daarom mede bij tot handhaving van het systeem van de gezondheidszorg. In die zin is zij ook één van de partijen die verborgen medeplichtig is aan het medisch regiem, om met De Swaan te spreken.<sup>17</sup>

## Perspectieven

In dit artikel hebben wij de relatie tussen de verpleegkunde en de geneeskunde voorgesteld als een problematische, één die ernstig ontwricht is en waaraan gesleuteld zou moeten worden. Wij onderkennen dus een ontwrichtingsprobleem.

Bij veel verpleegkundigen treffen wij dit inzicht niet aan; daar lijkt eerder sprake van een liefde die blind maakt of van een ontkenning van het feit dat men verbonden is aan de arts. Zo geeft verpleegkundige vakliteratuur ons nogal eens de indruk dat de verpleging zich terugtrekt van haar partner om zich vervolgens enkel en alleen op eigen 'zusters' te richten.<sup>18</sup> In sommige feministische kringen propageert men dit lesbisch worden als een wondermiddel, wat echter volgens ons (de oorzaken van) het probleem niet wegneemt. Een crisis binnen het huwelijk kan eindigen in een echtscheiding. In onze verzorgingsstaat neemt de Bijstandswet dan de plaats in van de traditionele materiële afhankelijkheid van vrouwen van hun man als kostwinner. Voor de verpleging is een dergelijk alternatief niet voorhanden; wat moet zij zonder de geneeskunde? En trouwens, ook de geneeskunde kan niet zonder haar. Wie moet zijn potje dan koken?

Vooralsnog zal de strijd gevoerd moeten worden binnen de verbintenis die er bestaat. Een strijd die gericht moet zijn op meer gelijkwaardige verhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen.

## Assertiever

Om in de lijn van de huwelijks therapie door te gaan, betekent dit dat de verpleging zich moet richten op haarzelf en tegelijkertijd haar partner moet veranderen.<sup>14</sup>

Wat haarzelf betreft zal de verpleging zich assertiever op moeten stellen; weten wat ze wil. Opkomen voor haar eigen mening, deskundigheid, idealen en rechten; haar blik veruimen naar andere visies, opvattingen, groepen, zaken en bezigheden zonder te vervallen in niets-opleverend vreemd gaan. Dit emancipatorisch gedrag zal uiteindelijk ook op de partner effect sorteren. Tendenzen in deze richting zien we nu al in bepaalde publikaties in de vakliteratuur, en bij bijvoorbeeld de belangenvereniging voor verpleegkundigen Het Beterschap. Daarnaast denken we bij het veranderen van de partner ook heel concreet aan de invloed die verpleegkundigen kunnen uitoefenen op het in dienstverband opnemen van artsen, het veranderen van de financieringsstructuur van de (intramurale) gezondheidszorg en het ver-

minderen van de macht van artsen met betrekking tot de organisatie van het ziekenhuis en de patiëntenzorg.

Wat betreft de autorisatieproblematiek betekent één en ander dat verpleegkundigen via de politiek, vakbonden en beroepsvereniging een wettelijke regeling van hun bevoegdheden zouden moeten nastreven. Tegelijkertijd kunnen zij kritisch bezien in welke mate zij medische handelingen tot het dagelijkse verpleegkundig werk vinden behoren en hier vervolgens naar handelen.

Een volgen van deze weg kan misschien ooit nog tot een gelukkig huwelijk leiden, waarbij de kinderen (patiënten) misschien ook nog goed terecht komen.

### Verwijzingen

1. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Eerste Interim-rapport van de Commissie Verantwoordelijkheid van Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982.
2. Uyldert-Lansink, J., en M.J. Willemsse, Autorisatie; een fopspeen, in: Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, no. 18, pag. 788-795 (1981).
3. Willemsse, M.J., Over het nut van een fopspeen: autorisatie, in: Tijdschrift voor Ziekenverpleging 36, no. 4, pag. 98-101 (1983).
4. Kragt, V.E., De ontwikkeling van het verpleegkundig beroep in Nederland, in: Tijdschrift voor Ziekenverpleging, (I) 33/17, pag. 791-799 (1980) en (II) 33/18, pag. 853-861 (1980).
5. Spijker, T., Mooi en beschaafd verplegen - Een historische analyse van een vrouwenberoep. De Tijdstroom, Lochem, 1979.
6. Posthumus-van der Goot, W.H. e.a., Van moeder op dochter - De maatschappelijke positie van de vrouw in Nederland vanaf de Franse tijd, SUN, Nijmegen, 1977.
7. Gemert, V. van en T. Spijker, Verdictsel en werkelijkheid - Een verkennende studie van de ambivalentie ten opzichte van zorgen en verzorgen in de verpleging, De Tijdstroom, Lochem-Poperinge, 1982.
8. Stolk, B. van en C. Wouters, Vrouwen in tweestrijd, Van Lochem Slaterus, Deventer, 1983.
9. Freidson, E., Profession of medicine, New York, 1970. Ned. vert. De medische professie, De Tijdstroom, Lochem-Poperinge, 1981.
10. Zie noot 3.
11. Goudriaan, G., en T. Hakkenberg, Verpleegkundigen en de medische macht, in: Tijdschrift voor Ziekenverpleging, (I) 35/19 pag. 617-621 (1982) en (II) 35/20, pag. 652-659 (1982).
12. Swaan, A. de, De mens is de mens een zorg, Meulenhoff, Amsterdam, 1982 hfdst., 8,9, 10.
13. Zie bijv. Rob van der Peet, Inleiding in de verpleegkunde, pag. 73, De Tijdstroom, Lochem-Poperinge, 1983. 'Het verpleegkundig beroep wordt niet meer zozeer afgeleid van andere disciplines, maar veeleer van een visie op de betekenis van het zorgen in onze samenleving'.
14. Zie noot J I,



# De verpleegkundige als werknemer

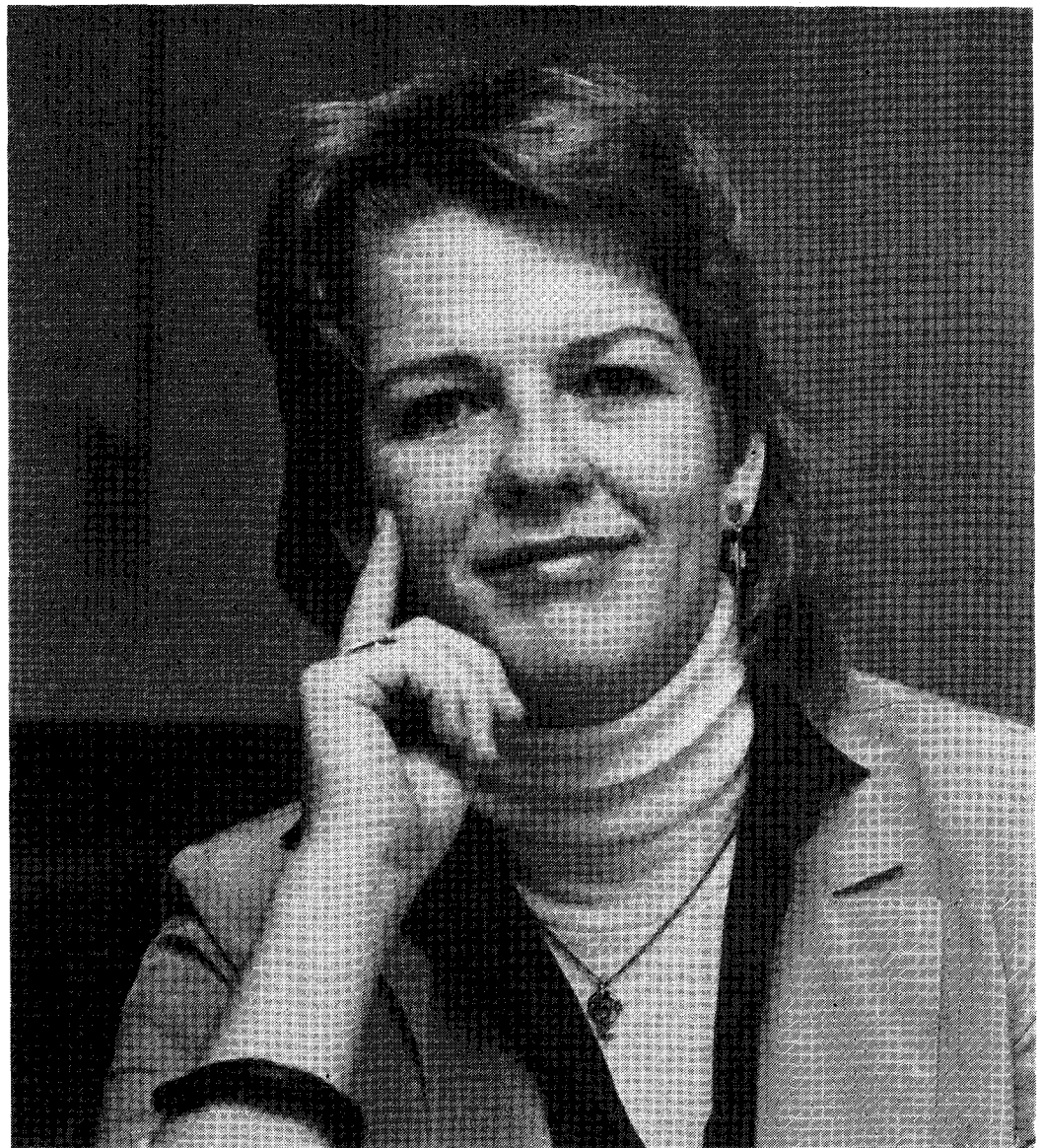
## INTERVIEWS

De verpleegkunde emancipeert.. Dit werkt door naar de dagelijkse werksituatie, naar de verhouding tot andere beroepsgroepen, naar zeggenschap over de arbeidssituatie. De verpleegkunde wordt op dit niveau vertegenwoordigd door vakbonden en beroepsorganisaties. Deze proberen de emancipatie van de verpleegkunde te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Zeker in een tijd van bezuinigingen is dat niet gemakkelijk. In de verpleging vallen ontslagen en heerst werkloosheid. Het nieuwe toverwoord is budgettering, daarbij kunnen de verschillende beroepsgroepen binnen het ziekenhuis proberen een zo groot mogelijk deel van een van te voren

vastgesteld budget te bemachtigen.

Ook de rechtspositie van de verpleegkunde staat ter discussie. Het heeft er lang naar uitgezien dat er eindelijk een eind zou komen aan de autorisatie, het gemachtigd onbevoegd handelen van verpleegkundigen. In een nieuwe wet zouden bevoegdheden, registratie en tuchtrecht geregeld worden. De dereguleringscommissie van de regering heeft echter pasgeleden voorgesteld om dat maar niet door te laten gaan.

Anita Heijltjes en Tjeu Verhagen spraken onder andere hierover met Marianne van Diepen van de vakbond AbvaKabo en Renée van Aller van de beroepsvereniging het Beterschap. Het blijkt dat beide organisaties duidelijk verschillende accenten leggen in de belangenbehartiging.



# Marianne van Diepen (ABVA-KABO): 'We lijden aan een Florence Nightingale syndroom'

Marianne van Diepen, verpleegkundige, werkte vijf jaar lang in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, is thans huisvrouwen full-time vrijwilligster voor de AbvaKabo. Ze is al 7 jaar lid van het hoofdgroepsbestuur gezondheidszorg. Zij vertegenwoordigt de vakbond onder andere in de vaste commissie verpleging van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Bij de AbvaKabo zijn ongeveer 22.000 verplegenden en verzorgenden aangesloten.

Enkele jaren geleden heeft een congreswerkgroep van de AbvaKabo een aantal algemene uitgangspunten genoemd voor gezondheidszorg-beleid: de gezondheidszorg dient samenhangend en toegankelijk te zijn, zij dient het individu te respecteren, zij dient effectief, efficiënt en controlebaar te zijn. Wat betekent dat voor de verpleegkundige?

Ik denk in andere arbeidsverhoudingen waarin met name geen sprake meer zal zijn van vrije beroepen, maar van leden van een behandelingsteam. Op een gelijkwaardige manier zou je dan vanuit je beroepsopvatting als verpleegkundige kunnen functioneren en niet vanuit een continu volgen van diegene voor wie de patiënt in enge zin naar het ziekenhuis komt. Ik denk dat verpleegkundigen wel een idee hebben wat efficiënt handelen is, maar het is ontzettend afgeleid, helaas, van het medisch handelen. Je ziet dat verpleegkundigen, die meemaken hoe de medische professie functioneert, diezelfde kant opgaan. Ik zou er vóór zijn een heleboel medische handelingen niet meer door verpleegkundigen te laten uitoefenen. Ik weet dat een deel van de achterban daar tegen is. AbvaKabo-leden die dat zijn gaan zien als behorend tot hun beroepsfunctioneren. Ik vind dat je als verpleegkundige een hand voor de patiënten bent die als zij dat willen en wensen daarnaar kunnen grijpen. Je moet zorgen dat je er bent.. Ik denk dat het daar in de praktijk nog wel eens aan mank gaat. En dan denken we dat als we nou maar eenmaal een beroepsprofiel hebben, waarmee je erkenning krijgt het allemaal beter wordt.. Dat is natuurlijk onzin. De medische macht is hardstikke groot terwijl het een kleine groep is. Ze hebben een profiel maar denk maar niet dat die groep het daar onderling over eens is.

