

375

TIJDSCHRIFT VOOR

Gemeente
Nr 4 1984 Losse nummers fl. 8,50

GEZONDHEID

& POLITIEK

KWALITEIT VAN DE ZORG

EN VERDER O.A.

Werkloosheid:

Progressief of
praktijkzoekend.

On-onderzoek:

Zonder baarmoeder
minder problemen?

Amsterdam:

Mogelijkheden en
moeilijkheden van
progressieve zorg.

Fotoreportage:

Psychiatrie in Italië



INDEX

Overzicht van artikelen, verschenen in de 2e jaargang van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, 1984.

• Inhoudsopgave no. 3

- 4 **Ombuigen op het spreekuur.**
Jaap Talsma
- 6 **Een vrije vrouwenvestiging.**
Strijd rond vrouwengezondheidscentrum.
Marleen Baerveldt
- 10 **Zwarte apotheken.**
KNMP verliest terrein.
Paul van den Berg
- 13 **Pact met de duivel.**
Vrijwillig verzekerde uitgeleverd.
Theo Waayer
- 15-35 **THEMA: GRENZEN AAN DE ZORG.**
- 16 **Beperkte zorg, betere zorg?**
De knoop van gezondheid en economie.
Jac Drewes
- 22 **De lafheid van het beleid.**
Müller-van Ast over politiseren van de zorg. Interview.
Denhard de Smit
- 25 **Ilendriks tien jaar na de Structuurnota:**
"Ik ben niet principieel tegen eigen risico." Interview
Denhard de Smit
- 29 **Kwaliteit & bezuiniging.**
Guus Schnijvers
- 32 **In de politieke houdgreep.**
Gezondheidscentra in Rotterdam (Thema)
Dick Kaasjager
- 35 **Rotterdam nu.**
Laurent van der Maesen
- 36 **De opiumwet, een historische vergissing.**
Paul van den Berg
- 37 **Artsen onder elkaar.**
De gebreken van het tuchtrecht.
André Knottnerus
- 42 **Bet onrecht van de verlengde arm.**
De onzekere positie van de verpleegkundige.
Renée van Allèr
- 45 **De hoge heren doorgelicht.**
Het verhaal van Jeanne.
Sigrid Sijthoff en Peter Waack
- 48 **Bet vrouwenlichaam als instrument.**
Family-planning in Zuid-Afrika.
Ireen Dubel
- 51 **Magister Foucault.**
De beperkingen van de meester.
Dick Willems
- 54 **Psychotherapie en recht.**
J.H. Hubben. Boekbespreking.
Jos Dute
- 56 **Kort en goed**

• Inhoudsopgave no. 4

- 4 **Gezond? Snel naar de fysiotherapeut.**
Tetske de Wit
- 6 **Zonder baarmoeder minder problemen?**
Twijfels bij een proefschrift.
Frans Vuister
- 9 **Boezo problemen, mevrouw.**
Elma Muller
- 10 **"Ieder stadsdeel in de toekomst een eigen ziekenhuis."**
Gesprek met Amsterdamse wethouder van de Klinkenberg.
Denhard de Smit en Dus Versloot
- 14-40 **THEMA: KWALITEIT VAN DE ZORG**
- 16 **The art of care.**
Het kwaliteitsbeleid van de overheid.
Gabriëlle Verbeek
- 22 **Kwaliteit is onze reclame.**
Vergelijkend warenonderzoek: de huisarts.
Dick de Wolf
- 26 **Kwaliteit in eigen hand.**
De zelfbevlekking van heren op stand.
Gerard Goudriaan en Hein Raat
- 32 **Bet monopolie van Guyton.**
Fysiologie verengd tot buizen en kleppen.
Denhard de Smit
- 36 **Vrouwenarts versus neuroloog.**
Eén ziekte, twee behandelingen.
Pauline van Hessen
- 38 **Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan.**
Juul van Ogtrop
- 41 **Democratische psychiatrie.**
Foto's uit Italië.
Gerlo Beernink en Debbie Liebrand
- 44 **Progressief of praktijkzoekend.**
Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen.
Henk de Vries
- 48 **"Op straat zou ik ze een tik geven".**
Het verhaal van Anet.
Sigrid Sijthoff en Peter Waack
- 50 **Bevolkingsconferentie in Mexico.**
De vrouw beslist in elk geval niet.
Ireen Dubel
- 52 **Gesundheitstag in Bremen.**
Alternatief gezond of gezond alternatief.
Joost van der Meer
- 56 **Kort en goed**

© Tekening: Bert Comelius, tel. 050-349661
Uitgave St. Gezondheid en Politiek/Uitg. Macula

tel. Uitg. Macula: 01727-4381



Overzicht van artikelen, verschenen in de 2e jaargang van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, 1984

• **Inhoudsopgave no. 1**

- 6 **De vakbeweging heeft de greep op de ziekenfondsen verloren.**
Interview met V. Domela Nieuwenhuis (FNV)
Erik Heydelberg en Gilles de Wildt
- 9 **Antipsychotica.**
Minder slikken, maar niet afwijzen.
Paul van den Berg
- 13-33 **THEMA: PARTICIPATIE**
- 14 **De ontdekking van de mondige patiënt.**
Twijfel aan de macht van de gebruiker
Erik Heydelberg
- 18 **Perspectief op vernieuwing.**
Participatie: een uitweg.
Frits Muller
- 24 **Kwaliteit in discussie.**
Gebruikersparticipatie in Holendrecht.
Marieke Bertejs
- 29 **De patiënt blijft buitenspel.**
Wie bestuurt het ziekenhuis?
Jos Dute
- 34 **"Alsof zo'n kind het kan helpen".**
Kindermishandeling: visies en hulpverlening.
Coos Rutgers van der Loeff
- 39 **Boe alternatief zijn de alternatieven?**
Maatschappelijke aspecten van de alternatieve geneeswijzen.
jozef Keulstz, Chunling Kwa en Hans Radder
- 47 **Ontwikkelingshulp in Nederland.**
De wonderbaarlijke rekbaarheid van het begrip Primary Health Care.
Guus Bannenbergh
- 50 **Politieke anatomie van het lichaam.**
David Armstrong. Boekbespreking.
Eddy Houwaart
- 54 **Kort en Goed.**

• **Inhoudsopgave no. 2**

- 6 **Academisch Medisch Centrum.**
Noot bij een feestelijke opening.
- 7 **Bet ziekenhuis, ziet de wijk niet zitten.**
Einde van een zorg-experiment
Ron Helsloot
- 10 **Gezondheid voor allen in het jaar 2000.**
Erik Heydelberg
- 13 **Academisch "Patiënten" Centrum.**
Hugo Smeets
- 16 **De heilsverwachtingen van de antropologische geneeskunde.**
Mijnheer Janssen bij de dokter.
Henk van Bakel
- 20 **De heilsverwachtingen van de antropologische geneeskunde.**
Zin in het leven.
Annemarie Mol en Miriam van Reijen.
- 22 **De universiteit als slokop.**
Academisering van de eerste lijn.
René Breuk en Aafke de Groot
- 25-49 **THEMA: VERPLEEGKUNDE**
Het ongelukkige huwelijk van zuster en dokter
- 26 **Zorgen om de patiënt.**
Het verhaal van Karla.
Sigrid Sijthoff en Gilles de Wildt
- 30 **Dans om de macht.**
Verpleging en professionalisering.
Victor J van Gemert en Truus Spijker
- 35 **Politiseren en verplegen, een duo.**
Frank Bots
- 38 **Autorisatie als fopspeen.**
Verpleegkundige blijft ondergeschikt...
Gerard Goudriaan en Marie-josé Willemse
- 43 **"We lijden aan een Florence Nightingale syndroom".**
Interview met Marianne van Diepen (ABVA/KABO).
Anita Heijltjes en Tjeu Verhagen
- 47 **"Je moet vechten om de macht".**
Interview met Renée van Aller (Het Beterschap).
Anita Heijltjes en Tjeu Verhagen
- 50 **Barsten in een bolwerk.**
Arbeidsomstandigheden ook een zaak van de huisarts.
Peter Groenewegen en Paul Swuste
- 54 **Besturen in de gezondheidszorg: concerns en circuits.**
Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
Boekbespreking
Jos Dute
- 55 **Cancer in Britain: the politics of prevention.** Lesley Doyal
e.a.
Boekbespreking.
Frits Muller
- 56 **Krankzinnigenwetgeving in Nederland.**
Symposium Honderd-jaar Krankzinnigheid (NCGV).
Ronski Kampman
- 57 **Kort en Goed**

GEZOND? SNEL NAAR DE FYSIOTHERAPEUT

De werkloosheid onder fysiotherapeuten is aanzienlijk. Binnenkort zal éénderde van het totaal aantal beschikbare fysiotherapeuten werkzoekend zijn. Ongeveer vijfduizend enthousiaste net afgestudeerde mannen en vrouwen kunnen dan met de armen over elkaar toekijken hoe de al lang niet meer enthousiaste collega's per dag 25 of 30 mensen slechts 20 minuten lang behandelen. Geld moet rollen en het liefst één kant uit.

Gelukkig is er het 'Buitenland'. Daar begrijpen ze tenminste nog hoe ze het weinige geld het meest efficiënt kunnen besteden. Bijna 20 procent van de pas afgestudeerde fysiotherapeuten in den Haag vertrekt: vol goede moed en geestdriftig uitgezwaaid door hun collega's naar de einden der wereld. Onder het devies 'Gaaf heen en vermenigvuldigt u, maar kom vooral niet terug want er zijn er hier al te veel' probeert menig fysiotherapeut elders de vaardigheden op peil te houden. Ook het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie voert een actief emigratiebeleid. Bijtijd en wijle belegt ze voorlichtingsbijeenkomsten over de fantastische mogelijkheden voor een fysiotherapeut in de U.S.A. Ook ijsland, Zweden en Zwitserland zijn in trek, het moet er erg mooi zijn. Je kunt er het hele jaar door bergklimmen en skieën. Ze spreken er alleen geen Nederlands en contactmaken met andere mensen verloopt er toch wel wat stroefjes. Maar je kunt er in elk geval je handjes laten wapperen en dat is altijd beter dan thuis gefrustreerd de boel op stelten zetten. Hier heb je toch geen kans op een baan.

Of toch wel? Er gebeuren in Nederland toch wel goede dingen voor werkloze fysiotherapeuten, er wordt heus hard gewerkt aan meer banen. Neem nou die Vereniging van Opleidingsinstituten voor Fysiotherapie. Die doen pas echt hun best. Zij hebben een projectgroepje ingesteld, dat de mogelijkheden voor de toekomstige fysiotherapeut met betrekking tot de arbeidsmarkt moet gaan onderzoeken. Dit projectgroepje laat er beslissend geen gras over groeien: in een interimrapport doen ze verslag van de bonte verzameling van ideeën voor méér werk. Zo liggen er onbegrensde mogelijkheden op het gebied van de preventie: fysiotherapie voor schoolgaande kinderen en voor de ouder wordende mens. En wie had ooit gedacht dat fysiotherapeuten een buitengewoon belangrijke rol kunnen spelen in de vrijetijdsbesteding? bewegingsles aan diverse groepen, voorlichting en behandeling op muziek- en balletopleidingen. Ook onze trouwe viervoeters ontkomen niet aan de allesziende blik der creatieve fysiotherapeuten. Hier is het echter oppassen geblazen want er zijn kapers op de kust... *'dierenartsen zouden dit gebied echter ook graag zelf willen claimen'*. En wat denkt U van hartrevalidatie *'waarbij de fysiotherapeut preventief doch voornamelijk curatief in de nazorg betrokken zou kunnen worden, met name van de low-risk (??!) groepen'*

Kortom in het jaar 2000 fysiotherapie en een baan voor iedereen. In één klap worden zo de immobiliteitsproblemen van de Nederlandse bevolking én de problemen van de uitkeringsstrekkende fysiotherapeuten opgelost. Omstreeks de eeuwwisseling kan elke fysiotherapeutisch begeleide bejaarde zonder moeite een vogelnestje in de ringen maken. De aankomend fysiotherapeut kan kiezen uit een eindeloze rij van functies: 'ANWB'-therapeut, brugfunctionaris, bejaardentherapeut, stresstherapeut, zwemtherapeut, fysio-ergotherapeut, fysiotherapeut als lid van een

thuis-hulpteam (waarschijnlijk inwonend, lijkt mij het handigst).

En wat zullen we gelukkig zijn. Allemaal, de 'patiënten' die tot in lengte van dagen verzekerd zullen zijn van lenige armen en benen, de aankomend therapeuten die nu niet meer naar het buitenland hoeven, het Genootschap dat vanaf dat moment geen hinder meer ondervindt van de om werk en inspraak zeurende pubers, en natuurlijk de opleidingen. Wat zullen die laatste populair worden: een school waar je voor van alles kunt leren en waar het diploma de garantie voor een baan is. Het betekent het einde van de studentenstops en fusieplannen en het begin van een reeks plannen voor nieuwbouw.

Heeft U ook het gevoel dat ik U voor de gek houd? Het spijt me, maar deze indianen-verhalen zijn echt waar. Een onderzoek onder deskundige fysiotherapeuten naar: onder andere de onbenutte mogelijkheden voor de fysiotherapeut, het ontwikkelen van nieuwe doelgroepen in en buiten de gezondheidszorg en aanpassing van de opleidingen om deze bredere inzet te beoordelen: het is alsof een nieuw merk waspoeder op de markt gebracht wordt. Eigenlijk is het nóg erger, want aan de eventuele 'consument' wordt niets gevraagd! Als werkloze, bejaarde of schoolgaand kind word je straks in het buurt- of clubhuis opgezadeld met zo'n fanatieke fysiotherapeut die vindt dat je vooral veel moet bewegen. Uiteraard onder deskundige leiding.

Met de werkgelegenheidsproblematiek hoog in het vaandel worden kritiekloos nieuwe werkvelden ontworpen. De vraag naar de zin of het doel van de fysiotherapeutische deskundigheid blijft wijselijk achterwege. Dat is stuitend. Steeds, maar weer kiezen voor kwantiteit is kiezen voor de weg van de minste weerstand. Langs die weg is de huidige omvang van de fysiotherapie tot stand gekomen: jarenlang heeft men zich gebied na gebied toegeëigend zonder daarbij na te denken over de consequenties voor de inhoudelijke (kwantitatieve) vorming van het vak. Zo is de fysiotherapie verworpen tot een gigantische luchtbol waar slechts een enkele speldeprik nodig is om een indrukwekkend volume te veranderen in een zielig stukje rubber. Het hele apparaten-imperium bijvoorbeeld, is op deze manier in slechts luttele jaren opgebouwd. Sinds de overheid echter een stokje stak voor het ongelimiteerde misbruik van apparatieve behandelingen creëert men naarstig nieuwe deskundigheden die het geleden verlies aan inkomsten en werkgelegenheid moeten opvangen. Men hanteert zonder omhaal eerder beproefde strategieën met als voornaamste doel het veiligstellen van vijftigjarige werkweek en VOLVO of SAAB.

Het kan ook anders. Verdeel het 'schaarse' werk onder zoveel mogelijk mensen. Laten fysiotherapeuten maar eens om de tafel gaan zitten en praten over de werktijden: het overgaan van een vijftigjarige naar een tweëndertigjarige werkweek zou al heel wat ruimte voor jongere collega's vrijmaken. Het zou heel wat fysiotherapeuten in spé de reis in den vreemde besparen, het zou volop mogelijkheden geven voor een inhoudelijke verdieping in plaats van een verbreding van het vak. Misschien levert het zelfs de nodige rust en bezinning op om binnen het huidige grenzenloos fysio-agogisch handelen eens flink de bezems te keren. Dat vind ik nou eens géén overbodige luxe!

Tetske de Wit, fysiotherapeute

TWEDE JAARGANG, NR. 4, december 1984

kemredactie: Paul van den Berg, Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma
Eindredactionele steun van Ruud Vollebregt.

redactieraad: Ingrid Baart, Henk Bakker, Guus Bannenbergh, Cees van de Berg, Maria Hermsen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, André Knotterus, Greet Lelij, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frits Muller, Miriam van Reijen, Gerrit Salemink, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Harry van Velsen, Rein Vos, Gilles de Wildt, Hans van der Wilk, Goof van de Wijngaart en de kernredactie

37.5, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en uitgeverij Macula; verschijnt viermaal per jaar

ontwerp omslag: Frans Rodermans
typografie: Victor Modderkolk
montage: KLUS, Groningen
tekeningen: Bert Cornelius
foto's: Ine van den Broek
zetterij: zetterij Baptist, Groningen
drukkerij: drukkerij Macula

bijdragen: toesturen aan het redactiesecretariaat: postbus 41079, 9701 CB Groningen; liefst vooraf overleg. Copijvellen op aanvraag.
bijdragen voor het katern "Kort en Goed" naar: postbus 275, 3500 AG Utrecht

advertenties: uitgeverij Macula, Nieuwstraat 26, 2711 XCBoskoop; tel. 01727-4381

güten: Stichting Gezondheid en Politiek, Van Diemberbroeckstr. 149, 6512 BA Nijmegen, gironr. 1461678

abonnements m.i.v. volgende nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).
abonnements m.i.v. volgende komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).

Starten op gironr. 5441758 t.n.v. uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts. voor Gezondheid en Politiek.

losse nummers: f 8,50; verkrijgbaar in de boekhandel of te bestellen bij uitgeverij Macula (portokosten f 2,30). Oude nummers f 5,- excl. porto bij uitgeverij Macula

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Macula.

INHOUD

<i>Tetske de Wit</i>	Gezond? Snel naar de fysiotherapeut	4
	Column	
<i>Frans Vuister</i>	Índer baarmoeder minder problemen?	6
	Twijfels bij een proefschrift	
<i>Elma Muller</i>	Hoezo problemen, mevrouw	9
<i>Dus Versloot</i>	'Ieder stadsdeel in de toekomst	
<i>Denhard de Smit</i>	een eigen ziekenhuis'	10
	Gesl?~Tkmet Amsterdamse weth,9#fler v.d. Klinckenberg	
	...r_A: Kwaliteit van de zorg	14
<i>Gabriëlle Verbeek</i>	i/!;;~kwali~rii~b:i~j4~ ~t of care	16
	overheid	
<i>Dick de Wolf</i>	KWaliteitii!;pnze reclame	22
	Vergelijkend warenonderzoek: De huisarts	
<i>Hein Raat</i>	Kwaliteit in eigen hand	26
<i>Gerard Goudriaan</i>	De zelfbevlekking van heren op stand	
<i>Denhard de Smit</i>	Het monopolie van Guyton	32
	Fysiologie verengd tot buizen en kleppen	
<i>Pauline van Hessen</i>	Vrouwenarts versus neuroloog	36
	Eén ziekte, twee behandelingen	
<i>Juul van Ogtrop</i>	Van oude vrouwen, de dingen die niet voorbij gaan.	38
<i>Gerlo Beernink</i>	Democratische psychiatrie	41
<i>Debbie Liebrand</i>	Foto's uit Italië	
<i>Henk de Vries</i>	Progressief of praktijkzoekend	44
	Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen	
<i>Sigrid Sijthoff</i>	'Op straat zou ik ze een tik geven'	48
<i>Gilles de Wildt</i>	Het verhaal van Anet	
<i>Ireen Dubel</i>	Bevolkingsconferentie in Mexico	50
	De vrouw beslist in elk geval niet	
<i>Joost van der meer</i>	Gesundheitstag in Bremen	52
	Alternatief gezond of gezond alternatief	

Kort en Goed 56

Zonder baarmoeder minder problemen?

Twijfels bij een proefschrift

met dank aan:
Petra de Bruyn
Nollie Hallensleben
Anneke de Jongh
Jan Vuister

Kortgeleden promoveerde de klinisch psycholoog Klaas Wijma op het onderwerp: het functioneren van vrouwen na het verwijderen van de baarmoeder. Zijn conclusie is dat vrouwen er na deze operatie op lichamelijk, psychisch en seksueel gebied op vooruit zijn gegaan. Een niet misse conclusie die, niet in de laatste plaats door nogal wat aandacht in de pers, beroering heeft gewekt. Beroering bij wetenschappers en patiënten. Een actie van georganiseerde van vrouwen zonder baarmoeder ging op het laatste moment niet door. De onderzoeksresultaten hebben op vele plaatsen de nodige argwaan gewekt. De bij het onderzoek gehanteerde methoden zijn in dat licht extra interessant. De promotiecommissie kon zich er kennelijk mee verenigen. Frans Vuister komt tot een geheel andere conclusie.

De resultaten krijgen betekenis, ongeacht de kwaliteit van het onderzoek. Met dit onderzoek in de hand zal het voor gynaecologen nog eenvoudiger zijn het verwijderen van baarmoeders te rechtvaardigen. Dat kwaad is geschied. Tenzij het advies van Frans Vuister massaal gehoor krijgt.

Dat dit onderzoek soortgelijke ontwikkelingen in gang zet toont Elrna Muller aan. Zij schrijft over haar belevenissen als proefpersoon in- spé bij een VOLgendonderzoek van hetzelfde universitaire instituut. Waarom haakte ze af?

Frans Vuister is werkzaam als klinisch psycholoog

Enige tijd geleden zag te Groningen een academisch proefschrift. het licht, dat niet alleen in strikt wetenschappelijke kringen de nodige deining heeft veroorzaakt. Het was de heer (inmiddels Doctor) Klaas Wijma, die in dit geschrift uiteenzet wat de psychische reacties zijn bij vrouwen bij wie in een eerder stadium de baarmoeder is verwijderd.

Voluit luidt de titel van het proefschrift: "Psychological Functioning after Hysterectomy". Het gaat hierbij in essentie om een onderzoek, waaraan schrijver dezes ruim twee jaar geleden zijn steentje heeft bijgedragen, met name waar het de statistische verwerking van de resultaten betrof.

Mij werd verzocht om Wijma's verhandeling van enig commentaar te voorzien en jawel: voor "enig commentaar" bestaat mijns inziens waarachtig wel de nodige aanleiding.

Wanneer Wijma's gevolgtrekkingen consequenties zouden krijgen voor het geneeskundig handelen dan zou er voor de gynaecologische patiënt sprake zijn van een gevaarlijke ontwikkeling.

Wijma's conclusies liegen er niet om: op grond van uitgebreid en langdurig onderzoek onder ruim tweehonderd Noord-Nederlandse vrouwen raakt hij tot de slotsom dat die psychische gevolgen bij vrouwen na een operatieve verwijdering van hun baarmoeder in het verleden links en rechts danig overdreven zijn. En sterker nog: Wijma houdt zijn lezers en niet te vergeten zijn lezeressen voor dat "*...De patiënten in dit onderzoek die een hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder - FV) hadden ondergaan, na de operatie verbeterden in hun psychisch en somatisch welbevinden, meer tevreden waren met de seksuele relatie met hun partner en minder lichamelijk ervaren seksuele problemen hadden*". Verbeterden. Toe maar!

Het is met name deze conclusie, die voor zowel de practizerende gynaecologen maar daardoor ook met name voor toekomstige patiëntes nogal wat implicaties kan gaan hebben, die in het wetenschappelijke wereldje maar ook in kringen daarbuiten in twijfel wordt getrokken. Naar mijn mening is deze twijfel méér dan gerechtvaardigd; een nadere bestudering van Wijma's gedachtingen en de methodes die hij vervolgens gebruikte om zijn toch waarlijk niet kinderachtige onderwerp te bestuderen, onderstreept alleen maar het wantrouwen dat men tegen zijn studie en de resultaten daarvan kan hebben. Ik zal hieronder beknopt proberen uit te leggen hoe deze kli-



Prof. dr. P.E. Boeke en dr. K. Wijma
Foto: Elmer Spaargaren

nisch psycholoog te werk is gegaan en hoe deze werkwijze tot zulke huijveringwekkende gevolgtrekkingen heeft kunnen leiden.

Wankele gevolgtrekking

Laat ons allereerst eens nagaan hoe Wijma zijn onderzoek heeft opgezet en hoe hij er vervolgens kop en staart aan gegeven heeft. Tegen het eind van de zeventiger jaren interviewde Wijma achttien vrouwen in het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Via deze vrouwen trachtte Wijma na te gaan of al die klachten die hij in de literatuur die hij tot op dat moment had gelezen, was tegengekomen (verlies van vrouwelijke identiteit, seksuele problemen, depressie, problemen in de partnerrelatie, psychoneurotische klachten, dit alles optredend ná de operatieve verwijdering van de baarmoeder) ook bij deze achttien vrouwen reeds bestonden op het moment dat de ingreep bij hen plaatsvond. Hier stuiten wij op Wijma's eerste onnauwkeurigheid: hij interviewde vijf van de achttien vrouwen als zij de operatie nog voor de boeg hebben, terwijl dertien vrouwen de operatie al achter de rug hebben. Dit laatste vermeldt hij terloops, maar de vraag die dit gegeven oproept luidt: hoe lang was die ingreep al achter de rug en bovendien: heeft dit op zich zo simpele feit geen beslissende invloed op de uiteindelijke conclusie van deze vóórstudie die luidt: *...Veel hysterectomie patiënten zijn reeds probleempatiënten op het moment (!) dat de chirurgische ingreep plaatsvindt. Een wankele gevolgtrekking, lijkt mij wanneer je beseft dat ruim zeventig procent van de ondervraagden al op de operatietafel*

had gelegen voor het ondergaan van de ingreep die in Wijma's beleving dus kennelijk al die klachten niet veroorzaakt kan hebben. Het lijkt erop alsof er hier een hondje achter zijn eigen staart aanrent.

Voor Wijma en de zijnen is dit alles echter geen beletsel om op grond van dit vooronderzoek "Het Groninger Hysterectomieproject" op te zetten. Laat ons zien wat daaronder moet worden verstaan.

Wijma vroeg ruim 350 vrouwen, die opgenomen waren in een tweetal Groninger ziekenhuizen om aan zijn onderzoek mee te doen. Bij allen zou óf de baarmoeder verwijderd worden óf er zou een andere operatieve gynaecologische ingreep plaatsvinden. Hen werd gevraagd om, vlak voordat ze in het ziekenhuis opgenomen zouden worden, een aantal "vragenlijsten" in te vullen, hetgeen ongeveer een uur zou gaan duren. Daarnaast werd hen in het vooruitzicht gesteld dat zij nog twee keer terug zouden moeten komen in het ziekenhuis om opnieuw dezelfde vragenlijsten in te vullen: eerst een half jaar na de operatie en vervolgens nog een keer één vol jaar na de ingreep. Met dit alles in het vooruitzicht (verschillende vrouwen kwamen van ver buiten Groningen terwijl er geen reiskostenvergoeding in het wervingsprogramma was opgenomen) weigerde slechts een 70-tal vrouwen hun medewerking aan dit omvangrijke geheel, oftewel zo'n 20 procent. Zeker een cijfer waar Wijma trots op mag zijn. Wat hij echter vergeet te vermelden is, dat wanneer een vrouw bij één van de volgende gelegenheden onverhoopt te kennen gaf dat zij verdere medewerking afzag, dit prompt betekende dat zij door de wakkere

onderzoeker zelf werd opgebeld en haar onomwonden te verstaan werd gegeven dat haar participatie voor de wetenschap van een even enorm als wezenlijk belang was en dat zij eenvoudigweg niet kon weigeren... Velen bezweken voor deze druk en zo kon Wijma aan dit schitterende deelnamepercentage komen.

Telt U even na: een kleine driehonderd vrouwen dus, bij wie tot drie maal toe een "gestandaardiseerd interview" en een aantal vragenlijsten moesten worden afgenomen. Dat zijn zo'n negenhonderd ontmoetingen à één uur. Dat moet de toekomstige Doctor heel wat tijd en energie gekost hebben, zult U terecht opmerken. Helaas, alweer mis. Het feit doet zich namelijk voor dat Wijma niet één van deze vrouwen ook maar één keer heeft gezien. Daar had hij, zogezegd, zijn mensen voor: psychologisch assistenten en stagiaires. Het is in psychologisch Nederland een even twijfelachtig als ingeburgerd gebruik om het uitvoerend werk van een wetenschappelijk onderzoek aan anderen (lees: minder betaalden) over te laten, maar hier worden mijns inziens zelfs deze rekkelijke grenzen overschreden. Doorgaan voor een psychologisch expert in gynaecologenland, daarbij promoveren op een kwantitatief gigantisch onderzoek en zelf, ongetwijfeld vanwege constante hoge werkdruk niet één van je "proefpersonen" ook maar één keer onder vier ogen ontmoeten. Het zegt, zo lijkt mij, in het gunstigste geval reeds iets over de emotionele betrokkenheid die Wijma ten aanzien van zijn onderzoek aan de dag legde.

Dubieus onderzoek

Er werd in het onderzoek, zoals hiervoor al opgemerkt, gebruik gemaakt van "vragenlijsten". Wat moet hieronder worden verstaan? Iedereen die wel eens een psychologische test heeft afgelegd zal ze kennen: vaak zeer lange lijsten vol vragen over gevoelens, meningen en gedragingen die je erop nahoudt. Die lijsten kun je goed vinden of niet goed, aardig of onaardig, feit is dat er in de loop der jaren een aantal lijsten ontwikkeld is, waarvan je kunt zeggen dat een geoefend psycholoog er mee uit de voeten kan: deze lijsten meten veelal datgene wat ze pretenderen te meten en ze zijn in vrij hoge mate betrouwbaar. Je kunt je, als het ware, als invuller met een gerust hart aan de vragenlijst overgeven. Ik liet al even het woord "betrouwbaar" vallen, en dat deed ik niet voor niets. Er zijn namelijk ook vragenlijsten in omloop die nog in de kinderschoenen staan, daardoor minder betrouwbaar of

zelfs volstrekt onbetrouwbaar zijn. Daarnaast wordt door de samensteller van de lijst soms gezegd dat ze een bepaalde karaktertrek of emotie meet, terwijl nog lang niet vaststaat dat ze dat ook inderdaad doet; we zeggen dan ook wel dat die lijst (nog) niet-valide is. Samenvattend: er zijn goede, minder goede en bar slechte vragenlijsten.

Toen Wijma zijn onderzoek opzette had hij een aantal vragenlijsten nodig om het psychisch functioneren van de vrouwen TIP de ingreep te kunnen meten. Zeker wanneer een onderzoek zo'n omvang heeft als het zijne, zou je mogen verwachten dat hij daarvoor mogen bewezen, goede vragenlijsten gebruikte. Maar wat geschiedde? Wijma liet zichzelf zo inperken door zijn eigen vraagstelling dat hij zijn toevlucht zocht tot op z'n minst minder goede en in een enkel geval tot slechte vragenlijsten. Daar is hijzelf in een (te) laat stadium van zijn onderzoek - alle vrouwen waren toen inmiddels al drie keer bij zijn assistenten geweest - ook achter gekomen en hij heeft nog met man en macht geprobeerd om via allerhande krachttoeren de kwaliteit van zijn vragenlijsten nog wat op te peppen, maar ook aan het slot bleef het geheel een droevige aanblik bieden: het is alsof iemand met een stuk elastiek de lengte en breedte van een voetbalveld probeert op te meten...

Maar er is meer. Het is in de psychologie gebruikelijk om, wanneer je een zeker effect wilt meten binnen een bepaalde experimentele groep, je pas zeker bent dat dat effect inderdaad valt terug te voeren op de specifieke kwaliteiten van die groep (hier: het niet meer hebben van een baarmoeder) wanneer je eenzelfde effect niet vindt bij een zogenaamde controlegroep. Dat laatste is dus, een groep mensen die in dit geval nog wel over een baarmoeder beschikt. Wat deed Wijma? Hij stelde zijn controlegroep samen uit vrouwen die inderdaad zo gelukkig waren hun baarmoeder nog te hebben, maar die wel te zelfder tijd een gynaecologische operatie hadden ondergaan! Men denke hier bijvoorbeeld aan vrouwen die een stress-incontinentie operatie achter de rug hadden. (Dit is een operatie die kan helpen bij een bepaalde vorm van ongewild urineverlies -red.) Wijma brengt zichzelf met een dergelijke controlegroep danig in de moeilijkheden, zeker wanneer hij zich richt op variabelen als seksuele problemen, verlies van vrouwelijke identiteit, enzovoort. Hij dacht de makkelijkste weg te bewandelen: voor hem stond inmiddels wel vast dat de patiëntes graag hun medewerking verleenden en dacht het

met een dergelijke controlegroep wel te redden.

Wat hij natuurlijk, om later zeker van zijn zaak te kunnen zijn, had moeten doen was zijn controlegroep samenstellen uit in ieder geval in gynaecologisch opzicht niet-zieke vrouwen! Ook had hij kunnen kiezen voor een groep gynaecologische patiënten bij wie géén ingreep plaatsvond. Dan zou duidelijk zijn geworden wat het eigenlijke effect van de ingreep was. Dáár zou het uiteindelijk om moeten gaan. Nu zat hij immers opgescheept met twee groepen die, zoals ook uit zijn resultaten zou blijken, slechts in enkele weinig fundamentele nuances van elkaar bleken te verschillen. Een dergelijk verschijnsel tast de geloofwaardigheid van zijn resultaten wezenlijk aan.

Maar er is meer. Iedere arts die tijdens zijn colleges vroeger goed heeft opgelet, weet dat er een tweetal operatietechnieken bestaat om de baarmoeder te verwijderen: het kan gebeuren via de ordinaire snee dwars over de buik (abdominale hysterectomie), dan wel via de vagina van de vrouw, zodat er dus geen uitwendig zichtbaar snijwerk aan te pas komt (vaginale hysterectomie). Wijma heeft tijdens zijn onderzoek veel belang gehecht aan dit onderscheid, en het is inderdaad voorstelbaar dat de wijze van opereren invloed heeft op het verwerken van het gebeuren door de vrouw. Helaas zal men in het proefschrift vergeefs naar een splitting van de resultaten in dit opzicht speuren, en dat terwijl Wijma toch over een rijstebrijberg aan resultaten beschikte. Vond hij geen verschil? Vond hij te veel verschillen? Wat deed hij en waarom? Ik voer bovenstaand voorbeeld aan, omdat men er een uitputtende rij voorbeelden aan toe zou kunnen voegen. Wijma heeft namelijk ongelooflijk veel weggelaten. Natuurlijk toont zich in de beperking de meester, maar dit is te gek. Honderdduizenden gegevens, en wat er over is gebleven liet zich ruimschoots samenvatten in twintig pagina's van zijn proefschrift. Zoiets dient minimaal verantwoord te worden. Gebeurt zoiets niet, zoals in dit geval, dan levert dat alleen maar extra stof tot twijfel op over hetgeen wel werd gepubliceerd.

Maar er is meer. Ik sprak hiervóór, in navolging van Wijma, reeds terloops een enkele maal over "seksuele problemen". Wijma zelf hanteert het begrip veelvuldig, zonder expliciet te vermelden wat hij daaronder verstaat, of zelfs maar te omschrijven hoe hij het in dit verband toch waarlijk niet onbelangrijke begrip "sexualiteit

van de vrouw" inhoud wenst te geven. Zijn proefschrift lezende kunnen we ons echter wel een idee vormen over de denkbeelden die Wijma aangaande vrouwelijke seksualiteitsbeleving heeft. Zo lijkt het in eerste instantie een teken aan de wand dat men te midden van vele honderden literatuurverwijzingen in het proefschrift tevergeefs zal zoeken naar een verwijzing naar een standaardwerk een afkomstig uit de hedendaagse vrouwenbeweging. Zekerheid krijgen wij echter pas wanneer wij nagaan hoe hij in zijn metingen het begrip "sexuele problemen" heeft geoperationaliseerd. Dan blijkt namelijk dat hij hiervoor een negental variabelen bijeenraapt, waarvan er acht louter betrekking hebben op strikt fysieke uitingen van een al dan niet geslaagd sexueel functioneren van de vrouw (*"Hoe vaak hebt U gemeenschap met Uw partner?" "Hebt U last van pijn bij de gemeenschap?"*, enzovoort). Hier lijkt derhalve, met hoeveel bitterheid ik het ook op moet merken, sprake van een bij uitstek mannelijke interpretatie van de seksualiteit, waarbij ten ene male voorbij wordt gegaan aan kenmerkende vrouwelijke facetten van de seksualiteitsbeleving.

"Na een hysterectomie (...) gaan de meeste patiënten psychisch en sexueel beter functioneren", zo luidt de eerste stelling van zijn proefschrift. Zeker! "Psychisch", zoals gemeten via elastieke meetlatten en "sexueel", zoals gezien door een dikke hoornen mannelijke bril.

Prestige en treurnis

Maar er is meer. Ik laat het echter hierbij. Maar ik laat het hierbij. De geïnteresseerde lezer verwijs ik naar het proefschrift zelve. Resteert de vraag hoe het mogelijk is dat een dissertatie van een dergelijk kaliber toch zo ruim de aandacht heeft weten te trekken. Hoe is het überhaupt mogelijk dat een bloedeloos geheel als het onderhavige onderzoek, op zo een uitgebreide en brede schaal gepubliceerd is? Het antwoord is in mijn ogen voor de hand liggend: bedoeld onderzoek heeft vele honderdduizenden guldens gekost! Sommigen spreken zelfs over ramingen van rond de één miljoen gulden. Het exacte bedrag doet er niet echt toe. Het ging in ieder geval om veel geld, en daarbij dus ook om veel prestige; naarmate het onderzoek vorderde en in een zeker stadium stuk dreigde te lopen, gingen steeds meer hooggeleerden zich ermee bemoeien. Een aanzienlijk aantal mensen is derhalve gedurende meerdere jaren bij het project betrokken geweest. Die investering moest een neerslag hebben en die neerslag

werd gevonden in een even onverbloemde als luidruchtige presentatie (persberichten, interviews en wat dies meer zij). Het zij de jonge Doctor van harte gegund, maar er was natuurlijk meer aan de hand: een academisch politieke kwestie. Het wetenschappelijk apparaat had immers niet voor niets zulke inspanningen geleverd. Jammer alleen dat er zoveel mankracht, geld en prestige verdween in een wetenschappelijk onderzoek dat die naam in feite niet mocht dragen. Jammer ook, dat het onderzoek zo veel treurnis en woede en verdriet onder met name vrouwen teweeg heeft gebracht. Het was het namelijk inhoudelijk niet waard. Daarvoor waren de vóóronderstellingen van het onderzoek van een té twijfelachtig niveau en daarvoor was de methodologische opzet en uitvoering van het geheel té laakbaar.

