Het tuchtrecht en de B.I.G.

Een vrije vrouwen vestiging

Grenzen aan de zorg:
De lafheid van het beleid
Beperkte zorg, betere zorg?

Centra in de R'damse houdgreep

Tijdschrift voor gezondheid en politiek

84

1 2 3 4

3 7 5

3 7 5

375

Grenzen aan de zorg

foto: Ine van [illegible]

Een reeks artikelen die duidelijkbeid trachten te scheppen in de chaotische strijd rond de grenzen aan de gezondheidszorg. De discussie die onfrisse mengeling was geworden van economische en inhoudelijke argumenten wordt weer uit elkaar getrokken, en daarbij komen fikse gaten aan het licht.
PvdA-Tweede Kamerlid Müller-Van Ast en ex-staatssecretaris Hendriks, nu voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, geven hun visie op waar het met de zorg naar toe moet. Politisering en een volksverzekering. maar vooral: regionalisering.
Een praktijkvoorbeeld uit Rotterdam laat zien waar intensieve regionale overheidsbemoeienis met de zorg toe kan leiden.
De strijd rond het geld, de kwaliteit en - niet te vergeten - de macht.

Pact met de Duivel

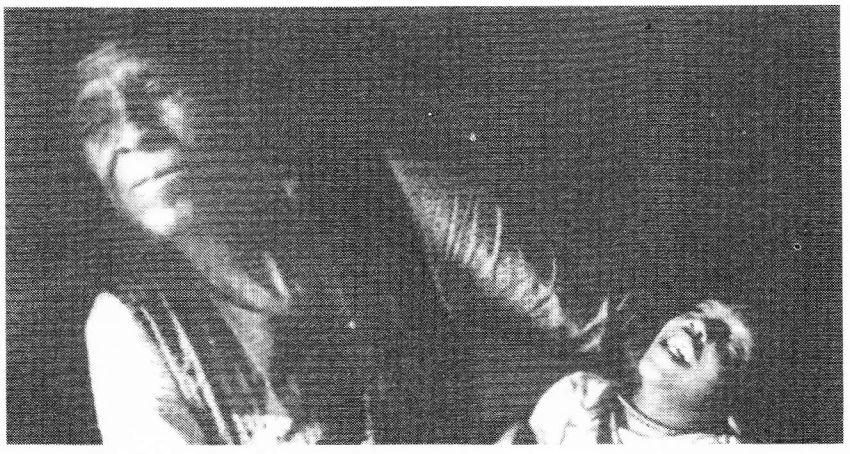
Vrijwillig verzekerde uitgeleverd

De ziekenfondsen laten zich de kaas van het brood eten, de specialisten krijgen een vette kluif en staatssecretaris Van der Reijden kijkt glimlachend toe. Zijn privatiserings-operatie loopt als een trein. In dit artikel laat Theo Waayer zien hoe de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen door gebrekkig manoevreren iedere greep op Van der Reijdens beleid heeft verloren.
Onder dekking van de kreten "bezuiniging" en "volksverzekering" voert de bewindsman een operatie uit die in de geschiedenis van het ziekenfondswezen zijn weerga niet kent - en de ziekenfondsen komen niet verder dan "zo hebben wij het niet bedoeld". Het tijdstip voor efficiënt tegenspel is aangebroken.

Een vrije vrouwenvestiging

Een huisartsenpraktijk die zich zonder enig overleg met de plaatselijke huisartsen vestigt, en dan ook nog onorthodoxe ideeën over gezondheidszorg heeft. De lap had niet roder kunnen zijn. De strijd rond huisartsenpraktijk Aletta, nauw verbonden aan het Utrechtse vrouwengezondheidscentrum, is sinds de vestiging in februari dan ook op meerdere fronten ontbrand. Marleen Baerveldt schetst het verloop van de verschillende conflicten.

Het vrouwenlichaam als instrument



Family planning in Zuid-Afrika

Het zwarte gevaar is nog steeds een dreiging waar blank Zuid-Afrika slecht van slaapt. De regering ligt er zelfs van wakker - niet alleen willen de zwarten de zelfde voorrechten als de blanken, statistieken hebben ook nog aangetoond dat hun aantal snel groeit terwijl de blanke bevolking langzaam slinkt.
In de strijd tegen de zwarte horden is de gezondheidswerker een uiterst bruikbaar instrument gebleken. Als de zwarten te veel kinderen krijgen komt de wijkzuster wel met de prikpil langs, als het moet onder lichte aandrang. De meest elementaire gezondheidszorg blijft intussen ongedaan. Een onthutsend verslag.