Maar heeft dat niet te maken met de gedachte dat je met een beroepsprofiel ook je eigen positie verbetert?

Jawel, maar ik geloof niet dat dat zo werkt.. Ik denk dat de AbvaKabo zich minder vastpint op het beroepsprofiel.. Als we dat echt zo keihard nodig zouden hebben dan hadden we het toch allang gehad. Er zijn al 22 of 23 concepten gemaakt.. Kennelijk is het belang ervan toch minder dan sommigen ons doen geloven. Wij hebben geen belang bij het uitblijven van een beroepsprofiel maar wij overschatten het hebben van zo'n beroepsprofiel ook niet.. De AbvaKabo gaat er vanuit dat verplegen één ondeelbaar beroep is wat op verschillende niveaus kan worden uitgeoefend. De HBO-V is eigenlijk de enige door de EEG-richtlijnen erkende opleiding. Met de ontwikkeling om een nieuwe dagschool MBO-V in het leven te roepen hebben we zwaar moeite. Ik heb geen bezwaar tegen een MBO-V opleiding mits je wat ons betreft de MBO-V van een dusdanig niveau maakt dat het erkenning binnen de EEG verdient en dat er doorstroommogelijkheden zijn. Waar ik bang voor ben met de huidige ontwikkelingen is dat er een stagnatie komt in doorstroming. De verpleegkundige groep zal zichzelf nu moeten profileren, met of zonder profiel.. Politiek gesproken kun je het ondertussen wel op je buik schrijven. We hebben het wetsontwerp op de verpleging gehad. Dat is in de ijskast gezet. Als je nu het huidige concept omtrent de BIG-wetgeving leest naar aanleiding van de dereguleringscommissie Geelhoed, dan zijn er nog maar vier beroepsgroepen die in de BIG worden opgenomen: artsen, tandartsen, apothekers en vroedvrouwen. De verpleegkundige komt er niet in voor.. Dat betekent ook dat de wet op de verpleeg-

kunde niet terugkomt met de registratie, een tuchtrecht-regeling enzovoorts. Op het moment dat je niets erkent hoef je ook niets te regelen.

Maar desondanks zeg je: verpleegkundigen zouden zich moeten profileren. Wat voor wegen zijn er als de juridische is afgesloten?

Via de vakorganisatie. Je zou als grote groep verpleegkundigen van een vakorganisatie heel wat kunnen bereiken. Kijk maar hoe het in Engeland is gegaan, hoe het in Israël is gegaan. Daar wordt actie gevoerd, gestaakt, dan worden er resultaten afgedwongen. Resultaten op allerlei gebieden: loonsverhogingen, een soepeler arbeidsmarkt, een arbeidstijdverkortung en een vrij onderhandelen omtrent je arbeidsvoorwaarden. Er zijn tal van dingen om je sterk voor te maken.

Je noemt allemaal dingen waarvan wij niet vinden dat de verpleegkundige zich profileert. Wel als werknemer, maar niet als verpleegkundige.

Je bent werknemer en hoe kun je voor andere mensen opkomen als je niet eens voor jezelf kunt opkomen. Dan zul je elkaar toch moeten vinden op je werknemerschap en dat doorpraten naar het beroepsinhoudelijk functioneren. Verpleegkundigen denken nog steeds: 'ik ben er voor de patiënt', het Florence Nightingale syndroom; 'ik hoef me niet als werknemer te organiseren en dus geeft het ook aan organisaties die verpleegkundigen organiseren veel te weinig power om er wat van te maken.

Bekijkt de AbvaKabo ook het andere perspectief, het inhoudelijke van verplegen? Je noemde dat 'de hand'.

We hebben als eerste organisatie onlangs een symposium georganiseerd over intercollegiale toetsing, een terrein van beroepsinhoudelijke aard. Je komt dan tot de conclusie dat die twee dingen niet te scheiden zijn, het beroepsinhoudelijk functioneren is onlosmakelijk verbonden met de organisatie, de machtsverhoudingen, de inspraakmogelijkheden enzovoorts. Ik wil dat gewoon niet scheiden.

Wat is het standpunt van de AbvaKabo inzake budgettering?

AbvaKabo is vó

AbvaKabo is vóór budgettering, mits de minister ook 'een aantal voorwaarden daarin aangeeft en dat is helaas niet het geval. Er zijn geen afspraken gemaakt over werkgelegenheid, over arbeidsvoorwaarden, over arbeidsomstandigheden, over kwaliteit van zorg. Als je die voorwaarden er niet inbouwt ligt het keuzemoment binnen de huidige machtsverhouding vast.

Heyen, de vice-voorzitter van de LSV zegt dat de specialist de meest aangewezen persoon is om budgethouder te zijn. De specialist bepaalt wat er aan gelden naar de verpleegafdeling gaat.

Dan hou je het systeem wat we altijd hebben gehad. Binnen onze mogelijkheden proberen we zoveel mogelijk invloed uit te oefenen, overleg aanvragen met de verantwoordelijke

departementen, tweede kamerleden bestoken, publiceren, proberen je leden op te wekken. We proberen in ieder geval op instellingsniveau die voorwaarden die we landelijk missen in te brengen. De ondernemingsraad heeft op basis van de wet hierin een instemmingsbevoegdheid.

Gaan jullie zover dat je zegt dat de verpleegkundige budgethouder moet worden?

Oh, dat vind ik helemaal niet. De specialist moet het zeker niet worden, maar de verpleegkundige ook niet. Dat moeten mensen zijn die daar organisatorisch, qua opleiding, qua management, qua visie op organisatie bekwaam in zijn. Ik denk dat je de budgethouder moet houden daar waar hij mijns inziens hoort, namelijk bij de economie binnen het ziekenhuis. Die moet op zakelijke, goede economische gronden komen tot budgetbepaling.

Maar lever je je dan niet opnieuw uit aan een andere machtsgroepering? Je zei straks dat verpleegkundigen best zouden weten hoe ze efficiënter moeten verplegen. Straks hebben we het managementsdenken, dan komen verpleegkundigen nog niet aan de bak.

Je kunt toch de organisatie in beeld brengen, je kunt toch dingen in de computer stoppen, je kunt toch computermodellen maken en op grond daarvan puur zakelijk rekenkundig komen tot invulling van bedragen.

Als verpleegkundige moet je toch zorgen dat je optimale middelen krijgt toebedeeld. Als je je daar waar de middelen verdeeld worden afzijdig houdt, dan gaan andere mensen op dat niveau de dienst uitmaken.

Ik vind ook niet dat de verpleegkundige zich afzijdig moet houden. Alleen ik vind niet dat de oplossing vanuit de huidige situatie zou zijn dat de verpleegkundige dan maar budgethouder moet zijn. Want die vindt op grond van haar patiëntenzorg wellicht dat er nog veel meer naar de verpleging moet, terwijl dat in mijn optiek nog maar de vraag is.

Als ik het goed begrijp, dan veronderstel jij dat het economische gebeuren een waardevolle benadering is.

Dat is het nu ook niet want hoeveel echte goede economische directeuren heb je? De huidige economische directeuren zijn vaak omhooggevalen boekhouders. Dat geldt natuurlijk net zo voor een verpleegkundige die er lang genoeg zat en toen maar eens verpleegkundig directrice moest worden, of een kwalitatief goede huisarts die het wat rustiger aan wilde doen en dan opeens medisch directeur moest worden. Mensen komen op posten die heel weinig met hun directe beroepsuitoefening te maken hebben, maar met leidinggeven en met organiseren en management. Ik denk dat we voor dat werk een ander type mensen nodig hebben.

Maar goed, als de tendens zich doorzet, dan komen de specialisten op de post van budgethouder. En zelfs dan zeg jij: liever de specialist dan de verpleegkundige?

Ja, maar nou moet ik uit twee slechte kiezen. Ik zou toch niet mijn handen vuil willen maken door te stellen: dan

maar bij de verpleging. Ik weet dat wij die know-how en managementkwaliteiten op dit moment niet hebben. Ik bestrijd dan liever wat er nu fout is,

Wreekt zich hier niet dat de AbvaKabo alle gezondheidswerkers organiseert?

Volstrekt niet. Gezondheidszorg bestaat niet alleen, hoe belangrijk ook, uit verpleegkundigen. Overigens zien wij in onze vakbondspraktijk dat bijvoorbeeld een portier of administrateur de belangen van de verpleegkundigen soms beter behartigen dan de verpleegkundigen zelf doen. Je ziet dat een groot aantal ondernemingsraden slecht functioneren. Ieder zit voor zijn eigen hachje, de technische dienst, de verpleging, de laboranten. Door niet te kijken naar het totaal zitten we als werknemers elkaar te bestoken en houden we de grote lijn niet in de gaten. De directie is de lachende derde. Ik denk dat je eerst de hele organisatie in beeld moet brengen en de doelstellingen duidelijk moet hebben. We hebben een bureau medische registratie in Utrecht, daar kun je nagaan hoeveel dagen opname gemiddeld een blinde darm kost, of opname zus of zo. En daar kun je een organisatie model op maken en aangeven hoeveel tijd, energie en dergelijke daarin gaat zitten en in wat voor omstandigheden je als verpleegkundige werkzaam bent.

Het probleem speelt nu dat er arbeidscontracten voor onbepaalde tijd zijn waardoor gediplomeerden en aankomend gediplomeerden tegen elkaar worden uitgespeeld.

Nog steeds zeggen we: contracten voor onbepaalde tijd voor nieuwe groepen leerlingen, ook al weten wij natuurlijk dat zoals het nu ligt lang niet iedereen aan de slag kan komen. Uit overweging van eerlijkheid, solidariteit en bescherming vinden wij dat mensen een contract voor onbepaalde tijd moeten krijgen. Op het moment dat je een contract voor bepaalde tijd geeft, ga je op voorhand, binnen de huidige wetgeving, akkoord met vrijwillig ontslag na de opleiding. Die willekeur in ontslagen, neemt gigantisch toe. Op het moment dat iedereen een contract voor bepaalde tijd heeft, hoeft er bij ontslag niets meer gemotiveerd te worden. De meest onkritische, volgzaam, neerbuigende en traditionele kandidaat krijgt dan de arbeidsplaats. Ik denk dat de vakbeweging zich sterk moet maken voor een arbeidstijdverkorting naar 32, of 36 uur. Dat moet ook het antwoord zijn op de meest enge tendens die je nu ziet: werken met behoud van een uitkering of vrijwilligerswerk. Want wat zie je gebeuren, de vrijwilligers hebben, omdat ze niet betaald worden, de leuke diensten. Zij gaan bijvoorbeeld gezellig met een groep pupillen op stap. En de werknemer in de zin van de loonwet en de arbeidswetgeving krijgt een taakverzwaring en krijgt uitsluitend met de meest zware aspecten van haar beroep te maken.

Vind je dat vrijwilligers en niet-vrijwilligers als werknemers gelijk behandeld moeten worden?

Ja, ik erken het vrijwilligerwerk, ik doe het zelf ook. Je moet gaan kijken of vrijwilligers zich gaan begeven binnen de grenzen van de professionele beroepsuitoefening. Doen ze dat, dan gaan ze te ver. Het is een collectieve dienst, daar betaalt onze gemeenschap voor. Heel Nederland wil een goede gezondheidszorg, dan moeten we daarvoor ook

maar bereid zijn te betalen.

In hoeverre levert arbeidstijdverkorting een structurele bijdrage als je weet dat de vacatures die daardoor ontstaan maar voor 60 procent opgevuld worden?

Het is niet alleen de arbeidstijdverkorting. Toen we teruggingen van de 44-urige werkweek naar de 40-urige werkweek moesten er ook aanpassingen komen. Die zijn er niet gekomen. Ook de componenten binnen het in de CAO aangegeven buitengewoon verlof, het ondernemingsraad- en vakbondswerk moet je omzetten in arbeidsplaatsen. Een volledige herbezetting is de eerste eis van alle betrokken partners dus werkgevers en werknemers in contacten met sociale zaken.

Je vindt het belangrijk dat verpleegkundigen zich organiseren. Waar moeten verpleegkundigen zich bij aansluiten: bij een vakbond of bij een beroepsvereniging?

Je bent werknemer en dus sluit je je aan bij een vakbond. Het verschil tussen een beroepsorganisatie en een vakbond is dat een vakbond zich primair richt op organisatie van werknemers op basis van hun werknemerschap en vandaaruit ga je verder naar het beroepsinhoudelijke.