Tijdens de promotieplechtigheid, eind oktober te Groningen, zei één der promotores, zelf gynaecoloog, dat Wijma de practizerende vrouwe-

nartsen veel had geleerd. Tevens zou hij hen een belangrijke toetssteen aan de hand hebben gedaan, door middel waarvan hysterectomieën nu en in de toekomst beter begeleid, geïndiceerd en uitgevoerd kunnen worden. Het is voorstelbaar dat een aantal betrokkenen in geneeskundig Nederland geïmponeerd is geraakt door de strekking van Wijma's conclusies. Het is daardoor mogelijk dat het proefschrift een meerwaarde wordt toegekend die het ten ene male niet bezit. Wanneer dit laatste plaats zou vinden is er mijns inziens voor patiënten nu en in de toekomst sprake van een zeer schadelijke ontwikkeling. Het is te hopen dat de gynaecologen in den lande echter ten aanzien van het proefschrift, zo slim zullen zijn om het advies te volgen dat ik één der aanwezigen tijdens de promotieplechtigheid zachtjes voor zichzelf uit te berde hoorde brengen: *"Gooi maar in de open haard"*, zo mompelde hij. Weest U daarbij niet bevreesd dat U zich aan het werkje zult branden: het is slechts koud vuur. ••

HOEZO PROBLEMEN, MEVROUW

Het afgelopen voorjaar kreeg ik volkomen onverwacht te horen dat ik een vergevorderd stadium van baarmoederhalskanker had. Op zijn minst zou mijn baarmoeder eruit gehaald moeten worden. Tussen dát moment en het uitgebreidere vooronderzoek door een gespecialiseerde gynaecoloog-chirurg schokte de wereld in en om me heen behoorlijk. Maar het geheel leek nog goed operabel. Er resten mij nog twee dagen om me voor te bereiden op deze toch niet geringe ingreep.

... Of ik mee zou willen werken aan een onderzoek naar de psychische en seksuele gevolgen van baarmoederverwijdering ...

Omdat ik een aantal vrouwen ken bij wie deze ingreep grote problemen heeft opgeleverd, omdat ik zie hoe zelfhulpgroepen van de grond komen voor vrouwen die worstelen met de gevolgen van zo'n operatie en omdat ik heel onzeker was hoe ik zelf zou reageren, leek me in principe zo'n onderzoek heel zinnig. Maar, ik wilde eerst iets meer weten. Dat kon.

Het informatieve gesprek vond diezelfde middag plaats: alle begrip ervoor wanneer het voor mij op dit moment psychisch té belastend zou zijn, ik hóefde natuurlijk niet mee te doen, maar etcetera. En de (assistent van de) onderzoeker toen maar uitleggen hoe het onderzoek was opgezet, helemaal gestandaardiseerd, uitgetest op een aantal proefpersonen, helemaal objectief, enzovoort.

Mijn vragen werden twijfels, ik voelde me steeds kleiner worden: *"mijn seksuele beleving gestandaardiseerd?" "Hé, hòe kun je dat nou via vragenlijsten meten?"*. Verwarring. *"Wát bedoelde hij met seksuele beleving?" "Hoe zo, een -normale- seksuele beleving?"*. Door me heen flitste hoe ik bezig ben om mijn vrouwelijke seksualiteit eindelijk, nu op mijn 36ste, te "ontdekken", dat zoiets niet in de eerste plaats kwalitatief afhangt van mijn aantal orgasmen, laat staan van de tevredenheid van mijn man.

De witgejaste onderzoeker vóór me ging steeds meer een vreemde taal

"Ieder stadsdeel in de toekomst een eigen ziekenhuis"

Gesprek met de Amsterdamse wethouder v.d. Klinkenberg

"Ik vind het een goed idee als de vier grote gemeenten een wat agressievere houding aan zouden nemen". Aan het woord is Tineke van den Klinkenberg over de totstandkoming van een volksverzekering tegen ziektekosten. Financiering en planning zijn ook op gemeenteniveau hete hangijzers: *"Op dit moment is het zo dat de gemeente geen enkele planningsbevoegdheid heeft. Dus moet je het tegenover hogere overheden hebben van je goede ideeën en overtuigingskracht".*

Daarna lijkt het in Amsterdam niet te ontbreken. Nieuwe ontwikkelingen worden gestimuleerd. ~ is er het plan om een voorziening tussen de eerste en tweede lijn op te zetten, waarin huisartsen en het Andreasziekenhuis hecht samenwerken.

Toch is in Amsterdam niet alles rozegeuren en maneschijn. Als vanouds spelen met name de artsen de rol van het verweerde kind dat bang is zijn voorrechten te verliezen: *"Vooral van de medici ondervind je weerstanden daartegen"* (tegen reorganisatie van de eerste lijn). *"Huisartsen zijn in dit land nu eenmaal solisten en kennelijk kan dat niet veranderd worden".*

Een interview dat uitliep op een openhartig gesprek over de mogelijkheden en problemen van een progressief gezondheidszorgbeleid.

Dus Yersloot!
Denhard de Smit



Foto: Ine van den Broek

In het vorige nummer kwamen de landelijke "grootheden" Hendriks en Müller-van Ast aan het woord over financiering en planning in de gezondheidszorg en over politiseren en decentraliseren van beslissingen. In die optiek moeten de provincies en gemeenten in de toekomst een belangrijker rol gaan spelen dan tot nu toe. Dick Kaasjager liet aan de hand van de Rotterdamse gezondheidscentra Ommoord en Randweg zien, dat toenemende overheidsbemoeienis ~ niet altijd even gelukkig uitpakt. Reden genoeg om eens een blik te werpen achter de schermen van de grootste gemeentelijke gezondheidszorgpolitiek.

De gemeente bracht onlangs een nota uit over de eerstelijns zorg. Samenwerken is daarin een belangrijke doelstelling evenals de structuurverandering van de gezondheidszorg.

Waar wil je op uitkomen met de reorganisatie van de eerste lijn?

Ik denk, dat je per wijk instellingen zou moeten realiseren waar de hele eerste lijn inzit. Daar zou iedereen in dienstverband en dus binnen dezelfde organisatievorm moeten werken; uiteraard wel goed gespreid over de wijk. Zo zouden de ontwikkelingen die plaatsvinden binnen de verschillende disciplines op elkaar kunnen worden afgestemd. De instelling zou dan de verantwoordelijkheid hebben voor de zorg in het totale gebied. Dan zou je ook een 24-uurs bereikbaarheid kunnen realiseren. Maar vooral van de medici ondervind je weerstand daartegen. Huisartsen zijn in dit land nu eenmaal solisten en kennelijk kan dat niet veranderd worden. Men voelt zich bedreigd in het eigen vrije ondernemerschap. Natuurlijk spelen er ook belangen van de instellingen van andere disciplines, maar daar valt volgens mij nog wel doorheen te komen.

Met behoud van de kwaliteit, die op dit moment door de verschillende disciplines geleverd wordt, moet het ook mogelijk zijn om de zorg zo goed mogelijk bij de mensen terecht te laten komen. Dat is de winst die je door verandering van de organisatie bewerkstelligt. Nu vallen er mensen tussen wal en schip door onvoldoende communicatie tussen verschillende disciplines. Als je 's nachts iets krijgt, kun je de huisarts bellen, maar als je op dat moment om gezinsverzorging zit te springen, is het al veel moeilijker.

Dus als doelstellingen van een structuurverandering, in de eerste lijn hanteer je de 24-uurs bereikbaarheid en het verbeteren van de communicatielijnen?

En ook het samen verder ontwikkelen van het vak. De afgelopen 20 jaar is er al zoveel veranderd in de huisartsenpraktijk, in de wijkverpleging. Je zult samen verder moeten ontwikkelen wie precies wat doet; wat bij het vak van de één en wat bij dat van de ander hoort. Daar moet ook afstemming plaatsvinden, zonder dat iedere beroepsgroep zich bedreigd voelt. Men is bij het zoeken naar de eigen identiteit erg bang, dat een ander daar wat vanaf pikt, terwijl ik denk dat het er gewoon om gaat, dat iemand problemen heeft; vaak is dat een cluster van problemen. Zo iemand moet zo adequaat mogelijk in de wijk geholpen worden.

Vind je dat mensen keuzemogelijkheden moeten houden, niet alleen wat de personen betreft, die ze te hulp roepen, maar ook ten aanzien van de vorm van de zorg? Er moet wel keuzemogelijkheid zijn. Als iemand je niet bevalt, een huisarts of wie ook, dan moet je naar een ander toe kunnen. In de vorm, die ik geschetst heb kan dat blijven bestaan. Het overkoepelende geheel is nodig om duidelijke afspraken te maken, om datgene wat nu niet goed geregeld is goed te regelen, en ook om de medische discipline enigszins te vermaatschappelijken. Een arts is voor mij gewoon een gezondheidswerker, niks bijzonderder dan een maatschappelijk werker of een verpleegkundige. Dat betekent, dat je op den duur toe moet naar een dienstverband voor huisartsen. Dan zal er natuurlijk wel een oplossing voor de goodwill-problematiek moeten komen. (Good-will is het geld dat gemoeid is met de overname van een praktijk door een nieuwe arts-red.).

In de Amsterdamse politiek bestaat een beetje het idee, merk ik, dat de Amsterdamse huisartsen wel snor zitten. Allemaal hoogbetaalde types die wel veel klagen, maar ondertussen gewoon hun eigen stek zitten warm te

houden. Dat is een beeld dat helemaal niet klopt met de werkelijkheid. De praktijken zijn over het algemeen immers vrij klein.

In de eerstelijns nota van de gemeente Amsterdam wordt samenwerking als belangrijkste doelstelling genoemd. Die samenwerking is nodig om tot integrale hulpverlening, en verandering van het ziektebegrip te komen. In die nota staat ook dat gezondheidscentra het meest geschikt zijn om die samenwerking te bereiken. Daar wordt ook uitvoerig aandacht aan besteed. De vele solo-huisartsen die in andere werkvormen dezelfde doelstellingen nastreven wordt in deze nota geen perspectief geboden. Want nu werken er zo'n 60 huisartsen in 10 gezondheidscentra, maar je kunt toch niet voor die overige 360 huisartsen in Amsterdam de komende 20 jaar de stad vol met centra zetten; als ze daar al willen werken?

Die conclusie is inmiddels bijgesteld. Er staat nu, dat gezondheidscentra naast andere vormen van samenwerking moeten voorkomen. Samenhang is belangrijk. In welke vorm dan ook. In iedere wijk zou in elk geval een gezondheidscentrum moeten zijn, naast solistisch werkende eerste-lijners die samenwerkingsverbanden met elkaar hebben. Omdat een gezondheidscentrum een gezamenlijk gebouw betekent, creëer je daarmee natuurlijk wel uitstekende voorwaarden om tot samenwerking te komen.

"Een arts is voor mij gewoon een gezondheidswerker ...".

Moeten die gezondheidscentra dan als zuurdesem gaan werken naar de solisten?

Nee, want een gezondheidscentrum is niet de enige mogelijke vorm van vergaande samenwerking. Je ziet dat ook andere vormen van samenwerking zijn uitgekristalliseerd. Ik denk, dat het gewoon goed is, als elke wijk één zo'n voorziening heeft en dat de mensen de keuze hebben om daarheen te gaan of niet.

Hoe ben je tot die wijziging in de nota gekomen?

Vanuit volksgezondheid hebben we de afgelopen jaren veel tijd en energie moeten steken in het realiseren van gezondheidscentra. Vergeet niet, dat het ongelooflijk moeilijk is om een gezondheidscentrum van de grond te krijgen. In Amsterdam is er een aantal gestart, zonder dat praktijken werden ingebracht. Dat heeft tot nogal wat aanloopkosten geleid. Dat verklaart de wat eenzijdige nadruk op gezondheidscentra, zoals deze uit de eerste nota sprak, wel enigszins.

Oorspronkelijk was een van de ideeën achter de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg om te komen tot een decentralisatie van bestuur en planning. Men wilde die naar een lager overheidsniveau brengen. De WVG wordt nu veranderd in een Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening. Je ziet nu langzamerhand de concrete invulling daarvan duidelijk worden. Als je daarbij de situatie in Amsterdam in ogenschouw neemt, dan kun je je afvragen of er echt meer ruimte voor de gemeente zal komen om een eigen beleid te voeren. Staatssecretaris van der Reijden poneert nu bijvoorbeeld de drie promille norm voor de ziekenhuizen (3 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners). Laat je die norm los op Amsterdam en bezie je de bestaande nieuwbouw - die je toch eigenlijk niet kunt opdoeken - dan is verschuiving binnen de tweede lijn

eigenlijk niet meer mogelijk. Je zult grote ziekenhuizen blijven houden.

Op dit moment is het zo, dat de gemeente geen enkele planningsbevoegdheid heeft. Dus moet je het tegenover hogere overheden hebben van je goede ideeën en overtuigingskracht. Wat dat betreft, zijn er ook wel vorderingen gemaakt. Ik noem ons "psychiatriebeleid". Aanvankelijk zaten gemeente en provincie in één ambtelijke werkgroep, maar onze ideeën lagen zo ver uit elkaar, dat de Amsterdamse ambtenaren op een gegeven moment uit die werkgroep teruggetrokken zijn. De gemeente heeft toen haar eigen plannen opgesteld om daarmee de hogere overheden te kunnen bestoken. Inmiddels zijn we zover, dat we hierover tot een gemeenschappelijk protocol met de provincie zijn gekomen. Dat moet ook wel, anders kun je nooit resultaten behalen, maar blijf je als pressiegroep in de marge opereren. Mijns inziens is er nu sprake van een werkbaar compromis, waarin een groot deel van onze ideeën gerealiseerd kan gaan worden. Er is nu ook een stuurgroep gevormd, samen met gedeputeerde Korver. Die moet het planningsproces begeleiden. Uit het feit, dat ik als Amsterdamse wethouder van volksgezondheid voorzitter van die groep ben geworden, blijkt dat de provincie erkent, dat het zwaartepunt van de voortgaande planning van de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam bij het gemeentebestuur hoort te liggen.

Wat de ziekenhuizen betreft, hebben gemeente en provincie helemaal gezamenlijk opgetrokken. Amsterdam stelt zijn eigen bouwprioriteiten. Daarover spreekt de provincie zich natuurlijk wel uit, maar de Amsterdamse prioriteitenlijst blijft een aparte bijlage bij de provinciale stukken. In feite moet je nu dus op twee paarden wedden. We kunnen proberen de Amsterdamse projecten zo hoog mogelijk op de provinciale lijst te krijgen en als dat helemaal niet lukt, kunnen we het nog een keer bij van der Reijden proberen.

Wat betreft de beddenreductie in ziekenhuizen zijn we nu nog bezig om de 3,7 promille norm uit te voeren. In Amsterdam heb je met nogal wat complicerende factoren te maken; bijvoorbeeld een van het gemiddelde afwijkend aantal bejaarden en kinderen. Zo zijn we nog in de slag over het aantal geriatriebetten in het Slotervaartziekenhuis. Bovendien heb je met twee giganten te maken: het Academisch Medisch Centrum

"... als de academische ziekenhuizen niet gedwongen worden hun deel aan de beddenreductie bij te dragen, dan wordt het voor de algemene ziekenhuizen een onmogelijke opgave ..."

(AMC) en het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit (AZVU). Hun "onderzoeks- en wetenschap-bedden" proberen we buiten de 3,7 promille norm te houden. Maar als de academische ziekenhuizen niet gedwongen worden hun deel aan de operatie bij te dragen, dan wordt het voor de algemene ziekenhuizen een onmogelijke opgave, omdat zij dan voor de hele beddenreductie moeten opdraaien.

Overigens kunnen we constateren dat het AMC bij de fusie tussen het Binnengasthuis en het Wilhelmina Gasthuis (de voormalige academische ziekenhuizen van de gemeentehuisvesting) als eerste bedden heeft ingeleverd. Sindsdien moet het eerste bed in Amsterdam nog ingeleverd worden.

Die klus van de 3,7 promille zal eerst moeten worden geklaard. Wat er dan verdergaand mogelijk is, zal mijns inziens sterk afhangen van de vraag of het je lukt de eerste lijn zodanig te reorganiseren, dat je daár de verkorting van de verpleegduur in de ziekenhuizen kan opvangen. Daarbij moet naar mijn idee de kost voor de baat uitgaan.

Natuurlijk zitten er grenzen aan wat AMC en AZVU kunnen inleveren. Maar ze zullen hun aandeel in de beddenreductie moeten leveren en dan blijft er volgens mij ruimte voor een voldoende aantal algemene ziekenhuizen in Amsterdam. Het gemeentebestuur staat voor ogen, dat ieder stadsdeel in de toekomst in elk geval over een ziekenhuis beschikt. Heel mooi zou het zijn, wanneer elk ziekenhuis in zijn basisfuncties een sterke relatie legde met een goed georganiseerde eerste lijn binnen dat gebied. Dat zou ook moeten gelden voor AMC en AZVU, zodat ze naast hun topklinische functies, ook een functie voor hun stadsdeel vervullen.

De gemeente wil nu een poliklinische voorpost van het Andreasziekenhuis op het terrein van het inmiddels gesloten Wilhelmina Gasthuis vestigen. Uit de samenwerking met de eerstelijnsvoorzieningen in de wijk (A'dam Centrum/Oud-West) zou een tussenvoorziening moeten groeien. In de toekomst komt het hele ziekenhuis over. Toen in Amsterdam Zuid-Oost het AMC begon te draaien ging de voorpost Ganzenhoef daar dicht. Is het niet reëel dat hetzelfde met de voorpost op het WG-terrein gaat gebeuren?

Dat gevaar is er natuurlijk. Maar als je er daarom niet aan begint, bereik je niets. Je kunt inhoudelijk zeggen: we zetten het op en gaan er iets goeds van maken, kijken hoe het functioneert. Wellicht overtuig je van daaruit het Andreasziekenhuis van andere werkwijzen en kun je in de toekomst in Centrum/Oud-West tot een andere relatie komen tussen de eerste lijn en zo'n ziekenhuis.

Er is veel wantrouwen bij de huisartsen die mee moeten gaan draaien in de eerstehulp post.

Het gaat er nu eerst om die voorziening daar te krijgen. Daarbinnen moeten we dan de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn uitwerken. Wat daar uitkomt moeten we zien behouden. Als de planningsbevoegdheid bij de gemeente zou liggen, dan zou je over 10 jaar hierover veel meer te zeggen hebben. Ik zit er vooral zo achterheen dat het "Andreas" op het WG-terrein komt, omdat er dan een betere verdeling van ziekenhuisvoorzieningen over de stad komt. Er schuift dan in elk geval 1 van de 3 ziekenhuizen in Amsterdam-West op in de richting van het centrum, waar nu niets is. Met zo'n verdeling wordt het ook beter mogelijk regiogewijs te gaan werken.

Van der Reijden is enthousiast. Volgens ons, omdat in die situatie huisartsen een stuk ongehonoreerd werk gaan doen. Welke garanties zou je als gemeente aan die huisartsen kunnen bieden?

Je moet je niet laten leiden door wat anderen ervan vinden, maar door wat je zelf wilt realiseren. Ik ben best bereid om in dat kader te bekijken of er over andere suppleties moet worden gepraat. Maar ik denk, dat dat heel moeilijk wordt, omdat met name de ziekenfondsen er niet happig op zullen zijn. Voor hen

hoeft er helemaal geen ziekenhuis naar de binnenstad te komen. Ze vinden het wel best zo.

Als de gemeente echt invloed op de hulpverlening wil uitoefenen zal naast de planningsbevoegdheid ook de financiering gedecentraliseerd moeten worden. Daar lijkt nog weinig van terecht te komen.

Men is op dit moment bezig om financieringsoverzichten van de gezondheidszorg te maken. Dat wil zeggen; er wordt precies bekeken hoeveel geld er voor de 700.000 inwoners van Amsterdam in de gezondheidszorg wordt gepompt. Over het bedrag dat dit oplevert zou Amsterdam in de toekomst moeten gaan beschikken.

Van der Reijden wil een constructie maken waarin de financiering ondergeschikt wordt aan de planning. Het is natuurlijk maar de vraag of ze daar op het ministerie uitkomen. Als het zou lukken en je zorgt binnen de gemeente voor een zorgportefeuille, waarin én de gelden van de maatschappelijke dienstverlening én die van de gezondheidszorg bij elkaar komen, dan kun je van daaruit gaan werken. Dan kun je als overheid structuren creëren, waarbinnen de inhoud het beste geregeld kan worden. Het is niet de eerste taak van de overheid, denk ik, om zich over de precieze inhoud uit te spreken.

Van der Reijden zal wel iets moeten doen aan een beheersbare financieringsstructuur. Zowel Hendriks, als Ina Millier zeggen dat sturing van de geldstromen alleen goed kan middels een volksverzekering. Van der Reijden wil dat niet. Het lukt hem volgens ons dan ook nooit om zo'n structuur wel te realiseren. Zo zit je straks wel met bevoegdheden en vooral de politieke verantwoordelijkheden, maar je kunt feitelijk niets, want je hebt het begrotingsinstrument niet in handen.

Dat is inderdaad zo. Met de huidige financieringsstructuur kan de gemeente Amsterdam niet zeggen, dat de maximum-omvang van een praktijk 2000 patiënten moet zijn, want dan moet je ook de honorering kunnen aanpassen. Anderzijds kun je dus ook niet zeggen: in een bepaalde wijk zitten zoveel probleemgevallen, daar zou nog een praktijk bij kunnen. Een nieuwe wettelijke regeling zou daar juist aan moeten voldoen. Ik denk dat we een nieuwe structuur straks moeten beoordelen, op de vraag of de financiering inderdaad ondergeschikt wordt aan de planning.

Het conflict rond de volksverzekering, dat nu uitgevochten wordt, is tegelijk een conflict om de sturing van de geldstromen. Dus van groot belang voor de gemeenten. Uit wat jij zegt spreekt een afwachtende houding van de gemeente Amsterdam. Jullie zouden in deze agressiever kunnen optreden.

Ina Müller heeft gelijk als ze zegt, dat je een volksverzekering nodig hebt. Ik heb me hier nog niet zo mee bezig gehouden. Er staan tenslotte ook andere dingen op de rol. Ik vind het een goed idee als de vier grote gemeenten een wat agressievere houding zouden aannemen. Ik zou daar met Ten Have van Rotterdam een keer over kunnen gaan praten en ook met Ina Müller.

In de discussie over de decentralisatie binnen de gemeente hebben we geconstateerd dat we ons nu te weinig met het gebied van de wetgeving bezighouden. We komen daar niet aan toe, omdat je wordt opgeslokt door alles wat er in zo'n grote stad gebeurt. Een college van B&W moet zich overal mee bezig houden; van de kleinste splinter tot en met de grootste problemen.

Het zou goed zijn om vanuit de ervaring die je hier

opdoet ideeën op het gebied van wetgeving verder uit te werken. Als we bevoegdheden aan stadsdeelraden overdragen, krijgen we misschien meer ruimte om met dit soort vraagstukken aan de gang te gaan.

Aan jouw kandidaatstelling vanuit de CPN is nogal wat discussie vooraf gegaan over feminisering van de (politiek van de) CPN, met onder andere als doel feminisering van het gemeentebestuur. Wat komt daar in de praktijk van terecht? In de eerstelijns nota konden we er niks over terug vinden.

Het staat er wel in. Onder vrijwilligerswerk en zelfhulpgroepen: "...dat de grote stad voedingsbodeme is voor vernieuwende en emancipatorische ontwikkelingen. In die sfeer worden juist door vrijwilligers en vrijwilligsters veel activiteiten ontplooid. We denken hierbij met name aan de vrouwenbeweging, waar VIDO-groepen, zelfhulpgroepen vrouwen rond "Stichting de Maan" en het vrouwengezondheidscentrum belangrijk vrijwillig werk tot verandering van de gezondheidszorg verzetten".

Er wordt wel aparte aandacht besteed aan ethnische minderheden en drugsverslaafden.

Aandacht voor de positie van vrouwen is er sowieso in het personeelsbeleid van de gemeente. We zijn nu ook bij de posterioriteiten-operatie aan het kijken, hoe dat uitvalt. Dat het niet de vrouwen zijn die het eerst verdwijnen.

Voor wat betreft de gezondheidszorg is er nu een groep die zich op landelijk niveau bezighoudt met emancipatie en gezondheidszorg. Daar zit ook een ambtenaar van onze afdeling volksgezondheid is. De afgelopen tijd zijn ook vrij veel subsidies ingezet voor vrouwenwerk binnen de gezondheidszorg. Onder andere voor een aantal initiatieven die in de nota genoemd worden. Het zit hem dus in hele concrete voorzieningen, die een uitwaaiend effect kunnen hebben op de hele gezondheidszorg. Via die invalshoek trachten we de emancipatie te bevorderen.

Daaruit spreekt een heel andere optiek, dan bijvoorbeeld die van het vrouwengezondheidscentrum in Utrecht, die het als een aparte voorziening blijft zien.

De kennis en ervaring, die vanuit kleine projecten wordt opgedaan, moet doorwerken binnen de algemene voorzieningen. Aparte voorzieningen, die je binnen dat kader creëert moeten een voortrekkersfunctie hebben.

In Amsterdam wordt de huisartsenstand niet volstrekt gedomineerd door mannen. Als je naar een vrouwelijke huisarts wil dan kun je die ook vinden. Een vrouwengezondheidscentrum of een stichting de Maan (geestelijke gezondheidszorg) biedt vrouwen, die een bepaalde kant op willen in de hulpverlening, een aanknopingspunt. Daar kun je ervaringen uitwisselen, maar ook kan er aan theorie-ontwikkeling gewerkt worden.

Ik denk dus niet aan een tweede vrouwengezondheidscentrum. Ik zou er ook niet voor zijn om de gezondheidszorg op te gaan delen in voorzieningen voor mannen en voorzieningen voor vrouwen enzovoorts..

1 Naast de auteurs nam ook Gerrit Salemink aan het gesprek deel.

2 Het psychiatrie-beleid in Amsterdam is op geheel nieuwe leest geschoeid. Zie hiervoor bijvoorbeeld: Gekte dat lijden aan de wereld, Egbert van de Poel over de vernieuwing van de Amsterdamse geestelijke gezondheidszorg; de Groene Amsterdammer, 4 juli. 1984.

KWALITEIT van de ZORG

"De kwaliteit van de zorg" is een hoera-woord gewoos, zorg met kwaliteit" een ideaal dat iedereen die iets met gezondheidszorg te maken heeft lijkt te willen delen. Kwaliteit is oké, wie zou daaraan durven te twifelen? Maar is de eensgezindheid wel zo groot? Als 'de kwaliteit van de zorg' iets was waarvan simpelweg méér of minder aanwezig kan zijn, was het simpel: iedereen wilde dan veel kwaliteit, slechte zorg zou dan lijden aan te weinig kwaliteit. Maar zo eenvoudig ligt het niet. Het probleem van de kwaliteit is niet kwantitatief, het gaat niet om meer of minder, veel of weinig. Het probleem van de kwaliteit is juist een kwalitatief probleem. *Wat voor soort zorg noem je goed?*

In plaats van nog eens te herhalen dat 'de kwaliteit van de zorg' heus erg belangrijk is, stellen de auteurs die in het themadeel van dit nummer van het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek aan het woord komen dan ook allerlei lastige vragen. Wie staan er klaar om 'de kwaliteit' te bewaken en welke doelen worden daarmee gediend? Wat zijn precies de criteria waaraan door deze en gene kwaliteit wordt afgemeten? Wat noem je in de praktijk van het dagelijkse zorgen 'goede zorg'?

Zo wordt dit een eerste poging te ontrafelen hoe de strijd om de kwaliteit deel uitmaakt van het gevecht om de gezondheidszorg.

De discussies die rond 'kwaliteit' mogelijk zijn, worden met dit nummer volstrekt niet uitgeput, integendeel, dit is slechts een voorzichtig begin. Om de drie subthema's die zullen worden aangesneden te introduceren volgt deze inleiding, als mogelijke rode draad tussen de verschillende verhalen.

Beleid

De eerste twee artikelen gaan in op het beleid rond kwaliteit. Twee groepen van plannemakers worden belicht: Gabriëlle Verbeek onderzoekt de Nederlandse overheidsdienaren, Hein Raat en Gerard Goudriaan nemen de medische beroepsgroep onder het mes. Zo wel ambtenaren als georganiseerde medische stand manoeuvreren tactisch, beide groepen lijken er op uit al te grote botsingen te vermijden en tot een terreinverdeling te komen. Het zorggebied wordt door die manoeuvres verdeeld in twee terreinen: de "organisatie" en de "inhoud". De overheid neemt steeds

grotere delen van de organisatie voor haar rekening, en de medici laten dat toe zolang de inhoud maar een zaak van "de professies" blijft, en liefst van de medische professe natuurlijk.

Ambtenaren die zich met de kwaliteit van de zorg bezighouden bemoeien dan ook niet met precieze criteria waaraan de inhoud van de zorg moet voldoen. Ze zien er slechts op toe dat er "georganiseerd wordt voor" de kwaliteit van de inhoud van de zorg. Ze helpen aparte toezichthoudende instanties in het leven te roepen die anderen inhoudelijk in mogen vullen. De verzelfstandiging van de organisatie zet ook een ander proces

in werking. Kwaliteit van de zorg gaat in het ambtelijk jargon "kwaliteit van de organisatie van de zorg" betekenen. Men benadert "de organisatie" daarbij niet vanuit de vraag welk type zorg ze oplevert, maar "als organisatie", vanuit tal van organisatorisch-technische criteria. Is er overleg, zijn de werkteerren van verschillende voorzieningen nauwkeurig afgebakend, worden middelen efficiënt besteedt... Organiseren wordt een deskundigheid op zich, met eigen kwaliteitseisen en een eigen type professionals. Wij dienen ministers van elke politieke kleur, zeggen de ambtenaren!

Onder de hoede van de medici wordt ook de inhoud van de zorg verzelf-

standig. In plaats van ruimte te bieden aan brede vragen naar het lijden en de behoeften aan zorg van mensen, de achtergronden daarvan en de beste manier om er aan tegemoet te komen, wordt het vraagstuk van de kwaliteit van de inhoud van de zorg verlengd tot een vraagstuk van de juiste toepassing van gangbare medische kennis. Daarmee verdwijnt de maatschappelijke samenhang waarbinnen zorg plaatsvindt uit het zicht, maar bovendien worden zo ook tal van dagelijks terugkomende inhoudelijke zaken buiten de kwaliteitsdiscussie gelooft. Vragen naar hartelijkheid en openheid in de omgang met mensen bijvoorbeeld. Maar ook vragen als: dient een goede zorg vooral bij te dragen tot een lang of tot een gelukkig leven? Is het goede zorg iemand die toch niet meer uit coma zal raken kunstmatig te beademmen?

Dergelijke kwesties zijn niet oplosbaar door te verwijzen naar statistische kansen op resultaat, het gaat hierbij om "levensvragen". Dat de dokters achter de knoppen zitten wil nog niet zeggen dat zij op die vragen betere antwoorden kunnen geven dan andere mensen... Wat gaat er gebeuren, met dergelijke vragen, nu de kwaliteit in protocollen verstoppt wordt?

Deskundigheid

Het vraagstuk de kwaliteit van de zorg wordt verdeeld door ambtenaren en dokters; die ieder op grond van hun deskundigheid een stukje claimen. De ambtenaren noemen zichzelf organisatie-deskundigen, de dokters: werpen zich op als voornaamste inhouds-deskundigen. Daarmee verdwijnen er series relevante vragen onder tafel. Maar er valt ook meer te zeggen over datgene wat wel aangepakt wordt. Kijk, als ambtenaren beweren dat organiseren "niet politiek" is, maar "gewoon een vak dat je kunt leren" en dat neutrale middelen worden aangewend om doelen te bereiken die elders zijn vastgesteld, dan hoef je dat natuurlijk niet te geloven. De maatregelen van departementen, provincies en gemeenten ten aanzien van gezondheidszorg bevatten wel degelijk politieke keuzes tot in hun details, die voor sommige groepen in de samenleving anders uitpakken dan voor andere, zoals dat zo mooi heet. Binnen links bestaat er een lange en stevige traditie als het gaat om het becritiseren van neutraliteitspretenties van beleid.

Ten aanzien van de neutraliteitspretenties van de medische kennis bestaat zo'n traditie van kritiek niet. Er zijn wel "linkse" bezwaren tegen deskundigheid gewoont, maar de teneur daarvan is meestal dat de deskundigen hun grenzen te buiten gaan. Ze bemoeien zich met zaken die hen niet aangaan: de medisch-technische aanpak overspoelt terreinen waar menselijkheid meer op haar plaats

is, en heeft al te veel maatschappelijke invloed.

Hoe staan de zaken er voor op het gebied dat men in het algemeen aan "medisch-technische" diagnostiek en therapie toewijst? Heeft binnen die grenzen de deskundigheid wel gelijk? Is er wel één "deskundigheid"? In dit nummer beschrijft *Pauline van Hessen* een ruzie tussen een neurologische en een gynaecologische aanpak van één en hetzelfde probleem. *Denhard de Smit* laat zien hoe 's werelds, meest gelezen fysiologieboek de indruk probeert te wekken de waarheid in pacht te hebben. De medische kennis, zo spreekt uit beide verhalen, is niet eenvormig. In de kliniek circuleren verschillende manieren om een probleem aan te pakken, in boeken en tijdschriften worden lichamen op vele verschillende manieren beschreven.

De keuze tussen de ene aanpak en de andere is er niet simpelweg één tussen meer of minder resultaat, meer of minder waarheid. Medische benaderingen verschillen onderling. Chirurgen zijn eerder geneigd een maagzweerpatiënt te opereren, internisten schrijven liever medicijnen voor. Men legt verschillende prioriteiten, vindt verschillende dingen belangrijk. De ene discipline let meer op de vorm, de andere meer op de functies bij het onderzoeken van een lichaam, voor een derde is het het belangrijkste hoe iemand zich in het dagelijks leven redt. De controversen in de geneeskunde zijn niet zomaar voorlopige geschilpunten, die met "betere communicatie" of "meer onderzoek" uit de wereld geholpen zullen worden. Soms zijn het fundamentele verschillen, waarbij veel tegelijk op het spel staat. Wie de inhoud van de zorg ter discussie wil stellen kan dan ook niet aan de grens van het medisch-technische ophouden, of alleen proberen die grens terug te dingen. De strijd om de kwaliteit speelt zich ook af in het hart van de medisch-wetenschap!

Dag~lil<se~Jl~n

~!~fi~

dici doen het soms voorkomen alsof de inhoud van de zorg voornamelijk bepaald wordt door kennis en kundigheden, en ook andere gezondheidsprofessies beginnen daar sterk in te worden. In de praktijk van het dagelijkse zorgen zijn er echter oneindig veel méér factoren die een rol spelen. Op een zeker moment kan het in de ogen van de dokter "medisch gezien" wel het verstandigst zijn dat deze meneer afvalt, maar na een stuk of wat mislukte diëten schrijft diezelfde dokter toch maar medicijnen voor 'als de galpijpen opspelen. Op grond van haar "kennis" kan de fysiotherapeute wel menen dat deze mevrouw beter niks kan tillen,

maar ze heeft een baby en een peuter thuis, dus dan maar wat ontspanningsoefeningen voor 's avonds ná het tillen. En misschien was voor jou en mij vakantie óók wel de beste manier om een dreigende griep te voorkomen, maar dat vergoedt het ziekenfonds niet.

"De kennis" draagt soms oplossingen aan die om praktische redenen onhaalbaar zijn. Som heeft ze ook helemaal geen oplossingen te bieden. *juul van Ogtrop* vertelt in haar bijdrage aan dit nummer over de zorg die ze als wijkverpleegster aan oude, vereenzaamde vrouwen geeft. Als je dan toch hulp verleent wil je het graag goed doen, maar hoe? Met alle verschillende deskundigheden die je tijdens je opleiding verworven hebt kom je soms niet ver. Dat wil beslist niet zeggen dat de basale zorg als-ie maar "zonder deskundigheid" en met veel "moeder/zuster/dochter-liefde" gegeven wordt wél zonder meer kwaliteit heeft. Het werkelijke dilemma is niet of deze vrouwen er met betaalde of met onbetaalde hulp weer bovenop gebracht kunnen worden, maar of ze er überhaupt weer bovenop te brengen zijn. Wat zijn precies hun moeilijkheden? Volgens wie is dat zo? Wat zijn de achtergronden? En als er geen "goede zorg" voor hen te verzinnen valt: hoe moet dat dan met al die ellende en al dat ongeluk? Het is allesbehalve makkelijk op dergelijke vragen antwoord te geven, maar dat is geen excuus om ze niet te stellen. Wie werkelijk serieus over de kwaliteit van de zorg gaat praten stuit nu eenmaal op de kwaliteit van het leven en daarmee op alle historische, economische, sociale en politieke omstandigheden die "levens" bepalen ...