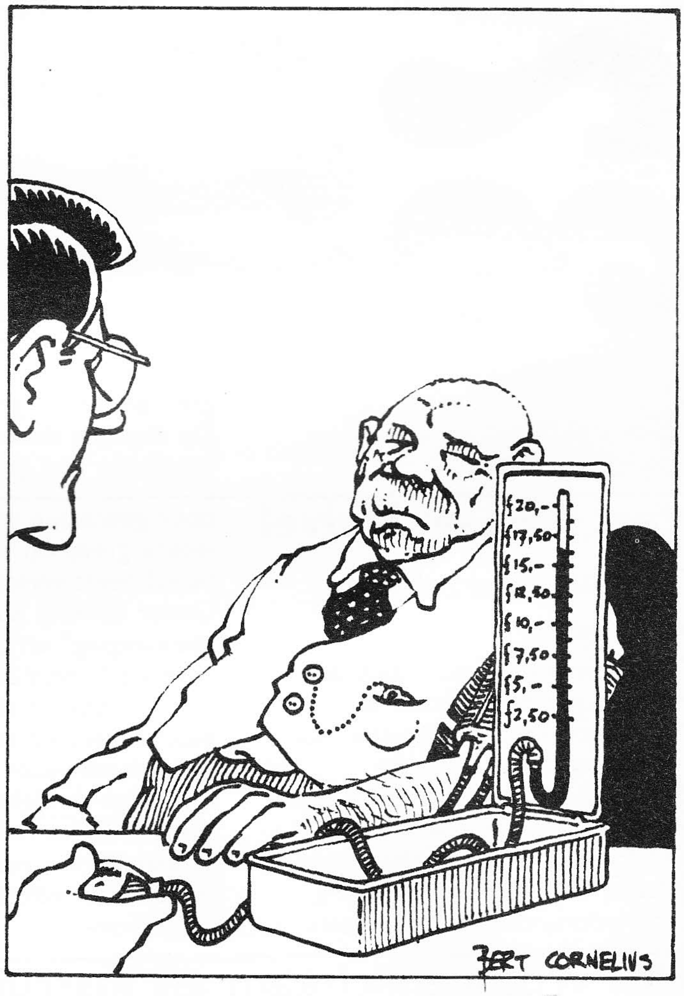
Het onrecht van de verlengde arm

De onzekere positie van de verpleegkundige

De verpleegkundige zit in een benarde situatie. Het aantal geneeskundige handelingen neemt hand over hand toe, maar van enige wettelijke bescherming is geen sprake. De verpleegkundige mag nu eenmaal alleen verplegen, niet genezen. Autorisatie is juridisch gezien van nul en gener waarde; zo gauwer iets mis gaat dreigt de verpleegkundige vervolgd te worden. Renée van Aller van Het Beterschap legt uit hoe het precies in elkaar steekt. Ook geeft zij een strategie aan om verbetering in de situatie aan te brengen.