Is dat het feitelijke verschil met de beroepsvereniging het Beterschap?

Er zijn natuurlijk meer verschillen. Onze vereniging heeft een kwart miljoen leden en het Beterschap heeft er tussen de 12 en 15 duizend. Ik denk dat er bij de Beterschapsleden, of wellicht bij het bestuur meer dan bij de leden, vanuit de geschiedenis een lichte angst is geweest voor die grote vakbond. En ook omdat we vakbondsmiddelen als laatste middel hanteren in ernstige arbeidsconflicten. Ik denk aan werkonderbrekingen en stakingen. Dat is iets waar Het Beterschap heel bang voor is. Overigens hebben wij die zware middelen zelf nog nooit toegepast. Ik vind primair dat mensen georganiseerd moeten zijn. En dat zeg ik omdat ze werknemer zijn en het Beterschap zegt dat omdat ze verpleegkundige zijn. Ik zal natuurlijk nooit mijn energie gaan aanwenden, binnen de huidige situatie van 80 procent ongeorganiseerden, om mensen ervan te overtuigen dat ze in mijn visie beter in de AbvaKabo of in de CFO kunnen zitten dan in het Beterschap. Ik denk dat je gezamenlijk moet knokken voor het gezamenlijke belang dat je hebt: een goede gezondheidszorg voor iedereen in Nederland. We werken ook wel samen. We zitten gezamenlijk in het CAO-overleg, in het werknemersvooroverleg naar de werkgevers toe, we proberen gezamenlijk naar de minister op te treden, gezamenlijk verzet te plegen tegen de huidige uitgekilde BIG-wetgeving, gezamenlijk ons druk maken over het feit dat de vaste commissie verplegen van de Nationale Raad voor Volksgezondheid dreigt opgeheven te worden. Wat de AbvaKabo betreft is er alle loyaliteit.



# Renée van Aller (Het Beterschap): 'Je moet vechten om de macht'

Renée van Aller, verpleegkundige, bestuurskundige en juriste, werkte in diverse velden van de gezondheidszorg in binnen- en buitenland. Zij is thans directeur van het Beterschap, de beroepsvereniging voor verplegenden en verzorgenden met ongeveer 15.000 leden. In dit interview geeft zij haar persoonlijke mening over actuele zaken in de verpleegkunde.

ANITA HEIJLTJES, verpleegkundige, docent HBO-V  
TJEU VERHAGEN, socioloog, docent HBO-V

Een specifieke verpleegkundige invalshoek, is die af te bakenen naast het veel ruimere begrip werknemerschap?

In de eerste plaats speelt op het moment dat de BIG-wet (het wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg - red.) zo ontwikkeld dreigt te worden dat verpleegkundigen daarin niet worden opgenomen. Dat houdt in dat die hele situatie van machtiging van medische handelingen doorgaat. Dat kan dus niet, je kunt iemand niet machtigen om onbevoegd te handelen. Er zouden wettelijke regelingen moeten zijn, die verpleegkundigen de bevoegdheid geven om zelfstandig handelingen te verrichten, zoals het geven van een injectie en het doen van andere medische ingrepen. Zoals het nu is mag dat alleen gedaan worden in het kader van de wet uitoefening geneeskunst van 1865, dus alleen door artsen. Men heeft allereerste vastgesteld dat dat een ongelukkige situatie is. Juridisch werd het altijd opgelost met de 'verlengde arm constructie'. Zo van: 'Meisje, doe dat nou maar, de dokter staat achter je'. Maar in de praktijk is de arts er niet. Die problemen doen zich vooral heel pijnlijk voor bij ambulance-verpleegkundigen. Die moeten diagnosticeren, behandelingen uitvoeren, infusen inbrengen, beademen, intuberen, terwijl ze dat wettelijk niet mogen. Zoals dat nu geregeld wordt via een machtiging, dat zou nog aanvaardbaar zijn indien op korte termijn in de BIG-wet geregeld zou worden wat een aantal beroepsbeoefenaars aan handelingen mogen verrichten. Dat is ook de opzet van de BIG-wet. Echter uit het rapport van de Commissie Geelhoed, het dereguleringsrapport, blijkt dat men daar geen geld voor over heeft en dat de verpleegkundigen dan maar niet in de BIG-wet moeten.

Verpleegkundigen hebben toch rechtsbescherming als werknemer?

Dat heeft niets te maken met de handelingen die je onbevoegd verricht. Als werknemer wordt er niet voorzien in het onbevoegd handelen, niet in de CAO en ook niet in het bur-

gerlijk wetboek. Ga je dat via autorisatie regelen dan handel je gemachtigd onbevoegd. Maar de jurisprudentie zie je dan als specialist, je wordt zwaarder gestraft maar je hebt niet de bijpassende rechtsbescherming. Dat is een hele slechte ontwikkeling.

Dat die rechtsbescherming er niet is, heeft dat ook niet te maken met onduidelijkheid in de taakafbakening van verpleegkundigen?

Ik denk dat het mede om economische redenen niet gebeurt want er is natuurlijk een overschot aan artsen. Dus je zou op een bepaald moment kunnen zeggen: als er een arts komt, zet die dan op de ambulances, laat meer artsen in het ziekenhuis werken en de verpleegkundige geef je geen bevoegdheden. Als verpleegkundigen geen zelfstandige bevoegdheden krijgen, kunnen ze in theorie dikke boeken vol schrijven over hoe ze professionaliseren en hoe ze intermediair kunnen zijn tussen de patiënt en de rest, maar dat rust dan op losse schroeven. Met een zelfstandige bevoegdheid geef je verpleegkundigen ook een stuk invloed. Van oudsher hebben ze nooit enige invloed gehad. Er wordt gewoon een praktische regeling getroffen, maar die rechtsbescherming los je zo niet op. Het geven van een injectie in de bil mag je officieel als verpleegkundige niet doen, want dat is een medische handeling. Ook het aanbrengen van een infuus, bronchiale toilet, alle gespecialiseerde opleidingen voor O.K. Je ziet ook de ontwikkeling, omdat er geen bevoegdheden zijn, dat er mensen komen die hoger zijn opgeleid. Waar je vroeger verpleegkundige moest zijn hoeft dat nu niet meer. Voor de O.K. kun je ook een assistent hebben die helemaal geen verpleegkundige opleiding heeft. Verpleegkundigen worden eruit gedrukt. Dat komt omdat ze geen afgebakend taakgebied hebben, zeker nu de dans om de baantjes is begonnen. De mensen met een HBO en hoger geschoolden staan te dansen en hebben naar hun mening een strengere aanspraak om dat soort werk over te nemen.

Waar ligt dan het bestaansrecht van verpleegkundigen? Ligt dat QP het gebied van de medische verrichtingen en niet in de zorgen?

Ik heb zelf altijd gevonden dat het beide moest zijn. Als je werkt in een A-ziekenhuis waar je medisch-technisch moet handelen, dan is dat een onderdeel, maar het moet niet alleen het medisch-technisch handelen zijn. Ik zou dat 'zorgen', hoofd- en handarbeid, in één hand willen zien. Dat kan alleen als de instellingen niet zo grootschalig zijn en zo onmenselijk. Ik denk dat de scheiding hoofd- en handarbeid slecht is. Je hebt een specialisatie gekregen waarbij je of alleen achter een O.K.-tafel staat en je medisch-technisch bezig bent, of je bent alleen bezig met de agogische kant.

Technisch, koppel je dat aan hoofdarbeid?

Nee. Je hebt hoofdarbeid wat meer het leidinggeven is, dus het verdelen van taken over hen die niet meer hun eigen werk indelen, en dan de vertechnologisering. Ik wijs gebruik van die techniek af als je Kafka-achtige toestanden krijgt, waarbij mensen niet meer behandeld worden in het belang van zichzelf. Dan krijg je de bureaucratisering, dan heb je als verpleegkundige geen zicht meer op het geheel. Je hebt dan op een afdeling een plazuster, een waszuster, een pilenzuster en een hoofd achter een bureautje. Daarbij gaat het vakvrouwschap verloren.

Hoe zou je de inhoud van het beroep omschrijven?

De inhoud is volgens het Beterschap in eerste instantie een basis, wettelijke zelfstandige bevoegdheden met een afbakening van taken die voor iedereen duidelijk is. Zoals het nu is zie je dat op de plaats waar vroeger verpleegkundigen werkzaam waren, op consultatiebureaus in de eerstelijns gezondheidszorg bijvoorbeeld, dat daar medische assistenten komen. Ook bij de schoolverpleging zie je dat gebeuren. Dat gebeurt omdat niet duidelijk vaststaat wat verpleegkundigen nou wel en niet mogen doen. Ik heb altijd moeten gillen om die rapporten waarin de omschrijving van de verpleegkunde stond, dat was altijd zeer onduidelijk en dat wisselde met de economische situatie. Voor mij is verplegen zorgen in de meest brede zin van het woord. Ik verwijs naar Virginia Henderson: iemand zo goed mogelijk in zelfzorg ondersteunen als hij/zij dat zelf niet kan, ervoor zorgen dat die persoon dat zo spoedig mogelijk weer zelfstandig kan. En dan binnen een eigen bevoegdheid.

Wat kun je er aan doen om de taken van de verpleegkundige duidelijker te krijgen?

Er moet in ieder geval een profiel komen dat heel duidelijk stelt, wat de verpleegkundige moet doen en dat in grote lijnen wordt geaccepteerd door het werkveld en de wetgever. Want daar moeten we het uiteindelijk van hebben.

Het zoveelste profiel?

Dat is natuurlijk vreselijk, maar er moet een profiel komen dat praktisch gericht is. Niet met allerlei wazige termen. Voor mij is het Virginia Henderson die ik daar nog steeds het meest duidelijk in vind. Zij richt zich op de praktijk van het verplegen en verzorgen.

Waarom heeft dat profiel het dan nooit gehaald?

Ik denk dat Nederland in vergelijking met andere landen op dit gebied achterlijk is. Er werd op een bepaald moment toch de noodzaak gevoeld aan iets wetenschappelijks. Toen zijn een aantal geleerden opgestaan die zelf ook niet zo duidelijk wisten waar ze het over hadden. Bij gebrek aan beter heeft men zich vastgeklampt aan iets wat zeker 80 procent niet kon volgen. Ook de economische situatie speelt een rol. Het feit dat het voor een groot deel vrouwen zijn die in dat beroep zitten, betekent dat er niet erg naar je wordt geluisterd. Daarbij komt dat het vrouwen waren die tijdelijk in het beroep waren. De verpleging was geen beroepsgroep waar continuïteit in zat. Als de verpleging een mannenberoep zou zijn, dan zou de geschiedenis er anders uitzien.

Even terug naar de scheiding hoofdarbeid en handarbeid. Denk je niet, als je zo fervent tegen die scheiding bent, dat de verpleging toch een beetje een achterlijk gebied blijft?

Dat denk ik niet. Het gevaar van de scheiding hoofd- en handarbeid is dat wanneer je op een bepaald moment op een bepaalde stoel terecht komt, waarbij jij aan andere mensen moet vertellen hoe ze hun zaakjes moeten indelen, en jij zit hoog in de pyramide, dat je dan niet meer weet wat er beneden gebeurt. Ik denk dat er een wisselwerking moet zijn. Hoofden van dienst moeten ook de handjes op de afdelingen kunnen laten wapperen, dichtbij de basis blijven en de kennis die ze hebben doorgeven aan hun collega's. Je moet zorgen dat mensen nog enige zeggenschap over hun werk houden. De verpleging heeft nooit enige zeggenschap gehad of althans heel weinig. Dat is misschien iets toegenomen omdat er nu meer mannen zijn. Je zult naar kleinere organisaties moeten en naar meer zelfstandigheid voor mensen, want grote organisaties geven vaak een zeer onmenselijk gezicht. Zeggenschap zou dan per afdeling kunnen. Je moet wel voorkomen dat je weer eindeloos gaat vergaderen. Maar verpleegkundigen moeten wel op de hoogte zijn van wat bijvoorbeeld budgetteren is. Een aantal mensen zeggen: verpleegkundigen kunnen dat niet, dat is onze taak niet of dat moet de arts maar doen. Dan gaat het weer aan hun neus voorbij. Verpleegkundigen zijn vaak heel dubbel want ze zeggen aan de ene kant dat ze onvoldoende invloed hebben, maar als ze het kunnen krijgen pakken ze het ook niet altijd. Daarom hebben wij als Beterschap ook een cursus budgetteren uit de grond gestampt.

Vindt het Beterschap dat een verpleegkundige budgethouder zou moeten worden?