Zorg is er, zo neemt men aan, tenslotte om wille van patiënten, gebruikers of hoe ze maar heten. Het is de vraag of patiënten er collectief dezelfde criteria voor goede zorg op na houden; maar een ding is zeker: ze hebben allemaal zo hun eigen ideeën over de manier waarop ze graag geholpen zouden willen worden. *Georgis* erde patiënten: hoe die criteria aaneen te snijden tot één die op de vergadertafels naar voren gebracht kunnen worden. Wie als huis-tuin-en-keuken-patiënt simpelweg een keuze wil maken tussen de verschillende beschikbare hulpverleners, op grond van welke privé-criteria dan ook, komt intussen niet eens achter de benodigde informatie. Bel eens een dokter/fysiotherapeut/vroedvrouw en zovoort op en vraag: "Hoe werkt u? Wat is in uw ogen goede zorg?". Wie van de antwoorden, of het gebrek daaraan, niet al te zeer wil schrikken, doet er goed aan eerst het relaas te lezen van *Dick de Wolf* van het Gezondheid Informatie en Actie Centrum.

The art Of care

Kwaliteit van de zorg: een begrip waar je alle kanten mee uit kunt. De overheid maakt van die eigenschap handig gebruik bij de invulling van haar kwaliteitsbeleid. Mooie plannen worden geruisloos teruggedraaid. De zorg voor de kwaliteit wordt grotendeels overgelaten aan de beroepsgroepen; invloed van patiënten is geheel uit de nota's geschrapt.

Toch zijn er talloze mogelijkheden om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bewaken en te verhogen. Gabriëlle Verbeek zet die mogelijkheden op een rij en beschrijft de manoeuvres van de overheid om vooral haar vingers niet te branden.

Gabriëlle Verbeek is afgestudeerd in de vrije studierichting en is werkzaam als beleidsmedewerkster bij de Nationale Raad voor Volksgezondheid.

Bet kwaliteits- beleid van de overheid

Opeens komt in vele officiële beleidsstukken over gezondheidszorg de term "kwaliteit" voor. Er lijkt een nieuwe politieke slogan te zijn ontstaan, die verdacht veel weg heeft van "het belang van de patiënt" dat vroeger en nu nog wel te pas, en te onpas, een motivatie vormde voor allerlei uiteenlopende zaken. Kwaliteit is kennelijk goed. De kwaliteit van de gezondheidszorg is misschien nog wel belangrijker dan de kwantiteit: de aantallen verstrekkingen, hulpverleners en instellingen. Wanneer het niveau van de zorg maar hoog blijft, zou de omvang van de zorg teruggebracht kunnen worden.

In dit artikel wordt bekeken wat de overheid doet met het begrip kwaliteit, welke invulling ze eraan geeft, welke eisen ze gaat stellen. Komt er een strijd tussen overheid en gezondheidsveld over de inhoudelijke kanten van de zorg?

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit is geen simpele, neutrale term. Uit de bijgevoegde kleine bloemlezing van omschrijvingen en definities blijkt hoe divers het begrip wordt ingevuld. Naast verzuchtingen over het ongrijpbare karakter van kwaliteit, komen - afhankelijk van de gebruikte invalshoek - therapeutische, organisatorische en sociaal-economische normen naar voren. Dit biedt meteen een verklaring voor de soms vermakelijke, maar meestal ook zeer mistige debatten over kwaliteit. De ene persoon beweert bijvoorbeeld dat een bepaalde bezuinigingsmaatregel kan worden ingevoerd met behoud van de kwaliteit van de zorg, terwijl de ander verontwaardigd aanvoert dat de kwaliteit juist ernstig bedreigd wordt door deze maatregel.

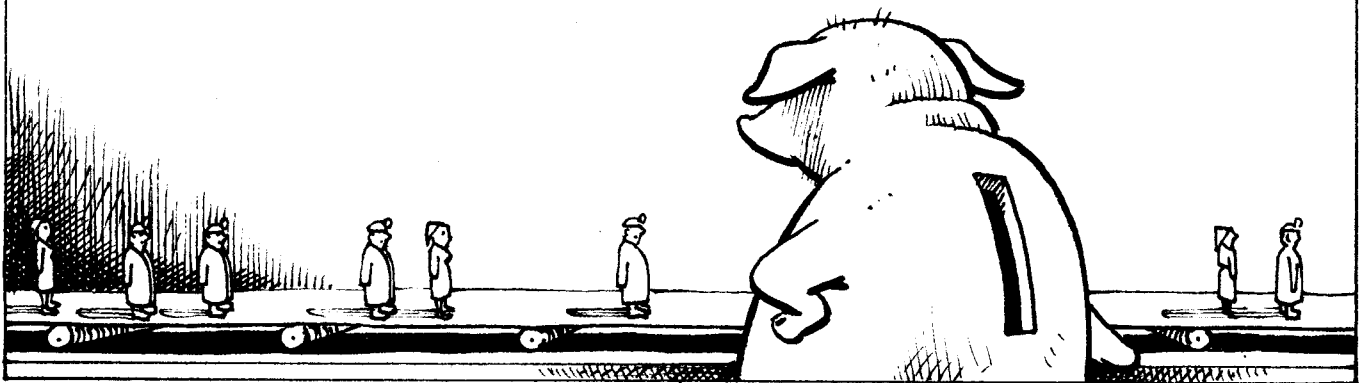
Er lijken diverse kwaliteiten te bestaan, die in de praktijk bepaald niet op elkaar hoeven aan te sluiten. Zo zal het definiëren van kwaliteit in economische termen, met als prioriteit een zo goed mogelijke zorg, totaal andere consequenties hebben voor het beleid, dan een definitie die het evenwicht centraal stelt tussen de positieve en negatieve effecten van gezondheidszorg voor de patiënt.

Zorg om kwaliteit

Het naast elkaar bestaan van uiteenlopende opvattingen over kwaliteit is een logisch gevolg van het feit dat de gezondheidszorg de laatste jaren op verschillende manieren bekritiseerd is. De plotselinge aandacht voor kwaliteit komt namelijk niet uit de lucht vallen. Begin zeventiger jaren verscheen een stroom van publicaties waarin de waarde van de

Quality of Health Care = Technical Care + Art of Care + Technical Care + Art of Care + EIO

AFD. KWALITEITSBEWAKING



Tekening: Bert Cornelius

gezondheidszorg ter discussie werd gesteld. Hoewel de kritiek zich voor een deel richtte op de macht van de geneeskunde en op de medicalisering van het dagelijks leven, werd toch vooral het falen van de geneeskunde belicht. De pretenties van de geneeskunde, zoals de impliciete en expliciete suggesties dat ziekte en lijden door middel van medisch-technische handelingen overwonnen konden worden, waren eigenlijk niet waargemaakt. De deskundigheid van hulpverleners schoot tekort op vele terreinen; er was sprake van grove fouten, van overbodig handelen, met alle kwalijke gevolgen vandien; de diagnostiek bleek niet zo objectief als men dacht; de levensverwachting van de bevolking nam niet toe dankzij, maar ondanks de inspanningen vanuit de gezondheidszorg.

Essentiële punten uit deze kritiek betroffen het gebrek aan (goed)resultaat en de schade die door onzorgvuldig en overbodig handelen werd veroorzaakt. Een tweede bezorgdheid gold de onbeheersbaarheid van de gezondheidssector. Voor degenen die niet meer geloofden in enig succes van de geneeskunde was het een uitgemaakte zaak dat deze sector een dure vorm van geldverspilling was. Maar de vrijwel autonome groei en de snelle kostenstijgingen in de gezondheidszorg werden steeds minder acceptabel, vooral toen de economische recessie zich in Nederland doorzette en de meeste inkomens gelijkbleven of daalden. Dat er door de overheid zal moeten worden ingegrepen, is dan ook op zich niet meer een politiek discussiepunt.

Kritiek op de uitwassen van de geneeskunde, op de gebrekkige resultaten en op de gigantische kosten vormen samen de voedingsbodem voor een kwaliteitsbeleid. Dergelijke "zorgen" rond kwaliteit laten zich vrij gemakkelijk vertalen in systemen voor kwaliteitsbewaking (het hand-

haven van een bepaald niveau van zorg) en kwaliteitsbevordering (het proberen te verhogen van het niveau van de zorg). In deze systemen wordt een poging gedaan om het handelen in de gezondheidssector rationeler, doeltreffender en efficiënter te maken.

Kwaliteitssystemen

Er zijn allerlei manieren om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te bevorderen. Wanneer maatregelen gericht op kwaliteitsbeheersing niet meer incidenteel plaatsvinden, maar een continue en gestructureerde vorm aannemen, kan gesproken worden van een kwaliteitssysteem. De kwaliteitssystemen kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. De kwaliteitsbeheersing kan intern, binnen een instelling, gebeuren, maar ook extern, door een instantie buiten de instelling. Toetsing kan een intercollegiaal karakter hebben of (mede) door anderen dan de betrokken beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd. Kwaliteitsbeheersing vindt plaats op het niveau van de resultaten (bijvoorbeeld: is de ziekte genezen?), op het niveau van de processen (hoe efficiënt is er gehandeld?) en op het niveau van de structuren (welke lacunes vertoont het aanbod van zorg?).

"Quality ... you know what it is, yet you don't know what it is. But that's selfcontradictory. But some things are better than others, that is, they have more quality. But when you try to say what quality is, apart from the things that have it, it all goes poof! There's nothing to talk about";

Om een idee te geven van de mogelijkheden van de overheid voor het opzetten van een kwaliteitsbeleid, worden hier een aantal kwaliteitssystemen in het kort besproken. Sommige van die systemen bestaan al heel lang, andere zijn vrij recent in Nederland ingevoerd en enkele zijn in ons land nog nauwelijks of zelfs helemaal niet ontwikkeld.

Misschien is het oudste kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg wel het **wetenschappelijk onderzoek** dat ten grondslag ligt aan het handelen in de gezondheidsector. Onderzoek is van groot belang voor de vorm en de inhoud van de hulpverlening. Hoewel de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in eerste instantie vrijblijvend zijn, komt na verloop van tijd een zekere normering tot stand. Bepaalde diagnostische en therapeutische handelingen worden op een gegeven moment als "goed" gekwalificeerd, andere blijken toch niet te voldoen. Er wordt op alle niveaus van gezondheidszorg wetenschappelijk onderzoek verricht en dit kwaliteitssysteem bestrijkt dan ook alle niveaus van kwaliteitsbeheersing. Verder heeft het een zeer groot gezag. Als iets eenmaal wetenschappelijk bezwezen is, gaat iedereen voor deze waarheid door de knieën, tenzij ander wetenschappelijk onderzoek het tegendeel bewijst.

Een eveneens relatief lang bestaand kwaliteitssysteem is de **rechtspraak**. Deze heeft een functie in het beoordelen en "afstraffen" van gemaakte fouten. Naast het voor iedereen geldende strafrecht en civiele recht kent de gezondheidszorg voor een aantal beroepen ook het bij de wet ingestelde **tuchtrecht** en het interne tuchtrecht van enkele beroepsorganisaties. In de tuchtrechtspraak wordt getoetst op normen die buiten het normale recht val-

len: handelingen die "het vertrouwen in de eigen stand ondermijnen", nalatigheden waardoor ernstige schade voor de patiënt is ontstaan en gebleken onkunde in de uitoefening van het beroep. Tuchtrechtspraak heeft niet zozeer tot doel de benadeelde patiënt genoegdoening te verschaffen, als wel het handhaven van een hoog peil van de beroepsuitoefening terwille van het algemeen belang. Het tuchtrecht bewaakt vooral de ondergrens van de kwaliteit van de zorg.

Het **Staatstoezicht** is ook een typische "kwaliteitsbewaker". De kwaliteitsbewaking door de Geneeskundige Inspectie vloeit voort uit ondermeer de Gezondheidswet, de AWBZ en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, waarbij de inspectie een adviserende rol vervult. Behalve aan kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening besteedt ze ook aandacht aan de kwaliteit van instellingen en aan de afstemming van voorzieningen. De inspectie heeft geen bevoegdheid om zelfstandig in te grijpen, maar haar adviezen aan de overheid wegen tamelijk zwaar.

Naast de officiële behandeling van klachten door het tuchtrecht en de inspectie is er in de loop der tijd een omvangrijk circuit ontstaan van minder officiële vormen van **klachtenbehandeling** door patiëntenraden, ombudsinstanties, consumentenverenigingen, rechtswinkels, gezondheidswinkels, directies van instellingen en vakbonden. Over het algemeen hebben de informele kanalen voor klachtenbehandeling aan patiënten meer te bieden als het gaat om bereikbaarheid, begrip en bemiddeling bij klachten. Dit kwaliteitssysteem is misschien wel het enige systeem met als uitgangspunt de mening van patiënten over de geboden zorg. Maar het aantal sancties voor in gebreke gebleven beroepsopdrachten is hier beperkt.

Onder de hulpverleners is het kwaliteitsbevorderende systeem van **bij-scholing/nascholing** hoe langer hoe meer in opkomst: het uitbreiden van kennis en methodieken voor hulpverlening via allerlei cursussen, seminaria en congressen. Hiervoor bestaan in ons land tot nu toe geen formele regels of verplichtingen.

Een onder huisartsen en medisch specialisten opkomend verschijnsel is het werken volgens **protocollen**. Ongeveer op de wijze waarop men in een flora een plantje determineert, wordt een bepaald ziektebeeld gediagnostiseerd en/of behandeld. De geneeskunde wordt zodoende inzichtelijker en achteraf ook makkelijker te controleren. Dit kan ook juridische consequenties hebben: artsen die zijn afgeweken van het protocol

"Uit de jaren dertig stamt de uitspraak: "Hoog gekwalificeerde zorg is die zorg die al de relevante kennis en technieken aanwendt die ter beschikking staan van de gezondheidszorg". Van veel recenter datum is de volgende uitspraak: de graad van overeenkomst tussen de doelen van de zorg en de werkelijk verleende zorg";

zouden, als er iets mis gaat en de patiënt een tuchtrechtprocedure aanspant, de bewijslast dragen. Anderszinds zouden artsen die zich netjes aan het protocol gehouden hebben, van vervolging kunnen worden ontslagen.

Dit brengt ons tot de **nieuwe toetsingssytemen** voor kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering die vaak, evenals de protocollen, in de USA zijn ontwikkeld en voor het eerst toegepast. Een belangrijk kenmerk van deze toetsingssytemen is het circulaire karakter: de toetsing vindt plaats aan de hand van vooraf opgestelde normen, gevolgd door bijstelling tot de gewenste situatie. Na verloop van tijd wordt het hele proces herhaald. **Medical Audit** en **Nursing Audit** toetsen en bewaken de kwaliteit van respectievelijk het medisch en verpleegkundig handelen, op grond van de resultaten. Een **intercollegiale toetsing** is een verbijzondering van de audit: een toetsing door personen uit één beroepsgroep. De nadruk ligt op het educatieve karakter van de toetsing, het veroordelen van collega's behoort niet tot de doelstellingen. Op dit moment zijn er in Nederland initiatieven tot intercollegiale toetsing bij medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. De toetsing wordt vanuit de beroepsgroepen zelf opgezet.

Bij een **interinstitutionele toetsing** kijken instellingen uit één sector bij

„Kwaliteitsbeheer is het geheel van activiteiten en beslissingen die in een organisatie worden verricht respectievelijk genomen om het product (goed of dienst) tegen minimale kosten op het gewenste kwaliteitsniveau te brengen en te houden“>.

elkaar naar de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Bezoekteams gaan de instellingen om beurten af en doen na afloop voorstellen voor het verbeteren van de zorg. Dergelijke initiatieven vinden plaats in de verpleeghuissector, de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. Een **projectevaluatie** bepaalt de waarde van een project aan de hand van vooraf opgestelde normen. Het project kan een instelling zijn, een deel van een instelling of een hulpverleningsprogramma. Een externe instantie, bijvoorbeeld een onderzoeksteam voert de toetsing uit. Een dergelijk systeem is indertijd gehanteerd voor de evaluatie van het Utrechtse Crisiscentrum.

Tot slot nog een beschrijving van enkele kwaliteitssystemen die in Nederland nauwelijks of zelfs helemaal niet bekend zijn: Utilisation Review, Hospital Audit en Appropriateness Review.

Bij een **Utilisation Review** (Toetsing Aangewende Middelen) vindt een toetsing en bewaking van de kwaliteit plaats aan de hand van de gebruikte middelen. Efficiëntie en het uitsluiten van overbodige handelingen staan in deze toetsing centraal.

Een **Hospital Audit** (Ziekenhuis-toetsing) is een toetsing en bewaking van het hele ziekenhuisgebeuren. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de leiding van een instelling, maar in de praktijk is het inschakelen van medewerkers op allerlei niveaus een voorwaarde voor het slagen van de toetsing. Tot een Hospital Audit behoort het bepalen van doelstellingen voor de hulpverlening. Doelmatigheid en efficiëntie van de zorg kunnen via een Utilisation Review getoetst worden. De effecten van de zorg zijn te meten door de meningen onder verwijzers of (ex)patiënten te peilen.

In Amerika werd enkele jaren geleden een toetsing van het totaal aan voorzieningen ingevoerd, de zogenaamde **Appropriateness Review** (Toetsing Passend Aanbod Voorzieningen). De overheid richtte instanties op die beoordeelden of voorzieningen binnen een planning voor gezondheidszorg pasten. Criteria voor deze toetsing waren onder meer: bereikbaarheid, effectiviteit en kwaliteit. Instellingen die niet aan de gestelde normen voldeden, konden proberen zich aan de eisen aan te passen ofwel zich tegen het oordeel te verdedigen op een publieke hearing.

Het voorafgaande geeft een idee van wat er zoal op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteits-

verbetering mogelijk is. Het is trouwens nog niet zo, dat de overheid met het kiezen voor bepaalde kwaliteits-systemen meteen duidelijk maakt welke kant het kwaliteitsbeleid op zal gaan. Toetsing kan vrijblijvend zijn, maar ook verplicht worden gesteld. Er kunnen sancties aan het niet-deelnemen worden verbonden, bijvoorbeeld juridische en financiële sancties of het intrekken van een vergunning of erkenning. En er zullen niet alleen keuzes moeten worden gemaakt ten aanzien van de vormgeving van kwaliteitsystemen, maar ook voor de normering in de systemen. Die is vaak helemaal niet zo vanzelfsprekend. In een intercollegiale toetsing bijvoorbeeld, kunnen artsen alleen het medisch-technisch handelen bespreken of de manier waarop men met patiënten en verpleegkundigen omgaat.

Het uitkiezen van onderwerpen voor kwaliteitstoetsing en het stellen van normen en criteria vereist een bezinning op de uitgangspunten van de zorg en een afweging van verschillende, soms tegenstrijdige doelstellingen. Het ligt voor de hand dat deze afweging wel behoorlijke gevolgen heeft voor de geboden zorg. Kwaliteit wordt dan ook vooral beheerst door degenen die in de ingevoerde kwaliteitsystemen de normen en prioriteiten stellen.

Erkenningenbeleid

Wat heeft nu de overheid concreet op het gebied van kwaliteit geregeld? Tot voor kort was het aandeel van de overheid vrij beperkt, misschien omdat zij weinig aanleiding vond voor een uitgebreide kwaliteitscontrole in de gezondheidszorg. In ieder geval heeft de overheid zich lange tijd weinig wettelijke instrumenten toegeëigend voor kwaliteitsbeheersing. Het Staatstoezicht functioneerde als adviesinstantie voor kwaliteitsaangelegenheden. De tuchtrechtspraak was welliswaar door de overheid ingesteld, maar de tuchtcolleges opereerden tamelijk zelfstandig. Verder waren er allerlei overheidsbepalingen rond de opleidingen in de gezondheidssector en rond de bevoegdheden van enkele hulpverleners.

Het belangrijkste overheidsinstrument voor kwaliteitsbeheersing werd gevormd door een serie wettelijke maatregelen onder de noemer "erkenningenbeleid". In de loop der tijd zijn er normen opgesteld waaraan instellingen moesten voldoen om in aanmerking te komen voor een erkenning. De erkenning opende de toegang tot de financiële kanalen in de AWBZ en de Ziekenfondswet. Zo zijn er erkenningsvoorwaarden gekomen

"Kwaliteit is de mate waarin een product voldoet aan de eisen en verlangens van de afnemer."

voor ziekenhuizen, verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninstellingen, kraamcentra en trombosediensten. Deze normen betroffen de personele middelen, de materiële voorzieningen, het beheer en management en de samenwerkingsvormen.

WVG uitgedund

In 1976 verscheen het eerste ontwerp van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Hierin werd een verandering voorgesteld in het erkenningenbeleid, gekoppeld aan de introductie van kwaliteitseisen door de overheid. Voortaan zouden erkenningsregelingen niet meer in de financieringswetgeving komen, maar in de planningswetgeving van de WVG. Een erkenning werd verleend wanneer de bewuste instelling paste in een bepaald bestemmingsplan en daarnaast ook voldeed aan een aantal kwalitatieve normen. De kwaliteitseisen in het eerste ontwerp van de WVG hielden in:

- eisen met betrekking tot de benodigde personele bezetting, de materiële middelen, en de zorg voor het goed en doelmatig functioneren;
- waarborgen ten behoeve van de patiënt/consument;
- eisen aan de rechtsvorm en het bestuur van instellingen;
- eisen aan de beroepsuitoefening van hulpverleners, waaronder eisen met betrekking tot de inrichting, administratie en organisatie van praktijken.

Dergelijke maatregelen konden, maar hoefden niet te worden genomen. Andere dan de in de wet genoemde eisen kon de overheid later nog toevoegen. Deze stukjes wets-tekst zouden enerzijds tot slechts marginale ingrepen in de gezondheidszorg kunnen leiden, maar het was hiermee ook mogelijk om een uit-

gebreide overheidscontrole op de kwaliteit in te voeren.

Het verloop van de ontwikkelingen rond de WVG laat zien dat het met de kwaliteitscontrole van overheidswege nog niet zo'n vaart zal lopen. In de definitieve versie van de WVG, uit 1982, blijkt dat de kwaliteitsregeling voor de individuele beroepsuitoefening in deze wet niet meer voorkomt. De WVG wordt niet geschikt geacht voor het bepalen van de individuele beroepsuitoefening, want het gaat hier om een structuurwetgeving. Bovendien vindt de overheid "de kwaliteitsbewaking in eerste instantie een zaak ... van de beroepsbeoefenaars'tU. De WVG richt zich nu op de kwaliteit van de zorg door instellingen, die trouwens zelf een taak toebedeeld krijgen om in onderlinge samenwerking of binnen de eigen instelling kwaliteitscontroleerende organen op te zetten.

*"De overheid zal de arbeid welke deze kwaliteitscontroleerende organen verrichten uit de aard der zaak niet in volle omvang kunnen toetsen, maar slechts marginaal. Daarmee is beoogd aan te geven dat de overheid erop zal toezien dat deze organen er zijn of komen en voorts erop zal toezien dat deze binnen grote lijnen aan de te stellen eisen voldoen".*¹²

Inmiddels is bepaald dat de WVG zal overgaan in een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, waardoor een integratie tot stand komt van de gezondheidssector en de welzijnszorg. In het eerste ontwerp van de WVG worden de kwaliteitsnormen uit de WVG opnieuw uitgedund. De regelingen met betrekking tot de waarborgen voor patiënten/consumenten en de eisen ten aanzien van de rechtsvorm en het bestuur van instellingen zijn uit het ontwerp geschrapt. Deze zullen in andere wetten terecht komen.

Hoewel de WVG dus in beginsel de overheid een behoorlijke macht gaf over de kwaliteitsaspecten van de gezondheidszorg, blijkt dit zich hoe langer hoe meer te beperken tot controle op de kwaliteit van instellingen. En eigenlijk is er dan nog sprake van grote terughoudendheid. Terwijl de WVG en de WGM als structuurwetten, de introductie van kwaliteitsystemen als Appropriateness Review, Hospital Audit en Utilisation Review mogelijk maken, is het zeer de vraag of de overheid wel zover zal gaan. Mogelijk hangt deze terughoudendheid samen met een gebrek aan visies over kwaliteit. Noch in de structuurwetten, noch in de hierbij behorende Kamerstukken geeft de regering een definitie van het begrip kwaliteit.

De kwaliteit van de welzijnsdienstverlening wordt "bepaald door de mate waarin het aanbod op het gebied van zCJrg,educatie en recreatie de potentie heeft, om in behoeften te voorzien, of effect te hebben">

BIG

Dat de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening uit de WVG en de WGM geschrapt is, houdt nog niet in dat hiervoor geen enkele regeling wordt getroffen. Er komt zelfs een aparte Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Het voorontwerp verscheen in 1981 en bevatte een nieuwe regeling van bevoegdheden voor beroepsbeoefenaren, een aantal veranderingen in het tuchtrecht en een aantal kwaliteitseisen.

Het tuchtrecht zal qua normering enigszins worden gemoderniseerd. Het Staatstoezicht krijgt een belangrijker rol bij de behandeling van klachten van patiënten en verder worden de maatregelen die de tuchtcolleges kunnen opleggen gewijzigd. Daarnaast komen in het voorontwerp de volgende kwaliteitseisen voor:

- eisen aan de technische uitrusting van praktijkruimten van vooral de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren;
- een verbod om bepaalde handelingen buiten de daarvoor aangewezen plaatsen te verrichten, zoals het toedienen van algehele narcose buiten het ziekenhuis;
- een verplichting om te zorgen voor waarneming;
- een verbod om overeenkomsten aan te gaan, met personen uit een andere beroepsgroep, die bijzondere voordelen geven (bijvoorbeeld een overeenkomst tussen arts en apotheker);
- voorschriften voor deelname aan toetsing;
- een verplichting om bijscholing te volgen.

Deze eisen zijn veel concreter dan de kwaliteitseisen die oorspronkelijk in de WVG aan de beroepsuitoefening werden gesteld. Aan de andere kant worden hier een aantal tamelijk toevallig overkomende eisen op een rijtje gezet, zonder enige visie op kwaliteit van de zorg. (Het begrip kwaliteit is in het voorontwerp al evenmin gedefinieerd of toegelicht als in de WVG). De eerste vier kwaliteitseisen hebben te maken met organisatorische voorwaarden voor een redelijke beroepsuitoefening. De laatste twee inhoudelijke eisen gaan iets meer in de richting van een kwaliteitsbevorderend beleid, maar uit de Memorie van Toelichting op het voorontwerp blijkt dat men zich ook hiervan geen al te wilde voorstellingen moet maken. Bij het onderdeel toetsing gaat de gedachte uit naar toetsing door beroepsgenoten. "Wil de toetsing werkelijk kunnen slagen, dan zal in de eerste plaats de medewerking van de betrokken beroepsbeoefenaren moeten worden cerkregen". De voorschriften voor

„I am convinced that the balance of health benefits and harm is the essential core of a definition of quality”.

toetsing en bijscholing worden "in goed overleg" met de beroepsorganisaties vastgesteld. Deze organisaties krijgen ruimschoots de gelegenheid om wensen en bezwaren rond kwaliteitseisen te berde te brengen. "Wij willen ons op deze manier ervan verzekeren dat zoveel mogelijk de instemming van de organisaties wordt verkregen". De overheid heeft een eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, op grond waarvan zij regelingen stelt in het geval de beroepsgroepen zelf tekortschieten. Daarnaast acht de overheid zich zoal in enkele situaties de meest aangewezen om kwaliteitsregelingen in te voeren.

Kort geleden werd de Wet BIG nog eens onderhanden genomen door de Commissie Geelhoed die zich bezighoudt met deregulering van de wetgeving. De Commissie had kritiek op de onduidelijke normstelling in het voorontwerp, het gebrek aan waarborgen voor beroepsbeoefenaren en het ontbreken van sancties wanneer er niet wordt voldaan aan de kwaliteitseisen. Er zou gekozen moeten worden voor ofwel zorgvuldig geformuleerde en haalbare minimumeisen, ofwel (voorlopig) geen overheidsregulering. Het kabinet heeft onlangs haar standpunt ten aanzien van de dereguleringsvoorstellen van de Commissie Geelhoed bepaald en stemde op dit punt in met de suggesties van de Commissie.

Kanttekeningen

De ontwikkelingen rond kwaliteitseisen in de wetgeving zijn nog niet tot een einde gekomen: WGM en Wet BIG moeten nog een definitieve vorm krijgen en zelfs dan is het mogelijk dat latere wetswijzigingen worden aangebracht. Toch kunnen een aantal voorlopige conclusies worden getrokken over het aandeel van de overheid op het gebied van de kwaliteit van de zorg. In de afgelopen tien jaar heeft de overheidsbemoeienis rond

"Kwaliteit is een glibberige eigenschap van ingewikkelde processen waar vaak meerdere disciplines een essentieel onderdeel in hebben?"

kwaliteit een opvallende omwenteling vertoont. Na een aanvankelijk actieve houding en een wetsvoorstel waarin integrale regelingen voorkwamen, heeft de overheid nu gekozen voor een veel afstandelijker positie en een afsplitsing van kwaliteitsaspecten over verschillende wetten. Kwaliteitseisen met betrekking tot de bejegening van patiënten en de democratische verhoudingen in instellingen voor gezondheidszorg zullen in andere wetten worden ondergebracht. Het ontwerp-WGM bevat uitsluitend regelingen voor de kwaliteit van instellingen, waarvan de opzet en uitvoering grotendeels aan die instellingen zelf wordt overgelaten. Voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening geldt dat een aantal minimale, vooral organisatorische eisen de Wet BIG komen. Kwaliteitseisen op het gebied van de inhoudelijke hulpverlening zullen waarschijnlijk grotendeels door de beroepsorganisaties mogen worden ingevuld.

Het overlaten van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering aan het gezondheidsveld is in overeenstemming met de wensen van dit veld. De bedreiging van de autonomie van instellingen en beroepsbeoefenaren heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen door het veld: "Dus beter nu zelf regels opstellen dan het tegen die tijd als overheidsmaatregelen over je heen laten komen". De overheid lijkt te kiezen voor het stimuleren en achteraf verplicht stellen van deze initiatieven. Een strijd tussen overheid en gezondheidsveld, met als inzet de kwaliteit van de zorg en het beslissingsrecht over de inhoud van de zorg, is dan ook niet te verwachten.

Kwaliteit is wel een nieuw beleidsitem geworden, maar van het totale arsenaal aan kwaliteitssystemen lijkt in de komende jaren maar een klein, specifiek deel gebruikt te worden. Het Staatstoezicht wordt misschien uitgebreid. Het tuchtrecht wordt voor nog een paar beroepsgroepen van toepassing verklaard en iets gemoderniseerd. De andere, nieuwe kwaliteitssystemen zullen met de instemming en de medewerking van beroepsgroepen en instellingen geïntroduceerd worden, zodat de keuze al gauw zal vallen op de (minder bedreigende) intercollegiale en interne vormen. Dus geen door de overheid van bovenaf opgelegde projectevaluaties en Appropriateness Review. Wel intercollegiale toetsingen, Utilisation Reviews en Hospital Audits, waar de beroepsgroepen en instellingen zelf de greep op hebben en houden.

Het terugbrengen van de omvang van de gezondheidszorg, met zo min mogelijk verlies van de (huidige)

kwaliteit, heeft heel duidelijk voorrang boven het ontwikkelen en tot uitgangspunt nemen van een visie op kwaliteit. En hoewel kwaliteitsregelingen, zeker in de vorm van controle op het doelmatig gebruik van voorzieningen, de gezondheidszorg uiteindelijk goedkoper kunnen maken, brengt de introductie van kwaliteitsystemen juist in de beginfase een hoop kosten met zich mee. Bovendien zou het opleggen van kwaliteitssystemen niet alleen de nodige confrontaties met het veld tot gevolg hebben, maar de overheid zou zich dan ook verplichten om de kwaliteitssystemen zelf op te bouwen en te controleren. Daarmee wordt de medicalisering van gezondheid en ziekte vervangen door een soort bureaucratisering. In het meest extreme geval zal de patiënt dan naast zijn bed niet alleen een verpleegkundige en een arts aantreffen, maar ook een ambtenaar.

Het toeschuiven van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg aan instellingen en beroepsgroepen heeft een aantal grote nadelen. In de eerste plaats worden patiënten en consumenten buiten de kwaliteitsdiscussies gehouden. Wanneer er een democratisering van de instellingen plaatsvindt, kunnen zij op een indirecte manier nog wel wat invloed uitoefenen, maar het opbouwen en beheersen van de kwaliteitssystemen wordt een zaak van de deskundigen. Het is dan ook de vraag in hoeverre er op een gegeven moment nog sprake zal zijn van een kwaliteit van de zorg ten behoeve van de patiënt. Er zou ook een soort kwaliteit van zorg ten behoeve van instellingen kunnen ontstaan, waarmee totaal andere belangen dan die van patiënten gediend worden. Een paar voorbeelden:

- Het volgen van bijscholing of intercollegiale toetsing door hulpverleners zal misschien de onzekerheid, het gebrek aan kennis en de frustratie in de praktijk van de hulpverlening op kunnen vangen, en daardoor positief werken op het moreel van de hulpverleners, zonder dat er ook maar iets verandert aan de manier waarop men met patiënten omgaat.
- Verder is het invoeren van kwaliteitssystemen een aardige vorm van werkverschaffing: voor de kwaliteitssystemen is energie en tijd, en dus personeel nodig.
- Instellingen hebben, zeker nu er een budgettering is ingesteld, meer belang bij een efficiënte, dan bij een inhoudelijk goede zorg.

Kwaliteitssystemen, die los van de behoefte aan zorg worden ontwik-

*Van kwaliteit is sprake "indien de zorg voldoet aan geformuleerde en geaccepteerde normen zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en daarop ook zijn afgestemd"*8.

keld, dreigen van het begin af aan te vervreemden van die behoefte. Het is daarom heel belangrijk om te kijken of kwaliteitssystemen ook werkelijk de kwaliteit van de zorg handhaven of vergroten. Dit voert opnieuw tot de vraag wat kwaliteit van de zorg nu eigenlijk is. Bij kwaliteit van de zorg gaat het om de vraag wat "goede" zorg is. Iedereen heeft daar zo zijn of haar mening over. Maar juist het feit dat hier verschillende meningen over bestaan, kan worden opgevat als een belangrijke eigenschap van kwaliteit, die als basis kan dienen van een beleidsdefinitie van kwaliteit. Kennelijk gaat het om het formuleren van normen en criteria waaraan de zorg moet voldoen. In de kwaliteitssystemen blijkt dit telkens weer het moeilijkste en meest controversiële punt te zijn. Het zijn niet de systemen die de kwaliteit van de zorg bepalen, maar de normen en criteria. Hierbij moeten keuzes worden gemaakt, er moeten ook prioriteiten worden gesteld. Wanneer de overheid alleen een aantal juridisch-organisatorische kwaliteitscriteria gaat hanteren, houdt ze zich wel veilig aan haar eigen terrein, maar de overige kwaliteitscriteria worden in dat geval door de sterkste groeperingen in de gezondheidszorg gesteld. Kwaliteit is geen neutraal onderwerp, dat alleen door bedrijfskundigen, medici en managers kan worden begrepen en uitgewerkt. De vraag welke keuzes er in de gezondheidszorg moeten worden gemaakt, welke prioriteiten hier gesteld moeten worden, is vooral een vraag voor politici, patiënten en consumenten. ••

*"De kwaliteit van de geneeskundige zorg in een ziekenhuis wordt niet alleen bepaald door de kwaliteit van het medisch-technisch of verpleegkundig handelen, maar eveneens door de inventiviteit en de flexibiliteit van de organisatie en haar leden om in te spelen op de individuele wensen van de patiënt"*9.

1. Pirsig, R.M., Zen and the Art of Motorcycle Maintenance. Bantam Books, New York, 1975, blz 178
2. Reerink, E., De kwaliteit van het medisch handelen in het ziekenhuis. MC38 (1983) blz 303
3. Verburg, P., Enkele bedrijfskundige aspecten van de kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. T.Soc.Geneesk. 59 (1981) blz 642
4. Hoekstra, P., L.N.J. Verzeilenberg, Kwaliteitsbewaking in ziekenhuizen. MC38 (1983) blz. 311
5. Kar, H.M. van der, Economische indicatoren ten behoeve van het welzijnsbeleid. Informatie door indicatie. Harmonisatieraad welzijnsbeleid, signalement nr 12, 1981 blz 54
6. Donabedian, A., The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Michigan, 1980 blz 27
7. Dubbelboer, H, Meerdere modellen voor toetsing van kwaliteit in intramurale gezondheidszorg, HZH 3 febr. 1984 blz 94
8. KNMG, De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening. MC35 (1980) blz 1642
9. Oostdam, E.E.M., Stelling behorend bij het proefschrift "Voorspelbaarheid van het operatieresultaat bij patiënten met lage rugpijn". Rotterdam, 1982
10. Broek, R.H., K.N. Williams, Quality of Health Care for the Disadvantaged. J. of Community Health 1 (1975) blz 134
11. Bijlagen Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 14181 nr 9, blz 43
12. Bijlagen Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 14181 nr 16, blz 57
13. Voorontwerp van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Memorie van Toelichting, Algemeen gedeelte, blz 41
14. idem, blz 39
15. Taverne, E., Intercollegiale Toetsing. Fysiovisie juli/aug 1984 blz 8

Kwaliteit is onze reclame

Hoe werkt mijn huisarts? Hoe is de waarneming 's avonds en in het weekend geregeld? Als patiënt kom je daar nauwelijks achter.

De Amsterdamse actiegroep GIAC ging op jacht naar informatie over waarnemingsregelingen, omdat veel patiënten daarop ernstige kritiek hebben op die regelingen. Het resultaat: van hot naar her gestuurd worden en overal nul op het rekest.

Als gebruiker kom je niet aan informatie over de kwaliteit van de zorg. Waarom zetten de ziekenfondsen niet eens een vergelijkend warenonderzoek op, à la de Consumentengids? Dick de Wolf laat zien waar dit toe zou kunnen leiden.

Dick de Wolf, lid van het G.L.A.C.