OMBUIGEN OP HET SPREEKUUR

Alles in de gezondheidszorg is erg duur.. Kostenbesparend werken? Natuurlijk! Het spreekt me aan, allereerst als een wat abstract goed. Maar dat abstracte maakte plaats voor duizenden concrete guldens, toen ik samen met een chronische patiënt - particulier verzekerd - de driemaandelijkse rekening van apotheek, fysiotherapeut, polikliniekbezoek en enkele dagen ziekenhuisopname doornam. Mijn eigen nota - ik vond hem vreselijk groot - lag er schamel tussen.
De huisarts is knooppunt in de eerste lijn en toegangspoort tot verdere, dure zorg. De huisarts kan óók het drukken van de kosten initiëren; via voorschrijfgedrag, samenwerkingsprocedures, verwijsbeleid. Vanuit zichzelf of gedwongen door maatregelen van hogerhand. Wat betekent dat nu, dat alledaags bezuinigen?
Gretig las ik de lijst van 'verboden medicijnen' van de Ziekenfondsen door, me verbazend over de gigantische hoeveelheid preparaten el) teleurgesteld over het feit dat slechts enkele geneesmiddelen uit mijn 'vaste repertoire' door de mand vielen. Dáár viel voor mij weinig meer te bezuinigen. Wel ging ik enthousiast over op het voorschrijven van locopreparaten in plaats van de duurdere specialité's. Dit enthousiasme werd aanzienlijk getemperd toen ik merkte dat apothekers zich soms méér laten leiden door hun eigen inkoopbeleid dan door de aanduiding op mijn recepten. Boze telefoontjes hierover leidden tot ingewikkelde uitleg over wat voor centenkwestie dit eigenlijk was. Niks duizenden besparen.
Alledaags bezuinigen, dat is een frustrerende druppel op de gloeiende plaat van ergernis. Ergernis van m'n patiënten waar ik goede zorg aan wil leveren. De suikerpatiënt is boos omdat alleen de goedkope, stroef lopende injectiespuiten vergoed worden. De mevrouw met het oude stoma-apparaat mag een versleten leren riempje niet laten vervangen; wèl mag ze een geheel nieuw apparaat aanschaffen, maar dáár heeft ze geen behoefte aan. De na een hersenbloeding weer gerevalideerde patiënt had allang weer thuis kunnen zijn, maar moet nodeloos lange, dure dagen in het verpleeghuis wachten op een aangepaste trapleuning van pak hem beet tweehonderd gulden. Een invalide AOW-er kan zijn vrouw in het ziekenhuis niet bezoeken omdat de procedure om een taxi-vergoeding te krijgen zo lang sleept.
En, uiteraard, de knakenstrijd. 'Wat gaf u me weer weinig, vorige keer.. De rijksdaalders groeien me niet op de rug!' gromt een mevrouw die al jaren trouw haar hoge-bloeddrukmiddelen gebruikt.. Natûûrlijk schrijf ik grotere hoeveelheden voor (en zie grotere overschotten verdwijnen): het patiëntenhemd is altijd nader dan de overheidsrok.
Het is ineffectief kruimelbezuinigingswerk dat z'n weerslag heeft op de groep patiënten, die zich ondubbelzinnig laat omschrijven met de kenmerken 'chronisch ziek', 'laag inkomen' en 'oud'.
Maar het alledaags bezuinigen heeft soms een weidser perspectief! Terreinen waarop méér te besparen valt en waar navenant méér voetangels en klemmen liggen.
Zo is daar bijvoorbeeld de fysiotherapeut die na twaalf behandelingen voorstelt om de patiënt met de stijve nek nóg achttien keer te behandelen. En de mevrouw die een verwijzing naar de 'masseur' aanvraagt omdat ze gewend is driemaal per jaar 'losgemaakt te worden'. En de zesendertig veldsporters die bij de geringste kwetsuren diadyn en ultraschall eisen (de competitie moet doorgaan!). Hoe moeizaam het doorbréken van deze mechanismen soms ook is, als het lukt rinkelt de bezuinigingskassa gul.
Helemaal heerlijk is in dit verband natuurlijk de tweede lijn. Er zijn talloze patiënten die jaarlijkse controle van gezichtsvermogen en baarmoedermond toch wel het minste vinden. Een andere opvatting hierover scheelt kapitalen aan oogarts en patholoog-anatoom.



Uiteindelijk is het de omvang van het specialistisch onderzoek, die kostenbesparend werken echt lucratief kan maken. Een halt toeroepen aan jaarlijkse controles op onduidelijke indicatie en vooral aan het onderling doorverwijzen door specialisten (in de trant van: 'Geachte collega huisarts, ik onderzocht uw patiënt A. wegens heup klachten en verwees hem even naar de huidarts, want ik zag een wat vreemd plekje op zijn linkerschouder dat ik niet vertrouwde ...'), dát zet zoden aan de dijk. Om maar te zwijgen van alle mensen die zich in het weekeinde door een chirurg met jodium laten besprenkelen, in laten zwachtelen en laten bepleisteren. 'Ze hebben me van top tot teen op de foto gezet' vertelt - stomverwonderd - het meisje dat met haar brommer gevallen was en dat door mij voor een handfoto verwezen was, omdat ik dacht dat een middenhandsbeentje gebroken kon zijn.
Alledaags bezuinigen is chaotisch en vaak frustrerend. Omdat het langs de no-nonsense lineaal gebeurt, omdat een inhoudelijke visie en vooral een afweging op inhoudelijke gronden ontbreekt. . Ik ben op inhoudelijke grond tevreden als iemand thuis zijn sterfbed kan hebben met behulp van gezinsverzorging, wijkverpleging, familie en huisarts. Het economisch voordeel daarbij is 'mooi meegenomen'.
Maar wat moet ik nu zeggen tegen de patiënte die haast trots [illegible] haar bijna [illegible]enkaart laat zien, terwijl er over [illegible] door de bus zal rollen?