Zeker, met de huidige economische ontwikkelingen kun je er vergif op innemen dat, als verpleegkundigen niet enigermate invloed hebben op dat budget, dat het naar andere groepjes gaat. Een pure strijd om de macht. Patiënten worden de laatste jaren meer opgenomen, sneller opgenomen, korter opgenomen. Dat houdt extra werkbelasting in, dat is niet verdisconteerd in de verpleegtarieven. Je ziet nu al dat verpleegkundigen via de achterdeur binnenkomen als vrijwilliger, als werker met een uitkering. Dat is heel nuttig voor dat budget, dat wordt dan van elastiek. Maar waarom treft het juist de verpleegkundigen? Als je een positie met enige invloed wilt hebben moet je vechten om de macht. Zeker als je een beroepsgroep bent die nooit, enige macht

gehad heeft. Verpleegkundigen theoretiseren mooi op symposia over professionalisering, ze lezen onduidelijke boekjes en de elite houdt zich bezig met een aantal stellingen waar de honden geen brood van lusten. Als je professionaliseert moet je een basis hebben en moet je je fatsoenlijk ten opzichte van anderen kunnen verdedigen. Kun je dat niet, dan hoef je ook niet te professionaliseren.

Wij zien ook verpleegkundigen die veel meer partij kiezen voor specialisten en het draaiend houden van de organisatie, dan dat ze partij kiezen voor verplegenden en verzorgenden.

Hoeveel verpleegkundigen zijn dat? Het is met verpleegkundigen net zo als met het socialisme, ze zijn verdeeld tot en met. De groepen worden tegen elkaar uitgespeeld. Neem bijvoorbeeld het vrijwilligerswerk. Het standpunt van het Beterschap is: vrijwilligerswerk in het kader van bloemendames en boekendames akkoord, maar verder geen vrijwilligerswerk. De praktijk leert nu dat dat niet werkt. Binnen het Beterschap is nu een nota verschenen. Er is een hele goede analyse gemaakt van de voors en tegens van vrijwilligerswerk. Je krijgt natuurlijk toch het conflict dat een aantal verpleegkundigen zullen zeggen: 'om onze vakkennis bij te houden willen wij toch werken, dan houden wij meer kans op een betaalde baan'. Wij zeggen dat het vrijwilligerswerk dat altijd al bestaan heeft geen probleem is, maar wat zich nu onder invloed van de economische situatie ontwikkelt is wel een probleem. Het zal leiden tot allerlei Hobbesiaanse toestanden waarbij de ene groep de andere uitmoordt.

Hoe staat het Beterschap tegenover de werkloosheid in de verpleging?

We hebben het standpunt dat leerlingen contracten voor onbepaalde tijd moeten krijgen. De ziekenhuizen zijn in de problemen gekomen vanwege de dreigende werkloosheid. Er is niet zoveel mobiliteit meer, iedereen blijft keurig zitten waar die zit en dat betekent dat je een anciënniteitsverhoging krijgt. Dat kun je oplossen door leerlingen zodra je ze als gediplomeerde moet betalen te ontslaan. Het Beterschap is daar tegen, wij zijn voor een dienstverband van leerlingen voor onbepaalde tijd. Maar een ziekenhuis kan aan de ondernemingsraad (OR) vragen om ontheffing en als de OR dat inwilligt dan zit je weer. Dat gebeurt vrij veel. Wij wijzen daar wel op en zeggen dat ook tegen OR-leden. Maar ja, het hemd is nader dan de rok. Als er op een bepaald moment gezegd wordt: er moeten er vijf weg en jullie noggen bekijken wie dat worden, dan zullen diegenen die zitten blijven zitten. Voor al die leerlingen die er nu op grote schaal uit moeten, is het ontzettend frustrerend om te zijn opgeleid voor de werkloosheid. Dat zou niet nodig zijn als je de eerste lijn zou versterken. Dan zou er met verlaging van kosten nog goede zorg gegeven kunnen worden. Daarnaast heb je nog het probleem dat je een toeloop van mannen in de verpleging ziet. Het zijn met name de vrouwelijke verpleegkundigen die werkloos worden of blijven. Er wordt gezegd dat een man een betere arbeidsinvestering is dan een vrouw. Een vrouw kan zwanger worden of aan een kerel blijven hangen, die is ongesteld met alle kwalen vandien. Als ze kinderen heeft is dat lastig want als de kinderen ziek zijn moet zij de verzorging doen. Dus over het algemeen hebben instellingen liever mannen en zeker op hogere posities.

Besteedt het Beterschap speciale aandacht aan vrouwen in de verpleging?

Ja, dat is een belangrijk punt en ik vind ook dat daar in het algemeen te weinig aandacht aan is besteed. Het verplegend en verzorgend beroep is eigenlijk nog het enige overblijvende beroep (naast dat van alpha-hulpje en werkster) waarbij vrouwen in groten getale vertegenwoordigd zijn. In de zeventiger jaren zijn de salarissen opgetrokken, daarna is ook de naam van het beroep veranderd in verpleegkundige. Nu zie je dat Hattinga Verschure en andere mensen roepen dat er wat mis is met het beroep van verpleegkundige, dat de roeping ontbreekt. Het wordt kennelijk weer op de schouder-tjes van de vrouwelijke eigenschappen gelegd. Mannen zijn koel, zakelijk, rationeel en houden zich met belangrijke dingen zoals oorlogsvoering bezig. Daarentegen zijn vrouwen emotioneel, het zorgende is ze van nature meegegeven. Dat hele idee van die verheerlijking van het vrouwelijke, dat riikt ontzettend naar de opkomst van het nationalisme. Er is nu geen encyclopediek van de paus meer nodig om al die vrouwen weer achter het aanrecht te krijgen. Dat gaat via het feit dat ze moeilijk aan een baan kunnen komen. Nu het door die tweeverdienersregeling voor vrouwen steeds oninteressanter wordt om te werken, denk ik dat het bijzonder slecht zal gaan. Het zal best nog een moeilijk proces zijn, maar vrouwen zullen in eerste instantie in hun eigen situatie het gevecht aan moeten gaan. Ik merk het zelf, een heleboel mannen houden niet van vrouwen zoals ik, dat is niet het goede typetje, dat ligt niet leuk verzorgend met ogen op steeltjes naar mannie's schoenpuntjes te loeren.

Een vakbond heeft een politieke kleur. Wat is de politieke kleur van het Beterschap?

Dat weet ik niet zo goed. Toen ik hier kwam heb ik gezegd dat deze organisatie veel meer politiek aan de weg moet timmeren. Als je wat wilt met de gezondheidszorg en als je de belangen wilt verdedigen van patiënten en verpleegkundigen (voor een deel lopen die synchroon maar voor een deel ook niet natuurlijk), als je dat goed wilt doen dan moet je ook zorgen voor goede contacten met de politiek. Voor zover ik het kan bekijken heeft het Beterschap niet zo'n geschiedenis in de politiek. Politiek werd in het kader van een beroepsvereniging niet altijd even nuttig gevonden. Daarin komt nu verandering. We willen meer politieke invloed uitoefenen bij regeringspartijen en ook bij de oppositie om de kwaliteit van de zorg aan de orde te brengen, meer contacten met de vaste kamercommissies, meer bekendheid geven aan waar het Beterschap mee bezig is.

Dat zegt iets over politiek handelen, daaronder ligt de politieke kleur.

Ik kan daar als persoon een uitspraak over doen, maar niet voor de vereniging. Ik denk dat het gros der verpleegkundigen niet zo veranderingsgezind en strijdlustig is en niet zo'n aandacht heeft voor de politieke aspecten van hun werk. Het Beterschap heeft (nog) geen politieke kleur.



Het instituut bedrijfsgeneeskundige dienst staat in brede kring niet zo best aangeschreven. Vooral de Cyanamid-affaire in 1982<sup>1</sup> heeft de bedrijfsmedici geen goed gedaan. Het idee (voor zover nog bestaand) dat het waken over gezonde werkomstandigheden wel ip goede handen is bij de bedrijfsarts en de arbeidsinspectie moest nu definitief op de helling.

Bij Cyanamid leidde een onderzoek door een onafhankelijke huisarts tot een huizenhoog conflict. De huisarts, Dik de Jong, meende dat zijn gegevens en de verklaringen van werknemers voldoende grond gaven voor een uitgebreid vervolgonderzoek; de bedrijfsgeneeskundige dienst en de arbeidsinspectie probeerden hem met zwaar geschut de mond te snoeren. Het conflict is uiteindelijk uitgevochten voor het Medisch Tuchtcollege. Doordat in dit geval ook directie, vakbond en chemiewinkel bij de kwestie betrokken waren kan de affaire enig inzicht bieden in hoe kennis van buiten het bedrijf een rol kan spelen, en welke invloed een onafhankelijke arts kan uitoefenen.

Paul Swuste en Peter Groenewegen analyseren de gang van zaken.

# Barsten in een Bolwerk

PAUL SWUSTE is lid van de vakgroep Veiligheidskunde aan de TH in Delft;

PETER GROENEWEGEN is lid van de vakgroep Wetenschapsdynamica aan de Universiteit van Amsterdam

## Arbeidsomstandigheden 'ook een zaak van de huisarts

Met dank aan Eddy Houwaart en Jaap Talsma.

Arbeidsomstandigheden kunnen je ziek maken. Dat geldt voor alle soorten werk, maar in sommige beroepen is de invloed van de arbeidsomstandigheden zo groot dat mensen in de WAO terecht komen voordat ze hun pensioen hebben bereikt. Mensen weten zelf vaak dat hun werk de oorzaak is van hun ziekte. Collega's krijgen dezelfde ziekte of verdwijnen uit het bedrijf omdat ze het werk te ongezond vinden. De kennis op de werkvloer blijft echter vaak anekdotisch en geeft daarom weinig grond voor actie of verzet. Verhalen doen dan de ronde over een collega die longkanker heeft gekregen, zou dat nu aan het asbest liggen waarmee gewerkt is of aan het feit dat hij rookt? Als je denkt dat het werk de

oorzaak is van je ziekte dan heb je in feite te maken met een dubbel probleem: je bent ziek én je weet niet echt zeker of het van je werk komt. De eigen kennis van ziekmakende factoren is bij de mensen op de werkvloer vaak wel aanwezig, maar de aard van die kennis is meestal niet voldoende om veranderingen krachtig te beargumenteren. Als er protest wordt aangetekend dan is de reactie van management en officiële autoriteiten er vaak één van onbegrip. De opmerkingen van arbeiders laten wat dat betreft niets aan duidelijkheid te wensen over: 'De veiligheidsinspecteur zei: ik bepaal wat veilig is en anders ga je maar spuitjes plukken.' 'Je kunt via kennissen gemakkelijker veiligheidsinfor-

matie krijgen dan bij Cyanamid zelf.' Pas als je voeten goed door SMD waren aangetast werden er metingen verricht.'

## Arbeid en gezondheid

Arbeidsomstandigheden zijn een gevolg van op elkaar ingrijpende maatschappelijke processen. Een belangrijke rol speelt natuurlijk het doel van de onderneming: zo veel mogelijk verdienen en zo weinig mogelijk uitgeven. Door arbeiders is vanaf het begin van de moderne produktiemethoden in fabrieken protest aangetekend. Eén van de eerste punten waarop arbeiders actie voerden was de kwestie van veiligheid en gezondheid. De organisaties die uit de protesten naar voren zijn gekomen zijn doorggegaan met die strijd. Ook de vakbeweging heeft vanaf het begin gestreefd naar een beperking van de arbeidsduur en humanere arbeidsomstandigheden. De intensiteit van die strijd hing af van andere belangrijke strijdpunten, zoals het recht op eigen organisatie en de strijd voor hogere beloning. Na de eerste aanzetten heeft de vakbeweging althans in Nederland de verantwoordelijkheid voor goede arbeidsomstandigheden veelal overgelaten aan de overheid.

Gedeeltelijk onder druk van de vakbeweging heeft de overheid, via regelgeving, maatregelen genomen om de nadelige gevolgen van arbeid voor de gezondheid van werknemers te beperken.

Voor de betrokkenheid van de overheid heeft tot een toenemend gebruik van deskundigen geleid bij het beoordelen van arbeidsomstandigheden. Juist doordat er vaak conflicten zijn over de interpretatie van de verbinding tussen arbeid en gezondheid is die rol van deskundigen niet onomstreden. Zo staat de arbeidsinspectie bloot aan nogal wat kritiek over haar controlerend optreden; wordt haar verweten dat ze geen onafhankelijke positie inneemt en onder één hoedje met de bedrijfsleiding opereert. Ook artsen die betrokken zijn bij de arbeid-en-gezondheid problematiek staan aan kritiek bloot. Bekend is onder andere het 'afschatten' door verzekeringsartsen van het werkvaardig zijn van mensen. Ook de artsen die direct betrokken zijn bij de gezondheid in bedrijven staan niet neutraal ten opzichte van de machtsverhoudingen in de bedrijven.

## In goede handen

Vanuit verschillende invalshoeken hebben artsen zich in de loop van de tijd bezig gehouden met de invloed van arbeid op de gezondheid. De uitgangspunten van artsen in het streven om van werkplaatsen en fabrieken naast produktieve ook veilige en gezonde werksituaties te maken konden zowel humanitair als economisch zijn. Een voornaam doel was de beperking van het ziekteverzuim.