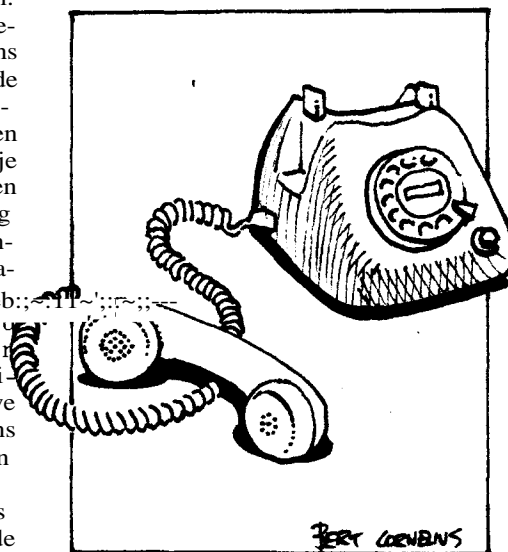
Vergelijkend warenonderzoek: de huisarts

Zes jaar geleden namen een aantal bewoners uit de Admiralenbuurt in Amsterdam het initiatief tot het oprichten van een gezondheidszorggroep, uit onvrede over de manier waarop de gezondheidszorg functioneert. Na een jaartje praten en lezen resulteerde dit in de prachtige naam: Gezondheids-Informatie en Actiecentrum (G.L.A.C.). We stelden ons ten doel op velerlei manieren de belangen van gebruikers te behartigen. Wij waren ons hierbij van een groot gevaar bewust, namelijk dat je binnen de kortste keren achter een groot bureau zit met een prachtig bord op de voordeur, subsidie aanvraagt en evaluatie-verslagen evalueert. Kortom: voor je het weet heb je je eigen werkgelegenheid gecreëerd. Een gevaar waaraan intussen veel patientengroepen dreigen te bezwijken. Zo belandden we dus op windelige zaterdagen met ons kraampje op één van de vele markten die Amsterdam rijk is.

Van winkelende buurtbewoners hoorden we vooral klachten ver de

gang van zaken als ze 's avonds of in het weekeinde een arts nodig hadden.

- "Als er iets is bel ik geen huisarts want die komt toch niet. Ik ga meteen naar de eerstehulp van het ziekenhuis".



- "Als je een waarnemer nodig hebt, duurt het uren voordat hij een keer langskomt".

- "Mijn buurvrouw van één hoog werd in het weekeinde ernstig ziek kort nadat zij in het ziekenhuis had gelegen. Haar echtgenoot belde de waarnemer van de huisarts maar die weigerde te komen. Hij kwam toen bij mij, omdat hij wist dat ik ook arts ben. Ik ging naar mijn buurvrouw kijken en zag dat ze ernstig ziek was. Toen ik dan ook de waarnemer belde en vertelde dat hij nu met een collega te doen had wilde hij wel komen. Een uur later lag mijn buurvrouw in het ziekenhuis, nog net op tijd".

Omdat in die tijd ('82) ook in de kranten artikeltjes verschenen over voorvallen tijdens waarnemingen, waarvan enkele met dodelijke afloop, besloten we om te onderzoeken hoe de waarneming in Amsterdam geregeld is. Waar kwamen toch al die klachten vandaan? Hoe zat dat met die waarneming? We wilden een volledig beeld krijgen en deze gegevens publiceren, zodat mensen in ieder geval zouden weten hoe een en ander in Amsterdam geregeld is. Wat wilden we zoal weten?

Hoeveel waarnemers er op een bepaald ogenblik bereikbaar zijn. (bijv. 's nachts, in het weekeinde of tijdens de vakantieperiode)

- Of er in bepaalde buurten meer waarnemers per zoveel duizend inwoners waren dan in andere. (In Amsterdam-Zuid is het nogal slijk, daar wonen nogal wat artsen.)

- Of degenen die waarnemen afgestudeerde huisartsen zijn.

- En of de door de 'Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst' (K.N.M.G.) opgestelde (overigens vrijvljvende-vrijheid blijheid) richtlijnen zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht gehaald worden.

Om antwoord te krijgen op deze en andere vragen stortten we ons in het wespennest van de gezondheidszorg.

DEHUISARTS

Stel u zoekt een huisarts. Nu wordt er altijd beweerd dat er in Nederland een vrije artskeuze is. Maar is dat ook zo? Vergelijkt u het eens met het kopen van een kleuren-tv. Als u die wilt kopen, dan meent u de consumentengids. U zoekt de meeste sterren en u kunt zich een oordeel vormen. Als u een huisarts wilt hebben, dan kunt u naar het ziekenfonds. U krijgt dan een boekje met namen van huisartsen waar ook sterren bij staan. Maar, deze sterren hebben een andere betekenis. Ze zeggen niets over de kwaliteit, maar het betekent dat u er als ziekenfondspatiënt (e) niet meer terecht kunt. Hierdoor is de vrije artskeuze al beperkt. Maar; ook bij de artsen waar geen sterretje bij staat kunt u niet echt kiezen.

We vinden dat u bij vrije artskeuze ook echt iets te kiezen moet hebben. Wat u bijvoorbeeld zou moeten weten is of hij snel medicijnen voorschrijft, of juist niet, of hij naar u kan luisteren en tijd voor u heeft, of hij voldoende informatie geeft, of hij snel naar specialisten verwijst, of hij geïnteresseerd in u is. Op deze vragen heeft het ziekenfonds geen antwoord. We vinden dat de ziekenfondsen, die namens ons de huisartsen betalen, per wijk de artsen hierop moeten onderzoeken. U kunt dan pas een echte keuze maken. De resultaten van zo'n onderzoek zouden er zo uit kunnen zien.

ONDERZOEK HUISARTSEN VO-GELTJESBUURT AMSTERDAM

naam leeftijd	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	11)	12)
de heer Ekster 37 jaar	ja	'''	5	--	-	--	-	2)	--	4000	5	--
de heer V.d. Kraai 54 jaar	ja	'''	7	--	--	-	0	2)	-	3750	3	-
de heer Papegaai 32 jaar	nee	'	10	++	+	+	-	++	o''t	1200	nee	+
mevrouw Kanarie 31 jaar	nee	''	10	++	+	+	+	++	01+	1800	nee	+
de heer Merel 48 jaar	ja	'''	7	--	-	0	--	++	+	3800	10	--

1)
' = 5-10 minuten.
'' = 11-15 minuten
''' = 16-30 minuten
'''' = 31-45 minuten
''''' = langer dan 45 minuten

2) uitsluitend bereikbaar via trap.
-- = slecht
- = matig
o = redelijk
+ = goed
++ = zeer goed.

	stellingname euthanasie	stellingname abortus	stellingname sterilisatie	bezoekt patiënte) in ziekenhuis
de heer Ekster	wijst in dit alle gevallen af	vruchtafdrijvingis, moord	kinderen zijn Gods zegen, is ertegen	nee
de heer v.d. Kraai	verstreckt geen informatie hierover	verstreckt geen informatie hierover	verstreckt geen informatie hierover	verstreckt geen informatie hierover
de heer Papegaaï	na zorgvuldige overweging, weldoen	verwijst naar MR'70 1)	onderzoekt of vraag serieus is	ja, na 10dagen
mevrouw Kanarie	staat positief tegenover deze 'oll'aagomhulp	verwijst naar MR'70 1)	verwijst naar specialist	ja, na 14dagen
de heer Merel	geeft geen mening hierover	volgt de wet	alleen bij voltooid gezin	nee

1) Consultatiebureau voor geboorteregeling, te Amsterdam.

CONCLUSIE

Onderzocht zijn vijf huisartsen in de Vogeltjesbuurt te Amsterdam-West.

Geen van de artsen blijkt geheel te voldoen aan de door ons gestelde eisen. Aangezien de regels van het ziekenfonds de bewoners van deze buurt dwingen om toch uit deze artsen te kiezen, zijn alleen de heer Papegaaï en mevrouw Kanarie een redelijke keus.

Bent u ingeschreven bij een van de andere artsen, dan adviseren we u een andere huisarts te nemen.

Het kastje en de muur

In Amsterdam wordt de waarneming geregeld via de Centrale Doktersdienst (C.D.D.). Als je je huisarts belt 's avonds en in het weekeinde, antwoordt bij ruim 90% van de huisartsen het automatische antwoordapparaat, dat je voor dringende zaken de waarnemer kunt bereiken via de C.D.D.. Zelf kregen we hierbij het idee van een soort brandweerkazerne, waar in plaats van brandweerlieden, witgejaste artsen langs palen naar beneden glijden om uit te rukken bij een ziektemelding. We dachten dat we met onze vragen bij deze dienst terecht konden. Dat waren twee misverstanden tegelijk. Ten eerste is de C.D.D. niets meer dan een besloten vennootschap met aandeelhouders. Zij heeft de gedaante aangenomen van een uit haar krachten gegroeide telefooncel die door artsen wordt gefinancierd. Ten tweede bleken huisartsen zelf te bepalen hoe zij hun waarneming organiseren. Wij kregen derhalve geen antwoord op onze vragen.

Op naar de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.R.V.). We wendden ons zowel schriftelijk als telefonisch tot de huisartsen. Onze brief is nooit beantwoord omdat ze "geen blik secretaressen konden opentrekken". Telefonisch kregen we geen antwoord op onze vragen omdat "deze gegevens niet zomaar aan iedereen overgelegd kunnen worden."

Wij probeerden het vervolgens, al iets argwanender, bij het Ziekenfonds Ziekenzorg, de Ziekenfondsraad en de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen. Niemand kon of wilde onze vragen beantwoorden.

Er is één orgaan dat het functioneren van artsen toetst en controleert: de Inspecteur van Volksgezondheid. Daar werden wij ook al niet veel wijzer van. Rij oefent geen controle uit over de waarneming ("ik kan niet achter elke boom een inspecteur zetten"). Rij ziet zijn werk veel meer als adviserend en treedt alleen op als er een klacht bij hem wordt ingediend. Rij gaf daarentegen wel toe dat er "voor de gewone burger" een erg hoge drempel is om zich met klachten

tot hem te wenden.

De K.N.M.G. wilde na enige kranten-artikelen onzerzijds wel eens met ons praten. Wat zijn dit toch allemaal plezierige gesprekjes. Er is altijd z'n ongedwongen sfeer, koffie en limonade en een sigaartje. Er wordt altijd belangstellend gevraagd "wie je vertegenwoordigt" en wat je persoonlijke relatie is met de gezondheidszorg. Er is altijd dat gezamenlijke streven naar verbetering van de huidige situatie, maar de informatie die we wilden hebben kregen we niet. Die was voor intern gebruik. De K.N.M.G. stelde voor dat we maar weer eens moesten praten met de P.H.V.. Van deze instantie ontvingen we na een paar maanden bericht dat ze een gesprek op korte termijn niet zinvol achtte voordat gegevens bekend waren van een door de L.R.V. georganiseerde landelijke enquête, die de waarneming in diverse regio's betrof. De L.H.V. maar eens gebeld. "Nou, neen een enquête zoals U die schetst bestaat niet". Er was wel een enquête gehouden maar deze betrof de waarneming niet. Bovendien

waren de resultaten bestemd voor de Stichting Toetsing Huisartsen. "Neen, ze zijn uiteraard niet openbaar".

Intussen hadden we ons gewend tot de gemeenteraad. In ons adres hieraan vertelden we van onze ervaringen, beschreven de klachten van de bewoners en vroegen om inzicht in de huidige situatie. De wethouder van volksgezondheid zegde ons toe de door ons gewenste inlichtingen te zullen overleggen. Bijna negen maanden later hadden wij een gesprek met een hiermee belaste ambtenaar. Zij deelde ons mee dat zij haar had gedaan, maar ze had vooralsnog geen kans gezien de informatie boven tafel te krijgen. Of wij misschien een idee hadden hoe dit zou lukken.

Conclusies

- Wil je als gebruiker kunnen oordelen over de kwaliteit van de gezondheidszorg dan dien je over informatie te beschikken.

- Gebruikers krijgen informatie die als bedreigend wordt ervaren door een beroepsgroep (en terecht, zoals over een tijd zal blijken) niet in handen.

- Je wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Je wordt gewantwoord, je moet je voortdurend verantwoorden en je krijgt het gevoel dat er met je gesold wordt.

- Wat voor onze groep vrijwel onmogelijk bleek, moet voor de ongeorganiseerde "gewone burger" nog veel moeilijker zijn.

- De overheid, in dit geval de gemeenteraad, mist instrumenten om openbaarmaking van gegevens af te dwingen en om eisen te kunnen stellen aan slecht functionerende hulpverlening.

- Het wordt tijd voor een parlementaire enquêtecommissie, die grote delen van de gezondheidszorg doorlicht. ("U weigerde op 4, 5, 7, 12, 14 en 21 juni bij een patiënt langs te gaan". "Hmm, daar wil ik mijn geheugen niet mee belasten.")

- Patiëntenverenigingen worden groot en krijgen subsidie als ze symposia en congressen organiseren over "Ontmedicalisering", "Zelfzorg - Mantelzorg in het jaar 2000" en "Gebruikersparticipatie naar de gezondheidszorg toe". Het meewerken in patiëntenverenigingen blijkt voor menigeen een aardig opstapje bij het solliciteren naar een baan.

- Is het niet een goed idee om met een flink aantal patiënten van één huisarts de koppen bij elkaar te steken? Misschien kan het dreigement collectief uit de praktijk weg te lopen, effect sorteren. Tenslotte is iedere ziekenfondspatiënt honderd gulden

waard en de huisarts die dan niet wil horen, moet maar voelen. In zijn portemonnaie wel te verstaan.

"Kwaliteit is onze reclame", staat te lezen op de ruit bij de slager om de hoek. Wij hebben hem één keer gelooft. Toen wij wat botten en kluiwen in de soeppan hadden geworpen begon de soep een zodanige lucht te verspreiden dat wij die avond brood met kaas hebben gegeten.

Tóch ziet het er op zaterdag zwart van de mensen. Die eten vast geen soep. Een aantal jaren geleden ging een politieke partij de Tweede Kamerverkiezingen in met de leus "Om de kwaliteit van het bestaan". De verkiezingsuitslag gaf geen reden tot juichen.

Mensen bepalen zelf wat ze onder kwaliteit verstaan .•

Wie meer wil weten over het G.I.A.C., of de G.I.A.C.-brochure "De gezondheidszorg onder het mes" wil bestellen kan dit doen bij: G.I.A.C.

p/a Dick de Wolf
Jacob van Lennepkade 101"
1054 ZJ Amsterdam

Kwaliteit in eigen hand

De zelfbevlekking van heren op stand

Artsen vinden dat zij verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de medische zorg. Buitenstaanders, overheid en patiënten, mogen zich daar niet mee bemoeien.

Artsen hebben eigen methoden om de kwaliteit van de medische zorg te bewaken. Sinds enkele jaren doen zij aan intercollegiale toetsing en protocollaire geneeskunde. Hein Raat en Gerard Goudriaan laten zien hoe artsen hun eigen regels maken en waar zij wèl, en niet aan denken. Zij leggen uit waarom evaluatie-onderzoek achterwege gelaten wordt.

Hein Raat, arts, wetenschappelijk medewerker bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam.
Gerard Goudriaan, medisch socioloog, stafdocent bij de sociale academie de Aemstelhorn te Amsterdam.

De kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen en van het medisch handelen in het bijzonder, is momenteel een belangrijk onderwerp van discussie. Enerzijds speelt het verschijnsel van de sociaal-economische crisis en de daarbij door de Nederlandse overheid gemaakte keuzes een belangrijke rol. Anderzijds zien we een kritischer inhoudelijke opstelling ten aanzien van het medisch handelen binnen, maar vooral ook buiten de medische professie.

Door sommigen wordt wel eens aangevoerd dat een prettig bijverschijnsel van de huidige crisis is, dat de samenleving nu gedwongen wordt om na te denken over, en in te grijpen in de gezondheidszorg: "Wat is er tot nu toe bereikt, en welke van de schaarser geworden middelen moeten wel en welke niet ingezet wor-

den? De journalist Van der Eijk' stelt bijvoorbeeld "niet door de toch benauwende verdoktering, maar door de financiële onhaalbaarheid is duidelijk geworden dat de groei in de gezondheidszorg niet kan en mag doorgaan. Langs een omweg wordt dan toch hetzelfde bereikt. Het resultaat hoeft er niet minder om te zijn. Economische terugslag tot heil van de patiënt, is dat niet wonderbaar?" Op zo'n moment komt noodzakelijkerwijs ook de vraag naar de kwaliteit in het vizier: *Wat goed is mag blijven, wat slecht is moet weg.* Zo simpel is het jammer genoeg niet. De discussie wordt namelijk alleen dáár toegestaan, waar vooraf al bepaald is dat daar de klappen moeten gaan vallen: de collectieve sector. Maar ook daar wordt de kwaliteitsvraag op wisselende wijze gesteld. In de praktijk komt het

vooral neer op: *wat machtig is kan blijven, de rest wordt weggedrukt.* Discussies over kwaliteit kunnen dus gepaard gaan met een machtsstrijd. En in de gezondheidszorg is deze zeker aan de gang.

In de gezondheidszorg hebben de dokters al jaren een stevige machtspositie. Artsen zijn qua omvang een relatief kleine groep in de gezondheidszorg, maar zij hebben een grote invloed op het geheel. Niet alleen de directe handelingen van artsen tellen. Via het monopolie over ziekenhuisopnamen, diagnostiek- en therapievragen, verwijzingen enzovoort, heeft de medische professie een hefboom in handen waarmee de hele machinerie van de gezondheidszorg in werking wordt gesteld. Deze grote macht van artsen is een centraal thema, dat telkens terug komt wanneer er gesproken wordt over kwaliteit van het medisch handelen. Deze machtspositie kon verkregen worden doordat de professie zich tot nu toe steeds wist te vrijwaren van door buitenstaanders - met name de overheid - te voeren inhoudelijke discussies over het medisch handelen. De zogenaamde professionele autonomie kon gehandhaafd blijven. Kenmerkend voor deze autonomie is dat de beroepsgroep zelf de regels kan opstellen en toepassen, waaraan het beroepsmatig gedrag onderworpen is. Hierbij zijn drie aspecten te onderscheiden:

- de beroepsgroep is autonoom in de definiëring van zijn taken;
- de beroepsgroep is autonoom in de keuze van de manier waarop de werkzaamheden vervuld worden;
- de beroepsgroep is autonoom in het bepalen van het resultaat van zijn handelen."

De arts kan zelf de inhoud van zijn werk bepalen. Hij wordt hoogstens gecontroleerd door beroepsgenoten. De beoordeling van de kwaliteit vindt dus uitsluitend door dokters zelf plaats. Dat is professionele autonomie.

Tot voor kort was er voor artsen niets aan de hand in de gezondheidszorg. Ze zorgden er zelf wel voor dat alles goed liep; niemand anders hoefde zich daar zorgen over te maken. Plotseling is deze situatie doorbroken. Critici als Illich¹ journalisten als Van der Eijk¹ en mensen vanuit de professie zelf, zoals de hoogleraar huisartsgeneeskunde Van Aaldererr¹; hebben niet mispelijke kritiek op de gezondheidszorg geuit, terwijl de overheid niet vies is van forse bezuinigingen in de gezondheidszorg. Artsen hebben er volgens de voorzitter van de KNMG, Daniels¹ - geen moeite mee om aan deze discussie deel te nemen: "De artsen zullen zeker actief mee willen en moeten denken over snel noodzakelijke bezuinigingen ... Voor de oplossing van het geweldige financiële probleem door de overheid gesteld zal een brede maatschappelijke discussie nodig zijn". Er zit echter een addertje onder het gras: een brede maatschappelijke discussie is mooi, maar onder één voorwaarde, namelijk "zij die menen dat de bezuinigingskwestie kan worden opgelost door de autonomie, en daarmee de professionele onafhankelijkheid, van de behandelende arts aan te pakken lijden zelf aan de onwetendheid die zij de artsengroepen aanwrijven, of zijn al te vooringenomen".

Uit de woorden van de voorzitter van de KNMG blijkt duidelijk dat de autonomie voor de professie heilig is. Wat betekent dit nu voor de discussie over de kwaliteit van het medisch handelen? Eenvoudig dit: "Zolang de medici vermijden het wat en het hoe ter discussie te stellen, zal het publiek geneigd zijn de claims die door de gezondheidszorg op tafel worden gelegd te blijven honoreren. Zodra er evenwel onverlaten zijn die de waarde respectievelijk de noodzaak van een bepaalde behandeling ter discussie durven te stellen, zou het wel eens afgelopen kunnen zijn met de ongeremde groei van de claims van de gezondheidszorg op het BNP"⁶.

Met andere woorden, de onverlaten moeten proberen binnen te dringen hoewel de professie alle mogelijke moeite zal doen om ze buiten de deur te houden. Hoe doet de professie dit?

De KNMG, die altijd graag meeregeert en dus vooruitziet, probeert de overheid keer op keer een stap voor te zijn. Dat geldt ook voor het invoeren van kwaliteitsbewakingssystemen ten aanzien van het medisch handelen. Op het gebied van de gezondheidszorg kan men allerlei systemen van kwaliteitsbewaking en -bevordering aantreffen. Sommige



Tekening: Ben Comelius

hiervan bestaan al decennia lang, andere worden slechts sinds kort toegepast en weer andere zijn in Nederland nog helemaal niet ingevoerd. Elders in dit nummer geeft Gabriëlle Verbeek een overzicht van verschillende vormen van kwaliteitsbewaking.

In dit artikel zullen we drie systemen van kwaliteitsbewaking bespreken die relevant zijn voor het medisch handelen: intercollegiale toetsing, protocollaire geneeskunde en evaluatieonderzoek. De reden om deze drie eruit te lichten is, dat het drie nieuwe, samenhangende vormen van kwaliteitsbewaking zijn die specifiek gericht zijn op de inhoud van het medisch handelen. We zullen laten zien hoe de professie met de eerste twee systemen probeert om de kwaliteitsdiscussie in eigen hand te houden. En hoe de professie door het bewust weglaten van het derde systeem (evaluatieonderzoek) erin slaagt om de buitenwacht buiten deze discussie te houden.

Intercollegiale toetsing

Eén van de verworvenheden van de medische beroepsgroep is dat zij verantwoordelijk is voor de beoordeling van haar eigen resultaten. Daar is in de praktijk maar weinig van terecht gekomen, al probeerde men bijvoorbeeld wel om met behulp van het medisch tuchtrecht excessen te vermijden. Toen in de

jaren zeventig de externe druk op de artsen toenam om daadwerkelijk iets te gaan doen aan de beoordeling van de resultaten, gingen zowel huisartsen als specialisten aan de slag.

Zo schreef een commissie van huisartsen in 1976 in het rapport *HUISARTS WAARHEENI* dat onderlinge toetsing bij huisartsen inderdaad ontbrak en dat toetsing wel noodzakelijk was om tot een betere uitoefening van het werk te komen. Over de vorm waarin toetsing zou moeten gebeuren merkte de commissie op: "De toetsing zal intercollegiaal dienen te zijn, daar het medisch handelen slechts toegankelijk is voor toetsing door collega's onderling. Toetsing van buitenaf zal naar is te verwachten tot wrijvingen aanleiding geven, aangezien de huisartsen zich niet zullen neerleggen bij het oordeel over hun medisch handelen van ter zake slechts voor een deel deskundigen. Waar de toetsing ons inziens het geheel van de praktijkorganisatie, medisch-technisch handelen en relationele aspecten zou moeten betreffen, geniet intercollegiale toetsing in onze ogen vooralsnog de voorkeur boven controle van buitenaf."

Ook de specialisten gaven in 1976 toe dat de medische professie de zelfregulering onvoldoende uitvoerde. In het rapport *INTERCOLLE-GIALE TOETSING* van de Landelijke Specialisten Vereniging wordt gezegd dat het toetsingsgebeuren nog in de kinderschoenen staat, hoewel

de wil daartoe in veel algemene ziekenhuizen wel aanwezig zou zijn. Maar, zo stellen de specialisten met klem: *"Op grond van de daartoe ver- eiste specifieke deskundigheid zal het alleen de medische professie kunnen zijn die de toetsing van het medisch handelen met vrucht kan doen"*.

Beroepsgeheim..

De hele idee van toetsing van het medisch handelen is afkomstig uit de Verenigde Staten. De beoordeling van de kwaliteit van het medisch handelen (quality assessment) wordt daar volgens Burkens? onderschei- den in:

- medical audit: de toetsing en be- waking van de kwaliteit van het medisch handelen beoordeeld naar de resultaten ervan;
- utilisation review: de toetsing en bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen beoordeeld naar het gebruik van de aange- wende middelen.

In Nederland is de term medical audit vertaald als intercollegiale toetsing, de term utilisation review als toetsing aangewende middelen. Bij het eerste ligt het accent van toetsing op de resultaten; bij het laatste op het proces. In de praktijk lopen ze doorelkaar heen. In Nederland wordt het meeste aandacht gegeven aan de intercollegiale toetsing.

Opvallend is de verkeerde verta- ling van medical audit tot intercolle- giale toetsing. Dit is een bewuste versmalling van het oorspronkelijke begrip, omdat daarmee toetsing door niet-collega's wordt uitgesloten, terwijl dit bij een medical audit in principe wél mogelijk is. Volgens Burkens is deze vertaling bewust zo gebeurd, omdat alleen medici de kennis en ervaring hebben om me- dische resultaten te beoordelen. Maar ook omdat medical audit alleen uitvoerbaar is met behulp van indi- viduele ziektegeschiedenissen, waarbij ook persoonlijke gegevens van de patiënt ter sprake komen; bijwoning door niet-medici betekent zodoende een schending van het be- roepsgeheim. Bij deze argumentatie zijn natuurlijk vraagtekens te plaatsen, maar op deze wijze is inter- collegiale toetsing wel geworden tot wat het nu is. Reerink! definieert het aldus: *"Onder intercollegiale toetsing wordt die activiteit verstaan waarbij de professie aan de hand van door haarzelf opgestelde en aan- vaardbare normen en criteria de door haar geleverde zorg onderzoekt en beoordeelt, met als oogmerk het kwaliteitsniveau van de zorgverle- ning te verhogen"*.

Educatief

De medische beroepsgroep heeft inmiddels een aantal instanties op- gericht die zich bezighouden met het begeleiden van intercollegiale toetsing. Eén daarvan is de Stichting Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) die vijf jaar geleden werd opgericht in Utrecht. Het CBO heeft inmiddels contact met ruim 100 ziekenhuizen waar op incidentele of meer ge- structureerde basis het toetsingspro- ces begeleid wordt. Ook onder de huisartsen komt de intercollegiale toetsing op gang. Utrecht en Nijme- gen zijn hiervoor proefregio's. Buiten de proefregio's probeert het Voorlo- pig Uitvoerend Bureau Intercolle- giale Toetsing de intercollegiale toetsing onder huisartsen te stimu- leren.

In de praktijk van intercollegiale toetsing ligt de nadruk op kwali- teitsbeoordeling met een educatief karakter. Het is niet de bedoeling om gemaakte fouten af te straffen, zoals bij het medisch tuchtrecht het geval is. Volgens het CBO-model spoort men een toetsingsonderwerp op - bijvoorbeeld een verhoogd aantal infecties op een ziekenhuisafdeling - waarna criteria worden opgesteld waaraan de situatie eigenlijk zou moeten voldoen. De bestaande si- tuatie wordt bijgestuurd en na een zeker tijdsverloop wordt het toetsi- ngsproces herhaald om opnieuw de situatie te beoordelen en eventueel bij te stellen. Toetsing volgens deze formule bevat dus een bepaalde mate van feed-back. Voor het toetsings- proces zijn onderwerpen nodig. Om deze te verkrijgen maakt men ge- bruik van verschillende bronnen, zoals necrologiegegevens, klachten van patiënten, vergelijkingen met cijfers van andere ziekenhuizen en- zovoort.

Medische maffia

Tot grote spijt van de begeleidende bureaus zoals het CBO gaat de ont- wikkeling en invoering van inter- collegiale toetsing toch minder snel dan men had verwacht. Hieruit blijkt dat specialisten en huisartsen zich niet zo gemakkelijk in de kaart laten kijken door hun eigen collega's als werd verwacht in de eerste rappor- ten van de beroepsgroep over inter- collegiale toetsing. Blijkbaar zien de artsenorganisaties zoals de KNMG en het CBO beter in wat noodzakelijk is ten aanzien van de overheid, dan de leden zelf. De artsenorganisaties zijn bang dat als zij haar eigen leden niet meekrijgen, dat de overheid zich dan alsnog met de kwaliteit van het medisch handelen gaat bemoeien.

Deze angst komt goed tot uiting in het rapport *HUISARTS WAAR- HEEN*) waarin wordt gesteld: *"Overigens: een tijdige en gedegen aanpak van de intercollegiale toetsing kan niet alleen bewerken dat de kwaliteit van het medisch handelen wordt beschermd of zelfs verbeterd, maar ook dat de vraag om controle van buitenaf minder luid weerklinkt"*. De medische maffia aan het werk...

Protocollaire genees- kunde

Een groot probleem bij de inter- collegiale toetsing zijn de door de professie zelf opgestelde en aan- vaardbare normen en criteria om de door haar geleverde zorg te onder- zoeken en te beoordelen. Een prak- tische uitwerking van deze normen en waarden komt aan de orde in protocollaire geneeskunde. Proto- collen zijn beslissingsschema's die precies aangeven welke stappen een arts moet nemen om snel en verant- woord tot een juiste diagnose en/of therapie te komen. Protocollaire ge- neeskunde hangt nauw samen met intercollegiale toetsing omdat de protocollen gebruikt kunnen worden als de richtlijnen voor de toetsing: wanneer bij toetsing blijkt dat een arts iets anders heeft gedaan dan volgens protocol gebruikelijk is, dan zal hij dit moeten verantwoorden. De behoefte aan richtlijnen voor toetsing is zó groot dat men soms in het kader van de intercollegiale toetsing zelf over gaat tot het opstellen van protocollen.

Maar protocollaire geneeskunde bewijst zijn nut ook buiten de inter- collegiale toetsing. Het kan gebruikt worden als richtsnoer bij het me- disch tuchtrecht. De meest hoogge- spannen verwachting is dat proto- collaire geneeskunde kan leiden tot kostenbeheersing, terwijl de kwali- teit wordt verhoogd+e;

In principe moeten protocollen leiden tot een optimale besliskunde: efficiënte diagnostiek en therapie met vermijding van overbodige onder- zoeken en ingrepen. De idee dat protocollen tot kostenbesparing zouden leiden berust op de er- kenning van de medische professie dat onnodige, overbodige en zelfs ge- vaarlijke ingrepen worden gedaan. Wat dit betreft is protocollaire ge- neeskunde ook vrij spectaculair te noemen omdat de professie er in feite mee toegeeft dat er tot nu toe maar wat aangerotzoid is. Dit is natuur- lijk een pijnlijke zaak, maar de keer- zijde is dat de professie met de proto- collaire geneeskunde voor eens en altijd duidelijk denkt te maken dat

zij er zelf voor zorgt dat ze optimale kwaliteit levert. Verder levert de ingewikkeldheid van de protocollen het bewijs dat alléén de medische professe deze protocollen kan opstellen en controleren. Als zodanig is de protocollaire geneeskunde een (her)legitimatie van de professionele autonomie van artsen.

Protocollaire geneeskunde houdt natuurlijk wel een beperking in van de vrijheid van de individuele arts. Het is namelijk de bedoeling dat zulke protocollen op den duur door alle artsen worden toegepast. Maar ook hier lijkt het de artsen beter dat ze zelf op de proppen komen met protocollaire geneeskunde in plaats van te wachten tot de overheid met dergelijke voorschriften komt, want: *"Indien wij hierover uit eigen kring met adviezen komen, hoeven wij niet bevreesd te zijn dat wij onszelf in een te nauw confectiepak dwingen: het betreft dan adviezen die een ieder ruimte kunnen geven voor eigen opvattingen, mits deze toets der huidige wetenschappelijke kritiek kunnen doorstaan"* 12.

Kookboek

Hoe gaat het opstellen van protocollen nu in zijn werk? Op basis van de huidige medische kennis, zoals die is verzameld in de medisch-wetenschappelijke literatuur en in de klinische ervaring van artsen, gaat de medische beroepsgroep vastleggen wat er in welk geval moet gebeuren. Een eenvoudig voorbeeld over keelpijn: Wat moet de huisarts vragen aan een patiënt die komt met klachten van keelpijn? Welk lichamenlijk onderzoek moet er in zo'n geval worden gedaan? Welk laboratoriumonderzoek moet worden gedaan indien bij het lichamenlijk onderzoek blijkt dat de patiënt ook opgezwollen halslymfklieren heeft? In welke gevallen is een behandeling met antibiotica noodzakelijk en in welke gevallen persé niet? Wanneer moet de patiënt verwezen worden naar een specialist? Zo ontstaat een soort kookboek dat de arts kan raadplegen bij een bepaalde klacht. Er zijn niet alleen protocollen voor eenvoudige klachten zoals keelpijn, maar ook voor ingewikkelde aandoeningen zoals de vele vormen van kanker.

Nu is de idee van protocollen niet geheel nieuw. Individuele huisartsen hebben vaak een eigen routine. Het is alleen wel zo dat de ene huisarts bij keelpijn dit en de andere dat doet. Zo heeft iedere huisarts zijn eigen ongeschreven protocol. In de grotere ziekenhuizen hanteren de specialisten vaak zelfs uitgeschreven protocollen. De co-assistenten en de arts-assistenten hebben deze protocollen

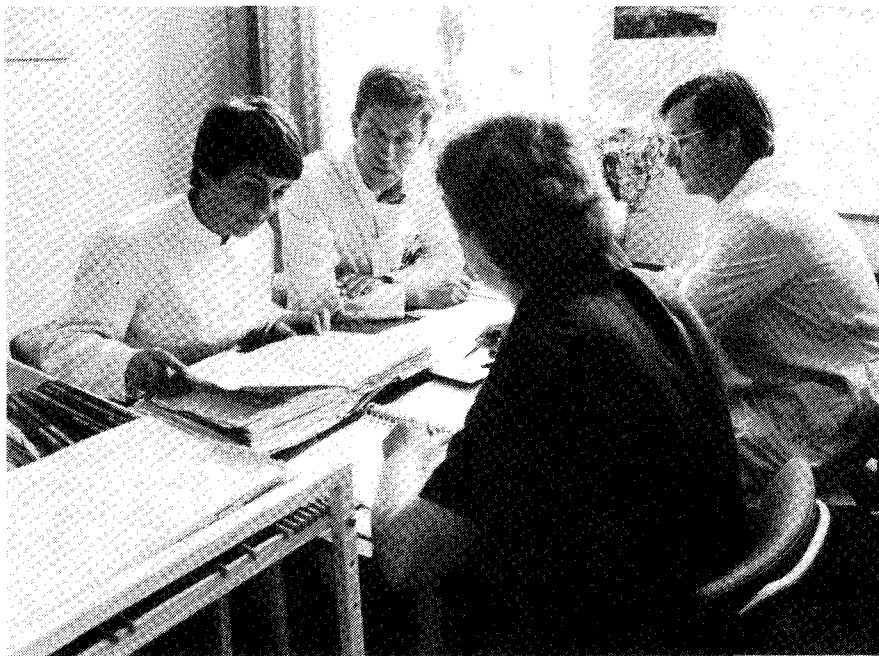


Foto: Iac van den Broek

genoteerd in hun zakboekjes zodat ze tijdens nacht- en weekend-diensten precies doen wat hun specialist-opleider graag wil. Protocollen zijn er dus wel, maar het grote probleem is dat ieder ziekenhuis en soms zelfs iedere specialist zijn eigen - al dan niet expliciete - protocollen gebruikt. In het ene ziekenhuis worden gescheurde enkelbanden geopereerd en in het andere gaat zo'n enkel in het gips. Wie heeft er dan gelijk? Dat is de grote moeilijkheid bij het opstellen van protocollen. Eerst moet er geïnventariseerd worden wat er in elk geval overal gedaan wordt. Dan komt de onderlinge machtsstrijd om te beslissen wie er nu eigenlijk gelijk heeft.

Alleen bij de superspecialisten die voor de ontwikkeling van hun vak gedwongen zijn tot samenwerking, is men al verder met de ontwikkeling van protocollen. Zo heeft bijvoorbeeld de Stichting Kankercentrum Noord-Nederland de beschikking over 24 *bekrachtigde* protocollen waarvan de eerste uit 1976 dateren. De eerste protocollen zijn ondertussen al weer gereviseerd.

Voorbeelden voor protocollen voor de huisarts zijn ontwikkeld op het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut. Met de protocollen die men in Nijmegen op dit moment heeft zou ruwweg de helft van alle klachten op een huisartsensprekkuur aangepakt kunnen worden 13. Uit deze voorbeelden blijkt dat de medische beroepsgroep in staat is om haar handelen te beschrijven in de vorm van protocollen, wanneer ze daar eenmaal toe gedwongen wordt. Het grootste knelpunt is de samenwerking die daarvoor nodig is.

Goedkoper?

Uit de eerste experimenten met protocollen voor de huisarts blijkt, dat de leus *meer kwaliteit, maar toch goedkoper* niet helemaal opgaat. Uit het onderzoek in Nijmegen is komen vast te staan dat de artsen in hun alledaagse routine minder deden dan in de protocollen stond aangegeven. Hieruit concluderen wij dat de protocollen, die zijn gebaseerd op de hang naar zekerheid, meestal uitgebreider zullen zijn dan de huidige routine die op ervaring en feeling berustte. Dit heeft inmiddels geleid tot ideeën om de protocollen aan een budget te koppelen. Voor Ament e.a.!" leidt dit tot een nieuw kwaliteitsbegrip voor gezondheidszorg, namelijk *"de kwalitatief beste gezondheidszorg is die gezondheidszorg die tegen zo min mogelijke kosten zoveel mogelijk effectieve diensten produceert"*.