JAAP TALSMA

twee de jaargang, nr.. 3, oktober 1984

kernre dactie : Paul van den Berg, Yvonne van Geerihuizen, Kees Herrog, Sigrid Sijthoff, Dirk So eters, Jaap Talsma; m.m.v. Renske Mast.. Eindredactionele steun van Ruud Vollebregt

redactieraad: Ingrid Baart, Henk Bakker, Cees van de Berg, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, PaulJuffermans, André Kno ttnerus, Greet Le Iij, Joost van der Meer, Armernarie Mol, Frits Muller, Miriam van Reijen, Gerrit Salemink, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Harry van Velsen, Rein Vos, Gilles de Wildt, Hans van der Wilk, en de kernredactie

37.5 is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en uitgeverij Macula; verschijnt viermaal per jaar
vormgevingjlayout: KLUS, Groningen
tekeningen: Bert Cornelius
foto 's: Ine van den Broek
zetwerk: zetterij Wil van Dam, Utrecht
drukwerk: drukkerij Macula

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

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

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, Van Diemerbroeckstr, 149, 6512 BA Nijmegen, gironr. 1461678

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

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

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Macula.

INHOUD

Ombuigen op het spreekuur — Jaap Talsma 4

Een vrije vrouwenvestiging — Marleen Baerveldt 8
Strijd rond vrouwengezondheidscentrum

Zwarte apotheken — Paul van den Berg 10
KN MP verliest terrein

Pact met de duivel — Theo Waayer 13
Vrijwillig verzekerde uitgeleverd

Thema: Grenzen aan de zorg 15

Beperkte zorg, betere zorg? — [ac Drewes 18
De knoop van gezondheid en economie

De lafheid van het beleid — Denhard de Smit 22
Müller- Van Ast over politiseren van de zorg

Hendriks tien jaar na Structuurnota: — Denhard de Smit 25
"Ik ben niet principieel tegen eigen risico"

Kwaliteit & Bezuiniging — Guus Schrijvers 29

In de politieke houdgreep — Dick Kaasjager 32
Gezondheidscentra en Rotterdam

Rotterdam nu — Laurent van der Maesen 35

De opiumwet, een historische vergissing — Paul van den Berg 38

Artsen onder elkaar — André Knottnerus 37
De gebreken van het tuchtrecht

Het onrecht van de verlengde arm — Renée van Aller 42
De onzekere positie van de verpleegkundige

De hoge heren doorgelicht — Sigrid Sijthoff 45
Het verhaal van Jeanne — Peter Waack

Het vrouwenlichaam als instrument — Ireen Dubel 48
Family planning in Zuid-Afrika

Magister Foucault — Dick Willems 51
De beperkingen van de meester

Boeken — Jas Dute 55
Psychotherapie en recht

Een vrije vrouwen-vestiging

Een huisartsenpraktijk die zich zonder enig overleg met de plaatselijke huisartsen vestigt, en dan ook nog onorthodoxe ideeën over gezondheidszorg heeft. De lap had niet roder kunnen zijn. De strijd rond huisartsenpraktijk Aletta, nauw verbonden aan het Utrechtse vrouwengezondheidscentrum, is sinds de vestiging in februari dan ook op meerdere fronten ontbrand. Aletta kwam in aanvaring met de plaatselijke huisartsenvereniging, het ziekenfonds en de inspecteur voor de volksgezondheid. Marleen Baerveldt schetst het verloop van de verschillende conflicten. Op de achtergrond is nog net de inhoudelijke kwestie waarneembaar die door de guerrilla dreigt te worden overschaduwd: wat is de taak van de huisarts in de eerste lijn, en wat zijn de voor- en nadelen van specialisering. Aparte praktijken voor vrouwen, buitenlanders, homo's en andere onderdrukte groepen? Een kwestie die ook in de toekomst nog uitgebreide aandacht behoeft.