In de loop van de tijd is zich dus een apart deel van de medicijnen op de arbeidsomstandigheden gaan richten. Een toename van activiteiten in de geneeskunde met betrekking tot de relatie arbeid-ziekte betekende dit overigens niet. Het lijkt er op dat in algemeen-medische kring gedacht werd dat de zaak bij de bedrijfsgeneeskunde in veilige handen was. Dat is echter voor een deel schijn. Zoals al is aangegeven zijn bedrijfsartsen niet altijd onpartijdig. Bovendien is het door de scheiding van bevoegdheden zo dat een aanzienlijk deel van de feitelijke behandeling van ziekten door andere artsen gedaan wordt. Daarnaast hebben niet alle bedrijven voorzieningen van bedrijfsgezondheidszorg.

Een huisarts kan bijdragen aan het erkennen van arbeid-en-gezondheid problemen door vaker aan arbeid als oorzaak van ziekte te denken. De toegenomen ingewikkeldheid van produktieprocessen kan het nodig maken dat daarnaast ook anderen dan artsen informatie verzamelen over de gezondheidssituatie in een bedrijf.

## Deskundigen

In de laatste jaren is de produktie in veel bedrijven ingewikkelder geworden. Daarmee hangt een aantal problemen samen die de rol van deskundigen belangrijker hebben gemaakt. Vroeger kon het voorkomen dat een mijnarbeider met stoflongen problemen had om deze ziekte als beroepsziekte erkend te krijgen. Het verband in zo'n geval is dan voor het gevoel van alle betrokkenen nogal duidelijk. Artsen van de mijnondernemingen vervulden de rol om via muggeziften over definities van wat nu precies telde als stoflongen de druk op het bedrijf laag te houden. Was de bewijslast vroeger al een probleem, tegenwoordig is er op dit terrein aanzienlijk meer aan de hand. Grote hoeveelheden chemische stoffen worden nu gebruikt in allerlei bedrijven. Daarnaast spelen problemen als automatisering en mechanisering van produktieprocessen. De gevolgen daarvan worden pas veel later zichtbaar, met als resultaat dat het verband tussen blootstelling en ziekteverschijnselen niet eenduidig te leggen is. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een toename van de maatschappelijke activiteiten op dit gebied. De vakbeweging kwam na jaren stilstand weer met nieuwe initiatieven, de overheid in een aantal landen paste de arbeidsomstandigheden-wetten aan. Tussen vakbeweging en wetenschappers is in Nederland via de wetenschapswinkels een toenemende mate van samenwerking. In die samenwerking wordt veel aandacht besteed aan manieren om algemene informatie over arbeidsomstandigheden met ervaringen van de werknemers te verbinden. In de vakbeweging heeft die samenwerking ook vaste voet gekregen, hetgeen onder andere valt te zien aan de inhoud van het FNV-handboek *Beter Werk*.<sup>2</sup> Artsen, afgezien misschien van sommige bedrijfsartsen, lijken hierbij te zijn achter gebleven.

## Een voorbeeld: cyanamid

Cyanamid Botlek is een dochteronderneming van de Amerikaanse chemische multinational Cyanamid. Dit concern is actief op het brede terrein van chemische produkten: kunstmeststoffen, bestrijdingsmiddelen, medische produkten, plastic en papertoevoegingen, afvalwater-behandelingschemicaliën enzovoorts.

Vanaf 1973 zijn er openlijke conflicten over de arbeidsomstandigheden in het bedrijf, die mede de aanleiding zijn voor de oprichting van een bedrijfsledengroep. Produktieprocessen hebben vanwege hun stofoverlast bijnamen zoals de 'groene hel', er worden stiptheidsacties en stofstakingen georganiseerd. Het is een publiek geheim dat één van de werknemers zijn longen heeft verspeeld door een te hoge blootstelling aan één van de chemicaliën. Hoewel de bedrijfsleiding en de bedrijfsarts officieel de relatie ontkennen, weet iedereen in het bedrijf dat de werknemer tot zijn dood jaarlijks zwijggeld kreeg toegestopt.<sup>3</sup> De onrust steeg toen in 1980 de voorzitter van de bedrijfsledengroep wegens een conflict rond veiligheidsschoenen op staande voet werd ontslagen. Dit voorval, het hoge ziekteverzuim in twee plants van het bedrijf en klachten over nachtblindheid waren voor een aantal werknemers de reden om zich te laten onderzoeken door een huisarts waar ze vertrouwen in hadden. De huisarts onderzocht de werknemers op de vermoedelijke relatie tussen de geuite klachten en de werkomstandigheden. Hij probeerde daar inzicht in te verkrijgen door het verzamelen van informatie over de chemische stoffen waar men in het bedrijf mee werkt. In de praktijk is het nogal moeilijk om op basis van geïsoleerde gevallen uitspraken te doen over een mogelijk verband tussen chemische stoffen en bepaalde klachten van werknemers. Toch probeerde deze huisarts zo goed als in zijn vermogen lag uit de klachten en andere gegevens een idee te krijgen over de mogelijke gevolgen van het produktieproces. Deze gegevens werden samengevat, en in een rapport aan de Industriebond

FNV aangeboden, die de gegevens vrij snel in een brief onder de aandacht van de directie bracht. Op dat moment bleek dat de directie absoluut niet verlegen zat om een verhaal van haar werknemers over de risico's van de productieprocessen in het bedrijf.

## Blootstelling

De onderzochte werknemers hadden de huisarts, Dik de Jong, niet als eigen huisarts. Daardoor heeft het onderzoek van de huisarts een bredere betekenis: immers in het algemeen wordt verondersteld dat gegevens van patiënten bij de eigen huisarts in elk geval onder geheimhouding vallen. De onderzochte werknemers vroegen aan de huisarts overigens ook nog eens nadrukkelijk om hun namen geheim te houden. Er werd een algemeen lichamenlijk onderzoek uitgevoerd en Dik de Jong gebruikte gegevens uit medische dossiers die opgevraagd waren bij de artsen van de betrokkenen. Uit het onderzoek kwamen drie typen klachten naar boven: klachten van het centraal zenuwstelsel; klachten van mond-, keel-, neus-, en longslimvlies, en bloedverlies. De arts ging samen met de onderzochte personen na of deze klachten afkomstig zouden kunnen zijn van de blootstelling aan chemische stoffen. Daarbij combineerde hij die gegevens met toxicologische gegevens van de bij Cyanamid gebruikte chemische stoffen. In het rapport werd verder een aantal opmerkingen opgenomen over het onderzoek dat tot dan toe door de Bedrijfsgeneeskundige dienst (BGD) van het bedrijf was gedaan. Geconstateerd werd dat er zelden bloedonderzoek werd uitgevoerd en dat dat, gezien het soort stoffen waaraan men bij Cyanamid bloot staat, wel gewenst zou zijn. Het rapport van de arts besluit, als volgt: 'Dit onderzoek is niet uitputtend. Veel stoffen waarmee dagelijks wordt omgegaan zijn niet beschreven. Het is ook erg moeilijk voor werknemers om precies te weten te komen met wat voor stoffen gewerkt wordt. Het onderzoek toont echter wel aan dat het hard nodig is dat er een grondig onderzoek komt in dit bedrijf naar de gezondheidstoestand van de werknemers, en naar de aard van de gebruikte stoffen, en natuurlijk naar de mate waarin het bedrijf de hand houdt aan de toegestane MAC-waarden.'

De reactie van de BGD op De Jongs rapport is merkwaardig. De bedrijfsarts was slechts geïnteresseerd in de namen van de onderzochte werknemers en stelde ook de medische dienst van de Arbeidsinspectie op de hoogte van de gang van zaken.

In het geheel is het opvallend dat er door de betrokken instanties gereageerd wordt alsof de overschrijding van het gebruikelijke werkterrein van de medicus het belangrijkste is en niet de gezondheid van de werknemers. De vraag om de namen van de betrokken werknemers is er op gericht de werknemers, in plaats van de werkomstandigheden, te onderzoeken. Controle op het gedrag van de huisarts staat centraal.

## De industriebond FNV

Door de Industriebond FNV was naar aanleiding van klachten van de werknemers een aantal malen bij het bedrijf aangedrongen op verbetering van de arbeidsomstandigheden. Deze verzoeken werden door de leiding van het bedrijf genegeerd. Onder de werknemers had deze halsstarrige houding van de leiding aanleiding gegeven tot veel onrust. In deze situatie kwam het rapport van de huisarts als een zoveelste aanwijzing dat er iets mis was bij Cyanamid. De reactie van het management op het rapport was voor de bedrijfsledengroep van de Industriebond FNV aanleiding zich te bezinnen op andere manieren om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Er werd besloten om een eigen beleid op het punt van arbeidsomstandigheden te ontwikkelen.

Daarvoor werd een beroep gedaan op de Stichting Arbeid en Gezondheid in Utrecht, en via hen werd de Chemiewinkel Leiden ingeschakeld. De reden om meer onderzoek te vragen werd gekoppeld aan het rapport van de huisarts die daar immers op aangedrongen had. De bedrijfsledengroep zette een dergelijk onderzoek in samenwerking met de Chemiewinkel Leiden op, ondanks weigering van de directie én de ondernemingsraad. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het grootste deel van de werknemers werkzaam in de diverse productieprocessen te interviewen. De aard en vooral de omvang van de klachten onder werknemers bleken schrikbarend te zijn en bevestigden en versterkten het beeld uit het onderzoek van Dik de Jong. De resultaten werden verwerkt in een brochure van de Industriebond FNV,4 bedoeld om een verslag te geven van de arbeidsomstandigheden en tevens om te bereiken dat de werknemers-ervaringen uitgetild zouden worden boven het individuele niveau. Naast deze brochure werd er ook een rapport gemaakt van het onderzoek. Dit rapport werd aangeboden aan het management. Op basis van het rapport werd er door de bedrijfsledengroep een actieplan gemaakt voor verbetering van de werkomstandigheden.

## Het management

De reactie van de bedrijfsleiding en de bedrijfsarts zijn illustratief voor de houding ten opzichte van arbeidsomstandigheden-problemen. In de eerste plaats werd er formeel gereageerd, namelijk in hoeverre er sprake was van een overschrijding van de competentie van de huisarts om zich bezig te houden met problemen van arbeid en gezondheid. De verantwoordelijkheid voor de arbeidsomstandigheden werd sterk gelegd bij de bedrijfsgezondheidsdienst van het Botlekgebied, waarmee de bedrijfsleiding duidelijk het standpunt innam dat de huisarts zich niet dient te bemoeien met de relatie tussen werk en gezondheid. Daarnaast werd gesuggereerd dat Dik de Jong ten onrechte uitging van een onomstotelijk vaststaande relatie tussen werk en de geuite klachten.

Nader onderzoek werd met dit argument afgewezen.

Na de weigering van de directie om gezondheidsklachten van de werknemers serieus te nemen werd het door het management toch nodig geacht om onderzoek te doen. Dit onderzoek werd aangekondigd als een onderzoek naar de oorzaken van het stijgend ziekteverzuim bij Cyanamid. Het TNO-instituut NIPG (Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde) te Leiden bleek bereid het onderzoek uit te voeren, met als voorwaarde dat naast het ziekteverzuim ook de chemische en fysieke arbeidsomstandigheden geanalyseerd zouden worden. De rapportage van het NIPG bleek in grote lijnen te bevestigen wat er al bekend was van het onderzoek door de Chemiewinkel.

Volgens de werknemers is er wel iets gebeurd met al deze inspanningen, maar ze zijn nog niet erg tevreden met de verbeteringen die tot nu toe hebben plaatsgevonden. Wel is de onderhandelingspositie van de werknemers verbeterd; dit maakt het mogelijk om meer invloed op de omstandigheden in het bedrijf uit te oefenen via directe druk op het management.

## Disciplineren

Was de reactie van het management op de vakbond afwijzend, helemaal verbijsterend was de reactie van de medische dienst van de arbeidsinspectie op huisarts Dik de Jong. Na nogmaals een verzoek om de namen van de onderzochte werknemers, die als lastige dwarsliggers werden afgeschilderd, werd bij weigering op het verzoek in te gaan Dik de Jong bedreigd met de inschakeling van het Medisch Tuchtcollege. Door de huisarts werd dit verzoek onder verwijzing

naar de vraag om geheimhouding door de betrokken werknemers afgewezen. Wel bood hij aan om zijn rapport ter beschikking te stellen aan de arbeidsinspectie en de BGD. De Jongs stelling was, dat hij niet buiten zijn boekje was gaan met betrekking tot het onderzoek, doordat hij zeer zorgvuldig had vermeden om de betrokken medici van het bedrijf of de arbeidsinspectie te beschuldigen. Hij stelde dat hij niet voor niets met nadruk had vastgesteld dat het ging om een onderzoek waarbij klachten van de werknemers en en werkomstandigheden in het bedrijf werden gezien als een indicatie dat er verder onderzoek zou moeten plaatsvinden. Publiciteit, rond de lopende onderzoeken bij Cyanamid naar de arbeidsomstandigheden en de rol van de bedrijfsleiding in een regionaal dagblad gaf de bedrijfsleiding en de Arbeidsinspectie het argument van onnodige onrust onder de werknemers. Een open brief van de medische dienst van de Arbeidsinspectie aan de bedrijfsarts van Cyanamid, opgehangen op de mededelingenborden in het bedrijf, trachtte de onrust onder de werknemers te beperken. De noodzaak van het onderzoek door de Chemiewinkel en de bedrijfsledengroep werd hiermee bestreden.<sup>7</sup> Op verzoek van de bedrijfsleiding ondernam de BGD-Botlek/Europoort, waarbij Cyanamid is aangesloten, maatregelen om de bedrijfsarts van alle blaam te zuiveren.