Een ander punt dat opvalt bij de eerste protocollen is de nadruk op het medisch-technische handelen. Het blijkt dat het moeilijk is om psychosociale factoren op te nemen in een protocol. Dit is wel iets om aan te denken wanneer de samenleving toestaat dat artsen hun eigen kwaliteit gaan beoordelen op basis van zelfgemaakte protocollen.

Evaluatieonderzoek

De intercollegiale toetsing en de protocollaire geneeskunde zijn slechts een greep uit de vele vormen van kwaliteitsbewaking. De reden om juist deze twee uit te kiezen was, dat het twee nieuwe, samenhangende vormen van kwaliteitsbewaking zijn die op dit moment door de medische professe zélf worden inge-

voerd om hun eigen medisch handelen te beoordelen. Het beeld van de belangrijkste kwaliteitsbewakings-systemen die door de professie worden ingezet wordt pas compleet door ook het zogenaamde evaluatieonderzoek te bespreken. In theorie moeten intercollegiale toetsing en protocolaire geneeskunde namelijk worden aangevuld met evaluatieonderzoek... Wanneer een maximale kwaliteit van het medisch handelen wordt nastreeft, dan functioneert evaluatieonderzoek als een soort terugkoppelingsmechanisme op de twee andere vormen van kwaliteitsbewaking. De bedoeling van protocolaire geneeskunde is dat de medische kennis in praktijksituaties optimaal wordt toegepast. Door middel van intercollegiale toetsing wordt beoordeeld of dit naar tevredenheid gebeurt. Evaluatieonderzoek functioneert als een controle door na te gaan of op deze wijze de gestelde doelen van de gezondheidszorg inderdaad bereikt worden. Levert de intercollegiaal gecontroleerde, optimale toepassing van medische kennis wel de verwachte resultaten op?

Resultaten

Sturmarrs van Van Arkel¹⁵ verstaan onder evaluatie "het vaststellen van de mate van succes bij het bereiken van een tevoren gesteld doel". Evaluatie moet op de volgende vragen een antwoord geven; *Worden met de voorgestelde maatregel of campagne de doelstellingen bereikt, zoals men die formuleerde voordat men het programma uitvoerde? Dit is een vraag naar de doeltreffendheid, naar effectiviteit. Ten koste van welke hoeveelheid geld, mankracht en onbedoelde neveneffecten werd het doel bereikt? Dit is een vraag naar doelmatigheid, naar efficiëntie.* Er is een verschil tussen evaluatie en evaluatieonderzoek. Evaluatie is een alledaagse bezigheid van alle mensen. Het is een beoordelen van de dingen die om ons heen gebeuren. Dit gebeurt overigens meestal onbewust en vragen naar effectiviteit en efficiëntie worden daarbij niet gesteld. Evaluatieonderzoek is een vorm van toegepast wetenschappelijk onderzoek, met de bedoeling om de doelmatigheid en doeltreffendheid van een bepaalde maatregel of campagne vast te stellen¹⁶. Evaluatieonderzoek is idealiter een circulair proces: Eerst worden de doelen van een onderdeel van de gezondheidszorg geformuleerd, vanuit bepaalde vastgestelde waarden ten aanzien van gezondheid en ziekte. Dan worden criteria vastgesteld om later te kunnen nagaan of deze doelen bereikt worden. Vervolgens

wordt het betreffende onderdeel tot uitvoering gebracht en wordt op basis van de vooraf opgestelde criteria nagegaan of er bereikt is wat men wilde bereiken. Het proces is circulair omdat op basis van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek bijstelling kan plaatsvinden, gevolgd door een nieuw evaluatieonderzoek.

Evaluatieonderzoek bestaat er in vele varianten. Een belangrijk onderscheid dat gemaakt wordt is *proces-evaluatie* versus *product-evaluatie*. Bij proces-evaluatie wordt bestudeerd of een bepaald onderdeel van de gezondheidszorg wel zo verloopt als men dat wenst. Een voorbeeld van proces-evaluatie is om te onderzoeken hoe een nieuw polikliniek voor suikerziekte-patiënten functioneert: worden alle patiënten die ervoor in aanmerking komen wel doorverwezen naar de nieuwe poli; blijft een patiënt regelmatig komen wanneer hij eenmaal is ingeschreven bij de polikliniek; wordt er voldoende contact met de huisartsen onderhouden die hun patiënten naar de poli hebben verwezen? Naast proces-evaluatie staat de product-evaluatie. Bij product-evaluatieonderzoek wordt er bestudeerd of de vooraf opgestelde einddoelen worden bereikt. Vrij algemeen gesteld zijn de belangrijkste einddoelen van de gezondheidszorg "genezing" en "niet-dood-gaan". Bij product-evaluatie gaat het er bijvoorbeeld om of een nieuwe polikliniek voor suikerziekte-patiënten leidt tot gezondheidswinst. Bij evaluatieonderzoek gaat het uiteindelijk altijd om de resultaten; om de product-evaluatie. Proces-evaluatie is daarbij niet meer dan een tussenstap (Rutman)¹⁶.

Bij evaluatieonderzoek kan worden bestudeerd of de gehele Nederlandse gezondheidszorg leidt tot een verhoging van het algemene peil van de volksgezondheid (effectiviteit) in verhouding tot de bestede middelen en onbedoelde neveneffecten (efficiëntie). Maar ditzelfde kan ook worden gedaan ten aanzien van onderdelen van de gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld screeningsprogramma's op baarmoederskanker; gezondheidscentra vergeleken met solo-praktijken; poliklinieken voor bepaalde aandoeningen zoals geslachtsziekten, ongevenste kinderloosheid enzovoort.. Wanneer evaluatieonderzoek zich richt op een organisatorisch afgrensbaar gedeelte van de gezondheidszorg, dan is er sprake van *programma-evaluatie*¹⁶.

Illusie

Een voorbeeld van een evaluatiestudie naar het globale effect

van de gehele gezondheidszorg op de volksgezondheid is het boek *THE ROLE OF MEDICINE* van McKeown¹⁷. In dit boek laat McKeown zien dat de gezondheidstoestand van de bevolking in de loop van de twintigste eeuw enorm verbeterd is, maar dat dit nauwelijks te danken is aan het medisch handelen. McKeown geeft vooral duidelijke voorbeelden over het verloop van de infectieziekten; Het meest typerende verhaal betreft de geschiedenis van tuberculose. De sterfte aan deze ziekte in West-Europa daalde in een constant tempo sinds 1900. Effectieve therapie werd pas ontdekt in 1947 (het geneesmiddel streptomycine). Van 1900 tot 1947 was de sterfte al gedaald van ongeveer 1300 tot 500 doden per miljoen inwoners per jaar. Na de toepassing van streptomycine (en later andere geneesmiddelen) ging de daling van de sterfte gestaag verder; echter in een iets hoger tempo dan daarvoor. McKeown laat hiermee zien dat het medisch handelen wel effect kan hebben, maar dat dit effect in het algemeen véél kleiner is dan men denkt. McKeown geeft een evaluatie van de geneeskunde vanuit een historisch perspectief, afgemeten aan de daling van de sterfte. Een saillante toevoeging daarbij is dat de sterfte in de meeste westerse landen sinds de jaren zestig weer enigszins is toegekomen; terwijl juist sinds die periode de omvang van de gezondheidszorg gigantisch is toegenomen.

Ook Illich¹⁸ heeft een macro-evaluatie van de gezondheidszorg gegeven onder de kop *DOCTOR'S EFFECTIVENESS - AN ILLUSION*. Illich heeft dezelfde opvattingen als McKeown over de effectiviteit van het medisch handelen, maar hij gaat nog verder. Hij laat namelijk zien dat terwijl de geneeskunde weinig positieve resultaten boek, zij wel op diverse niveaus schadelijke nevenwerkingen heeft; de zogenaamde iatrogenese.

Een recent overzicht van diverse evaluatieonderzoeken geeft de arts Taylor¹⁹. Hij bespreekt de overdaad aan onderzoek (bijvoorbeeld het onderzoek naar hoge bloeddruk); de overbodige nieuwe technologieën (bijvoorbeeld het onbewezen nut van hartbewakingsafdelingen); nodeloze operaties (bijvoorbeeld de zinloze en gevaarlijke toename in het aantal verwijderingen van de baarmoeder).

Globaal samenvattend willen wij stellen dat het meest opvallende resultaat van evaluatieonderzoek is, dat blijkt dat het medisch handelen de dood niet of nauwelijks uitstelt, en dat het niet of nauwelijks bijdraagt aan genezing.

Blinddoek

McKeown, Illich en Taylor hebben in hun boeken een reeks van evaluatieonderzoeken bij elkaar geraapt en samengevat, maar over het geheel genomen is evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg schaars, vooral in Nederland. Een van de redenen daarvoor is dat evaluatieonderzoek moeilijk is en uiteraard ook geld kost. Evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg heeft methodologisch en praktisch gezien veel verwantschap met de epidemiologie. Epidemiologie is de wetenschap die de determinanten van gezondheid en ziekte bestudeert. In de epidemiologie blijkt dat precies omschreven, geïsoleerde, kleine gezondheidsbeïnvloedende factoren nog wel zijn aan te tonen. Bijvoorbeeld: het is te bewijzen dat de hoeveelheid zout in het voedsel één van de factoren is die de hoogte van de bloeddruk bepaalt. Maar bij complexe factoren krijgt de wetenschap het heel moeilijk: zo is bijvoorbeeld onomstotelijk vastgesteld dat de buurt waarin men woont grote invloed heeft op iemands levensduur; maar het is eigenlijk niet te achterhalen hoe dat precies komt!"

Evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg kampt met dezelfde problemen. Effecten zijn meestal wel te meten, evenals het ontbreken van effecten. De moeilijkheid is echter om aan te tonen waardoor die effecten zijn ontstaan. Wanneer gedurende de evaluatie van een preventieprogramma van een bepaalde ziekte blijkt dat het aantal nieuwe gevallen iets gedaald is, hoe weet je dan dat dat door de preventie kwam en niet door iets anders? Dat evaluatieonderzoek moeilijk is, is geen afdoende verklaring voor het feit dat het (met name in Nederland) bijna niet wordt gedaan. Het wordt namelijk niet eens geprobeerd! De overheid laat de beoordeling van het nut en effect van het medisch handelen over aan de medische professie. De professie gaat zich inderdaad bezig houden met de kwaliteit van haar handelen, al is dit vrij recent en onder druk van buitenaf. De professie doet dat echter met een blinddoek om: ze past intercollegiale toetsing en protocollaire geneeskunde toe, zonder dat ze durft te kijken naar het uiteindelijke resultaat daarvan.

De belangrijkste reden hiervoor is volgens ons het bedreigende karakter van evaluatieonderzoek. De vraag waar evaluatieonderzoek vanuit gaat, namelijk of het medisch handelen wel effect heeft, vindt de medische professie ongepast. De macht van de medische professie is

juist gebaseerd op de aanname dat hun handelen nuttig, effectvol en belangrijk is. Dit ter discussie is gelijk aan het ter discussie stellen van de macht van artsen.

De grote paradox

Volgens de theorie horen intercollegiale toetsing, protocollaire geneeskunde en evaluatieonderzoek bij elkaar. De protocollen zijn opgesteld op basis van medische kennis met de *verwachting* van optimale resultaten en zouden voortdurend moeten worden bijgesteld op basis van de *daadwerkelijke* resultaten die uit evaluatieonderzoek naar voren komen. Zo'n terugkoppeling is er nooit in voldoende mate geweest. Evaluatieonderzoeken zoals McKeown, Illich en Taylor die beschrijven, staan geheel los van het medisch handelen. Hierdoor is er een grote paradox ontstaan, waar eigenlijk in theorie sprake moest zijn van een drie-eenheid. De paradox is het grote (voor velen onverklaarbare) verschil tussen aan de ene kant het positieve effect van medisch handelen dat artsen in de spreekkamer en in het ziekenhuis verwachten én ervaren, en aan de andere kant de negatieve resultaten van evaluatieonderzoek. Het is toch ongelofelijk dat de beste medische kennis, op de beste wijze toegepast niet tot goede resultaten zou leiden? En nog gekker is het dat in de spreekkamer en in de kliniek over het algemeen wel goede resultaten worden gesignaleerd. Waarom komt dat niet tot uitdrukking in evaluatieonderzoek?

Het antwoord op deze vragen vloeit voort uit het feit dat intercollegiale toetsing en protocollaire geneeskunde in de spreekkamer en in de kliniek plaatsvinden en evaluatieonderzoek daarbuiten. De gezondheid van mensen - en dat is waar het hier om gaat - wordt beïnvloed door een veelheid van factoren: aanleg, gedrag, woonomgeving, werkomgeving enzovoort. In de spreekkamer en in de kliniek wordt echter maar ingegaan op een zeer klein gedeelte van al die factoren, namelijk dat deel dat past binnen het vrij smalle medische model. Daarvan moet de geneeskunde het in feite ook hebben. Longontsteking bijvoorbeeld wordt door vele factoren veroorzaakt. Een arts neemt echter als aangrijpingspunt de bacteriën, en zo hoort het ook. Zijn therapie is daarop aangepast: een antibioticum. Vanuit de kliniek gezien is dit uitstekend. In de kliniek - waar alle andere relevante factoren constant worden gehouden - heeft dit ook een goed resultaat tot gevolg. McKeown heeft

bestudeerd of in de samenleving een positief effect van zulke antibiotica-behandelingen waarneembaar is. Opnieuw blijkt dat de geneeskunde wel enig effect heeft gehad, maar dat dit wegvalt tegen de overvloed aan alle andere - vooral maatschappelijke - factoren die het ontstaan en de genezing van longontsteking beïnvloeden.

De grote paradox wordt veroorzaakt door het feit dat de medische professie maar een zeer klein deel van de gezondheidsbeïnvloedende factoren kan manipuleren. Medisch gezien kan het goed zijn wat artsen doen, maar in de praktijk kan blijken dat de vooruitgang triviaal is, of zelfs dat de bijwerkingen erger zijn dan de kwaal.

Kwaliteitsbeoordeling middels intercollegiale toetsing en protocollaire geneeskunde lijkt op het eerste gezicht nog wel redelijk: wie anders dan artsen moeten de protocollen opstellen; wie beter dan artsen kunnen toetsen of ze hun werk goed doen? Het blijkt echter dat er iets fout zit. Het evaluatieonderzoek, dat volgens de theorie aan protocollaire geneeskunde en intercollegiale toetsing gekoppeld moet worden, laten de artsen voor het gemak achterwege. Artsen toetsen zichzelf met een blinddoek om. Het blijkt dan dat protocollaire geneeskunde en intercollegiale toetsing schijnmanoeuvres worden. In theorie kan het medisch handelen goed zijn, maar er moet in de praktijk onderzocht worden of het wel goed uitwerkt. In die zin kan evaluatieonderzoek leiden tot de ontmaskering van de medische professie. Want als zou blijken dat het medisch handelen veel minder succes heeft dan men nu claimt, wordt het fundament van de macht van artsen ondergraven.

Hamvraag

Onze mening is dat artsen niet in staat zijn om zichzelf te beoordelen; maar wie had dat dan toch ooit verwacht? Het kan zijn dat de medische professie met protocollaire geneeskunde en intercollegiale toetsing de kwaliteit nastreeft die in haar eigen belang is. Uit evaluatieonderzoeken die tot nu toe zijn gedaan blijkt, dat deze kwaliteit niet in het belang van de patiënten is. Overheid en patiëntenbeweging moeten de professionele autonomie van artsen doorbreken. Om het medisch handelen onder controle te krijgen is externe toetsing en evaluatieonderzoek noodzakelijk. Wanneer uit evaluatieonderzoeken blijkt dat de gezondheidszorg nauwelijks tot genezing leidt, wat voor conclusies moeten er dan worden getrokken van de

zijde van de patiënten? Hiermee komen we terug op principiële kwaliteitsvragen. Want is *genezing* kwaliteit van medisch handelen of zijn er andere doelen van de gezondheidszorg, die de patiënten belangrijker vinden? We hebben besproken welke kwaliteitsbewakingssystemen er wel en niet gehanteerd worden door de medische professie. De hamvraag die we onaangeroerd lieten is wat kwaliteit van medisch handelen inhoudt. Deze vraag moet beantwoord worden door de patiënten/consumenten zelf, en eventueel mede namens hen door de overheid, maar zeker niet door de medische professie! ••

1 Eijk P. van der, Verdoktering van Nederland; over het teveel aan gezondheidszorg. Spectrum Paperback, Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1982.

2 Klinkert J.J., De arts en zijn professie. In: Leerboek Medische Sociologie, C.W. Aakster, G. Kuiper (red.) Wolters-Noordhoff, Groningen 1984.

3 Illich I., Limits to medicine; medical nemesis; the expropriation of health. Penguin Books, Middlesex, England 1976.

4 Aalderen H.J. van, Anders of steeds meer van hetzelfde; afscheidscollage. In: Vertrekpunten in de gezondheidszorg, samengesteld naar aanleiding van het vertrek van prof. dr. H.J. van Aalderen als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; onder redactie van J. Hollenbeek Brouwer, J.A. Knottnerus. VU Boekhandel 1 Uitgeverij, Amsterdam 1982, pag. 203-215.

5 Daniëls J.J.H.M., Artsen drijven niet als enigen kosten op; Open Forum. De Volkskrant 22 december 1982 pag. 15.

6 Sturmans F., W.G. van Arkel, Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen; 1. evaluatie als essentieel onderdeel van de planningscyclus. Medisch Contact 37, 18, 1982, pag. 550-556.

7 Huisarts Waarheen? De plaats van de medicus in het eerste echelon. Discussienota van de Commissie Eerste Echelon. Medisch Contact 31, 5, 1976, pag. 141-164.

8 LSV ledenvergadering kreeg rapport Intercollegiale Toetsing gepresenteerd. Medisch Contact 31, 26, 1976, pag. 833-835.

9 Burkens J.C.J., Beheersbaarheid van de kwaliteit: medical audit. In: Beheersbaarheid van kwaliteit, kwantiteit en kosten van gezondheidszorg, Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen. De Tijdstroom, Lochem 1976, pag. 7-15.

10 Verbeek G., Kwaliteit van de zorg in de wetgeving; kwaliteitseisen in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het Voorontwerp van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg;

Bet monopolie van Guyton

Wetenschap heeft alles met kritisch denken te maken, en artsen 'zien zichzelf graag als mensen met een wetenschappelijke inslag. Des te meer bevreemding wekt het, als blijkt dat één van de fundamentele van de geneeskunde, de fysiologie, alle kritische zin ontbeert.

Denhard de Smit wijst op de Amerikaanse hoogleraar Guyton, die met zijn standaardwerk het overgrote deel van de opleidingen beheerst. Guyton gebruikt in zijn boek een aantal trucs, die de tegenstellingen in de fysiologie verbloemen. Zo lijkt het alsof er maar één opvatting bestaat over het functioneren van het menselijk lichaam.

Kritiek op een best-seller.

Denhard de Smit is afgestudeerd in de vrije studierichting Sociale Geneeskunde.

Fysiologie verengd tot buizen en kleppen

Het leven in Rusland, of zo je wilt de Sowjet-Unie, is een onderwerp waarover veel best-sellers in omloop zijn. Leo Tolstoj, Alexander Solzjenitsyn, John Reed en Wladimir Deljenow, allemaal hebben ze erover geschreven. Interessant aan hun boeken is, dat ze vanuit heel verschillende invalshoeken vaak dezelfde onderwerpen behandelen. We worden geconfronteerd met de verschillen in dat land, het wordt mogelijk en noodzakelijk voor ons om een eigen kritisch oordeel te ontwikkelen.

Bij studenten en dokters ontbreekt een dergelijk kritisch oordeel als het gaat om het fysiologisch functioneren van het menselijk lichaam. Als er maar één waardevolle benadering in de fysiologie zou bestaan zou het ontbreken van zo'n oordeel eigenlijk geen probleem zijn. Er is echter wel degelijk meer dan één opvatting te vinden. Dat roept de vraag op waarom desondanks toch geen eigen kritisch oordeel gevormd wordt..

Nu is het inderdaad niet makkelijk om een eigen keus te maken uit de verschillende benaderingen in de fysiologie, maar het is niet onmogelijk. De belangrijkste oorzaak zit dieper. Eigenlijk ontbreekt zelfs ieder besef dat er meer opvattingen zouden kunnen bestaan, en dat het mogelijk en nodig is een eigen oordeel te vormen. Wat de kwestie pas echt kwalijk maakt is, dat de kritiekloze houding op het gebied van de fysiologie grotendeels kan worden verklaard uit de invloeden die de gangbare leerboeken uitoefenen, eigenlijk zelfs één enkel boek.

Best-seller

Als we naar de leerboeken en hun lezers kijken, valt meteen op, dat de meeste lezers met één boek en één bepaalde zienswijze blijken toe te kunnen tijdens hun opleiding en in hun praktijk. Voor zeer velen is het "Tekstboek van de medische fysiologie" van de Amerikaanse hoogleraar

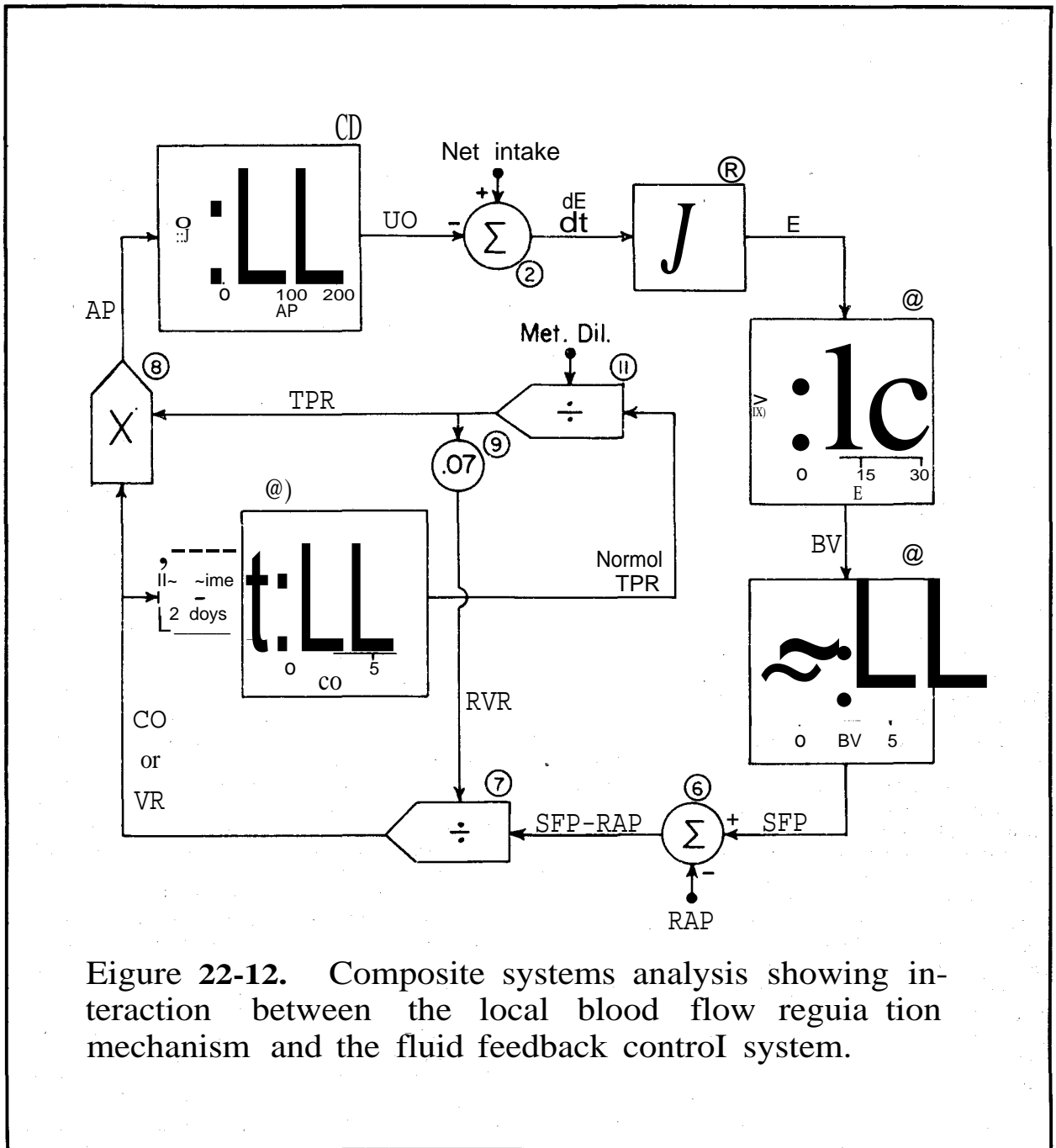


Figure 22-12. Composite systems analysis showing interaction between the local blood flow regulation mechanism and the fluid feedback control system.

Guyton, hét fysiologie boek. Sinds de eerste uitgave in 1956 is het in grote oplagen en diverse vertalingen over de wereld verspreid en zo heeft de zienswijze van Guyton een massale aanhang gekregen. Ook in Nederland is het boek aan 6 van de 8 medische faculteiten verplicht gesteld. We kunnen met recht van een bestseller spreken en feitelijk is het ook de enige bestseller op dit vlak.

De vraag is natuurlijk waardoor noch bij studenten noch bij afgestudeerde artsen, het besef leeft dat ook buiten het boek wellicht maar één zienswijze bestaat. Griezelig genoeg blijkt het antwoord op die vraag te zijn dat het boek zelf iedere kritische zin uitschakelt.

Retoriek en kunstgrepen

Guyton's enorme populariteit zou weinig zijn gebaat bij het besef dat er ook andere opvattingen mogelijk

zijn. Die bedreiging elimineert Guyton door de wetenschappelijkheid van die andere opvattingen te bestrijden of door ze te gebruiken om zijn eigen standpunten te verduidelijken. Heel vaak kom je dan ook dit soort uitspraken tegen: "vele fysiologen en klinici die dit simpele mechanisme VERGETEN hebben of het als onbelangrijk in vergelijking met andere beschouwd hebben", of "Helaas, zowel in de experimentele als de klinische literatuur worden A en B gewoonlijk VERWARD, aangezien bijna onveranderlijk (sic) gesteld wordt dat...". Volgens Guyton hem tonen recente experimenten dan echter het ongelijk aan van die anderen, en wat is er wetenschappelijker dan een recent experiment? Maar natuurlijk getuigt het verwarren of vergeten van bepaalde zaken daarentegen niet bepaald van een wetenschappelijke instelling. Doordat Guyton niet echt de discussie met die andere opvattingen aangaat is zijn

enige bewijs de retoriek.

Het inpassen van andere standpunten gaat in de volgende vorm. "...er wordt vaak gesteld dat arteriële bloeddruk !!! Echter ...". Hier wordt een ander standpunt terloops genoemd, zonder de expliciete vermelding dat het ook van fysiologen afkomstig is, waardoor het standpunt geen gewicht krijgt. Zo komt het daaropvolgende betoog als vanzelf sterker te staan. Een andere bron van kritiek op Guyton's werk schuilt in de lezer die hiaten in het betoog ontdekt. De lezer wordt daarom regelmatig voorgehouden, dat het niet zo moeilijk is en het dus aan hem Of haar ligt als er onbegrijpelijkheden zijn. Dat gaat als volgt: "Uit deze discussies zou het al duidelijk moeten zijn voor de student" en "in figuur 22-4 kan men gemakkelijk zien" terwijl het een tamelijk ingewikkelde figuur betreft.

Als een theorie of verklaring zichzelf gaat tegenspreken is het oppas-

sen geblazen, want dan komt de logisch denkende lezer met vragen te zitten. Om dat te voorkomen moet onze Amerikaanse hoogleraar rationeel en literair minder fraaie kunstgrepen toepassen zoals "is het 't beste op dit moment gewoon maar aan te nemen, dat" en "helaas is de precieze oorzaak niet bekend, maar veel experimenten wijzen in de richting dat...". Van die richting wordt dan verder uitgegaan. Weer ergens anders heet het dat "de waarheid misschien in een combinatie van de twee mechanismen ligt". Zo worden tegenstrijdigheden dus opgeheven en blijft de samenhang in het verhaal bewaard.

Buizenstelsel

In de eerste 5 hoofdstukken van het vijfde deel neemt Guyton de lezer mee naar de wereld van de bloedvaten, de doorbloeding van het lichaam en de regulatie van de bloeddruk. Op deze plaats in het boek vinden we drie achterliggende benaderingen die samen de invalshoek van Guyton vormen. Allereerst zie je dat er bijna uitsluitend aandacht geschonken wordt aan de natuurkundige, fysische kenmerken van het menselijk lichaam. Zo opent het vijfde deel met een hoofdstuk waarin een serie fysische grondbegrippen uiteengezet worden. Achtereenvolgens worden zaken behandeld als de vloeistof-eigenschappen van bloed (hoe dik het is en hoe kleverig), het verband tussen druk, bloedstroom en weerstand, de rekbaarheid van de bloedvaten en het verband tussen vullingsdruk en volume. De kenmerken van de vaten en het bloed worden zoveel mogelijk met behulp van natuurkundige begrippen beschreven. De openingszin van dit hoofdstuk leent zich goed om de benadering te verduidelijken: "De circulatie heeft als belangrijkste kenmerk, dat altijd in gedachten moet worden gehouden, dat het een ononderbroken circult is". Dit uitgangspunt komt steeds terug in de loop van het verhaal en tezamen met de figuurtjes in het boek levert dit een beeld van een doorlopend systeem van buizen en buisjes. Door zo, in de eerste twee hoofdstukken, de afzonderlijke eigenschappen van vaten en bloed in fysische termen te beschrijven, wordt het mogelijk om in de latere hoofdstukken de fysica te benaderen. Uiteindelijk ontstaat het beeld, dat de totale bloedsomloop volgens fysische wetmatigheden functioneert.

De kritische lezer van Guyton zou zich nu allereerst moeten realiseren dat hier sprake is van een (impliciet

aanwezige) fysische optiek. Dat is niet makkelijk. Deze optiek sluit aan bij de vooropleiding, en meer in het algemeen is in onze cultuur een fysische en technische kijk erg overheersend. Met het in twijfel trekken van het als vanzelfsprekend waardevol zijn van de fysische benadering, komt ook een deel van het eigen wereldbeeld van de lezer op losse schroeven te staan (ommaar eens een technische beeldspraak te gebruiken). Het gevraagde kritisch besef zal dus meer moeten omvatten dan een vrijblijvende opstelling in de trant van "je kunt er misschien ook anders tegenaan kijken". Je moet ook anders tegen jezelf aan durven en kunnen kijken, je eigen wereldbeeld gaan relativeren.

Schuren of wervelen

Hoewel Guyton andersdenkenden buiten de orde verklaart blijkt een andersoortige beschrijving van de eigenschappen en werking van vaatstelsel en bloed wel degelijk denkbaar - het blijkt zelfs te bestaan. Als voorbeeld neem ik de verklaring voor het ontstaan van atherosclerose ("aderverkalking" - red.). In de pathologie leerboeken, zoals het veel gebruikte Basic Pathology van Robbins en Angell vinden we verklaringen voor het ontstaan van atherosclerose die gebruik maken van het door Guyton geschapen beeld. Mogelijke verklaringen (want dit boek hangt van de hypothesen aan elkaar) worden gezocht in factoren en processen die binnen het fysische beeld (nog) voorstelbaar zijn. Ik citeer: "een aantrekkelijke en samenhangende theorie stelt, dat de vermeerdering van de vaatwandcellen (die vroeg in het atherosclerotisch proces optreedt: DdS) een reactie is op langdurig aanwezige HEMODYNAMISCHE krachten- zoals zuigen, schuren en wervelen". Door de verdikking van de vaatwand krijgen de dieperliggende cellen te weinig zuurstof uit het bloed, waardoor de normaal aanwezige lipoproteïnen (bepaald soort vetten) niet voldoende afgebroken worden. Daarbovenop komen door mechanische beschadigingen van de binnenste cellaag nog eens extra lipoproteïnen vanuit het bloed in de vaatwacht terecht. Deze theorie wordt, nog steeds volgens de genoemde auteurs, mooi ondersteund door de bevinding dat atherosclerose bij hoge bloeddruk vaker voorkomt dan bij lage bloeddruk.

Evenwichtige regulering

Een volstrekt andere verklaring gaat uit van een, wat ik maar even noem, biohistorisch kader. Daarin wordt meer aandacht gegeven aan de biologie, aan het levende en aan de ontwikkeling en verandering in de tijd, van biologische processen.

Bij de verklaring van het ontstaan van atherosclerose wordt de werking van de bindweefsel cellen van de vaatwand in relatie tot de regulering van opbouw- en afbraak-processen in het menselijk lichaam als concreet uitgangspunt genomen. In de regulering van deze processen spelen zenuwstelsel, hormonen en psychische gesteldheid een belangrijke rol. Uit dit biohistorische kader spruit de volgende verklaring voort: de histologische veranderingen in het atherosclerotische proces zijn een gevolg van een verstoring van het evenwicht tussen opbouwen afbraak van weefselstructuren door de bindweefselcellen. De opbouw van nieuwe structuren wordt onvoldoende gecompenseerd door de afbraak van reeds bestaande structuren. Uiteindelijk vindt dan een ophoping plaats van door de cellen geproduceerd bindweefselmateriaal, wat via tussenstappen tót de atherosclerose leidt. De ontsparing van de celfunctie is op zijn beurt een gevolg van veranderingen in het zenuwstelsel, de hormonen en de psychie, want daardoor gaat de evenwichtige regulering van die celfunctie verloren. De verstoring vindt zijn oorsprong dus niet in de invloeden die hemodynamische krachten en mechanische beschadigingen uitoefenen. Die factoren komen in deze verklaring niet eens voor.

Zo zien we dat er twee theorieën over hetzelfde verschijnsel zijn, die trouwens allebei door experimentele resultaten onderbouwd - worden, maar waarbij de één vanuit de celfunctie en de andere vanuit de fysica van het vaatstelsel vertrekt.

Besturingssystemen

Als we na dit pathologisch uitstapje weer terugkeren naar de fysiologie pur sang, kunnen we naar de tweede achterliggende benadering, die in de tekst is te vinden. Die benadering bestaat uit de telkens weerkerende verklaring die Guyton voor het waarom van bepaalde feiten en wetmatigheden hanteert.

Veel verschijnselen worden functioneel genoemd voor andere verschijnselen, en al die verschijnselen zijn zodanig op elkaar afgestemd dat

de overleving van het organisme maximaal gewaarborgd is. De tekst staat vol met uitspraken als: "*De functie van de slagaders is om bloed onder hoge druk naar de weefsels te vervoeren. Om die reden (f) hebben slagaders sterke vaatwanden*" en "*er is een ingebouwd mechanisme in de meeste weefsels om het aantal bloedvaten in het weefsel op een peil te houden dat bijna gelijk is aan wat nodig is (f) om aan de stofwisselingsbehoefte te kunnen voldoen*" en "*voor de werking van dit mechanisme is het nodig dat de arteriële bloeddruk constant of bijna constant blijft.. Gelukkig (f) heeft de bloedsomloop een ingebouwd systeem voor de regulatie vtm de arteriële bloeddruk*" en als laatste en mooiste "*Als iemand ernstig bloedt en de bloeddruk plotseling daalt, komt het bloeddrukbesturingssysteem onmiddellijk voor twee problemen te staan namelijk; ten eerste de bloeddruk naar een zodanig niveau te brengen dat de persoon verder kan leven en ten tweede het bloedvolume uiteindelijk weer op peil te brengen zodat de bloedsomloop weer volledig normaal kan functioneren*". Op een bijna meeslepende wijze brengt Guyton zo zijn verhaal. Het bloeddrukbesturingssysteem (en niet de persoon in kwestie) staat voor een levensreddende taak en zal het systeem een oplossing vinden? Natuurlijk. Dat besturingssysteem blijkt precies tot taak te hebben om de bloedsomloop normaal te laten werken.

Spannend verhaal

Typend voor Guyton is niet de vraag naar het waarom, maar het antwoord. Alles gebeurt om te overleven en normaal(!) te functioneren. Zonder hier nu direct een andere theorie tegenover te zetten, kan gevraagd worden of de zin en het doel van het biologisch gebeuren niet veel meer de ontwikkeling, het oud worden en het doodgaan is, dan organismen laten blijven zoals ze zijn.

Door de vraag naar het waarom krijgt het verhaal overigens wel een overtuigende kracht voor de lezer. Ten eerste wordt het verhaal er spannend door. De lezer kan zich gaan identificeren met de schrijver; beiden zijn bezig problemen op te lossen. Door zich zo mee te laten trekken in het verhaal valt het de lezer niet snel meer op, dat mechanismen tot personen worden die levensreddende taken verrichten. De rol die daarvoor betaald wordt is dat de mens aan wie het mechanisme toebehoort geheel uit het zicht verdwijnt.

Verder sluit de vraag naar het waarom, net als bij de fysische benadering, aan op de behoeften van de lezer. De vraag naar **de zin** van iets is een bekende voor de lezers. Sterker, zij zoeken voortdurend naar de zin. Een boek dat niet positief met dit zingevingprobleem omgaat zal voor velen weerzinwekkend zijn.