Strijd rond vrouwengezondheidscentrum

Het verkrijgen van ruimte en aandacht voor vrouwenzaken binnen de verschillende maatschappelijke instituties is een moeizaam en langdurig proces. Vrouwen die daar aan werken stuiten telkens weer op aanzienlijke weerstand en tegenwerking van de vertegenwoordigers van de gevestigde orde. Het wordt getolereerd zolang vrouwen zich buiten de instituties organiseren of in de marges daarvan activiteiten ontplooien. Zodra echter dezelfde vrouwen een eigen plek creëren waarmee ze een gelijkwaardige positie gaan innemen ten opzichte van de aanwezigen, wordt dit als een inbreuk ervaren en komt men in actie. Het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht heeft met de vestiging van de huisartsenpraktijk Aletta zo'n nieuwe plek gecreeërd binnen de gezondheidszorg.

Met de opening van de huisartsenpraktijk Aletta is voor het Vrouwengezondheidscentrum een nieuwe fase in haar ontwikkeling begonnen. Na vijf jaar actie, onderzoek en service-verlening op het (brede) terrein van vrouwen en gezondheid(szorg) wordt professionele hulpverlening aan dit rijtje van activiteiten toegevoegd. Tevens betekent het dat we met deze stap een positie ingenomen hebben binnen de structuur van de reguliere gezondheidszorg.

De in het Vrouwengezondheidscentrum ontwikkelde kennis en werkwijze zal in het huisartsenwerk gestalte kunnen krijgen;' Tegelijkertijd kan dit werk de aanzet vormen voor verder onderzoek en theorievorming van hulpverlening aan vrouwen in de gezondheidszorg. Dit samenwerkingsverband moet dan ook gezien worden als een experiment waarin het verder ontwikkelen van een inhoudelijk andere kennis en werkwijze ten behoeve van vrouwen en gezondheid centraal staan. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid volgde het advies van de Projectgroep Vrouwenhulpverlening op en ondersteunde dit experiment met een subsidie voor drie jaar..

MARLEEN BAERVELDT coördinatrice (in dienst van de St. Aletta) Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht, 030-$40472

foto: Ine van den Broek

Wilde vestiging

Om een plaats op de huisartsenmarkt te bemachtigen hebben ook wij de strategie van de zogeheten 'wilde vrije vestiging' toegepast. De plaatselijke huisartsen worden hierbij nfet geraadpleegd voor overleg. Daarmee wordt een spaak in het wiel gestoken van het door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV) voorgestane vestigingsbeleid. Er volgden nog meer spaken want Aletta was de tweede in een snel groeiende rij van wilde nieuwe vestigingen in Utrecht.. De voor dit jaar aangekondigde maar steeds weer uitgestelde Algemene Maatregel van Bestuur, waarmee het vestigingsbeleid voor huisartsen wettelijk geregeld wordt, is hier mede debet aan.

De verenigde plaatselijke huisartsen zijn niet gelukkig met deze nieuwe vestigingen. Het lag dan ook in de lijn der verwachtingen dat de PHV Utrecht-stad zich teweer zou gaan stellen tegen Alettaen de andere nieuwe vestigingen. Dit is dan ook gebeurd. Dat wil zeggen dat de andere 'wilden' schriftelijk van de PHV te horen kregen dat men zich tégen hun vestiging opstelde en langs juridische weg stappen ging ondernemen. In een later schrijven liet men weten (voorlopig) van deze stappen af te zien.

Het Vrouwengezondheidscentrum en Aletta vormden hierop echter een uitzondering. De wijze van benaderen én de inhoud van de in de strijd gehanteerde argumenten maken ons duidelijk dat er met de komst van Aletra méér aan de hand is dan alléén het feit van een ongewenste uitbreiding van het aantal huisartsenpraktijken in Utrecht..