## De zaak de Jong

Het vertrouwen in de bedrijfsmedische zorg moet hersteld worden. Op verzoek van de BGD wordt door de inspecteur van de volksgezondheid een klacht ingediend bij het Medisch Tuchtcollege, waarin De Jong van de volgende zaken wordt beschuldigd:

1. Het verrichten van medisch onderzoek bij een aantal werknemers terwijl hij noch bedrijfsarts noch huisarts van de betrokkenen was.
  2. Toezending van een rapport aan de Industriebond FNV zonder waarborgen tegen ongepast gebruik door de bond.
  3. Verzuim om de BGD en de districtsgeneeskundige in te lichten over het onderzoek.
  4. Nalatigheid met betrekking tot het corrigeren van berichtgeving in de pers met betrekking tot het onderzoek.
- De inspecteur van de Volksgezondheid meldde eveneens bij de behandeling voor het Medisch Tuchtcollege, dat hij vond dat alle regels met betrekking tot de wijze van onderzoek, procedureel en collegiaal, met voeten waren getreden. In zijn verweer stelde De Jong dat het onderzoek plaatsgevonden had op uitdrukkelijk verzoek van de onderzochte personen. Deze hadden hem echter tevens uitdrukkelijk verzocht om geen persoonlijke gegevens door te geven aan derden. In het bedrijf was al langere tijd moeite gedaan om langs de normale wegen iets te veranderen aan de arbeidsomstandigheden. De betrokken werknemers bleken tijdens het door De Jong verrichtte onderzoek vanwege eerdere ervaringen geen vertrouwen te hebben in het optreden van de BGD van de Arbeidsinspectie (AI). Tevens werd er door hem op gewezen dat werknemers uitdrukkelijk het recht hebben om te weten met welke stoffen zij omgaan en welke consequenties het omgaan met dergelijke stoffen kan hebben. Dat hij geen contact had gezocht met de bedrijfs-geneeskundige en de AI wordt door de huisarts verklaard door te stellen dat deze hun eigen verantwoordelijkheden hadden laten liggen. Dik de Jong is verder van mening dat de inhoud van het onderzoek geen kritiek behoeft op te roepen

### Noten

1. Zie voor andere publikaties over dit onderwerp: Chemiewinkel Leiden, Cyanamid kan ook wel gezonder, Risikobulletin, 6, 5-8 (1982); Paul Swuste, Peter Groenewegen, Cyanamid, Revoluon, 8, 19-29 (1983), verder artikelen van Frank ter Beek en Peter Kerklaan in Risikobulletin en Wetenschap en Samenleving (te verschijnen in augustus). 2. Beter Werk, FNV-handboek. Eltjo Buringh, Van Gennep, Amsterdam, 1982. 3. J'accuse, JooP Speijer. 4. 'Veilig' werk in de chemie, Industriebond FNV, Rotterdam, 1984. 5. Onderzoeksverslag arbeidsomstandigheden Cyanamid, Chemiewinkel

omdat de formuleringen van de conclusies voorzichtig gesteld zijn. Tevens was hij in staat te verwijzen naar de resultaten van het Chemiewinkel-onderzoek. De Jong gaf aan dat hij meer vertrouwen heeft in de inlichtingen van werknemers over de effecten van chemische stoffen als oorzaak voor bepaalde ziekteverschijnselen. Ze zouden wel degelijk moeten worden opgevat als een aanwijzing dat die stoffen schadelijk zijn. Daarmee geldt De Jongs kritiek dus tevens de stelling van de bedrijfsarts dat dezelfde ziekteverschijnselen een gevolg kunnen zijn van allerlei oorzaken buiten het werk.

De klachten van de inspecteur worden door het Medisch Tuchtcollege in eerste instantie op alle onderdelen als ongegrond afgewezen.<sup>f</sup>

## Verhouding

Wat is nu eigenlijk de positie van de huisarts ten opzichte van de bedrijfs-geneeskunde? Als het aan de laatstgenoemde professe ligt is de huisarts volstrekt onbevoegd en onkundig op het zeer specialistische terrein van arbeid en gezondheid. De Cyanamid-affaire heeft geleerd dat het voor de werknemer zeer wel mogelijk is de eerste- of tweedelijns gezondheidszorg in te schakelen, wanneer overleg over arbeid en gezondheid binnen de bedrijfsgezondheidszorg vastloopt.

Dat daarbij met alle middelen de huisarts (en eventueel de medisch specialist) in de hoek van de ondeskundige en ter zake onbevoegde individuele hulpverlener wordt gedrukt, is kennelijk onvermijdelijk.

Dit neemt niet weg dat een huisarts prima in staat blijkt te zijn een signalerende functie ten opzichte van het gesloten bolwerk van bedrijfsgezondheidszorg te vervullen. Ook dit aspect is als onderdeel van de zogenaamde 'intergrale geneeskunde' te onderkennen.

Zonder al te veel wetenschappelijke pretenties is het voor een huisarts mogelijk om door het combineren van gegevens uitspraken te doen over het verband tussen arbeid(somstandigheden) en gezondheid. Deze gegevens kunnen door bedrijf, werknemersorganisatie en politiek gebruikt worden om iets aan de arbeidsomstandigheden te doen.

Geen werknemer of huisarts kan verboden worden zich te verdiepen in de relatie arbeid en gezondheid, zeker wanneer de bedrijfsgezondheidszorg schromelijk te kort schiet in haar eigenlijke taken.

## Conclusies

De relatie tussen medische kennis en arbeidsomstandigheden is niet eenduidig. Die relatie is zowel een politieke, die moet opereren in de machtsverhoudingen van een bedrijf, als één die kampt met het probleem van de juiste kennis. In het voorstaande is een voorbeeld gegeven tot welke extreme onwil van officiële instanties het kan leiden als een arts buiten de gebaande paden treedt. Ook is het duidelijk dat een briefje van een arts geen doorslaggevende rol kan vervullen in een bedrijf waarin de onderlinge overlegmogelijkheden tussen bedrijfsleiding en vakbonden minimaal zijn. In arbeidsomstandigheden spelen meer oorzaken van ziekte dan chemische stoffen. Maar als het gaat om chemische stoffen is de samenwerking, ook politiek, van een groot aantal groepen noodzakelijk.

Leiden, Leiden, 1982. 6. Bericht in het Vrije Volk, 14 maart 1980. 7. Brief Vogelenzang (Medische Dienst Arbeidsinspectie) aan de bedrijfsarts, 26 maart 1980. 8. Het verslag van het verloop van dit proces is terug te vinden in een aantal publikaties uit die tijd: T. den Haan, De eigen aanpak van dokter De Jong, Nieuwe Revue, 21, 15 (1982); J. Terlingen, Beroepsgeheim, Vrij Nederland, 22 mei 1982; J. Terlingen, Het doen en laten, van de arts Vogelenzang, Vrij Nederland, 29 mei 1982; Artikelen in het Weekblad Gezondheidszorg uit 1982.

# BOEKEN

Congressen over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg zijn er te over, goede boeken op dit gebied zijn schaars. Wellicht daarom brengt uitgeverij De Tijdstroom af en toe de verslagen van dergelijke congressen in boekvorm op de markt. Resultaat is meestal een bundel weinig samenhangende artikelen van wisselende kwaliteit, deels theoretisch, deels praktisch, opgediend in - wat ik maar zal noemen - het Structuurnotajargon. Het boek, uitgebracht onder de moeizame titel *Besturen in de Gezondheidszorg: Concerns en Circuits*, vormt hierop geen uitzondering.

machtsblokken passen ook niet in de regionalisatieplannen van de overheid. Volgens Van der Werff (beleidswetenschappen RU-Limburg) ging het bij die samenwerking vooral om de realisering van complexe bouwprojecten. De meeste auteurs menen dat de concern- en circuitvorming over zijn hoogtepunt heen is. Van der Werff wijst er op dat territoriale regelingen die de gehele gezondheidszorg omvatten onvoldoende van de grond zijn gekomen. Hij vraagt zich bovendien af of de economische schaalvoordelen van concerns wel opwegen tegen de kosten van bestuur en beheer. Kemps en Verschure (*Provinciaal Opbouworgaan*, N. Bra-

## CONCERNS EN CIRCUITS

JOS DUTE

Concerns zijn combinaties van twee of meerdere instellingen voor gezondheidszorg; circuits zijn samenwerkingsverbanden van op elkaar aansluitende voorzieningen. Het een sluit het ander dus niet uit. In negen voordrachten en een discussie wordt een aantal facetten beschreven van deze concentratie van instellingen, die het afgelopen decennium zowel op initiatief van de overheid als op initiatief van de instellingen zelf plaatsvond. Maar overheid en instellingen beoogden bepaald niet hetzelfde.

Sinds het begin van de jaren zeventig probeert de overheid greep te krijgen op de onevenwichtige groei en de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Zij streeft daarom naar samenhang tussen de voorzieningen op basis van een regionale indeling (regionalisatie). Grotere verbanden lenen zich namelijk beter voor kostenbeheersing. Er kwamen proefregio's, samenwerking werd gestimuleerd met subsidies en de RIAGG (Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) kwam tot stand, een gedwongen fusie van allerlei instellingen op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In zijn bijdrage stelt Verbraak (GG&GD - Rotterdam) dat deze concernvorming in de geestelijke gezondheidszorg de onmiskenbare bijbedoeling had ervaringen op te doen voor soortgelijke operaties in andere delen van de gezondheidszorg. Maar de instellingen verweeren zich tegen het centralisatiebeleid van de overheid. Windig (bedrijfskunde RU-Groningen) stelt dat de samenwerkingsverbanden in de intramurale gezondheidszorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen enzovoort) vooral moeten worden beschouwd als belangenbehartigingsorganisaties. Deze

bant) stellen dat bestuurlijke eenheid, zoals bij de RIAGG, nog geen integratie op de werkvloer garandeert. Zij geven een voorbeeld van een meer inhoudelijke benadering (zwakzinnigzorg in Noord Brabant). Volgens Godfroy (Arbeid, Beleid en Organisatie, KH-Tilburg) zijn concerns geen oplossing, maar hoofdzakelijk een probleem.

Concerns en circuits vormen inderdaad een groot probleem. Daarom is het goed dat er een helder geschreven boek over is verschenen. Ik miste er evenwel vooral de politieke dimensie in: aan de concern- en circuitvorming ligt een strijd tussen overheid en instellingen ten grondslag met als inzet de zeggenschap over de gezondheidszorgvoorzieningen. Een (aanzet tot een) analyse van doel en strategie van de diverse belangengroepen had in dit boek niet misstaan. Ook blijft onderbelicht hoe concern- en circuitvorming uitwerkt op de kwaliteit van de gezondheidszorg, waar het toch allemaal om behoort te gaan. Dat het grotendeels plaatsvindt over de hoofden van personeel en patiënten heen komt in het boek ook nauwelijks aan bod. Voor de interessante opmerkingen die er wel in staan, is het boek naar mijn oordeel te dik en te duur.

'Besturen in de gezondheidszorg: concerns en circuits', Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen (IWZ). De Tijdstroom, Lochem, 1984 (prijs f 35,-).

F.RITS MULLER

Doyal, L. e.a., 'Cancer in Britain: the politics of prevention'. Pluto Press, Londen 1983, 234 pp. 6,95 Engelse ponden.

# KANKER EN SOCIALE KLASSE

Lesley Doyal is een links-radicaal en feministische gezondheids sociologe. In 1979 verscheen haar inmiddels klassieke boek 'The political economy of health'. Afgelopen jaar maakte zij met een groep vrouwen acht tv-films over gezondheid en politiek. Ook afgelopen jaar kwam van haar hand het boek 'Cancer in Britain: the politics of prevention' uit. 'Cancer in Britain' is de Engelse versie van 'The politics of cancer' van Samuel Epstein (Doubleday, 1979). Epsteins boek zette, gebruik makend van de toen al relatief grote openbaarheid van discussie in de Verenigde Staten, de tot dan toe bekende gegevens op een rijtje over het verband tussen kanker en sociaal bepaalde risicofactoren als werk en ecologie. 'Cancer in Britain' doet dat nu voor Engeland.