Als laatste van de drie benaderingen die samen de zienswijze vormen vinden we het idee dat overal in ons lichaam, op micro- en op macro-niveau, besturingssystemen aanwezig zijn. In de tekst is een veelheid aan grote en kleine systemen te vinden; zuurstofconcentratie die de doorbloeding regelt, groter bloedvolume dat via tussenstappen tot meer urine leidt en dus weer tot minder bloed; hormonen die sturende invloed hebben en ga zo maar door. Bij elkaar wordt het heel complex en het vijfde hoofdstuk eindigt dan met een schema waarin 11 stuursystemen kwantitatief op elkaar betrokken worden. Dat is echter nog niets vergeleken met modellen waarin 400 stuursystemen verwerkt zijn en waarvan het de bedoeling is om, met behulp van computer-analyse, de effecten van bijna elke verandering op de totale werking van de circulatie te kunnen verklaren. En, schrijft Guyton, "*In het bijzonder is het mogelijk om daarmee te voorspellen hoe verschillende afwijkingen in het systeem hoge bloeddruk kunnen veroorzaken*".

Door de algemene belangstelling voor het systeemdenken en de bewondering voor de mogelijkheden van de computer heeft ook deze benadering een sterke aantrekkingskracht.

Blind geworden

Het boek gaat nu even dicht en ik zit met een buizensysteem, gevuld met vloeistof, werkend volgens natuurkundige wetten, afgestemd op het in leven blijven en bestierd door een geautomatiseerde verkeersstoren. Dat is het beeld dat ontstaat als je naar het menselijk lichaam kijkt zoals Guyton doet. Guyton stimuleert niet tot nadenken over de gebruikswaarde van zijn zienswijze of over alternatieven. Integendeel, de door hem gehanteerde invalshoek komt overeen met de opvattingen die zich bij de lezer al door vooropleiding en cultuur ontwikkeld hadden. Die opvattingen worden door dit boek nog eens bevestigd. Door de gemeenschappelijke invalshoek van lezer en auteur wordt ook de wijze waarop Guyton mogelijke kritiek op zijn verhaal indamt overgenomen

door de lezer, zelfs de suggestie dat het wel aan de lezer zal liggen als hij of zij iets niet begrijpt. "*Het zal wel aan mij liggen, zeker iets gemist op college*". Is het niet meesterlijk hoe zo'n boek de tegenstellingen in de fysiologie weet om te vormen tot een gebrek aan zelfdiscipline bij de student?

Als de student het boek doorgeploegd heeft en de tentamens gedaan zijn, resten er geen vragen meer over de fysiologie. Andere opvattingen bestaan misschien wel, maar zijn onwetenschappelijk; zelfbedachte kritiek is geen kritiek maar een uiting van domheid of luiheid, en ter discussie stellen van de achterliggende benadering bij Guyton betekent twijfelen aan jezelf. Het idee dat er een kritisch oordeel over de fysiologie gevormd kan worden houdt zo op te bestaan.

Gesloten

De concrete theorie van Guyton is, zoals we zagen, tot stand gekomen door, met voorliefde voor de fysica, de homeostase (evenwicht van het inwendig milieu) en besturingssystemen, de verschijnselen in het menselijk lichaam te beschrijven en te verklaren. Die theorie is daardoor star en gesloten van aard. Star door dat deze concepten het niet goed mogelijk maken ontwikkelingen zoals het ouder worden of aanpassing door verandering te beschrijven. Gesloten doordat de theorie ophoudt bij de grenzen van het menselijk lichaam en wat er in het lichaam gebeurt vanuit dat lichaam zelf verklaard wordt. Hoe het lichaam en de veranderingen daarin, zich verhouden tot ontwikkelingen buiten het lichaam kan met deze theorie niet beschreven worden. Vreemd genoeg kun je met deze fysiologie nog wel begrijpen waardoor een mens al jagend en vruchten plukkend uit hoge bomen aan zijn voedsel kan komen, maar hoe de hedendaagse wens nog aan voedsel kan komen blijft met dit soort fysiologie een raadsel.

Ook door het gebrek aan belangstelling voor de invloed van het zenuwstelsel wordt de theorie gesloten. Wat er nog over het zenuwstelsel gezegd wordt staat voornamelijk in het licht van de op overleving gerichte besturingssystemen. Hierdoor biedt de theorie weinig mogelijkheden om verbanden te leggen met kennis uit de psycho- en sociosomatiek. Over de betekenis van het zenuwstelsel als schakel tussen psychische en maatschappelijke processen enerzijds en lichamelijke processen anderzijds is men nog lang niet uitgepraat, gezien de omvang van de literatuur op het

gebied van de psychofysiologie. Maar ja, zolang als je een hoogleraar fysiologie hoort beweren dat de psychologie een toepassingsgebied van de fysiologie is en die man dan bovendien zijn studenten nog Guyton voorschrijft, zijn er van die kant weinig aanzetten te verwachten om serieus aandacht te besteden aan de verbinding tussen maatschappij, psyche en lichaam.

Blok aan het been

De betekenis van de beperkingen van de Guytoniaanse fysiologie wordt duidelijk als je die fysiologie naast een aantal uitgangspunten van vernieuwing in de eerstelijns geneeskunde legt. Die vernieuwing richt zich ondermeer op een andere invulling van het ziektebegrip en veranderingen in het denken over de kwaliteit van het leven in de maatschappij van vandaag. Oud worden en doodgaan horen bij het leven, niet iedere afwijking is een ziekte, onze maatschappij kent een ingewikkelde arbeidsdeling en er is meer tussen hemel en aarde dan kwaadwillende bacteriën en wervelende bloedstromen. Wie Guytoniaans denkt kan deze uitgangspunten niet concreet invullen. Hij kan fysiologische veroudering niet goed begrijpen, en veranderingen in functies zijn niet verenigbaar met (normale) overleving. Overleven gebeurt immers door handhaving van de normale functie. Voornamelijk zittend door het leven gaan kan niet goed zijn, want de mens is gemaakt om te rennen en te klimmen, en welke psychische en maatschappelijke factoren nu welke pathologische veranderingen veroorzaken is niet in te zien.

Voor wie de genoemde uitgangspunten wel wil invullen is het boek van Guyton als de kanonskogel aan de voet van de gevangene. Of hij het leuk vindt of niet, hij zal los moeten komen van die kogel om ooit méér te kunnen zien dan de binnenkant van de gevangenis muur. Later kan hij hem misschien weer ophalen om er nog eens iets anders mee te doen.

Vrouwenarts versus neuroloog

Elke patiënt eist voor zijn of haar kwaal de beste behandeling. Elke dokter zal zeggen dat zijn of haar therapie de beste resultaten oplevert. Toch bestaan er tussen dokters behoorlijke meningsverschillen over de voorkeursbehandeling bij één en hetzelfde ziektebeeld.

Aan de hand van het voorbeeld "ecclampsie", een vorm van zwangerschapsvergiftiging, laat Pauline van Hessen zien dat gynaecologen en neurologen volstrekt verschillende visies hebben over de aangrijpingspunten van deze ziekte en de doelen van de therapie. Bestaat er eigenlijk wel één medische wetenschap, één "b-ste behandeling"?

Pauline van Hessen is arts.

Eén ziekte, twee behandelingen

De traditionele geneeskunde kent niet alleen botsingen met andere, zogeheten alternatieve genezers, ook tussen haar eigen vertegenwoordigers kunnen diepgaande meningsverschillen bestaan. Daarbij gaat het zelfs over medisch-technische behandelingen, waarvan je zou denken dat toch uit onderzoek zou kunnen blijken welke therapie de beste resultaten geeft. Zo simpel ligt dat echter niet, in veel gevallen bestaat allerminst overeenstemming over de voorkeursbehandeling. De verschillende therapeuten weten blijkbaar uit de diverse onderzoeken de conclusies te trekken die bij hun overtuiging passen, en blijven geloven in hun eigen therapie.

Is hier misschien sprake van het placebo-effect bij de dokter?

Ecclampsie

Een voorbeeld van uiteenlopende meningen vinden we bij de behandeling van ecclampsie. Ecclampsie is een toestand die bij vrouwen vanaf

de zesde maand van de zwangerschap tot 48 uur na de bevalling kan voorkomen. Het komt zelden voor, omdat meestal van te voren al ingegrepen wordt. Ecclampsie wordt namelijk voorafgegaan door een periode met steeds meer tekenen van zwangerschapsvergiftiging: een stijgende bloeddruk, eiwit in de urine en een snelle toename van het gewicht. Dit kan overgaan in een voorstadium van ecclampsie, met klachten van toenemende hoofdpijn, overgeven, verwardheid, een tintelend gevoel in de vingers en stoornissen bij het zien. Tenslotte kan de ecclampsie hieruit ontstaan. Dit is een toestand waarin een soort epileptische aanvallen (convulsies) optreden.

Een exacte verklaring van de verschijnselen ontbreekt. Er is geen fysiologisch mechanisme bekend dat verklaart hoe bepaalde in- en uitwendige factoren uiteindelijk ecclampsie tot gevolg hebben. Algemeen wordt de hoge bloeddruk waarmee ecclampsie gepaard gaat,

gezien als een belangrijke oorzaak.. De eclampsie manifesteert zich in de vorm van convulsies (stuipen of toevallen), zoals je die ziet bij epilepsie. En dan zitten we meteen midden in het dilemma, want epilepsie is het werkterrein van de neurologen en zwangerschap dat van de gynaecologen.

In de klinische praktijk in Nederland behandelt men eclampsie vaak in eerste instantie als een neurologisch probleem: als therapie dient men medicijnen toe die normaliter gebruikt worden tegen een epileptische aanval, bijvoorbeeld valium. In bepaalde neurologische literatuur wordt geadviseerd eerst de hoge bloeddruk te bestrijden door bloeddrukverlagende middelen en pas als dat niet voldoende helpt om de convulsies te stoppen, wordt overgegaan tot het geven van valium. Het beleid is erop gericht de bevalling zo snel mogelijk te doen plaatsvinden. In de vervolgetherapie adviseert men om de bloeddruk laag te houden met onder andere plaspillen en een zoutarm dieet. Het gebruik van magnesiumsulfaat, een middel dat al in het begin van de eeuw tegen toevallen gebruikt werd, noemt men uit de tijd: het heeft vervelende bijwerkingen en men kan farmacologisch beredeneren dat het niet goed kan werken.

Kijken we naar recente, vooral in Amerika ontwikkelde en toegepaste ideeën uit gynaecologische hoek, dan zien we die een volkomen ander behandelingschema aanbevelen.^{3,4} Magnesiumsulfaat wordt beschouwd als het middel van eerste keus bij het bestrijden van de toevallen bij eclampsie. Andere middelen tegen convulsies, zoals valium, zijn niet nodig. Bloeddrukverlagende middelen worden pas toegepast als de bloeddruk extreem hoog is. In een zeer beperkt aantal gevallen adviseert men plaspillen en een zoutarm dieet. Pas als dit beleid de eclamptische verschijnselen beëindigd heeft kijkt men of er redenen zijn om de bevalling snel op gang te brengen. Dat is lang niet altijd nodig.

Vergelijking

Ook in de Nederlandse ziekenhuizen hebben gynaecologen verschillende ideeën over eclampsie en passen ze verschillende therapieën toe. Laten we voor het gemak de ideeën afkomstig uit de neurologische literatuur de "neurologische visie" noemen en die uit de gynaecologische studies de "gynaecologische visie".

Vergelijking van beiden toont om te beginnen een verschil in classifi-

catie van de eclampsie. In de *neurologische visie* wordt eclampsie gezien als een aandoening van de hersenen op basis van te hoge bloeddruk, een vorm van zogenaamde hypertensieve encefalopathie. De therapie richt zich op het bestrijden van de gevolgen van die aandoening, in dit geval de toevallen, en/of op het bestrijden van de oorzaak, de hoge bloeddruk. De *gynaecologische visie* beschouwt eclampsie als een uit de hand gelopen zwangerschapsvergiftiging. Nieuwe inzichten in de therapie daarvan, bijvoorbeeld het ter discussie stellen van het nut van plaspillen, zullen een direct gevolg hebben voor de behandeling van eclampsie.

Verder zien we een verschil in denkwijze. De *neurologische visie* stoelt het beleid voor een groot gedeelte op de kennis omtrent het mechanisme van de diverse therapieën, de fysiologische en farmacologische verklaring van hun werking. In de *gynaecologische visie* geldt meer het pragmatische standpunt: wat een goed resultaat heeft is daardoor een goede therapie. De volgende (vertaalde) citaten kunnen deze verschillen misschien verduidelijken:

"Een verhoogde magnesiumspiegel in het bloed veroorzaakt een spier-zenuwblokkade en voorkomt zo het schokken van de ledematen. Toch is magnesium niet direct een middel tegen toevallen. Bovendien is niet zeker dat een stijgende bloedspiegel de concentratie in de hersenen significant verhoogt. Magnesium is niet langer een voorkeursmiddel bij de behandeling van «eclampsie»."

"Een beleid (...) waarbij alleen magnesiumsulfaat als eerste keus middel werd gebruikt, leverde, volgens de wereldliteratuur tot dusverre, de beste resultaten op voor moeder en kind".?

Ten slotte staan verschillende doelstellingen voorop: in de *neurologische visie* is het doel van de therapie primair het genezen van de eclamptische vrouw, die daartoe zo snel mogelijk moet bevallen. In de *gynaecologische visie* is de therapie meer gericht op het welzijn van moeder en kind, dat niet altijd gebaat is bij een snelle bevalling.

Keuzes

Het gaat er mij nu niet om te bepalen welke visie beter is, of om een samenvatting te geven van neurologische respectievelijk gynaecologische opvattingen over de therapie van eclampsie. Bij vergelijking van andere literatuur waren waarschijnlijk nog andere standpunten

naar voren gekomen.

Het gaat erom erop te wijzen dat er geen objectieve "beste" therapie bestaat. Een therapie behelst een visie op ziekte en symptomen en impliceert keuzes. In het voorbeeld van de eclampsie gaat het dan om:

- Wat kies je als classificatie, hoeveel belang hecht je daarbij aan de lichamelijke toestand, de huidige klachten, de voorgeschiedenis en dergelijke?
- Hoe beschouw je een ziekte, wat kies je als aangrijppingspunt voor je therapie? Is het een pathofysiologisch gebeuren waar de therapie logisch uit voortvloeit, of is het een verzameling symptomen die je zo goed mogelijk wilt laten verdwijnen?
- Wat kies je als doel voor je therapie, hoeveel accent hebben andere mensen (bijvoorbeeld het ongeboren kind) daarin?

Er zijn natuurlijk meer keuzes te bedenken: iedere therapeutische handeling is in feite een keuze. Als een therapeut zich dat bewust is, kan zij of hij de keuze beter motiveren. En als anderen het ook beseffen, kan de discussie over therapie en gezondheidszorg duidelijker gevoerd worden.♦♦

1. Brain, *Clinical Neurology*, 1977.
2. *Clinical Neurology*, 1983.
3. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, december 13, 1982.
4. *Idem*, april 1, 1984.

VAN OUDE VROUWEN, DE DINGEN DIE NIET VOORBij GAAN

Moelijke klanten, hulpeloze hulpverleners. Een kijkje in de praktijk van een wijkverpleegkundige. Over het afschuiven van de verantwoordelijkheid voor de zorg, en oplossingen die niet veel lijken op te lossen. Van kwaliteit gesproken!

[Luis van Ogtrop is wijkverpleegster in Amsterdam.



Foto: Ine van den Broek

Er zijn zo van die mensen en situaties die je tot moedeloosheid kunnen brengen. En woede, omdat het allemaal zo oneerlijk is. In dit stuk wil ik proberen zo'n soort probleem in mijn werk als wijkverpleegster in de Amsterdamse binnenstad te beschrijven. Ik ben bang dat ik tot niet veel meer dan een beschrijving kom. Ik ben altijd goed geweest in vertellen hoe het nfét moet.

Het gaat over vrouwen. Over oude vrouwen, alleenstaand, vrouwen die en dat over het algemeen op latere leeftijd worden. Ze zijn weduwe, of verloren de familieleden met wie zij samenwoonden. Vaak hebben ze hen tot hun dood verzorgd.

Ze zijn ontevreden en ongelukkig. Met de wereld, hun familie, de buurt, hun gezondheid en hun leeftijd. Ze hebben veel klachten, met name lichamelijke. Meestal wijten ze de klachten aan hun leeftijd: duizelingen, pijn in hoofd, rug, buik, armen en benen. Ze hebben geen zin meer in eten, in de verzorging van zichzelf of hun huis, in het leven. Ze noemen het vaak "verval van krachten" of "s-ijtage". Ze zijn voor deze klachten veelvuldig onderzocht, op eigen verzoek of op aandrang van hun kinderen. Er zijn ofwel geen afwijkingen, ofwel een aantal „ouderdomskwalen" geconstateerd, waarvoor ze over een paar maanden nog maar eens terug moesten komen.

De wijkverpleging wordt ingeschakeld op het moment dat iets in de lichamelijke verzorging daar aanleiding toe geeft: een open been, problemen met de inname van medicijnen, de hygiëne of de voeding. De medicijnen helpen niet, de genezing van de wond vordert slecht, de wasbeurt biedt zelden soelaas.

Al met al laat de situatie zich het best omschrijven als één doffe ellende: niets is goed of er is aan alles wel iets niet goed. De mensen in het algemeen deugen niet, familie en kennissen laten je in de steek en niet in de laatste plaats: "ze" (de regering, de gemeente, de hulpverlening?) doen niets voor ons soort mensen". Ze hebben, buiten de hulpverleners, weinig of geen contacten met andere mensen, uit de buurt, en hulpverleners worden dan ook in toenemende mate in huis gehaald.

Ze veroorzaken weinig sociale overlast en geen politieke onrust, ze zitten in hun huizen tamelijk rustig ongelukkig te zijn. Het is de directe omgeving die hen een "probleem" vindt en vervolgens de hulpverlening die hen tot een „groep" bombardeert, vanwege de relatief hoge frequentie van dezelfde soort hulpvragen.

W e komen er wekelijks, soms dagelijks. De oorspronkelijke reden van onze komst vervaagt al gauw, en wordt ondergeschikt aan de mogelijkheid om regelmatig de onvrede met het bestaan te uiten. Nauwkeurig worden we op de hoogte gehouden van de pijn en de boosaardigheid in de wereld in de afgelopen periode. Je kunt het verhaal wel dromen.

In de verhalen overheerst de overtuiging dat hun ongeluk van recente datum is. Vroeger waren ze niet zo. Vroeger waren ze heel sterk, hebben ze hard gewerkt. Vroeger was het ook niet gemakkelijk, vaak is het zelfs nooit helemaal echt leuk geweest, maar toch was het allemaal anders. Pas sinds ze lichamenlijk zo achteruit zijn gegaan ging het allemaal mis.

En nu kunnen ze niet veel meer zelf. Als dat wel zo was zouden ze geen hulp vragen. En de regelmatige komst van de wijkverpleegster bevestigt dat: ze hebben verzorging nodig.

Zelf vind je al gauw dat je verpleegkundige taak ondergeschikt is: van belang is, dat je luistert en blijft luisteren. Maar je wilt ook een doel bereiken, je wilt dat er door jouw tussenkomst iets verandert in hun situatie, dat het leven er weer iets rooskleuriger uit gaat zien. En dus besluit je dat enige begeleiding hier wel op zijn plaats is, met het oog op het herwinnen van de zelfstandigheid.

En dan blijkt dat al jouw aanbiedingen in de loop der tijd om iets te veranderen, stuiten op schrik en verontwaardiging: Als verpleegster moet je toch zien dat ze dat niet meer kunnen! Na vele pogingen in die richting, hetgeen kan variëren van ze een gedeelte van de wasbeurt laten overnemen tot eens ergens mee naar toe gaan, geef

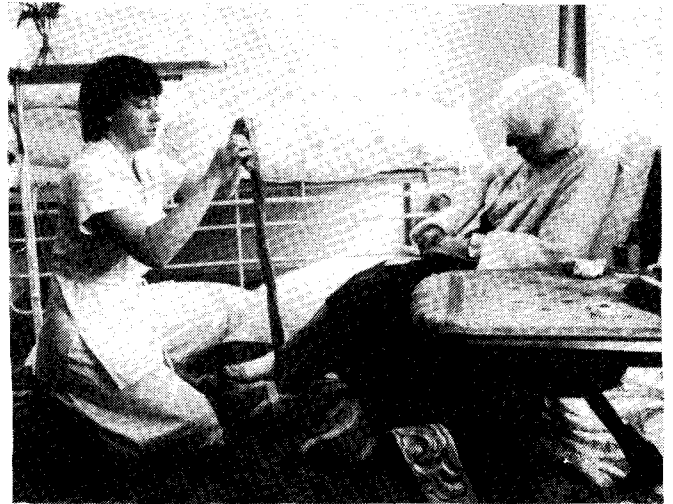


Foto: Ine van den Broek

je het langzamerhand op; de wasbeurt zelf doen kost veel minder tijd. Maar, omdat je toch wat moet doen, heb je iedere keer iets nieuws in petto: iets voor de incontinentie, voor de pijn in de schouder, een vrijwilliger van de kerk die wel eens langs wil komen ("om te praten? Wat heb ik daar nu aan?"). En ten einde raad neem je die zaken over die ze nog wél zelf opknapt: het regelen van de hulp rond het dagelijks gebeuren. De laatste activiteit waarin hun kracht lag: het organiseren van het medelijden, neem je van hen over. En je ziet dan gebeuren wat je nu juist wilde voorkomen: mensen worden afhankelijker in plaats van zelfstandiger. Je raakt verstregeld in een relatie die het midden houdt tussen die van grootouder - kleindochter en "zuster"- "patient", terwijl je geleerd hebt dat er gelijkwaardigheid dient te zijn tussen klant en hulpverlener.

Het geheel eindigt meestal in een anticlimax: een valpartij en een opname in een verpleegtehuis ergens ver weg of doodgewoon met hun overlijden; op geen van beide heb je ook maar enige invloed.

De vraag is, of het ergens in het proces anders had gekund, wat er fout is gelopen. Om tot een antwoord op deze vraag te komen moet je naar mijn gevoel een heel eind terug: wat in de achtergrond van deze vrouwen maakt dat ze nu zulke moeilijke klanten worden?

Ik zie het zo: in het begin van deze eeuw geboren, hebben ze een tijd doorgemaakt, waarin zorgen voor andere mensen - familieleden, man en gezin - een vanzelfsprekende zaak voor vrouwen was. Daarnaast moest vaak laaggekwalificeerd en slechtbetaald werk buitenshuis gedaan worden: werkster, fabrieksarbeidster, strijkster, atelier- of horecawerk. Tot op vrij hoge leeftijd zijn ze daarmee doorgedaan, iets waar ze enerzijds met trots, anderzijds met bitterheid aan terugdenken. Toen kwam daar de verzorging van een huisgenoot bij. Soms bestaand uit dagelijks uren doorbrengen in ziekenhuizen, vaak uit verpleging thuis: 24 uur in touw zijn om iemand op zijn wenken te bedienen, wat met bewonderenswaardige trouwen volharding gebeurde (wij zijn daar als wijkverpleging vaak getuige van). Het was lang niet altijd even leuk maar het was een vanzelfsprekende zaak, dar je zoiets als vrouw opbracht. Het werd je door de omgeving nogal eens kwalijk genomen als je die verzorging niet volhield.

En nu, na de dood van de partner zijn ze op zichzelf aangewezen. Zij die veel van hun identiteit ontleenden aan het zorgen voor anderen, moeten nu voor zichzelf zorgen. In een tijd, waarin hun kinderen zijn verhuisd naar

kleine huizen in buitenwijken, waarin je geen contact meer hebt met je burens, waarin iedereen bang is om op straat te komen en de enige mensen die je in huis kan krijgen beroepshulpverleners zijn. Met de ongemakken van de ouderdom en de eigenaardigheden die door vereenzaming en verbittering alle kansen krijgen de kop op te steken, is het geen wonder dat deze vrouwen moeilijke klanten worden voor de beroepshulp.

Wat verwachten ze van hulp en wat heeft die hulp hen te bieden? Hun eigen ervaring met verzorging maakt, dat ze van hulp verwachten wat ze er zelf altijd ingestopt hebben: persoonlijke contacten, waarin je jezelf "ontplooit", aan je trekken komt; dat wat je niet meer zelf kan (of wil) wordt overgenomen door degene die je verzorgt: zichzelf wegcijferend en belangeloos.

De beroepshulp van vandaag de dag heeft methoden en doelstellingen, waarbij één ding om ieders bestwil voorop staat: distantie. En met doelstellingen, methodieken en distantie kom je niet ver in dit soort situaties. De verwachtingen van de klanten en het aanbod van de hulpverleners botsen op een gigantische manier. De geboden hulp is niet toereikend en de hulpverlener voelt zich niet voldoende toegerust voor de toebedeelde taak. Iedere keer dat je er was, en dat het een prettig gesprek is geweest, is meegenomen. Omdat er weinig eer aan te behalen valt, wordt het werk meer en meer gedaan door werkers met een minimale opleiding. Zo worden bijv. gezins- en bejaardenhelpsters verantwoordelijk gesteld voor het welzijn van deze groep klanten. Er treedt een "inflatie" op van functies, met alle gevolgen voor de kwaliteit van de hulp.

Vanuit de opvatting dat het sociaal isolement van deze vrouwen de grote boosdoener is, is het concept van de dagopvang ontwikkeld. Dagopvang is een voorziening voor zelfstandig wonende bejaarden die meestal gekoppeld is aan een buurtgericht verzorgingstehuis. Het is gebaseerd op de volgende principes: Mensen die zonder die voorziening niet meer in staat zijn zichzelf te handhaven in de thuisomgeving, maar die ook niet opgenomen willen worden in een verzorgings- of verpleeghuis, de mogelijkheid bieden, weer deel te nemen aan het maatschappelijk leven en nieuwe sociale vaardigheden aan te leren door middel van regelmatige contacten en bezigheden met lotgenoten. Het dient laagdrempelig te zijn en weinig eisen te stellen aan de deelnemers. De mensen worden thuis gehaald en gebracht. Activiteiten die plaatsvinden tijdens de bijeenkomsten variëren van gezamenlijk de krant lezen tot maaltijden bereiden en douchen onder begeleiding. Voor één en ander betalen de deelnemers een eigen bijdrage.

In steeds meer buurten wordt op dit moment ervaring opgedaan met die dagopvang. Ook bij ons in de buurt zijn buurtmaatschappelijk werk, de wijkpost voor bejaarden, gezinszorg en wijkverpleging bezig met het opzetten van een dergelijke voorziening. Vooropgesteld dient te worden, dat ook het tot nu toe het belangrijkste initiatief is op het terrein waar deze problemen ook thuishoren: niet in de medische maar in de "sociale" hoek: in de buurt waar de mensen wonen, gericht op het doorbreken van de individuele misère.

Toch vind ik het belangrijk aan te geven waar mijn bedenkingen liggen. Ik vraag mij bijvoorbeeld af, hoe je het isolement van mensen oplost, door die mensen in een groepje bij elkaar te zetten. Daardoor isoleer je ze opnieuw, zij het collectief. Ik heb al proberen aan te geven, dat wij, de eerstelijners, hen tot een groep maken. "Vereenzaming" of "isolement", is een karakteristiek van de situatie die de

omgeving of de hulpverlening eraan geeft. De mens waar het om gaat definiëren hun situatie ten ene mal anders, als gezondheidsprobleem bijvoorbeeld of als 1 probleem van de boze buitenwereld. Eenzaamheid is 1 gigantisch taboe.

De eerste behoefte van de klanten in kwestie ligt oer niet in het ontmoeten van lotgenoten, maar die ligt in het krijgen van persoonlijke aandacht, voor zichzelf, allee "IK? Met al die oude wijven? ... Die allemaal hardstikJ gek zijn? Mij niet gezien, dat is niks voor mij..." of reactie van die strekking krijg je. Als het na veel overreding gelu is om iemand zover te krijgen wil het nog wel eens lekker gaan. Maar ik moet eerlijk zeggen, volledig voor mijn eigen rekening, ik iets heel melancholiek over me kan krijg bij het idee dat die mensen zover zullen komen dat ze "functioneren in een groep"; een gevoel dat er iets af gaa 1 in plaats van dat er iets bijkomt.

Bovendien blijkt uit in wat we gezien hebben van al draaiende dagopvang, dat er nogal vaak wel degelijk eise aan de mensen gesteld worden: er is een duidelijke "boven-" en "onder-" grens. Onder het motto van "één rotte appel" of "de zwakste schakel" zijn mensen al gauw te slecht. Men is bang, en terecht, dat ze de rest in hun gekte zullen meeslepen.

Wederom is er weinig geld voor begeleiding, dus stellen de instellingen voor gezinsverzorging formatieplaatsen ter beschikking om de dagopvang te verzorgen. Je ziet dezelfde verschuivingen als in de thuiszorg; het moeilijkste werk moet gebeuren door de minst opgeleide en laagst betaalde groep van werkers: de gezins- en bejaardenhelpsters en door vrijwilligsters. Waarmee we dan vervolgens voor de jaren 2000 een nieuw-: probleemgroep creëren ..

Democratische psychiatrie



Foto's uit Italië

Gerlo Beemink, Nijmeegs FotoKollektief

In 1978 is in Italië een nieuwe wet op de psychiatrie aangenomen. Sindsdien kunnen er geen opnames meer plaatsvinden in psychiatrische ziekenhuizen en is het de bedoeling dat de inrichtingen worden gesloten. In een aantal regio's van Italië rust de psychiatrische zorg nu bij de SIM's (Servizio d'Igiene Mentale).

Op een SIM werken enkele artsen, meestal psychiaters, psychologen/s, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers samen aan de opvang en begeleiding van psychiatrische patiënten. Een belangrijke taak daarnaast is het terugbrengen van langdurig opgenomen patiënten in de maatschappij. Het werk dat een SIM verricht hangt samen met de hoeveelheid personeel en de subsidie die het krijgt. Deze verschilt van regio tot regio en hangt onder andere af van de politieke situatie. Wel gaat men overal uit van de idee dat een



patiënt(e) moet blijven functioneren in de maatschappij en dat in samenwerking met zijn of haar omgeving gehandeld moet worden.

In praktijk komt het erop neer dat patiënten gedurende werktijd op het SIM kunnen komen, daar mee kunnen eten, medicatie krijgen en soms zelfs gedurende enkele nachten kunnen blijven slapen. Verder worden veel huisbezoeken gedaan, wordt de werkplaats bezocht, worden praktische zaken zoals huisvesting en uitkering geregeld. In enkele plaatsen zijn 'casa famiglia' opgezet, huizen waar mensen zelfstandig kunnen wonen, soms met begeleiding. Omeen aantal mensen die niet zelfstandig kunnen werken toch hun eigen bezigheden te geven en een eigen inkomen te bezorgen worden werkcoöperaties opgezet, waar ambachtelijke en kunstzinnige producten worden vervaardigd. De casa famiglia en deze coöperatieven bieden chronische patiënten de mogelijkheid de inrichting te verlaten. Wanneer iemand niet in de thuissituatie kan blijven, wordt in het uiterste geval tot een opname in een algemeen Ziekenhuis besloten, de medewerkers/sters van de SIM blijven verantwoordelijk voor de zorg. Deze opnames duren maximaal 7 dagen en kunnen eventueel onder dwang gebeuren.

Tot de activiteiten behoort ook de individuele therapie en het zoeken naar nieuwe therapieën en een nieuwe theorie over gekte op basis van praktische ervaringen met de huidige werkwijze van de SIM's.

Momenteel wordt in Italië van diverse kanten kritiek geleverd op het feit dat in veel plaatsen geen vervangende zorg voor psychiatrische patiënten is opgezet en mensen dus aan hun eigen lot of aan hun familie worden overgelaten. Na het sluiten van de inrichtingen is in een aantal regio's het vrijkomende geld besteed aan andere voorzieningen in de gezondheidszorg en is geen goede ambulante zorg opgezet. Alternatieven voor de oude psychiatrie hebben daardoor nog nauwelijks een kans gehad.

Debbie Liebrand is arts.



Progressief of praktijkzoekend

Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen

Hoewel het slechts een fractie vormt van de totale werkloosheid, rijst het aantal werkloze artsen de pan uit. Wie neemt het op voor deze "dolende ridders der gezondheidszorg"? Niet de KNMGen haar wapenknechten. Reden genoeg dus voor de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen en de Landelijke Belangenvereniging van Basisartsen om zich op dit terrein te begeven.

Maar wat is belangrijker: het nastreven van idealen als de kwaliteitsverbetering van de zorg, of het behartigen van het eigen belang? Binnen de IPH is belangenbehartiging lange tijd taboe geweest. Ten onrechte, meent Henk de Vries. Hij pleit voor een gezamenlijke strijd van progressieve artsenorganisaties voor kwaliteitsverbetering en werk, voorlopig los van KNMGen LHV. De strategiediscussie voor "andersdenkende" dokters is bij deze geopend ...

Henk de Vries is huisarts

200 werkloze artsen stonden op 1 januari 1984 ingeschreven bij de arbeidsbureaus. Op diezelfde datum telde het Nederlands Huisartseninstituut 539 actief praktijkzoekende huisartsen.

Voor basisartsen (dat zijn degenen die wel het arts-diploma op zak hebben, maar geen vervolgopleiding hebben doorlopen tot huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige) liggen de wachttijden voor de huisartsenopleiding in de orde van 1 tot 3½ jaar. Desondanks wordt gesproken over het terugbrengen van de capaciteit van de huisartsenopleidingen, wanneer de duur hiervan (nu 1 jaar) tot 2 of 3 jaar opgevoerd zal worden. Voor co-assistenten en basisartsen komt hier nog bij dat de meeste specialisaties hun opleiding gesloten of sterk ingeperkt hebben. De huisartsen in opleiding en de co-assistenten, die ik als medewerker van het huisartseninstituut van de VU regelma-

tig voorlicht en spreek over hun beroepsperspectieven, raken daarover steeds somberder gestemd.

Hoe reageert de beroepsgroep zelf? Een Utrechtse groep basisartsen en co-assistenten nam dit voorjaar het initiatief tot de oprichting van een Landelijke Belangenvereniging Basisartsen (LBB); 14 april werd in Utrecht het oprichtingssymposium gehouden. De LBB zal zich primair op de werkgelegenheidsproblematiek van basisartsen gaan richten.

Dè standsorganisatie van artsen: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) houdt in de universiteitssteden in samenwerking met medische faculteitsverenigingen symposia over de werkgelegenheid van artsen om de indruk te wekken zich ook voor toekomstige collegae in te zetten. Maar concrete plannen voor de korte termijn heeft deze

KNMG niet te bieden. Het bestuur van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) (dit is een vereniging binnen de KNMG) kwam begin 1984 tenminste met een werkelijk banenplan voor de medische specialismen over de brug, vooral mikkend op drastische werktijdverkorting voor specialisten. Dit banenplan heeft overigens slechts de status van een discussiestuk.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), (eveneens een vereniging binnen de KNMG) verklaart naar praktijkverkleining te streven (Nota Vestigingsbeleid 1982). Zij houdt maar daarbij echter vast aan een gelijkblijvend inkomen, wat het in deze tijd bepaald niet gemakkelijker maakt!

De overheid en de KNMG hameren al jarenlang op sterke instroombeperking voor de medische faculteiten. Dat was ook de strekking van het eerste advies van de Commissie Behoeftebepaling Artsen (= de Commissie Vorst). Recent werd dit door minister Deetman geconcretiseerd in het besluit voor de cursus '84-'85 slechts 1485 eerstejaars studenten Geneeskunde toe te laten. Dit is 500 minder dan het cursusjaar daarvoor. Deze maatregel verbetert uiteraard niet de kansen op een baan voor diegenen die al in de opleidings-*pe-line*' zitten.

Me dunkt dat een eigen reactie van progressieve artsen op deze werkgelegenheidsproblematiek al te lang op zich heeft laten wachten. Voor mij vormde het oprichtingssymposium van de LBB een goede aanleiding om ideeën te formuleren over de betrokkenheid van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen bij de werkgelegenheidsproblematiek en over de richting waarin werkloze basis- en huisartsen oplossingen kunnen zoeken. Hieronder volgt een vrije weergave van de tekst die ik, als - toen nog - IPH-bestuurslid (helpt van het voorzittersduo), uitsprak voor het oprichtingssymposium van de LBB.

Kwaliteit of belangenbehartiging.

De IPH is ontstaan als Initiatiefgroep Praktijkzoekende Huisartsen. Praktijkverkleining was - en is - één van onze voornaamste eisen. Intussen heeft iets meer dan de helft van de leden werk als huisarts of in een verpleegtehuis. Daarbij heeft de groep zich ontwikkeld tot een vakorganisatie voor progressieve huisartsen. Nog even heetten we: Initiatiefgroep Praktijkstartende Huisartsen; bij de oprichting van de vereniging ging de P staan voor Progressief. Hiermee is de aandacht verschoven van het zoeken van werk naar vragen als: hoe kunnen we de vernieuwing van de eerstelijns gezondheidszorg gestalte geven, en: welke structuren staan 'kwali- teitsverbetering van de hulpverlening in de weg. Vooral "democratisering" is een hot item geworden in de IPH. "Democratisering begint in de spreekkamer" - vinden we, en moet zich gaan uitstrekken tot medezeggenschap van bewoners en gebruikers in organisatie en beleid van alle eerstelijns voorzieningen.

Het landelijk bestuur heeft de laatste jaren aan idealen met betrekking tot het huisartsenwerk veruit de prioriteit gegeven boven belangenbehartiging. Dat was ook in de statuten vastgelegd: "...En tenslotte heeft de vereniging ten doel de belangenbehartiging der leden voorzover niet in strijd met de bovenvermelde doelstellingen". (Namelijk: kwaliteitsverbetering, democratisering en verbetering van eerstelijnsstructuren). Behalve het bepleiten van praktijkverkleining op basis van kwaliteitsargumenten heeft het bestuur zich nooit meer direct op de werkgelegenheid van huisartsen gericht. Een stimuleringsregeling praktijkverkleining, door een vorig bestuur uitgedacht, hebben we ongestoord in de bureauladen van het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur laten rusten. Toch krijgt op de regio-bijeenkomsten en de bestuursvergaderingen de problematiek van eindeloos solliciteren, knokken voor een vrije ("wilde") vestiging, wantoestanden bij overname van praktijken, nog steeds veel aandacht in de zogenaamde "spui-ronden". Deze vormen steevast een agendapunt op alle IPH-vergaderingen. En overblijfsel uit de huisartsopleiding, waar iedere "terugkomdag" (een dag per week komen de huisartsen-in-spe naar het

huisartseninstituut) met het "spui-en" van de ervaringen begon.