‚Onafhankelijk ziekenfonds'

Zolang men niet lid is van de KNMG/PHV heeft men voor het openen van een huisartsenpraktijk voor particuliere én ziekenfonds patiënten onder andere een medewerkerscontract met een ziekenfonds nodig. Het is ook van belang onderling een goeie waarneming te regelen aangezien je niet in bestaande waarnemingsverbanden opgenomen wordt. Was het verkrijgen van zo'n contract voor onze voorgangers in Utrecht een papieren formaliteit, de artsen van Aletta Kregen te maken met een onwillig ziekenfonds. Met een vestigingsbeleid van de overheid op stapel en met de ogen van de PHV-vestigingscommissie in de rug, wringt het Regionaal Ziekenfonds Midden Nederland (RZMN) zich in allerlei bochten om onder de geldende contractplicht uit te komen. Alhoewel er vanaf het begin voldaan was aan alle algemeen geldende voorwaarden ontspon zich rondom de aanvraag een langdurige correspondentie, waarbij de antwoorden van het ziekenfonds steeds lang op zich lieten wachten. De strategie van tijdrekken en een nooit bereikbare directeur was ingezet. Volgende zet van het ziekenfonds was het zich in verbinding stellen met de PHV (om zich inzake deze vestiging te laten adviseren?). Aangezien wij géén positieve ondersteuning van 'de collegae' verwachtten, hadden wij nou juist overleg met hen vermeden. Een onafhankelijk ziekenfonds? Hoezo?

Eenmaal achter het bureau van de directeur wordt ons expliciet duidelijk gemaakt waarom deze vestiging (door wie?) ongewenst is. Utrecht is 'vol' voor huisartsen, er zijn veel kleine praktijken (die het al moeilijk genoeg hebben!), de kwaliteit van de zorg komt zo in gevaar. Zowel van onze kant als van de Projectgroep wordt informatie gegeven over de achtergrond van deze vestiging. Het weerwoord hierop is dat 'er toch genoeg vrouwelijke artsen in Utrecht zijn' (op dat moment 110 artsen waarvan 11 vrouwen). Alleen een huisartsenpraktijk voor vrouwen openstellen is niet toegestaan en aangezien men (wie?) tegen categorale zorg is, ook niet gewenst. Nou, dat wisten we al en dat waren we ook niet van plan! Als wij aandringen op een contract werpt de directeur een minimumnorm met betrekking tot het patiëntenaantal (na een jaar) in de strijd. En 'aangezien wij daar toch niet aan kunnen voldoen, mede gezien de hoge drempel die de samenwerking met het Vrouwengezondheidscentrum zal vormen' raadt hij ons ten sterkste af deze vestiging door te zetten.

In een medewerkerscontract, wat na een tijdje toegestuurd wordt, is de eis met betrekking tot de minimum praktijkomvang opgenomen. Volgens onze inzichten loopt dit echter vooruit op (een onjuiste interpretatie van het concept) de Algemene Maatregel van Bestuur. Niet wettelijk dus en voor ons onacceptabel.

Bemiddeling van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) leidt tot een wijziging in de formulering van het contract. Er volgen nog een aantal versies voor we besluiten het contract te ondertekenen. Het is dan vier en een halve maand na aanvraag. De praktijk is dan al zo'n twee maanden gestart en de lijst met wachtende ziekenfondspatiënten kan ingeschreven worden.

‚Valse concurrentie'

Geruime tijd voor we de praktijk openden vernamen we de reacties van de Utrechtse huisartsen op de komst van Aletta. Men is boos want 'jullie hebben geen overleg gepleegd'. Men is verdrietig want 'dit hadden we van jullie niet verwacht'. Men vraagt begrip want 'er zijn al zoveel artsen die het moeilijk hebben'. Men is bezorgd 'het Vrouwengezondheidscentrum zal hierdoor ten gronde gaan'. Men wil ons helpen andere mogelijkheden te realiseren, als we maar van de vestiging afzien. Men legt ons de Utrechtse situatie uit; optellen, aftrekken en delen: 'Utrecht is vol'. Men waarschuwt, want 'jullie redden het nooit'. En men dreigt met een proces tegen de vestiging; de ondergang van het Vrouwengezondheidscentrum wordt voorspeld. Bovenal is men verontwaardigd want 'een door subsidie ondersteunde vestiging is valse concurrentie'.