Kanker is een epidemie. Vooral bij mannen neemt de sterfte aan kanker toe, zelfs als een correctie wordt toegepast voor de verschuiving in leeftijdsopbouw van de bevolking. Ook is kanker klasse-gevoelig, hoewel sommige vormen van kanker dat meer zijn dan andere. De klassegevoeligheid van kanker kan gezocht worden in arbeidsrisico's en levensstijl. Dat levensstijl geen vrije keuze is blijkt onder andere uit het verschil in roken tussen geschoolde en ongeschoolde werknemers in Engeland: respectievelijk 25 en 60 procent.

Na deze vaststellingen wordt in het boek de wetgeving omtrent kankerverwekkende stoffen in de Verenigde Staten en Engeland besproken en vergeleken. De nadruk blijkt in Engeland te liggen op compensatie voor de arbeider, niet zo zeer op controle van de risicofactor.

Het verloop van de strijd rond het bekend worden van kankerverwekkende stoffen in fabrieken, in consumptieartikelen (ook voedsel en medicijnen) en in het milieu komen aan bod in aparte case-studies. Asbest, benzeen, PVC, maar ook tabak, saccharine, nitrietten, sexhormonen en onkruidverdelgers worden geanalyseerd. De laatste twee hoofdstukken van 'Cancer in Britain' gaan over de tegenacties van de industrie tegen beschermende wetgeving, zoals relativeren van de nieuw ingevoerde risico's ('er gaan aan auto-ongelukken méér mensen dood'), het slachtoffer zelf de schuld ge-

ven ('wilde zich nooit aan de veiligheidsvoorschriften houden'), controle op de informatie en nog veel meer. Ook komen mogelijke strategieën voor links aan bod.

'Cancer in Britain' is gemakkelijk te lezen. Het is de uitdrukking van zorgvuldig voorwerk, wat blijkt uit een juist gebruik van statistische gegevens (niet altijd het sterkste punt van actiegroepen) en uit de uitgebreide bibliografische onderbouwing. Ik vind het ook een belangrijk boek omdat het ingaat op sociaal bepaalde verschillen in kansen op gezondheid, en op de rol van sociale actie om deze ongelijkheid te lijf te gaan. Daarvoor bestaat lijkt mij in Engeland een veel grotere interesse dan in Nederland.

Goed onderbouwen van verschillen in sterftetekansen tussen de verschillende sociale klassen, aan de kaak stellen van het verhullende gehannes rondom controle op kankerverwekkende middelen en aan de grote klok hangen van onthullingen omtrent de uitvoer van giftige stoffen (Aldryn) en riskante industrieën naar de derde wereld kunnen gezien worden als een goede vorm van sociale strijd hier. Het is bovendien een effectieve vorm van ontwikkelingshulp.

In Nederland, waar nog steeds geen kankerregistratie bestaat, is wel iets meer bekend over de regionale spreiding van kanker (de geruchtmakende studies van Bos in 1979 en de Atlas van de Kankersterfte van het CBS, 1980). Er zijn studies gepubliceerd op deelgebieden als de relatie beroep-kanker en seksueel gedrag-kanker. In Rotterdam bestaat sinds eind jaren zeventig het Studiecentrum Sociale Oncologie. Sociale klasse als uitgangspunt voor epidemiologisch onderzoek komt in Nederland echter bijna niet voor. Het vergelijkend buurtonderzoek in Amsterdam (Habbema e.a., 1980) en de literatuurstudie over medische en maatschappelijke determinanten van sterfte Uansen, 1983) vormen de gunstige uitzonderingen. Sociale klasse wordt door niet-Marxisten nu eenmaal niet als een wetenschappelijke categorie beschouwd, en daarmee niet gebruikt. En alles wat je niet onderzoekt, bestaat niet; of wel soms?

Symposium Honderd jaar Krankzinnigheid —  
Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid  
(13 april 1984, Zeist)

## Krankzinnigenwetgeving in Nederland

RONALD KAMPMAN

Op 13 april '84 werd herdacht dat in 1884 de tot op dit moment van toepassing zijnde Krankzinnigenwet aangenomen werd. In december 1983 werd een nieuwe wet, de BOPZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) in het parlement aangenomen. Deze wet is nog niet feitelijk in werking getreden omdat een aantal artikelen nog ter beoordeling naar de Raad van State teruggezonden is. Als documentatie bij deze studiedag verscheen van Hanneke van der Klippe, NCGV-onderzoekster, het boekje 'Honderd jaar Krankzinnigheid'.

Op het symposium werden een aantal lezingen gegeven, die verschillende facetten belichtten van de opkomst van juridische en medische concepten rond de opname en behandeling van geesteszieken, de institutionele praktijken en de wettelijke regeling ervan.

Het symposium moet eerder gezien worden als een gedenk-dag, dan als een discussiedag waarin vanuit een geschiedenis-analyse vragen opgeworpen worden over de huidige praktijk. Gedurende honderd jaar, (en nog wel langer) speelt zich een strijd af tussen met name de beroepsgroepen (de juristen en psychiaters), de staat en verdedigers van de rechten van het individu, die een steeds verschuivend compromis oplevert: de psychiatrie als institutie. De gedwongen opname en behandeling in psychiatrische instituties, en de legitimatie van de dwang, is sinds de opkomst van de burgerlijke maatschappij in strijd met daarin geformuleerde burgerrechten. Elke vorm van 'ontrechting', onder toezichtstelling of opsluiting op grond van een geestesziekte blijft in strijd met het ideaal van het vrije individu, dat zonder beperking zijn rechten moet kunnen uitoefenen, en aan plichten moet voldoen. Het symposium stond dan ook in het licht van deze problemstelling.

De vraagstelling wie casu quo welke 'beroepsgroep' de legislatieve macht heeft (gehad) om een 'ontrechting' op grond van een geestesziekte uit te vaardigen en te rechtvaardigen lijkt in Nederland beantwoord te kunnen worden met: de rechterlijke macht.

Schreuder van der Kolk, psychiater en hervormer van de psychiatrische inrichting, was de voorbereider van de eerste Nederlandse krankzinnigenwet. In zijn wetsvoorstel, dat geënt was op de Franse wet, was het met name de psychiater die beoordelende én uitvoerende instantie werd aangaande de opname en behandeling van geesteszieken. Het uiteindelijke wetsontwerp van Van der Kolk werd gewijzigd tegen zijn eigen bedoeling in: het was met name de rechter die de uiteindelijke beslissing nam, op advies van de psychiater. De sterke nadruk op de gerechtelijke procedures heeft, echter niet geleid tot een de-medicalisatie, een psychiatrie met minimale dwang; juist op dit punt moet de vraag naar voren komen in hoeverre 'het juridische' als tegenpool van een monopoliserende psychiatrie gezien moet worden. Nu in het nieuwe wetsontwerp BOPZ een sterke juridisering bestaat in de zin van rechtsbescherming, denk ik

dat de beperkingen - die ook in de geschiedenis te zien zijn - van een juridisering van de geestesziekte naar voren gehaald dienen te worden.

Ik wil in een illustratie nader aangeven, hoe vanuit de 'juridische' oriëntatie de geschiedenis van de wet bekeken wordt. Tijdens het symposium werden door Johan Legemaate (medewerker bij de Stichting Patiënten Vertrouwenspersoon) en Denise de Ridder (Klinisch Psychologe) de opkomst van de mogelijkheid tot vrijwillige opname en de aanwijzing van afdelingen daartoe geanalyseerd als uitholling van de gerechtelijke procedures in de wet van 1884. In 1904 werd het mogelijk dat andere instellingen dan de Gestichten patiënten opnamen, zonder een wettelijke procedure voor die opname. Als een van de aanleidingen vanuit de psychiatrie tot deze wetswijziging wordt genoemd het argument dat er een nieuwe categorie patiënten is, die volgens de procedures van de wet van 1884 niet opgenomen kunnen worden, maar die wel ontvankelijk zijn voor de nieuwe geestes-wetenschappelijke technieken.

Aanvankelijk werden deze afdelingen buiten het gesticht gesitueerd, maar in 1916 werden deze afdelingen middels een wetswijziging tot deel van het gesticht (de zogenaamde open afdeling). Er bestaan veel interpretaties over deze ontwikkeling: de psychiaters voelden zich door de wet van 1884 beperkt in hun bewegingsvrijheid en wilden opname mogelijkheden buiten de wet; het non-restraint-principe werd erkend, en het was een manier om uit het dilemma tussen dwang en zorg te komen. De terechte kritiek op deze ontwikkeling was en is, dat cliënten, die vrijwillig op deze afdelingen opgenomen werden, gemakkelijk naar gesloten afdelingen overgeplaatst konden worden in dezelfde inrichting. Johan Legemaate benoemde de BOPZ mede als de codificatie van deze praktijk: elke vrijwillige patiënt hangt het zwaard van Damocles boven het hoofd, want in de inrichting kun je een rechterlijke machtiging krijgen, ook al kwam je vrijwillig. De BOPZ formuleert dit ook zo: in deze wet worden op 'burgerrechten' uitzonderingen geformuleerd - met name als sprake is van gevaar voor zichzelf of anderen - die ook de vrijwillig opgenomenen betreffen en raken.

Dat de opkomst van de vrijwillige opname nu als een uitholling van rechtsprocedures gezien wordt zoals die in de wet geformuleerd waren, is illustratief voor een eenzijdig juridisch interpretatieschema. Het zegt in feite, dat elke opname of behandeling juridisch ontleed zou moeten zijn. Het is begrijpelijk dat in iedere psychiatrische opname een dwang gezien wordt, maar die blijft inherent aan het bestaan van de huidige instituties.

'Conservatieve' psychiaters hebben gepleit tegen de nieuwe wet BOPZ, omdat een overvloed aan rechtsregels de behandeling verhindert; het nieuwe criterium voor gedwongen opname (gevaar voor zichzelf of anderen, gekoppeld aan een stoornis) wordt door andere psychiaters afgewezen als criterium voor behandeling. De psychiatrie krijgt naar hun mening daardoor de functie van openbare-orde-bewaker, en niet die van therapeutische institutie. Johan Legemaate heeft in 37.5 (1983 nr. 3) de invoering van het gevaarscriterium in de wet een vooruitgang genoemd, omdat het hierdoor moeilijker wordt naar willekeur mensen te doen opnemen. Hij gaat eraan voorbij dat 'gevaar' als criterium een zeer glibberig begrip is, dat het een sociaal criterium is, wat naar willekeur voor verschillende individuen van toepassing kan zijn.

Zie hier een voorbeeld van de huidige discussie rond de wet, waarin een competentie-strijd zichtbaar is tussen disciplines. Het gaat er niet om, de therapeutische pretenties van de psychiatrie in dit debat te laten zegevieren. Het laat zien, hoe beperkt de wet als middel of instrument voor verandering is en welke tegenstrijdigheden dit oproept. Ik heb in dit verslag slechts een beperkt aantal punten naar voren gehaald. Bij het NCGV komt een letterlijk verslag van deze studiedag uit, dat ik iedereen aan kan bevelen.

# KORT en GOED

Korte berichten, signalementen, commentaren, vragen en aankondigingen kunnen in 37.5 terecht onder de kop 'Kort en Goed'. Hebt u iets te melden, meld het dan. Houd er wel rekening mee dat 37.5 een kwartaalblad is: alleen aankondigingen die lang van tevoren gedaan worden hebben effect en alleen berichten die hun nieuwswaarde een poosje weten te behouden worden geplaatst. Scripties, folders, nota's en boeken die u gesignaleerd zou willen zien graag meesturen. Het adres: Kort en Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 37.5, postbus 275,3500 AG Utrecht.

## Baantje verwisselen

De gemiddelde tijd die iemand die in de gezondheidszorg of het welzijnswerk werkt op één stek doorploetert is de laatste jaren fors gestegen. De arbeidsmarkt maakt het haast onmogelijk zo maar weg te gaan wanneer je het ergens bekeken hebt en af te wachten tot zich iets nieuws aandient. Voor hen die het idee hebben dat hun werk en/of hun leven daar onder lijden dient zich nu een oplossing aan: er is een banenuitwisselingsbureau opgericht. Het richt zich op mensen uit alle disciplines van gezondheidszorg en welzijnswerk en bemiddelt ruil. Men kan tijdelijk van baan ruilen - ter verfrissing, om inspiratie op te doen - maar ook definitief.

Wie hiervoor in aanmerking wil komen hoeft geen inschrijfgeld te betalen, maar als een ruil slaagt vraagt het bemiddelingsbureau wel geld: 5 procent van een bruto maandsalaris. Voor folder en inschrijfformulier: 'Bemiddelingsbureau de Non-profit sektor', postbus 50, 2064 ZH Spaarndam.