Opkomen voor werk

Het laatste jaar worden de signalen steeds duidelijker dat de "baantjes" op beginnen te raken, dat aan een praktijk niet meer fatsoenlijk te komen is en dat vrij, ongesteund vestigen alleen is weggelegd voor de emotioneel C.q. financieel allersterken. Dat het ons zelf raakt is voor mij de eerste reden om meer systematisch aan de gang te gaan niet de werkgelegenheid van huisartsen. De tweede reden is wat complexer. De laatste tijd heeft de IPH de gevolgen van de sociaal-economische crisis voor het werk in de spreekkamer en in de wijk, als thema bij de kop gepakt. Het blijkt dat je daarbij niet ontkomt aan het vergelijken van de algehele werkloosheid met die van je eigen sector. Open staan voor de gevolgen van werkloosheid van je (toekomstige) patiënten, je machteloosheid voelen als hulpverlener, en je eigen werkloosheid laten liggen, - dat zou idioot zijn. Is het eigenlijk wel zo vies, zoals wij progressieve huisartsen altijd meenden, om voor onze belangen op te komen, voor ons recht op werk? De 800.000 (andere) werklozen doen het ook, en terecht vonden we toch altijd al. Ze organiseren zich in vakbonden, werklozencomité's, en als vrouwen en jongeren met hun specifieke situatie. Heeft het niet iets ouderwets paternalistisch om je als huisartsen zo verantwoordelijk te voelen voor de kwaliteit van de zorg, en onduidelijk te blijven over je eigen belangen? Dat kennen we toch van artsen(-organisaties): het beroep op het "belang van de patiënt", en van rechtse politici die o zo dikwijls het "algemeen belang" zeggen te beogen, terwijl het overwegend gaat om het versterken van eigen posities? Versterken van de eerste lijn, dienstverband voor artsen, samenwerken in een team, zelfredzaamheid voor patiënten: allemaal uitsluitend in het belang van de patiënt? Of zitten in deze eisen "ter verbetering van de gezondheidszorg" ook eigen belangen van (progressieve) artsen verborgen? Maak die dan ook expliciet!

Naar mijn idee zijn de belangen van werkloze progressieve huisartsen allereerst gelegen op het vlak van werkgelegenheid en arbeidsvoorwaarden (loondienst, part-time werken, normalisering van de werktijden). In de tweede plaats zie ik het als een duidelijk belang dat er voorwaarden gerealiseerd worden, die het ons mogelijk maken om te werken zoals we zelf graag willen, vol-

gens onze eigen idealen (die niet altijd stroken met die van patiënten): wijkgericht werken, ontmedicaliserend werken, interdisciplinair samenwerken, etcetera.

Ik zie als belangrijk bijkomend voordeel van dit expliciet maken van de eigen belangen van progressieve huisartsen, dat gebruikers van de gezondheidszorg, overheid, financiers en andere disciplines hiernaast en hiertegenover heel helder hun eigen eisen kunnen stellen. Een open democratische discussie wordt erdoor bevorderd.

Een derde motief voor meer bemoeienis van progressieve huisartsen met werkgelegenheidsvragen is dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) dit links laat liggen. We hebben de LHV de laatste jaren leren kennen als de club die de prioriteit blijkt te leggen bij behoud van de inkomenspositie en niet bij praktijkverkleining (zie de Nota Vestigingsbeleid en de reactie op het voorstel vestigingsbeleid van WVC). Bovendien probeerde zij middels processen "wild" gevestigde huisartsen tot sluiting van hun praktijk te dwingen. Dit maakt voor de IPH de verantwoordelijkheid om voor de werkloze collegae op te komen groter.

Kortom: ik pleit ervoor dat progressieve artsen binnen en buiten de IPH zich actiever opstellen voor de werkgelegenheid van (huis-)artsen.

Kleinere praktijken

Voor basisartsen wordt het perspectief op huisartsenwerk uiteindelijk bepaald door de ontwikkeling van de gemiddelde praktijkgrootte van huisartsen. Deze ligt momenteel op ca. 2500 "zielen" per praktijk. Het ministerie van WVC werkt aan een vestigingsbeleid, uit te voeren door de gemeentelijke overheid. B&W zullen vergunningen voor huisartsenvestigingen gaan uitgeven. Het gaat daarbij om de criteria voor de norm-praktijk die aangehouden moeten worden. In het voorstel van WVC wordt de norm gelegd op 2500 patiënten per praktijk, te bereiken in 1991. Dat is echter al de gemiddelde praktijkgrootte van dit moment. Dit betekent dat de huidige doorstroming van huisartsen (200 per jaar) niet belangrijk zal toemenen. Voor de circa 500 jaarlijks afstuderende huisartsen zullen er dus ruwweg 200 praktijken te verdelen zijn. De afbouw van de grote praktijken zal bovendien vermoedelijk door de groei van de kleintjes gecompenseerd worden, hetgeen dan ook geen extra banen oplevert.

Praktijkverkleining op korte ter-

mijn is hard nodig, en wel om vier redenen:

Allereerst vanwege **het recht op werk** van aanstaande en nu al werkloze huisartsen. Als enig argument is dit voor mij volstrekt onvoldoende. Alleen in combinatie met het volgende is praktijkverkleining maatschappelijk verantwoord.

In de tweede plaats als **voorwaarde voor kwaliteitsverbetering** van het huisartsenwerk. Kleinere praktijken zijn wel een noodzakelijke, doch op zich onvoldoende voorwaarde voor kwaliteitsverbetering. De vrijkomende tijd kan een huisarts ook op de tennisbaan doorbrengen. En ook hoeft méér tijd per patiënt niet te betekenen dat de hulpverlening beter wordt. Meer geavanceerde diagnostiek, experimenteren met meer medicamenten of automatiserings-spielgoed zijn naar mijn smaak niet bepaald kwaliteitsverbeteringen. Verderop ga ik in op andere noodzakelijke voorwaarden voor kwaliteitsverbetering.

In de derde plaats is **praktijkverkleining** nodig om te komen tot **normalisering van de werktijden**. Cijfers hierover zijn niet bekend, maar een schatting van een gemiddelde werkweek van zo'n 50 uur lijkt mij niet overdeven.

Het vierde argument voor praktijkverkleining is de toenemende **behoefte aan deeltijdwerk**. In groepspraktijken en gezondheidscentra zullen meer deeltijdbanen moeten komen. De adviescommissie "Behoeft en bepaling artsen" heeft volgens mij op dit punt een grote misser gemaakt. Voor het jaar 2000 begroot zij enkel vrouwen, en dan nog maar 30 procent van hen, op deeltijdwerk. Juist ook mannen zijn nodig in hun gezin of woongroep bij het verzorgen van de kinderen. Ook mannen moeten zich door het deelnemen aan het gewone maatschappelijk verkeer als enigszins normale mensen blijven ontplooiën in plaats van een beetje "vreemd" te worden zoals de meeste dokters.

De "Nota Uurwerk" van de Landelijke Actiegroep voor Medische Deeltijd Arbeid en Opleiding (LAM-DOA) is goede kost voor sommige beleidsmakers, die zelf al achterlopen bij de maatschappelijke ontwikkeling. De LHV is meer bij de tijd. Zij pleit sinds kort voor een systeem van deeltijdvergunningen. Hoe ver dient praktijkverkleining te gaan?

De LHV heeft in de "Nota Vestigingsbeleid" al eens berekend dat voor normale werktijden een praktijkverkleining tot 2000 gemiddeld noodzakelijk is. Normale werktijden betekent hier 8 uur per dag, terwijl ambtenaren al naar 38 uur per week

gaan. Bovendien is er in de nota een minimale tijd uitgetrokken voor samenwerking met collega's en andere disciplines, namelijk 2 uur per week.

Conclusie: om werktijden te normaliseren en om ruimte te scheppen voor echte kwaliteitsverbetering (meer preventie, samenwerken en patiëntenparticipatie), is persé praktijkverkleining, tot ver onder de 2000 gemiddeld nodig.

"Betaalbaar perspectief"

Hoe te realiseren?

De minister kan de normpraktijk van het vestigingsbeleid zonder moeilijke procedures verlagen van 2500 tot 2300. En over deze marginale verkleining moppert de ziekenfondsraad al vanwege de meerkosten (reactie op het voorstel vestigingsbeleid).

De conclusie is onvermijdelijk: om verdere praktijkverkleining, voor huisartsen financieel mogelijk te maken is een grondige herziening nodig van het financieringsstelsel van de hele gezondheidszorg. Een samenwerkingsverband van alle ziektekostenverzekeraars (fondsen en particuliere), heeft in maart '84 een discussienota uitgebracht met voorstellen hiertoe: "Betaalbaar Perspectief". Volgens het rapport moet de medisch-specialistische hulp onder het regime van het ziekenhuis worden gebracht, en zullen huisartsen beloofd worden voor minder verwijzen en voor sommige verrichtingen. Dan kan de praktijkgrootte tot 2000 worden teruggebracht. Dit kost wel 350 miljoen, maar dat bedrag wordt ruim door de vermindering van zorg in de tweede lijn opgebracht. Hier ligt een haalbaar plan voor praktijkverkleining, waar progressieve huisartsen in moeten duiken. Want naast de op zich uitstekende verschuiving van tweede naar eerste lijn, behelst deze nota een aantal zeer **discutabele beleidspunten**:

- een gelijkblijvend inkomen voor huisartsen. Kennelijk durven ze het niet aan om het zelfstandig ondernemerschap, het goodwill-systeem en het hoge uiteindelijke inkomen van huisartsen (na de moeilijke beginjaren) aan te pakken.
- "Betaalbaar perspectief" eist **fulltime** beschikbaarheid voor alle huisartsen, een radicale consequentie van de gewenste "*continue persoonlijke zorg*".
- de huisarts wordt de coördinator van de eerste lijn, en toezichhouder op de wijkverpleging die alleen curatieve taken overhoudt.

Deze drie elementen uit "Betaalbaar perspectief" zijn voor mij onaanvaardbaar. Discussie over dit plan is zeer in het belang van co-assistenten en basisartsen van dit moment: het kan ruim 1000 huisartsenbanen opleveren, maar onder welke voorwaarden!?

Ik pleit wel voor het opwaarderen van belangenbehartiging door progressieve huisartsen, maar wanneer dit strijdig is met de kwalitatieve verbetering van de gezondheidszorg, kies ik voor het laatste.

Betere kwaliteit

Concrete en deels dwingende maatregelen voor kwaliteitsverbetering van het huisartsenwerk zijn noodzakelijk. Anders is praktijkverkleining uitsluitend prettig voor de jonge dokters maar kopen de burgers er nix voor. Wat een betere kwaliteit precies is, en waar de prioriteiten liggen kan alleen maar in een discussie met gebruikers (patiëntenorganisaties, ziekenfondsen, politieke partijen) vastgesteld worden. Zelf denk ik - naast praktijkverkleining, - aan de volgende voorwaarden voor kwaliteitsverbetering:

- verplichte toetsing en nascholing, gekoppeld aan de gemeentelijke vestigingsvergunning.
- De verdere ontwikkeling van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Een voldoende en reguliere financiering van gezondheidscentra zou een hoop energie voor vernieuwend werken vrij maken, die nu in overleg met instanties over de eeuwige tekorten gaat zitten.
- Stimuleren van consultatieprojecten met medisch specialisten om tot een werkelijke substitutie van tweede- door eerstelijns taken te komen.
- stimuleren van projecten gericht op maatschappelijk achtergestelde groepen en hun gezondheidsproblemen: werklozen, WAO-ers, vrouwen, mensen van buitenlandse origine, etc.
- ontwikkelen van democratisering in de directe hulpverlening en in het beleid van eerstelijnsvoorzieningen.

Hiertoe moet niet alleen "samenwerkingstijd" voor gezondheidscentra en home-teams worden gesubsidiëerd door WVC, maar ook "projecten voor gebruikersparticipatie in de eerste lijn", verdienen die steun. En om dicht bij mijn eigen situatie te blijven: inbreng van patiëntenverenigingen in beleid en bestuur van de huisartseninstituten zou een stukje democratisering van de huisartsenopleidingen kunnen

betekenen.

Ik zou een aantal aanbevelingen willen geven aan werkloze basisartsen en huisartsen:

- Het is goed, om niet alleen als individuen maar ook in georganiseerd verband op te komen voor je belangen en idealen. Om te proberen elkaar niet als concurrenten te zien maar als lotgenoten. Om samen actie te voeren voor praktijkverkleining en voor behoud van de capaciteit van de huisartsenopleidingen. Om samen je vak bij te houden, en te proberen je vaardigheden wat meer op de samenleving van nu af te stemmen. Er zijn heel wat lacunes van onze opleiding om op te vullen. Co-assistenten en basisartsen die zich in de LBB organiseren raad ik aan zich nog niet bij de KNMG aan te sluiten. Kijk de kat nog even uit de boom. Beoordeel de verschillende beroepsorganisaties, de IPH inclusief, op hun daden.
 - Het is belangrijk om contact te zoeken met andere verenigingen en verbanden van werklozen in en buiten de gezondheidszorg. Ik denk in het bijzonder aan de FNV-jongerenbeweging. Deze organiseert namelijk veel werkloze gezondheidswerk(st)ers zoals verpleegkundigen en gezinsverzorgenden. Zij heeft ervaring met nettelijke kwesties als "werken met behoud van uitkering" - in onze kringen "volontair werk" genoemd.
- Je zou op lokaal niveau aan gemeenschappelijke activiteiten met werklozencomité's kunnen denken: scholing over gezondheidsvoorzieningen, patiëntenrechten, omgaan met overheidsinstanties (samen-scholen) en aan het ondersteunen van elkaars eisen en acties of tenminste discussie daarover.
- Het is onontkoombaar om te ijveren voor praktijkverkleining en meer deeltijdwerk voor huisartsen. Daarbij pleit ik er voor om tegelijk eisen te stellen op het vlak van de kwaliteitsverbetering, en om naar buiten toe steeds helder te zijn over je eigen belangen.

Wie organiseert de werkloze huisartsen?

De LBB beperkt zich voornamelijk tot co-assistenten en basisartsen en de behartiging van hun belangen. In Amsterdam is op 30 mei 1984 het Amsterdams Medisch Platform opgericht dat voornamelijk bestaat uit co-assistenten en basisartsen. Zij ijveren, gelukkig binnen LBB ver-

band, voor een koppeling van activiteiten op het terrein van werkgelegenheid met activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg, en met name op verandering van die structuren die dit in de weg staan. Het Amsterdams Platform wil de LBB openstellen voor alle artsen en medisch studenten.

De IPH discussieert eigenlijk nog intern over de vraag of we ons voor werkgelegenheid moeten inzetten. Er is een groep die huiver heeft voor een toeloop van nieuwe leden die alleen in een baan geïnteresseerd zijn, zodat onze progressieve idealen verdund zouden raken. Bovendien ligt ons onderscheid met de LHV juist in het consequent ijveren voor kwaliteitsverbetering.

Hier wil ik er voor pleiten dat de IPH zich toch begeeft op het terrein van de belangenbehartiging en vooral: de werkgelegenheid. De KNMG zal in elk geval proberen werkloze collegae als lid te houden en te werven. Als het binnen de KNMG op belangenstrijd met de gevestigden aankomt zullen de werkzoekenden evenwel vreselijk het onderspit delven. Een dergelijke belangenbotsing is overigens binnen de IPH natuurlijk ook niet ondenkbaar.

- Redenen voor een nieuwe organisatie van werkloze huisartsen? De versplintering is nooit de kracht van links geweest. Voor de korte termijn wil ik pleiten voor een bundeling van alle zwakke groeperingen buiten KNMG, om samen uitdrukkelijk van buiten afpressie uit te oefenen op de KNMG en de overheid. Samenwerking dus van LBB, IPH, LAM-DOA en landelijk overleg van huisartsen in opleiding (LOVAH). Voor de werkloze huisartsen keuzemogelijkheden genoeg om actief te worden.

De neiging van KNMG en LHV om op progressieve huisartsen binnen hun organisatie te trekken zijn voor de korte termijn volstrekt irreëel gezien de belangenstrijd op het terrein van de werkgelegenheid. Teruglopen van de ledenaanwas, zelfs bedankjes van jonge werkloze huisartsen moet de monopoliepositie van KNMG en LHV eerst maar eens ondermijnen. Dat zal dan druk opleveren om méér aan de werkgelegenheid te doen.

Op langere termijn is samenwerken met KNMG en LHV naar mijn mening te verkiezen boven een consequent bestrijden. Al is het alleen maar omdat een eigen progressieve visie op de gezondheidszorg niet te realiseren is zonder discussie en samenwerking met (voorlopig nog) de grote meerderheid van de artsen.



'Op straat zou ik ze Een tik geven'



Foto: Ine van de Broek

Het verhaal van Anet

"Een operatiekamer-assistent moet lief, dom en gewillig zijn". En als je dat nou niet bent?

In onze serie "Het verhaal" vertelt Anet hoe treurig en gek je wordt als je zowel operatiekamer-assistent als vrouw bent in het ziekenhuis. Met chirurgen die in dit geval allemaal mannen zijn.

Sigrid Sijthoff
Peter Waack

Ik denk dat het beroep operatiekamer-assistent eigenlijk overbodig is. Ik heb dat op mijn werk ook weleens gevoerd. Maar dan sputteren de chirurgen:

het is toch hartstikke gezellig en de operaties verlopen wat sneller. Voor hen geldt, hoe meer operaties, hoe meer er verdiend kan worden; terwijl het toch al zo'n lopende-band-werk is. Ik heb er jaren gewerkt, maar eigenlijk stond het me al die jaren vreselijk tegen, omdat een dergelijke manier van werken me bekleemde en ik het vreselijk vond de onderdanige gezelschapsdame van de chirurgen te moeten spelen. Een arts kan ook zelf z'n spullen bij elkaar zoeken, die weet per slot het beste wat hij nodig heeft. Ik erken wel dat iemand die een handje helpt handig is, maar waarom mag ik niet gelijkwaardig zijn aan de artsen?

Ik volg op dit moment de opleiding tot arbeidstherapeut. Eindelijk werk ik met patiënten, en eindelijk vind ik m'n werk leuk. Vijfjaar heb ik als operatiekamer-assistent gewerkt, drie jaar in opleiding en twee jaar als gediplomeerde. Na de middelbare school ben ik maar operatiekamer-assistente geworden, nadat ik uitgeloot was voor de opleiding "arbeidstherapie". Ik hoopte er veel te leren.

\$ftl~::~ë;!:,~j~~S~

een vrouw zijn. Er heeft één keer een jongen bij ons gewerkt, maar die hield het niet vol. Een man aan tafel moeten ze niet, want die is geen gezelschap. Voor de rest maakt het ze niet zoveel uit. Of je je werk goed doet bijvoorbeeld, telt voor hen als mooi meegenomen. Ik kan ook duidelijk merken dat bepaalde artsen de voorkeur geven aan bepaalde zusters omdat ze er leuker uitzien. Dat zeggen ze ook gewoon: "Oh, wat leuk dat jij er bent". Het is een top-tien, als je lief bent en er leuk uitziet, heb je het gemaakt. Reuze vriendelijk zijn ze dan, hand op je kont of arm om je schouders. Tegen de vrouwen die ze niet aantrekkelijk vinden doen ze alleen zakelijk, of ze zeggen niks. Onzeker raken die vrouwen ervan.

Ik stond vrij hoog in hun top-tien. Zelf had ik het idee dat ik eigenlijk niet zo goed was in m'n werk, en ik was opstandig. Toch werd ik door de artsen opgemerkt. Ik denk dat ze het wel lekker vinden om tegengas te krijgen. Vooral bij één van de oudere artsen had ik dat heel sterk. Die vond het leuk om me uit te horen, tegenstribbelen te verwachten, en dan lachte hij breed: ze is toch maar een vrouwen weet niet beter. Hij bleef de meerdere. Als zusterje werd ik bekeken, voor hen was ik in feite niet meer dan een mooie pop. Wat ik ergens van vond was niet belangrijk; alleen al omdat je vrouw bent, gaan ze ervan uit dat je niets weet. Een vrouw is in het ziekenhuis toch nog steeds niet een volwaardig iemand. Opvallend vond ik dat de jonge artsen net zo zijn. Van hen had ik toch wel verwacht dat ze wat geëmancipeerder ten opzichte van vrouwen zouden staan.

Chirurgen zien de operatiekamer-assistente aan de ene kant als hun slaafje, en aan de andere kant - als het enigszins kan - als hun vriendinnetje. Zo van: misschien

kan ik wel iets bij haar bereiken; een lieve, domme en gewillige maitresse is nooit weg. Je merkt het aan van die half-insinuerende opmerkingen: "Goh, lijkt me leuk om eens met jou uit eten te gaan". Ik reageer daar heel wisselend op. Soms denk ik, ach, laat ze maar zeuren; maar soms staan m'n haren recht overeind. Afhankelijk van m'n bui. Reageren met: "Ik mag jou helemaal niet"

~~~~~tjeO~~~t:::e~\~~~~~:~j~e!~~~r d~::~'e:a~~~~~e

~~~~~i~~~~g~~~o7teie~v~n:a~r~j~~~~~a~e;::~:rZij de.

Jij, ilgeze niet om. Altijd moest ik vrolijk zijn; en als ik vóór die een sterilisatie kwamen, werden ook meteen haar aan een liesbreuk geopereerd. Het is me een paar maal overkomen dat ik in de uitslaapkamer, na de

Ru. Je bent totaal van hun goedkeuring afhankelijk. O'nweerwoord te geven aan de operatietafel is voorbeeld gevaarlijk. Ik heb eens enorme ruzie gehad met een chirurg toen ik het opnam voor één van mijn collega's. Nooit deed iemand het goed in de ogen van die man, en zij al helemaal niet. Ik zei hem: "Ze rent zich hier het apezuur voor jou". Nee, dat was niet zo, dat hoorde bij ons werk en waar bemoeide ik me eigenlijk mee. Van de zenuwen waarschijnlijk trok ik toen, aan het einde van de operatie, een stukje van een drain omhoog. Het was een klein foutje, niet gevaarlijk. Nou, toen had ik het helemaal gedaan. "Ga maar weg" zei hij. Dat heb ik inderdaad gedaan, ik was woedend. Hij schreeuwde me achterna van trut dit en trut dat en dat ik nooit meer bij hem aan tafel hoefde te staan.

De hoofdzuster verweet me dat ik nooit had mogen weglopen. Ik vond echter dat als hij mij niet meer aan tafel hoeft te hebben, ik beter weg kon gaan. Zeker als we toch al aan het sluiten zijn en de operatie dus zo goed als klaar is.

Eén van de urologen was heel handtastelijk. Je pen uit je borstzakje halen en even friemelen. Ik zorgde er altijd voor dat ik ver uit de buurt was, als hij een pen nodig had. Als hij je de pen weer terug wilde geven en jij je hand uitstak, zei hij hitserig: "Nee, nee, dat moet ik zelf doen, want ik heb hem er ook uitgehaald".

Het gekke is dat in het ziekenhuis vrouwen zulke dingen over hun kant laten gaan, terwijl je wel walgt van jezelf en je je buiten het ziekenhuis zoiets nooit zou laten flikken. Op straat zou ik een tik geven.

Ik denk dat het komt doordat je zo afhankelijk bent. Vieze, oude man, denken we dan maar om het voor onszelf op te lossen of we tippen elkaar: "Je kan beter je jas dichthouden, als je je over de tafel buigt, want die en die staat nogal naar binnen te gluren".

Met een jongere of een oudere arts werken maakt een wereld van verschil uit. Oudere artsen zijn veel rustiger, ze geven je het gevoel dat ze de situatie beheersen en dat de operatie wel goed zal aflopen. Ze maken ook niet zo'n ophef van hun aanwezigheid. Maar de jongere chirurgen ... Ik denk dat die veel onzekerder van zichzelf zijn, ze zijn snel nerveus, en zeuren of schreeuwen zelfs. En dan mag je niks terug zeggen, daar wordt ik kwaad van ... Die broekjes verwachten van jou dat je precies weet wat er gaat komen en daar op inspeelt. Zelf zijn ze intussen volslagen onberekenbaar

voor ons wel leuk, want hij vertelde altijd iets over de vrouw die op tafel lag. Hij legde me uit wat er met de patiënte aan de hand was, wat hij wilde proberen, en dat als dat niet zou lukken de baarmoederer uit zou moeten. Bij een andere gynaecoloog ging het gewoon van hap, hap, uterus eruit en dag.

il.n. Les draait ~!pet geld. Bij één arts was dat het die een sterilisatie kwamen, werden ook meteen haar aan een liesbreuk geopereerd. Het is me een paar maal overkomen dat ik in de uitslaapkamer, na de

~~~~~e:nz~~~~r-i~~~ti~~~~iz~~~~~r~~~~e~l:~ o~~~a:en liesbreuk aangepraat". Wat ik dan zeg? Dan zeg ik, "het zal misschien wel nodig geweest zijn". Ik kan toch niet tegen een patiënt zeggen dat de handel waarin hij zich bewoog heel slecht is. Ik voelde me dan afschuwelijk, als ik dat gezegd had, een medeplichtige. Iedereen die op zijn spreekuur kwam voor een klein kwaaltje, hield hij vast. Ze hadden altijd nog wel wat anders dat geopereerd kon worden. Ze kwamen bijvoorbeeld voor een vetgezwelletje onder de huid, maar hadden dan ook wel een beetje last van de knie. "Exploratie knie" stond er dan een paar dagen later op het bord met de lijst van patiënten in de operatiekamer. Dat wil zeggen: met een soort periscoop met een lamp in het kniegewricht kijken. Vaak vond hij dan een aanleiding om de meniscus eruit te halen.

Waarom die chirurg al die ingrepen deed? Om het geld natuurlijk. Voor iedere ingreep ontvangt de chirurg van het ziekenfonds of van de particuliere verzekering een bepaald bedrag. Een dubbele liesbreuk levert meer op dan een enkele. Een meniscus uit een knie halen meer dan alleen in die knie kijken. De chirurg en de anaesthesist moeten overleggen welke ingreep ze declareren, want anders krijgt het ziekenfonds argwaan. Daar gaat het gesprek in de koffiekamer dan ook altijd over. Wat ze ook doen, is een iets duurdere ingreep declareren dan in werkelijkheid uitgevoerd is. De anaesthesist zal het daar altijd mee eens zijn, want voor hem betekent het dat hij ook meer geld krijgt. Zo declareren ze "diepliggende tumor verwijderd". In plaats van dat kleine pukkeltje op de huid. Hij was de meest extreme, maar alle chirurgen waren zo. Kijk, ze moeten iedere maand hun huis en auto afbetalen, dan moeten ze zo en zoveel verdiend hebben.

Hij was bovendien een slecht operateur, vooral de laatste jaren. Op een gegeven moment was één van mijn collega's ziek, hevige buikpijn; ze moest direct geopereerd worden. Hij was de dienstdoende chirurg, dus moest ze wel bij hem onder het mes. Wij waren gespannen. "Zult U een mooie, kleine snede in de buik maken", vroegen wij, toen ze eenmaal onder zeil was. Hij lachte wat, het is zo'n jaap geworden. Uiteindelijk werd het ook voor zijn collega-chirurgen te gek. Bij de huisartsen had hij allang een slechte naam. Maar ook patiënten begonnen te zeggen: "Ik wil niet door die dokter geopereerd worden". Die slechte naam dreigde ook op de vier overige chirurgen af te stralen. Met z'n vijven vormden ze één maatschap, hem wilden ze er niet meer bij hebben, ze accepteerden hem niet meer als dienstdoend voor hen, en ze lieten hem niet meer diensten draaien. Tenslotte is hij toen maar weggegaan.

~~~~~1~::~~0i:::ci:::ti~::i,~::~~ri:::~fl:~::~~o~::~~r~~~~~\$~::~~\$~::~~#

heel veel belangstelling voor z'n patiënten. Dat was

Bevolldngs- conferentie in Mexico

Ronald Reagan's Nieuw Rechtse standpunten razen rond. Zo ook op de Mexicaanse VN-conferentie over bevolkingspolitiek. Voorstellen voor stopzetting van steun aan organisaties die abortus opnamen in hun pakket voor family-planning; demonstraties van de 'pro-life'-beweging voor het congresgebouw.

Ireen Dubel, één van de organisatoren van het - kritische - Amsterdamse Tribunaal over bevolkingspolitiek, reisde naar Mexico af. Zij geeft een impressie van een conferentie waar het gekrakeel van de grootmachten alles overheerste, en waar geen plaats was ingeruimd voor de ervaringen van de vrouwen die de effecten van de bevolkingspolitiek aan den lijve ondervinden.

Ireen Dubel is beleidsmedewerkster van het Landelijk Platform Bevolkingspolitiek

De vrouw beslist in elk geval niet

Deze zomer vonden, vlak na elkaar, twee conferenties plaats over bevolkingsvraagstukken. In juli werd in Amsterdam de vierde internationale vrouwen-gezondheidsconferentie gehouden en in augustus was het de beurt aan de tweede VN-conferentie over bevolkingsvraagstukken in Mexico City. Het verschil in aanpak en sfeer was tekenend. In Amsterdam vertelden vrouwen over hun ervaringen met de praktijk van de bevolkingspolitiek, terwijl daar in Mexico geen plaats voor was. Op de Mexicaanse conferentie van regeringsdelegaties stond het beleid centraal. Drie medewerkers van het Landelijk Platform voor Bevolkingspolitiek probeerden namens de 400 deelnemers de slotverklaring van het Amsterdamse Tribunaal te verspreiden.

De conferentie in Mexico werd georganiseerd door de UNFPA, het VN Fonds voor Bevolkingsactivitei-

ten. Delegaties uit 149 landen, ruim 400 vertegenwoordig(st)ers namens niet-gouvernementele organisaties en zo'n 700 journalisten bevolkten het veel te kleine congresgebouw. Dit alles in een stad van 16 miljoen inwoners (en 3 miljoen auto's), die daarmee het schoolvoorbeeld van overbevolking kan worden genoemd. Het doel van de conferentie was de evaluatie van tien jaar bevolkingsbeleid en bijstelling van het **Wereld Bevolkings Actie Plan**. Dit plan werd op de eerste Bevolkingsconferentie in '74 in Boekarest opgesteld. Tijdens de voorbereidingen voor de Mexico-conferentie is geprobeerd het bevolkingsvraagstuk te verbreden naar terreinen als: migratie, gezondheidszorg en milieu. Toch stonden in Mexico voortplanting en controle van de vruchtbaarheid centraal. Dit valt te verklaren uit de sterk moreel gekleurde aandacht die het "voortplantingsgedrag" steeds krijgt in het beleid en ook in de publieke opinie. Bovendien is door controle van de vruchtbaar-

heid, een directe en doeltreffende beïnvloeding en beheersing van de bevolkingsaantallen mogelijk. De vergaderingen van het zogenaamde "Main Committee" vormden het meest interessante deel van de conferentie. Hier discussieerde men over het basisdocument voor het beleid in de toekomst, het Wereld Bevolkings Actie Plan. De besluitvorming hierover geschiedt op basis van consensus, zodat er soms ellenlange discussies plaats vonden tussen delegaties die het bij voorbaat met elkaar oneens waren, vanwege hun politieke, economische en ideologische verschillen. De V.S. en de Sovjet-Unie ruzieden bijvoorbeeld over de wapenwedloop, het vrije markt principe en de Palestijnse kwestie. De UNFPA probeerde politisering van de conferentie, het aan de orde stellen van wereldpolitieke tegenstellingen, te vermijden. Zij stelt dat de noodzaak om het eens te worden over het doel, namelijk de stabilisering van de wereldbevolking in de kortst mogelijke tijd, boven deze tegenstellingen staat. Toch kwamen de conflicten op tafel, zoals op elke VN-conferentie. Discussies over de schuldenlast van de ontwikkelingslanden, de nederzettingenpolitiek van Israël etc. Hierop ga ik verder niet in, dat gebeurde uitgebreid in de dagbladen.

Noord- Zuid verhoudingen

Problemen als bevolkingsomvang, -groei en -verdeling trekken weinig aandacht van regeringen of van de publieke opinie. Pas wanneer de verbinding gelegd wordt met de stagnerende economische ontwikkeling, de (kinder)sterfte, of de schending van mensenrechten ontstaat er een internationaal draagvlak. Zowel financieel als politiek wordt het dan mogelijk een (inter)nationaal bevolkingsbeleid te ontwikkelen. Tien jaar geleden tijdens de Boekarest-conferentie, was het voor veel Derde Wereldlanden nog maar de vraag of de problemen waar ze mee kampten op te lossen zouden zijn door een rem te zetten op de bevolkingsgroei. Een effectieve oplossing kon in hun visie alleen gevonden worden door sociaal-economische ontwikkeling voorop te stellen "*development is the best pill*". Westerse landen probeerden via ontwikkelingsprogramma's in de vorm van family-planning, de ontwikkelingslanden te overtuigen van de noodzaak de nationale bevolkingsgroei in te perken. Zo zijn er ontwikkelingslanden

die slechts economische hulp ontvangen op voorwaarde dat ze aan family-planning doen.

Tien jaar later lijken de rollen omgedraaid. De overgrote meerderheid van de ontwikkelingslanden erkent dat zij met een bevolkingsprobleem kampt, en vraagt aan de westerse wereld om financiële ondersteuning voor haar beleid. Voor deze **ommezwaaai** zijn twee verklaringen te geven. Allereerst de toegenomen economische en financiële afhankelijkheid van de Derde Wereld ten opzichte van het Westen. In de tweede plaats is het model van economische ontwikkeling in de meeste Derde Wereld landen gebaseerd op westerse technologieën, die een overschot aan arbeidskrachten en daarmee werkloosheid creëren.

In het Westen is sprake van een afbrokkeling van de steun voor de ontwikkelingslanden. De V.S. neemt hierbij het voortouw met haar voorstel een **'laissez-faire'-beleid** te voeren ten aanzien van het bevolkingsvraagstuk... Volgens de V.S. zal een economisch ontwikkelingsbeleid gebaseerd op de principes van de vrije markt, het probleem van overbevolking vanzelf oplossen. Deze veranderde standpunten dienen gezien te worden in het licht van de veranderde wereldeconomische verhoudingen. Tien jaar geleden bestond er in het Westen een redelijk optimisme over het effect van ontwikkelingshulp op de economische ontwikkeling van de Derde Wereld. De situatie anno 1984 ziet er echter somber uit. Van de bereidheid te onderhandelen over economische herstructurering is bij de westerse landen, gezien de economische crisis waarin zij verkeren, weinig overgebleven. Een tweede verschil tussen de conferenties in Mexico en Boekarest is dat de Derde Wereld nu niet langer als één monolithisch blok opereert, en zo ook niet behandeld wordt door het Westen. Een groot aantal, met name Latijns-Amerikaanse landen kampt met een enorme schuldenlast die de positie van het internationale geldwezen in gevaar brengt. De Latijns-Amerikaanse landen wezen in Mexico op de hypocrisie van de zogenaamde vrije-markt-politiek van de V.S.: geen steun aan overheidsprogramma's in de Derde Wereld, maar wel subsidiëring van de eigen landbouw en tariefbarrières voor producten uit de Derde Wereld.

De Afrikaanse landen vroegen om aandacht voor de eigen problematiek. Dit continent heeft de hoogste sterftecijfers ter wereld, 1 op de 12 kinderen sterft in het eerste levensjaar. Van alle vluchtelingen woont

zo'n 25% (2,5 miljoen mensen) in de Afrikaanse regio. Eén op de 200 Afrikanen is vluchteling. De westerse landen wijzen met name deze regio als de zondebok aan. In Afrika daalt sinds 1960 ten zuiden van de Sahara de voedselproductie per hoofd van de bevolking terwijl het tempo van bevolkingsgroei is toegenomen. **Déze** politisering van de conferentie ontving nauwelijks aandacht in de pers. Van de zijde van de UNFPA kwam geen enkele reactie. De westerse landen en de grootmachten wisten de Noord-Zuid-tegenstelling steeds weer onder de tafel te werken door alle aandacht te trekken met haar eigen politieke tegenstellingen.

Vrouwen

Op de Mexico-conferentie werd specifiek aandacht besteed aan de positie en status van vrouwen. In de stukken die ter voorbereiding van de conferentie dienden, werd positieverbetering van vrouwen direct gekoppeld aan haar reproductieve functie in het gezin. Specifiek op vrouwen gerichte projecten op het terrein van werkgelegenheid, scholing en gezondheidszorg werden aanbevolen als een instrument in het bevolkingsbeleid. Hoger opgeleide en werkende vrouwen krijgen immers minder kinderen! Bovendien richt het bevolkingsbeleid en het aanbod van family-planning zich uitsluitend op één type samenlevingsverband, dat van het westerse kerngezin. Op initiatief van de Zimbabweaanse delegatie is deze statusverbetering van vrouwen losgekoppeld van haar reproductieve functie. Een aparte paragraaf is hierover opgenomen. Ondanks het feit dat vrouwen op de conferentie, zowel in de delegaties als in de niet-gouvernementele organisaties sterk in de minderheid waren, leverde dit geen enkel probleem op. Betekent dit dan ook dat de eisen en behoeften van vrouwen in het uiteindelijke document voldoende opgenomen zijn?