We moeten wel concluderen dat de komst van Aletta voor de Utrechtse huisartsen als een donderslag bij heldere hemel gekomen is. Het doet de emoties hoog oplaaien. Men schijnt zelfs de in de wachtkamer gelegen brochures van het Vrouwengezondheidscentrum stampvoetend verscheurd te hebben (?). We krijgen bezoek van een vrouwelijke huisarts. Ze zit in de vestigingscommissie, maar benadert ons 'à titre personel'. Deze vrouw heeft het Vrouwengezondheidscentrum altijd een warm hart toegedragen; zelf strijdt ze voor meer vrouwen op plaatsen in de gezondheidszorg via de gevestigde kanalen. De nieuwe ontwikkeling van het Vrouwengezondheidscentrum keurt ze volledig af. Op dit punt is ze niet ontvankelijk voor inhoudelijk feministische argumenten en ze probeert ons te overreden van de voorgenomen plannen af te zien. Zij kiest voor de strategie van samenwerking met reeds gevestigde vrouwelijke huisartsen. Wij volgen een andere lijn en trouwens, van die samenwerkingswens hebben we in het verleden nog nooit wat vernomen.

Er wordt appèl gedaan op onze solidariteit voor vrouwen, en op ons rechtvaardigheidsgevoel ten aanzien van de (in financiële moeilijkheden verkerende) reeds gevestigde huisartsen. Want een subsidie in deze betekent: valse concurrentie! Ze verklaart zich tegen de nieuwe praktijk én het Vrouwengezondheidscentrum op te stellen. In een ingezonden brief in een landelijke en plaatselijke krant beschuldigt zij ons dan ook van 'eigenbelang', 'onsolidariteit ten opzichte van vrouwen', 'niet handelend in het belang van patiënten'. De overheid wordt ervan beschuldigd aan te zetten tot 'valse concurrentie'. Het inzetten van deze begrippen in een conflict, waarbij het uiteindelijk gaat om het veilig stellen van de (financiële) belangen van de gevestigde huisartsen, is in onze ogen op z'n minst misplaatst.

Machtsstrijd

De PHV-Utrecht stad ligt op één lijn met het vestigingsbeleid dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voert sinds 1 maart 1983 (op basis van de Nota Vestigingsregelingen). Op een vergadering, ook in die tijd, heeft de PHV besloten géén nieuwe vestigingen in de stad toe te laten. Voor alle huisartsen die lid zijn van de PHV is sinds die tijd de vestigingsregeling ingegaan. Als men zich wil vestigen in de stad komt men op een wachtlijst. In de vestigingscommissie van de PHV hebben drie huisartsen zitting en zij voeren het beleid uit.

In afwachting van een landelijke regeling moet de PHV ~ gezien haar eigen beleid - haar leden op een wachtlijst plaatsen en moet ze met lede ogen toezien dat niet-leden zich vestigen. Een moeilijk te verteren situatie en men heeft dan ook alles in het werk gesteld om deze te verlichten. Elders in het land hebben PHV's processen aangespannen en verloren. In Maastricht is men in hoger beroep gegaan. In afwachting daarvan heeft de PHV-Utrecht besloten in de strijd tegen de 'wilden' een stapje terug te doen.

Alvorens men in een algemene ledenvergadering besloot juridische stappen tegen Aletta te ondernemen heeft de PHV een aantal andere wegen bewandeld die tot opheffing van de voor hen ongewenste situatie moesten leiden. Om de schijn van een 'officiële' vestigingsprocedure te wekken belegde men een tweetal gesprekken. Het bestuur van het Vrouwengezondheidscentrum ontving een brief waarin zij verzocht werd 'op zeer korte termijn ons (het PHV-bestuur, MB) te willen uitnodigen ten einde van gedachten te wisselen over de functie van het VGC binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. (...) Teneinde eventuele misverstanden dienaangaande (berichten over een vestiging binnen het VCG, MB) uit de weg te ruimen ...'