## Zorghuis

'Zorgen in eigen beheer' heet de nieuwe nota van Het Beterschap. Tegen de achtergrond van bezuinigingen pleit de nota voor een nieuw soort instelling: het zorghuis. Een zorghuis biedt plaats aan 10 à 20 mensen die tijdelijk 24-uurs verzorging nodig hebben. Door de kleinschalige opzet is persoonlijke zorg er mogelijk en kunnen mensen in hun eigen wijk of dorp blijven. Dat maakt het ook makkelijker weer naar de zelfstandigheid of naar het 'eigen sociale netwerk' terug te keren. Al met al een stuk goedkoper dan het bezetten van zieken- of verpleegtehuisbedden. Het behoren van dergelijke huizen is in de ogen van Het Beterschap bij uitstek een taak voor haar leden, de professionele verpleegkundigen en verzorgenden. Die zouden daarmee zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren worden. Voor nadere hulp van artsen, fysiotherapeuten en aanverwanten wendt men zich tot de vertrouwde eerste lijn.

Wie er meer van wil weten kan de nota bestellen: Beterschap, leden betalen f 5,-; niet-leden f 8,50. Maak dit bedrag over op giro 2487360 t.n.v. Het Beterschap te Utrecht, o.v.v. 'Zorgen in eigen beheer'.

## Zij verpleegden

De geschiedenis van de verpleegkunde is beslist heel spannend. Cora Bakker van der Kooy schreef er onlangs een goed gedocumenteerd en informatief artikel over in het Tijdschrift voor Geschiedenis. 'De maatschappelijke positie van verpleegsters in de periode 1880-1940' heet het. Het werk en de scholing van verpleegsters in de loop van die jaren komen ter sprake, maar ook de arbeidsvoorwaarden en de sociale status die daaraan vast zaten. Zelfs politici bemoeiden zich met 'de ziekenverpleging'. Wie weten wil hoe gaat in de bibliotheek op zoek naar het Tijdschrift voor Geschiedenis 96 (1983) p. 454-475. Je kunt het ook bestellen: Wolters-Noordhoff, afd. periodieken, Postbus 567, 9700 AN Groningen, tel.: 050-162189.

Wie hier nieuwsgierig van wordt doet er goed aan zich te wenden tot de Vereniging voor Geschiedenis van de Verpleegkunde. Deze vereniging organiseert verpleegkundig historische dagen en cursussen, geeft literatuur, studiemateriaal en een eigen verenigingsblad uit, en ondersteunt onderzoeksgroepen die zich storten op het terrein van de geschiedenis van de verpleegkunde. De kosten van het lidmaatschap bedragen f 25,- per jaar. Voor nadere inlichtingen: Mevr. J.E. Prinsenberg, Prinses Julianalaan 67b, 3062 DE Rotterdam.

## Ondersteuning

Er bestaat in Nederland een landelijk overleg van plaatselijke en regionale ondersteuningsorganen. Hierin participeren instellingen die werkzaamheden ondersteunen op het gebied van welzijn, educatie en gezondheidszorg. In de loop der jaren hebben zij daarbij tal van ervaringen opgedaan die, nu er geherstructureerd en gedecentraliseerd wordt, wellicht nuttig kunnen zijn voor gemeentebestuurders, gemeente-ambtenaren, ondersteuners, gebruikers, werkers 'en andere betrokkenen'. Daarom hebben ze een brochure uitgegeven: 'Ondersteuning van het welzijnswerk op lokaal en regionaal niveau, uitgangspunten voor (re-)organisatie'. Ze presenteren daarin een aantal uitgangspunten vanwaaruit ondersteuningswerk opgezet kan worden. De brochure kost f 3,50 en is te bestellen bij de Stichting Kontakt Provinciale en Plaatselijke Organen voor Overleg en Advies, Stationstraat 11, 9401 KV Assen; tel.: 05920-18018 t.st. 147, 146 en 148.



# Informeel verzorgd

Vrijdag 30 maart ging het in Amsterdam onder de kop 'Zorg in Beweging' een daglang over 'de opkomst van de informele zorg'. De dag was georganiseerd vanuit 'de Aemstelhorn', en er waren op de discussie over zelf- en mantelzorg zo'n 1000 verpleegkundigen afgekomen. De organisatoren hadden vier sprekers uitgenodigd en vier tegen-sprekers. Dat bleek een goede opzet: de toehoorders kregen de kans niet zich mee te laten slepen door het ene betoog of het andere bracht er alweer van alles tegenin. Je moest haast wel zelf nadenken.

De opposenten gingen soms rechtstreeks tegen elkaar in. Van Beek van het ministerie van WVC beweerde dat we 'gewoon van de feiten' uit moeten gaan en de zaken 'praktisch moeten bekijken'. Hij presenteerde zich als de ambtenaar die, de wisseling der kabinetten trotserend, slechts probeert het algemeen belang te dienen. Kamerlid André van Es kritiseerde die schijn van neutraliteit. Er is wel degelijk sprake van politieke beslissingen, stelde ze. Het ministerie wijst nu naar de consumenten alsof die met hun gulzigheid verantwoordelijk zijn voor alle kostenstijgingen. In plaats daarvan zou het ministerie echter ook kunnen proberen nu eens werkelijk greep te krijgen op medische specialisten en medische technologie.

Soms schoten de opposenten langs elkaar heen. Hattinga Verschure riep mooie beelden op van liefdevolle zorg. Hij had het over thee zetten in verpleegtehuizen. Renée van Aller verbreedde de blik naar achtergronden en gevolgen van mantelzorg. De kostenstijgingen leiden tot pogingen meer greep op de gezond-

heidszorg te krijgen. Maar zolang daarbij mantelzorg centraal gesteld wordt is het gevolg vooral: nog meer onbetaalde zorgarbeid voor vrouwen.

Soms verschilden de opposenten van strategie. Marie-José Willems wilde de dilemma's waarvoor de verpleging staat onder ogen zien. Hoe kan de verpleging in de toekomst en meer beleids- en beslissingsmacht verwerven en de emancipatorische aspecten van zelfzorg de ruimte geven? Jan de Jong sprak over het claimen en uitbouwen van deskundigheid en het versterken van de verpleegkundige identiteit. Informele zorg zou volgens hem moeten worden 'ingepand' en zo het professionaliseringsproces van de verpleegkunde versnellen. Tenslotte waren er opposenten die ieder een eigen weg gingen. De Swaan haalde zijn 'congregatiemiddel' van stal. Dit is een beheersmodel voor gezondheidszorg en welzijnswerk, uit te breiden naar alle aanverwanten. De overheid beheert de kas zodat er eerlijk verdeeld wordt. De bevolking groepeerde zich in congregaties van ± 2500 personen en elke groep kan één of meer deskundigen aanvragen. Hans Achterhuis merkte en passant iets op over de politieke naïviteit van dit model. Verder richtte hij zijn pijlen vooral op de overheid die een zeer liberale, individualiserende vorm van zelfzorg aan mensen op probeert te leggen. Dat staat haaks op solidariteit en van onderop bevochten veranderingen die niet alleen de zorg maar heel 'het leven' betreffen.

Joop van Tijn, die 's morgens al schitterde als voorzitter, kwam in de middagdiscussie nog meer tot zijn recht.

Een drietal andere journalisten kreeg de gelegenheid tot het afvuren van vragen. Erg schokkende werden er niet meer gesteld. Al was er één ding dat opviel. De zaal, die gretig lachte en roezemoeste leek erg in de war over haar eigen belang. Iemand die er op wees dat vrouwen de dupe zijn als er onbetaald gezorgd moet worden kon rekenen op luid applaus. Maar even later leek het verichten van betaalde zorgarbeid weer een schande gevonden te worden. Alsof het eigenlijk allemaal liefdewerk hoort te zijn, en betaling hoogstens te verdedigen valt door middel van een beroep op opleiding en deskundigheid.

Hangt dit - Achterhuis noemde het bezorgd 'masochisme' - samen met de geschiedenis van de verpleegkunde als charitatieve toewijding? Of heeft het te maken met een meer algemeen gebrek aan respect voor zorgarbeid? Over huishoudelijke-arbeids-moraal hoor je tegenwoordig ook verdacht weinig klagen ... Wie de lezingen en de discussies na wil lezen, kan het congresboek bestellen door overmaking van f 15,50 (incl. verzendkosten) op giro 170916 t.n.v. 'De Aemstelhorn' te Amsterdam o.v.v. 'Congresboek'. Het boek wordt dan thuisgestuurd.

## 15 kanten op

'Na Dennenpal ...' heet het boek en het is om van te genieten en te griezelen. 'Op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg' is de ondertitel. En inderdaad: het gaat uitgebreid over zoeken. Hans Spijker en Goof van de Wijngaart hebben met 15 mensen gepraat die allemaal betrokken zijn geweest bij de Werkgroep Gezondheidszorg Utrecht. De WGU is tien jaar geleden ontstaan naar aanleiding van de conflicten rond de zwakzinnigenzorg in Dennendal. In de loop van de tien jaar die volgden zijn er in en om de WGU tal van acties en groepen geboren. Door de 15 interviews heen ontstaat hiervan stukje bij beetje een beeld. Maar de verhalen gaan niet alleen over de WGU, het zijn levensgeschiedenissen. Zo komt wijkgericht wijkverplegen in het ene gesprek ter sprake, Moçambique in het andere. De één zoekt naar andere manieren van werken, de ander naar werk, de derde heeft eindelijk zichzelf gevonden. 'Na Dennenpal...' had als ondertitel 'De zoektochten, van een generatie' verdiend. Want daar gaat het over en dat maakt het ook zo fascinerend. Het boek is uitgegeven bij Uitgeverij Trezor. ISBN: 90 6744 004 3.

## Wetswinkel teruggetrokken

De Klachten en Adviesgroep Psychiatrie te Utrecht, de KLAG, heeft sinds maart 1981 een wetswinkel gedreven op de Willem Arntsz Hoeve. Daar is ze 24 april van dit jaar mee opgehouden. Hoewel de afspraak was dat de wetswinkel toegang zou krijgen tot alle afdelingen zijn er rond de gesloten afdelingen steeds problemen geweest. Het zat de opeenvolgende directies van de Willem Arntsz dwars dat de wetswinkel patiënten die opgenomen waren met een rechtelijke machtiging ook als zij waren weggegaan bleef bijstaan. Slechts wanneer de wetswinkel die hulp zou staken zou zij op de gesloten afdelingen wor-

den toegelaten. De KLAG was het daar niet mee eens. Het ziekenhuis blijft immers de weggelopen patiënten met rechtelijke machtiging wél tot haar patiënten rekenen. En die patiënten hebben juist in hun conflict met dat ziekenhuis behoefte aan steun en (rechts)hulp. De wetswinkel stapt nu op omdat ze van mening is valse verwachtingen te wekken wanneer ze juist voor degenen die de meeste behoefte aan (rechts)hulp hebben niks kan doen. Wel zal de KLAG vanuit haar winkel in de stad Utrecht proberen patiënten van de Willem Arntsz Hoeve zo goed mogelijk bij te staan.

# 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 .....

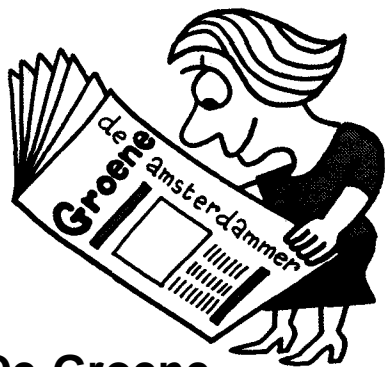
Gironummer .....

Ik betaal: 0 per kwartaal (30,-)  
0 per half jaar (60,-)

Ik betaal na ontvangst van een accept -gi rookaart..

Bon invullen, in open enveloppe doen en sturen naar:

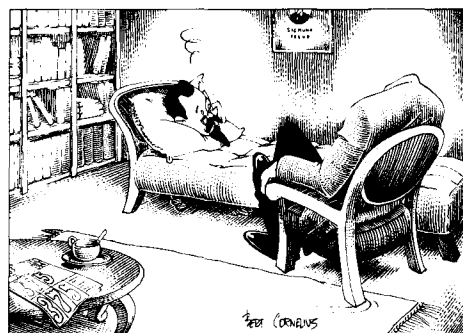
De Groene, Antwoordnummer 26,  
1000 PA Amsterdam



**De Groene  
zeer links van het  
midden**

## NIEUW BIJ Macula:

Een setje kaarten met cartoons van Bert Cornelius.  
8 kaarten met kritische prentjes over het wel en wee in de gezondheidszorg.



U kunt een setje kaarten van 8 stuks bestellen door het bedrag over te maken op gironr. 5441758 t.n.v. uitq. Macula te Boskoop. (1 setje kaarten f 4,- plus f 1,40 porto! bij 2 t/m 3 setjes f 2,10 porto! bij 2 t/m 8 setjes f 2.80 porto) of u kunt gebruik maken van de bestelbon in dit nummer.