Nee verre van dat. Vrouwen leven in zeer uiteenlopende sociaal-culturele en economische situaties die elk verschillende keuzes en dus verschillende maatregelen vereisen. De Australische delegatie wilde het recht op een vrije keuze van met name vrouwen uit kwetsbare groepen, zoals vluchtelingen en ethnische minderheden apart garanderen. Een voorstel om daarover een nieuwe paragraaf in te voegen werd echter verworpen. Bovendien maakt de erkenning van het recht van individuen een vrije keuze te maken over het aantal en de spreiding van de ge-

wenste kinderen, geen onderscheid tussen mannen en vrouwen. De wereldwijde en structurele machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen betekent in de praktijk dat met name vrouwen geen vrije keuze kunnen maken. Tijdens de getuigenissen op het Tribunaal in Amsterdam kwamen ons verhalen ter ore van mannen die met geweld bij hun vrouwen pessaria of spiralen verwijderden of pillen weggooien. Daar komt nog bij dat vrouwen in de praktijk nog steeds de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen voor de kinderen die verwekt worden. In het onderzoek naar en de ontwikkeling van voorbehoedmiddelen staat effectiviteit en niet veiligheid voorop. Voor de gezondheid van vrouwen lijkt men weinig oog te hebben. Bovendien klaagden vrouwen op het Tribunaal over de hiërarchie en de dominantie van mannen in de gezondheidszorg. Ook vrouwen in Derde Wereldlanden getuigden onder andere over het imperialistische karakter van de import van westerse medische zorg. Een amendement vanuit de Nederlandse delegatie om vrouwen in geval van conflict-situaties de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid te geven werd op de Mexico-conferentie niet aangenomen.

Abortus

Jaarlijks laten zo'n 55 miljoen vrouwen zich aborteren, waarvan de helft illegaal. Illegale, gevaarlijke abortus veroorzaakt de dood van 50 tot 100 vrouwen op 100.000 pogingen. De Zweedse minister van gezondheidszorg pleitte vanuit deze realiteit voor wereldwijde legalisering van abortus. Zij wist hiervoor geen enkele ondersteuning te krijgen. Ik wil hier wel aan toevoegen dat ik haar pleidooi volledig onderschrijf, maar niet voor honderd procent haar argumenten deel. Het recht op legale, veilige en goedkope abortus is geen recht dat slechts gelegitimeerd kan worden als een soort laatste optie, een noodgreep als anti-conceptiemiddelen falen. Het is evenmin een recht dat slechts gelegitimeerd kan worden als oplossing voor het probleem van illegale abortus. Altijd en overal ter wereld dient abortus een voorziening te zijn waar vrouwen over kunnen beschikken. Vrouwen lopen altijd het risico van een ongewenste zwangerschap, hetzij door het falen van de gebruikte anti-conceptiemethode, hetzij door verkrachting of meer subtiele dwanguitoefening door mannen, of door

Gesund- heitstag in Bremen

Alle tegenbewegers in de gezondheidszorg op één grote kennis bij elkaar. Een sprookje? Onze oosterburen doen het jaarlijks. Om dit festijn in Nederland onder de aandacht te brengen, beschrijft Joost v.d. Meer de afgelopen **Gesundheitstag**. "Dat kunnen wij ook", maar dan wel met een duidelijker perspectief als je tenminste in de politiek een rol wilt spelen. Wanneer in Nederland?

Joost van der Meer, werkzaam bij de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking.

Alternatief gezond of gezond alternatief

Gesundheitstag in Bremen. BUKO, een Duitse Derde Wereld actiegroep speelt vanuit haar bontbeschilderde bus straattheater over de praktijken van multinationale geneesmiddelengiganten in de ontwikkelingslanden. In de hal van het sombere universiteitscomplex van Bremen is het een drukte van belang. Onafzienbare rijen standjes boeken met titels als "opstand tegen het Valium tijdperk", Bankroet van de gezondheidsindustrie" en "Ziekte op recept" overweldigen de bezoeker.

De Gezondheidsdag is helemaal geen dag maar een week, en werd dit jaar van 1-7 oktober in Bremen gehouden. In deze week vonden meer dan 550 lezingen en discussies plaats, werden 64 films getoond, en er waren 63 deelnemende groepen. Gezondheidsladen Bremen, de organisatoren van deze **monstermanifestatie**, verwachtten meer dan 10.000 bezoekers. Het noemen van alle discussiethema's zou dit artikel de omvang geven van het 460 pagina dikke programmaboek. Het zal bij een indruk moeten blijven. Het arsenaal van **discussithema's** in linkse kringen is altijd vrij groot, maar wat opvalt is dat in Bremen bijna overal wel een kritisch geluid over te horen is. Bovendien is duidelijk, dat er een aantal discussies spelen die in Nederland net op gang komen. Zo manifesteert zich duidelijk een invaliden - tegenbeweging, de invalide - vriendelijke opzet van de Gesundheitstag is opvallend. Tevens volgt men in Duitsland al geruime kritisch de ontwikkelingen op het

gebied van gentechnologie met een kritische blik, en kijkt men met argusogen naar de nadelige gezondheidseffecten van de computer; of dat nou komt door beeldschermen, niet gewaarborgde geheimhouding van patiëntengegevens, of door het gebruik van medische computergegevens voor de farmaceutische industrie. Verder spelen ook alle discussies waaraan in de kolommen van dit blad aandacht wordt besteed. Er zijn discussies over bevolkingspolitiek en uitwisseling van ervaringen tussen vrouwengezondheidscentra, compleet met coryfeeën als Alice Schwarzer. Er zijn lezingen over de farmaceutische industrie. Kritische farmacologie en farmacie wordt gekoppeld aan kritiek op medicamenteuze therapie van bepaalde ziektes. De psychiatrische tegenbeweging is er in praktijk: een deel van de psychiatrische kliniek uit Bremen-Oost zetelt voor deze gelegenheid in de universiteit. Er is aandacht voor ziekte en gezondheid in de Derde Wereld, arbeid en gezondheid, voor alternatieve geneeswijzen. Verder is een groot aantal zelfhulpgroepen present; kanker-, reuma-, ziekte van Crohn-groepen wisselen hun ervaringen uit. Bij kiespijn kan men zich vervoegen bij het alternatieve tandartsenspreekuur. In tegenstelling tot de meeste praktijken wordt hier geprobeerd de cliënt inzicht te geven in de toestand van het gebit, zodat je zelf kunt beoordelen of de verhouding tussen hetmetaal wat de tandarts in je mond stopt wel in verhouding staat tot hetgeen aan metaal uit de beurs wordt verlangd. En wie het allemaal teveel wordt kan yoga gaan doen, zich laten masseren of naar een film gaan.

De tegenbewegende bezoeker krijgt waarschijnlijk hetzelfde gevoel dat de doorgewinterde audio-video freak bij een bezoek aan de Firato bespringt: literatuur meegraaien, alles willen zien. Dat je maar één ding tegelijk kunt, is een pijnlijke constatering.

De vraag is wat je met deze overvolle menukaart aan moet. De bedoeling van de organisatoren was een overzicht te bieden van de actuele thema's en discussies over gezondheid(szorg) binnen links. Daaronder, zo blijkt uit de voorgaande opsomming, wordt veel verstaan: yoga en biologisch-dynamisch eten staan naast kritiek op de farmaceutische industrie en de bestudering van schadelijke effecten van arbeid of werkloosheid.

Patiënten aller Länder verbindet euch!

Sticker tekst

Bij de eerste Gesundheitstag in 1980 in Berlijn was het allemaal duidelijk. Deze vond tegelijk plaats met het 83ste Duitse artsenkongres, en was daar een duidelijke tegenreactie op. Hier stond een alternatieve gezondheidsbeweging die van zich liet horen, en die het allemaal anders wilde. In '81 in Hamburg was het doel minder duidelijk. Eenzelfde menukaart als in Bremen, die het gevoel geeft dat het allemaal bedoeld is om lekker leuk links bij elkaar te zijn en de boze wereld om je heen te vergeten. Iedere individuele bezoeker kan het gevoel hebben een **radertje in het hele alternatieve netwerk** te zijn. Voor iedereen blijkt het iets anders te betekenen; en dat is zeker niet vanzelfsprekend iets politieks. Het gebrek aan eenheid wordt door vele Duitse alternatievelingen als beklemmend ervaren. Te verwachten dat de duizend



Foto: Joost van der Meer

De artsbezoeker kijkt de dokter medelijdend aan: *"En dokter, hoeveel patiënten met diarree krijgt u hier iedere dag in uw Afrikaanse plattelandskliniekje?"* *"Och, ik weet het niet, maar het zijn er zoveel"*, is het antwoord van de met spiegels en stethoscopen opgetuigde geneesheer. *"Dan heb ik hier een geweldig middel voor al uw patiënten: Enterosedio"*, gaat de artsbezoeker verder, wijzend op het gigantische pak pillen naast haar. Plotse-ling springt het pak met een boosaardige grijns op en kraait geniepig: *"Ahaa, maar weet u wel dat ik helemaal niet help tegen de werkelijke oorzaken van diarree; slechte watervoorzieningen, ondervoeding, armoede, dat zijn de werkelijke oorzaken!"*

bloemen één ecologisch geheel gaan vormen, lijkt teveel gevraagd. Panklare recepten voor de revolutie kunnen, aan de andere kant, natuurlijk niet geboden worden. De jaarlijks terugkerende Gesundheitstag geeft de ontwikkeling van de tegenbewegingen weer. Die ontwikkeling moet je alleen wel naar buiten brengen om je doeltreffend af te kunnen zetten tegen de huidige stand van zaken in de gezondheidszorg. Nu was daarvan nauwelijks iets te merken. De pers heeft er weinig opvallende aandacht aan besteed, doel van de discussies leek niet om er politiek iets mee te doen.

Wat voor mij aan de Gesundheitstag ontbreekt is een perspectief om alles door te beschouwen. Macht en tegenmacht in gezondheid en gezondheidszorg zou zo'n perspectief kunnen zijn. Dit geeft richting en een doel aan van de discussies, en maakt duidelijk waar het om draait en wat je wilt bereiken. Hoe verdeeld de Duitse "Gesundheitsbewegung" ook is, actief is ze wel. Enigszins afgunstig constateer ik dat we zoiets als een Gesundheitstag in Nederland nog niet hebben beleefd. Zou de huidige activiteit van de

tegenbewegingen in Duitsland niet een gevolg kunnen zijn van een nàg hiërarchischer en onderdrukkender gezondheidssysteem dan in Nederland? Dit is natuurlijk geen pleidooi voor een hiërarchischer gezondheidssysteem in Nederland, maar wel een hint voor de Nederlandse tegenbewegingen. We moeten in Nederland ook maar eens bij elkaar gaan zitten, dat is inspirerend. Maar laten we dan wel duidelijk maken waar het om draait: "Macht en Tegenmacht". Want na de inspiratie moet een volumineuze stem klinken ••

Vervolg van pagina 9

spreken en bleek de mijne ook niet te verstaan, toen ik voorzichtig (toch geïmponeerd en onzeker door het wetenschappelijke van de zaak) met mijn twijfels kwam. Ik heb wel eens gehoord van kwalitatief onderzoek: hij reageerde geruststellend dat alles gestandaardiseerd was. Ik bracht te berde dat ik zó al een aantal voorvallen uit mijn leven wist die van invloed zijn geweest op mijn seksualiteit, maar zich niet laten plaatsen onder één van de vele, objectieve, vragen als naar "hoe was uw seksualiteit vóór de operatie". "Interessant, misschien kunt u dat dan nog wel op een apart velletje vermelden", was de reactie.

Ik vroeg, nóg voorzichtiger, wat hij, als onderzoeker, zich dan voorstelde bij de vrouwelijke seksualiteit en werd geconfronteerd met wetenschappelijke termen en afwerend gedrag.

Ik besloot, mijn man en ik besloten, om niet aan dit onderzoek mee te doen, omdat we de betrouwbaarheid ervan te veel in twijfel trokken. Toen kwam de operatie en ik had wel andere dingen aan mijn hoofd dan aan dat onderzoek te denken.

En toen kon ik dus in de Volkskrant lezen dat onderzoek had opgeleverd dat het voor vrouwen geen probleem is als hun baarmoeder wordt verwijderd, sterker nog dat ze het juist vaak ervaren als een verbetering van hun psychisch en seksueel functioneren.

VERBAZING... BOOSHEID... VERWENSINGEN!

En al die vrouwen dan die er wél mee worstelen?

Volgens de resultaten ben je als vrouw weer mooi abnormaal als je er wéllast van hebt. En als ik dan weer mijn twijfels bij de betrouwbaarheid van dat onderzoek voel, dan verwens ik het nog meer!

Wij, vrouwen hebben een gevoelige dreun toegediend gekregen.

Hopelijk geeft een feministische, deskundige onderzoekster snel tegengas en gooiën velen het proefschrift inderdaad in de allesbrander!

Elrna Muller

Vervolg van pagina 49

op een dag ook niet meer denk: "Goh, wat naar voor die meneer of mevrouw". Trouwens, niemand vraagt je of je iets meer over de operatie zou willen horen.

Tussen de koetjes en kalfjes door werden er veel opmerkingen gemaakt over de patiënten, die knock-out op tafel liggen: wat is die dik, zeg. Of de chirurg zit

even aan de borsten van een vrouw, dat is ook altijd lekker. Om een voorbeeld te noemen, een keer lag er op tafel een vrouw met een siliconen borstprothese. "Mooi geworden, dat voelt goed stevig aan". Zo onbeschoft. Die patiënte kan niks doen, zou het waarschijnlijk als ze wakker was ook niet normaal vinden dat zo'n man ongevraagd aan haar borsten zit. Of er een man, een mooie of een minder mooie vrouw op tafel ligt maakt veel uit. Bij een mooie vrouw doen ze meer hun best, bijvoorbeeld om een kleinere snede te maken. Ze moet toch mooi op het strand kunnen liggen, voor haar man ook beter. Zo leuteren ze wat door.

In het begin stond het me erg tegen om over de lichamen op tafel te praten, maar op een gegeven moment ging ik ook zo reageren. Iedereen doet het. Er is ook niet zoveel anders om over te praten, de operaties zijn routine-kwesties en de mensen waar je mee werkt weten weinig over elkaar. Ze zijn ook niet in elkaars leven geïnteresseerd. Zo praat je al snel over het uiterlijk van de patiënt. Of er werd even aan de buik gevoeld, hoeveel vet er op ligt. "Ik zou hier ook kunnen liggen, en dan zouden ze ook zo ongeïnteresseerd met mijn lichaam omgaan", denk ik weleens. Ik probeer netjes met de patiënten om te gaan, mijn werk zo goed mogelijk te doen. Als de sfeer echter zo is dat het niet belangrijk is hoe een patiënt er bij ligt, is het moeilijk om zelf ook niet laks te worden. Waarom zou je even een laken over een patiënt leggen als die ligt te wachten op de komst van de chirurg? Zo meteen ligt ze toch in de beensteunen en we hebben haast.

Na een conflict vorig jaar rond de aanstelling van een nieuw hoofd ben ik nogal over mijn toeren geraakt. Ik wist allang dat ik het werken op de

operatiekamer eigenlijk vreselijk vond, maar ik kon nooit aangeven wat me nou precies zo tegenstond. Met mijn collega's kon ik alleen oppervlakkig over ons werk praten. Ik dacht dat het aan mijzelf lag, en dat ik gewoon een buitenbeentje was. Tijdens de leerlingentijd was het me nooit zo opgevallen. Ik kon me er altijd op verheugen dat ik na iedere drie weken werken weer een week naar school kon. Daar leerde ik wat, dat vond ik leuk. In die periode dat het slecht met me ging ben ik voor het eerst echt na gaan denken hoe het nou zat met mij en mijn werk. Ik realiseerde me dat ik er niet tegen kan om onderdanig te moeten zijn tegen de chirurgen, en dat de patiënten in m'n werk geen enkele rol speelden. Ik ben weggegaan.

De artsen reageerden nauwelijks toen ik vertelde dat ik het wel gezien had. "Hoe kon ik dat nou doen, je hebt toch een fantastisch vak. En je doet het zo goed". Ik vertelde ze dat ik de opleiding arbeidstherapie ging volgen, maar dat zei ze niks. Toen ik probeerde uit te leggen wat me zo tegenstond, begrepen ze er helemaal niks meer van.

Met de andere operatiekamer-assistentes heb ik het wel uitgebreid over mijn bezwaren gehad. Zij begrepen het direct en waren het roerend met me eens. Ik denk dat het merendeel van mijn collega's zelf ook heel graag weg wil. Eéntje zei: "Ik ga ook weg, ik ga ook ergens anders solliciteren". Of ze het ook gedaan heeft weet ik niet...••

Vervolg van pagina 51

het niet langer willen gebruiken van de schadelijke anti-conceptiemiddelen die op dit moment beschikbaar zijn. In het slotdocument van de conferentie is het standpunt van het Vaticaan (en o.a. ook van Nederland) overgenomen. Dit luidt dat abortus niet als methode van familie-planning mag worden geaccepteerd. De V.S. speelde nog een heel eigen rol in de discussie over het abortusvraagstuk. De delegatie stelde voor alle steun in te trekken aan organisaties, die in het pakket van family-planningmethoden ook abortus opgenomen hebben. Dit is verhinderd door de plotselinge overkomst van enkele Amerikaanse Congresleden. Een dergelijke wijziging in het Amerikaanse beleid vereiste eerst een goedkeuring van het Congres. Duidelijk is dat Reagan op deze wijze de anti-abortus lobby in de V.S. aan de vooravond van de verkiezingen een hart onder de riem wilde steken.

Nieuw Rechts

Tot slot wil ik opmerken dat de moraal van Nieuw Rechts luid doorklonk tijdens de conferentie. Dit was met name het geval in de delegaties van niet-gouvernementele organisaties en in de door hen opgestelde documenten. Ook bleek dit uit demonstraties van de 'pro-life' beweging buiten het congresgebouw. Een voorbeeld hiervan vormt ook het pleidooi van het Vaticaan voor "natuurlijke" geboortecontrolere methoden zonder vrouwen toegang tot veilige abortus toe te staan in het geval dat deze methoden zouden falen.

Een demonstratie van zo'n 200 Mexicaanse vrouwen, kinderen en mannen op de trappen voor het congresgebouw toonde overduidelijk het falen van de analyses en probleemstellingen binnen de conferentie aan. Ze riepen leuze als *'Yankees go Home'*, *'We willen geen imperialistische interventie, ook niet door het IMF, in onze lichamen'*, *'Abortus is een politiek probleem'*, *'Wij eisen huizen, voedsel, scholen, gezondheidszorg, water en werk'*. Hiermee stelden zij de nadruk op de conferentie op beheersing van de vruchtbaarheid ter discussie en critiseerden zij het stilzwijgen rond de politisering die door Derde Wereldlanden was aangedragen.

Het recht van vrouwen vrij te kiezen hoeveel kinderen zij krijgen, het recht op de beschikking over van anti-conceptiemiddelen en toegang tot abortus, kortom het recht op zelfbeschikking over haar eigen lijf wordt slechts gerealiseerd in een si-

tuatie waarin vrouwen over politieke, economische en sociale keuzes en onafhankelijkheid beschikken,

Vervolg van pagina 32

scriptie vrije studierichting geneeskunde bij de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit, Amsterdam 1983.

11 Reerink E., De kwaliteit van het medisch handelen in het ziekenhuis. *Medisch Contact* 38, 1983, pag. 303-304.

12 Greep J.M., M.N. van der Heijde, Op weg naar protocollaire geneeskunde? *Medisch Contact* 37, 18, 1982, pag. 551-552.

13 Heldinga R.W., Geneeskunde volgens schema's: meer kwaliteit; goedkoper; protocollaire geneeskunde in opmars. *Inzet, Ziekenfondsmagazine* 1983, pag. 23-34.

14 Ament A., W.G. van Arkel, F. Sturmans, Epidemiologie en planning van gezondheidsvoorzieningen; 3. over besluitvorming en beslissing. *Medisch Contact* 37, 30, 1982, pag. 901-904.

15 Suchman E.A., Evaluative research; principles and practice in public service & social action programs. Russell Sage Foundation, New York 1967.

16 Rutman L., Planning useful evaluations; evaluability assessment. Sage, Beverly Hills/London 1980.

17 McKeown T., The role of medicine; dream, mirage or nemesis? Basil Blackwell, Oxford 1979.

18 Taylor R., Stuurloze geneeskunde; analyse van een nietsontziende technologie. Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom, Lochem/Poperinge 1983.

19 Habbema J.D.F., T. van den Bos, A. Lau-IJzerman, P.J. van der Maas, Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 58, supplement Jubileumcongres ANVSG "Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg" 24 en 25 april 1980 te Arnhem, 1980, pag. 101-106.

KORT en GOED

'Kort en Goed' is de rubriek waaronder in 37.5 korte berichten, signalementen, commentaren, vragen en aankondigingen terecht kunnen. Stuur aankondigingen tijdig in, draag berichten aan die niet te snel verouderen, 37.5 is immers een kwartaalblad. Scripties, folders, nota's en boeken waarvan u het bestaan bekend wil maken als het evenkan meesturen. Het adres: Kort en Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 37.5, Postbus 275,3500 AG Utrecht.

Honorering

"Vandaag de dag bedraagt de gemiddelde werkweek van een arts 57 $\frac{1}{2}$ uur. Dit gemiddelde varieert van 48 tot 62 uur, al naar gelang het specialisme waarin men werkzaam is". Zo begint de nota "Honorering van medische specialisten in academische ziekenhuizen", neerslag van een onderzoek door een werkgroep van Lamdo, de Landelijke Actiegroep Medische Deeltijd Opleiding en Arbeid. Lamdo, dat er van uit gaat dat een normale 40-urige werkweek wenselijk is, maakt zich zorgen om de toenemende werkloosheid van artsen en om de tewerkstelling van werkeloze artsen met be-

houd van uitkering. In haar ogen kan het anders: als alle artsen 40 uur zouden werken was er beslist geen werkloosheid. Wie zal dat betalen? In de nota wordt duidelijk gemaakt dat zoiets helemaal niet méér hoeft te kosten. Na een zorgvuldige analyse van de verdiensten van nu zittende specialisten, waarbij het Academisch Ziekenhuis Leiden als voorbeeld genomen is, komt de Lamdo werkgroep tot gedetailleerd uitgewerkte aanbevelingen. Dit degelijke werk dat het labyrint van regelingen en uitzonderingen helder weet te maken, is te bestellen door overmaking van f 10,- op giro 3475954, t.n.v. E. van de Putte, Leiden, onder vermelding van "Nota honorering medische specialisten".

Inspraak of Oacht?

Op 3 november 1984 vond in Amsterdam het symposium "Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg" plaats. Meer dan de helft van de naar schatting 400 deelnemers was geen hulpverlener of beleidsmaker, maar gebruiker. Daar hadden de organisatoren (OSA, Werkgroep 2000, SGZ en SOSEL) ook op gemikt.

In discussiegroepen werd gepraat aan de hand van een tiental artikelen, gebundeld in de symposiummap. De thema's varieerden van "de spanning tussen democratisering en kwaliteit" tot "bestuurlijke participatie"; en van "eigen verantwoordelijkheid" tot "de rol van hulpverleners ten aanzien van participatie". Hebben gebruikers werkelijk invloed op wat er gebeurt in de gezondheidszorg, was de vraag die telkens terugkwam. Het antwoord was steevast: nee, maar dat is hard nodig en wel op alle niveau's. In de discussiegroepen ging het soms fel toe: het motto "er zijn belangentegenstellingen tussen gebruikers en hulpverleners, we hoeven het niet eens te worden, laat de tegenstellingen maar eens duidelijk worden" werkte goed. Tal van dilemma's en knelpunten kwamen ter sprake: wat is kwaliteit van hulpverlening, wie bepaalt die kwaliteit, wat is het eigene van de bijdrage van gebruikers, welke rol kunnen de

ziekenfondsen spelen, hoe zit het met de informatieachterstand van gebruikers, wat is informatie die dokters geven waard? Veel meer vragen dan oplossingen gingen er over de tafels...!

Daarmee werd een goede basis gelegd voor de forumdiscussie van 's middags: met al die vragen moest het toch mogelijk zijn de forumleden het vuur na aan de schenen te leggen? Helaas, tot een echte confrontatie tussen gebruikers in de zaal en forumleden kwam het niet. Onder voorzitterschap van Annemarie Grewel gingen ze zo nu en dan wel tegen elkaar in, de vertegenwoordigers van gebruikers (Van Aalderen, Van der Wilk), gezondheidscentra (Zaal), ziekenfondsraad (Marselis) en WVC (Haslinghuis). Veelal bleef het echter bij een presentatie van standpunten, waarbij de rol van de symposiumgangers zich beperkte tot applaudiseren, joelen en morren.

De standpunten. Van Aalderen waarschuwde voor de versluiserende werking van participatie die op bureaucratie leest geschoeid is. Volgens hem moet er gezocht worden naar werkelijke mogelijkheden voor een gelijkmatig verdeelde invloed van gebruikers, werkers en financiers in de gezondheidszorg. Verdere initiatieven moeten in zijn ogen vooral uitgaan van

Oriëntatie

De landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, Joint, de Nationale Kruisvereniging en het Nederlands Huisartsen Instituut hebben, in onderlinge samenwerking, een map uitgegeven onder de titel "Oriëntatie op de eerstelijns samenwerking". Uit allerlei verschillende tijdschriften zijn artikelen bij elkaar gezocht in een poging een overzicht te geven dat bruikbaar is voor wie zich oriënteren wil. Te bestellen bij elk der samenstellers; tel. respectievelijk: 073-139920; 03405-64844; 030-319946.

patiëntenorganisaties: "Het is ondenkbaar dat een zo grote onderneming als de gezondheidszorg zonder vakbond moet". Van der Wilk ging in op het verwijt dat de patiëntenbeweging geen eenduidige visie zou hebben: "Wat moet ik in dat verband denken van de professionele verzorgers?" zo speelde hij handig terug. Daarnaast uitte hij kritiek op het gebrek aan initiatieven van de kant van de ziekenfondsraad en WVC. Dat werd door de WVC-vertegenwoordiger gepareerd met de opmerking: "Wij kunnen alleen voorwaardenscheppend bezig zijn, hoe weet ik dat iedereen participatie wil?" Marselis ("Ik weet dat ik geen thuiswedstrijd speel") probeerde het verwijt te weinig initiatieven te nemen en participatie niet serieus te nemen nog even tegen te spreken: "De hartvereniging is bij ons kind aan huis". Maar na wat aandringen werd al snel duidelijk hoe de zaken er voor staan. De overheidsregels kregen de schuld: "Nee, nee, over een paritaire samenstelling van de ziekenfondsraad kan ik niets zeggen". Als het aan Marselis ligt ziet het er voor een verdere ontwikkeling van iedere serieuze vorm van inspraak somber uit. Van de machtige, in termen van macht redenerende top van de ziekenfondsraad hebben gebruikers weinig te verwachten. Gelukkig viel er meer te leren dan alleen dat, op dit symposium...

Nachtarbeid Turks, Marokkaans en/of Berbers

In Nederland bestaat er een verbod op nachtarbeid door vrouwen dat echter niet geldt voor verpleegsters. Moet het verbod voor alle werkneemsters worden opgeheven? In naam van de gelijkheid van mannen en vrouwen wordt het vrijstellen van nachtarbeid door vrouwen dikwijls verdedigd. Maar "hierbij hanteert men de impliciete vooronderstelling dat het werken in onregelmatige dienst met nachtdiensten voor de vrouw hetzelfde betekent als voor de man", aldus Marie-José Thunnissen.

Naar aanleiding van de opleving van de discussie over nachtarbeid door vrouwen deed zij een onderzoek naar nachtarbeid van vrouwelijke verpleegkundigen. In haar onderzoeksrapport gaat ze eerst in op de geschiedenis van arbeidsbeschermende regelingen voor vrouwen tussen 1884 en 1976, en geeft vervolgens een overzicht van onderzoeken van anderen naar de effecten van ploegdiensten op de gezondheid. Aan de hand van haar eigen gegevens over verpleegkundigen trekt zij vervolgens de conclusie dat het afschaffen van het verbod op nachtarbeid door vrouwen geen bijdrage is aan een grotere gelijkheid van mannen en vrouwen.

Vrouwen ondervinden meer fysieke nadelen van dezelfde arbeid en zijn, zoals de zaken er nu voorstaan, bovendien bijna steeds dubbel belast: met het evenredig spreiden van huishoudelijke arbeid wil het in de thuissituatie van de meeste verpleegkundigen nog niet zo lukken. Zekervoor oudere, gehuwde vrouwelijke verpleegkundigen geldt dat het onregelmatige werken flink kan aantikken bovenop de verantwoordelijkheden als echtgenote en eventueel moeder.

Wie het rapport "Een werkdag van 24 uur, effecten van werk in onregelmatige dienst door verpleegkundigen" wil bestellen kan terecht bij het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de VU, dat het heeft uitgegeven. Bel 020-5483362 en vraag naar Marian Lebbink.

Vanuit het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders zijn zes videoprogramma's gemaakt, bestemd voor Turken en Marokkanen in Nederland. Ze zijn in nauwe samenwerking met een aantal betrokkenen tot stand gekomen. Het eerste programma "Mijn maag is een 'steen van angst'" handelt over psycho-somatische klachten bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Het laat op overtuigende wijze zien dat lichamelijke klachten soms niet-lichamelijke oorzaken hebben, zoals onzekerheid over een eventuele terugkeer, angst om op straat te komen, financiële problemen, zorgen over kinderen of achtergebleven familie. Veel vrouwen zijn niet gewend om hun klachten in verband te brengen met de omstandigheden waaronder zij leven en de spanningen die daaruit voortkomen. Over het herkennen van die oorzaken, en manieren om met dergelijke klachten om te gaan, gaat dit programma, dat 20 minuten duurt, en waarvan een Turks, een Marokkaans en een Nederlands gesproken versie bestaat.

Het tweede programma heet "Kinderen in het ziekenhuis" en wil ouders helpen hun kinderen voor te bereiden op de opname en het verblijf in een ziekenhuis. Vaak is zo'n ziekenhuisopname voor kin-

deren een traumatische ervaring. Scheiding van de verouderde omgeving en ouders, broertjes en zusjes thuis, en bovendien niet weten wat je te wachten staat is niet makkelijk. Vanuit de belevingswereld van twee kinderen wordt een beeld gegeven van een ziekenhuis en hoe het werkt. Voorbereiding op wat er komen gaat, kan veel angsten wegnemen, is de conclusie. Het duurt 20 minuten en er is een Turkse, een Marokkaanse en een Berber-versie, Nederlands ondertiteld.

Het derde programma, "De huisarts", gaat in op communicatieproblemen die Marokkaanse en Turkse mannen en vrouwen ondervinden in de omgang met hun Nederlandse huisarts. Positie en taak van Marokkaanse en van Turkse artsen verschilt nogal met die van Nederlandse.

Wederzijdse verwachtingen van dokter en patiënt lopen daardoor sterk uiteen. Rond een aantal thema's als onderzoek, huisbezoek, verwijzing, medicijnen en positie en houding van Nederlandse huisartsen zijn een reeks interviews gehouden. Op die manier ontstaat een goed beeld van "de huisarts", in 30 minuten, Turks of Marokkaans gesproken, Nederlands ondertiteld.

Als vierde is er een animatiefilm over anti-conceptie, waarin op zakelijke en plasti-

sche wijzen informatie gegeven wordt over bevruchting en de mogelijkheden van het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Dit alles in 20 minuten in het Turks, Marokkaans of Berbers, Nederlands ondertiteld.

In 7 minuten vertelt het vijfde programma hoe men met gebruik van vitamine AD rachitis kan voorkomen. Rachitis is een botziekte die ernstige vergroeiing tot gevolg kan hebben, en die voorkomt bij kinderen tussen 0 en 6 jaar met een gebrek aan vitamine AD. De laatste jaren is er een toename van rachitis geconstateerd bij kinderen uit landen waar het klimaat wat minder beroerd is als in Nederland. Zorgt elders de zon voor de benodigde vitamine, hier zijn druppels, tabletten of capsules vaak nodig.

Het zesde programma uit deze reeks geeft in algemene zin voorlichting over "Het ziekenhuis". Aan de orde komen: de opname, het verblijf op een ziekenzaal, het eten, bloedonderzoek, andere onderzoeken. Dit programma duurt 30 minuten en kent een Turkse, Marokkaanse en Berber-versie, alle drie Nederlands ondertiteld.

Op verzoek kan bij bestellingen een handleiding worden toegestuurd met adviezen over de manier waarop de programma's in Turkse en Marokkaanse groepen gebruikt kunnen worden. Meer informatie: Bureau Gezondheidsvoorlichting Buitenlanders, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel. 03405-64844.

India

Er zijn allopathische artsen in India, en' homeopatische, maar ook artsen die werken volgens de ayurveda of de siddha, en weer anderen die zich aan unani-tibb houden. Voornaamste ziekte- en sterfte-oorzaak is in India de honger. De landelijke India werkgroep wijdd een nummer van haar India Nieuwsbrief aan het thema gezondheidszorg. Wie meer wil lezen over traditionele en westerse zorg, de dokters en het geld, verdeling van voorzieningen, de westerse farmaceutische

industrie, drinkwaterprojecten opgezet als preventiemaatregel en over consumentenacties, die kan het nummer bestellen voor f 5,10.

De India-werkgroep heeft ook een brochure "Buitenlandse bedrijven en' de geneesmiddelenvoorziening in India" uitgegeven, die eveneens f 5,10 kost. Wie beide drukwerken tegelijk bestelt betaalt f 8,-. De prijzen zijn inclusief porto en het gironummer is 2483548, t.n.v. Landelijke India Werkgroep, Oude Gracht 36, 3511 AP Utrecht. Vermeld erbij wat u bestelt.

S.P.I.L.

Dit bericht is alleen voor multidisciplinaire hulpverleningsteams die werken in de eerste lijn in Noord Holland. Voor hen organiseert het Service Platform Eerste Lijn (S.P.EL) Noord-Holland themadagen over "gebruikersparticipatie", "stervensbegeleiding" en

"omgaan met spanningsklachten". Voorwaarde is dat het voltallige team meedoet, maar dan kunnen datum en plaats ook in onderling overleg worden vastgesteld. In 6 bijeenkomsten van ieder 2 1/2 uur verzorgt het S.P.E.L, bovendien een cursus patiëntenbespreking. Inlichtingen en informatiefolder: tel. 023-383344, vragen naar Trudi Kraan of Gerda van der Veldt.

Knipselkrant

De Stichting Pandora geeft 10 keer per jaar een knipselkrant uit. Voor wie zich betrokken weet bij de geestelijke gezondheidszorg een rijke bron aan informatie: uit allerlei kranten en tijdschriften worden berichten en artikelen die op een of andere wijze aan de

geestelijke gezondheidszorg raken, uitgeknipt. In min of meer vaste rubrieken worden ze in de knipselkrant bij elkaar geplakt. Van langere artikelen staan titels en een (zeer) korte aanduiding van de inhoud opgesomd. Losse exemplaren kosten f 3,50, een jaarabonnement f 40,-. Giro: 1975626, Stichting Pandora, Postbus 5622, 1007 AP Amsterdam. Telefoon: 020-951171.

·u06u~uo.lO 01 "Va.LoU~Wo~u'opV;)"if" uva u01uopn1s 'JfloJf.loPPOW .J0PM Uo suvU/..lOp0"H SUV.la
.1SU/,0Jfo01ozol06100a uoo 6u~a06u/^.loa omno~u op 10u' Jfo~mod Uo p~o1JpuozoO zoou 1/~.11J;)Spç~dlv g'LE: uosuom ç~M.

MIJN MOEDER

Waarom zou u zich op De Groene moeten abonneren?

Vraag het eens aan redakteuren

Arnold Koper: 'Een onafhankelijk en lekker eigennuttig 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

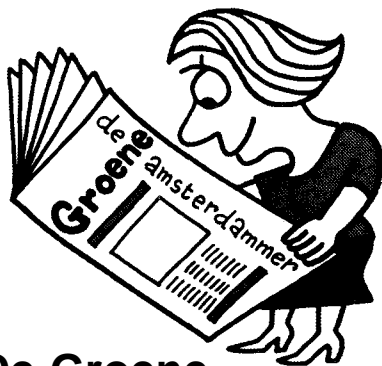
Gironummer

Ik betaal: 0 per kwartaal (32,-)
0 per half jaar (62,-)

Ik betaal na ontvangst van een accept-girokaart.

Bon invullen, in open enveloppe doen en sturen naar:

De Groene, Antwoordnummer 26,
1000 PA Amsterdam



**De Groene
zeer links van het
midden**

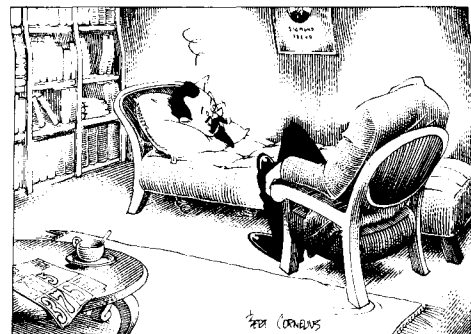
Gezocht: enthousiastelingen die eraan mee willen werken dat 37.5, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, in een ruimere kring bekend raakt. Wat komt daarbij kijken? Om te beginnen zijn er nogal wat congressen en manifestaties waar iemand met een stapeltje 37.5's naar toe zou moeten. Je kunt aanbieden dat in je eigen omgeving te doen, maar wie tijd en zin heeft, om verder weg te trekken kan op reiskostenvergoeding rekening. Daarnaast is er propagandamateriaal nodig en tenslotte zou het leggen en onderhouden van contacten met de (overige) media geen kwaad kunnen.

Aanmeldingen en inlichtingen:

*Denhard de Smit, Taandwarsstraat27, 1013 BV
Amsterdam, tel. 020-241685*

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. uitg. 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.