Naar aanleiding van het gesprek met het bestuur van het VGC dat daarop plaatsvond ontvingen vervolgens de beide huisartsen van Aletta een uitnodiging voor een gesprek '... teneinde uw vestiging als huisartsen toe te lichten'. Tijdens de zitting blijkt doel van het gesprek te zijn 'na te gaan of de PHV een uitzondering moet maken voor deze vestiging'. Men houdt het 'recht' aan eigen zijde!
In beide gesprekken reageert men op inhoudelijke toelichting van onze kant met een betoog wat er uiteindelijk op neer komt dat wat wij willen niet goed is en dat zij er tegen zijn. Men zegt het te betreuren dat de door ons opgedane kennis nooit overgedragen wordt aan de huisartsen en 'Evenmin ontvangen wij signalen waaruit zou blijken dat wij onze attitude moeten veranderen'. De heren hebben het blijkbaar te druk met hun werk om af en toe nog eens iets te lezen. Er is toch zolangzamerhand heel wat gepubliceerd op dit terrein! Aangezien vrouwen al jaren van de daken schreeuwen wat er mis is aan de attitude van artsen ten opzichte van vrouwen, kunnen we slechts constateren dat ze nog steeds niet naar vrouwen luisteren. Het eerste gesprek wordt beëindigd met de opmerking 'dat men de discussie open wenst te houden'. In het tweede gesprek wordt ons duidelijk welke visie men heeft en blijkt er van een 'open discussie' geen sprake te zijn. In de kritiek op de nieuwe vestiging zegt men '... geen reden te zien waarom het Vrouwengezondheidscentrum niet op vrijwillige basis verder zou gaan. Er zijn toch wel meer minderheidsgroepen die in patiëntengroepen op vrijwillige basis hun belangen kenbaar maken, zoals bijvoorbeeld de multiple sclerose patiënten'.
Aan het einde van deze zitting concludeert het PHV-bestuur dat, alhoewel ze altijd welwillend hebben gestaan tegenover het VGC, de vestiging van de nieuwe huisartsen hun goedkeuring niet kan wegdragen. Wij kiezen, zo zegt men, voor polarisatie en voor kennisverbreding onder vrouwen in plaats van integratie met en kennisverbreding onder huisartsen. Het bestuur van de PHV zal zich dan ook 'met de hiervoor ten doel staande middelen tegen de vestiging verzetten', Men spreekt de wens uit 'Dat de besten mogen winnen'. Een machtsstrijd? Hoezo?
De PHV ondernam nog andere stappen. De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ontving een brief waarin de PHV kritiek uitte op het gevoerde beleid. Op een LHV-vergadering werd 'ons geval' geagendeerd. Een 'boze buurman' PHV-lid schrijft de huiseigenaresse aan met het verzoek iets *te* ondernemen tegen de in haar pand gevestigde 'illegale praktijk'. De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid ontvangt een brief van de PHV *met* het verzoek iets tegen deze vestiging te ondernemen.
Wij moeten concluderen dat de heren huisartsen weinig inzicht blijken te hebben in de maatschappelijke werkelijkheid en hun eigen functioneren daarin. Met betrekking tot de wensen en problemen van vrouwen op het gezondheidszorggebied geven ze blijk van totale onwetendheid en wanbegrip. Zou *het* ongeïnteresseerdheid zijn? Hoe dan ook, wij vinden het, gezien deze onwetendheid, nogal aanmatigend dat zij het zich permitteren uitspraken te doen over het werk van het Vrouwengezondheidscentrum en het beleid van de overheid op het terrein van Vrouwen *en* gezondheidszorg.
Kon *het* VGC zoals het was, dat wil zeggen een vrijwilligersproject, door de huisartsen gezien worden als een (welkome) aanvulling op het eigen werk, de komst van Aletta wordt blijkbaar ervaren als een bedreiging voor *het* eigen werk!

In een prettige sfeer

Uit de aankondiging van de Inspectie van een bezoek aan *het* VGC in verband met de in *het* pand gevestigde huisartsenpraktijk, begrepen wij dat het ging om een inspectie van de technische en hygiënische situatie in de praktijk. Twee van onze medewerksters ontvangen de waarnemend Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de provincie Utrecht dan ook in *een,* voor deze gelegenheid nog eens extra opgeruimd, pand. Naïef, want al snel wordt duidelijk dat dit bezoek het gevolg is van het verzoek van de PHV aan de Inspectie om stappen te ondernemen tegen de vestiging. *De* inspecteur zegt dat, alhoewel niet in de positie iets tegen ons te ondernemen, hij toch graag geïnformeerd wil worden over het Vrouwengezondheidscentrum en de huisartsenpraktijk, want 'onbekend maakt onbemind'. Van onze kant wordt informatie gegeven *en* op een aantal vragen van de inspecteur wordt uitgebreid ingegaan. Het gesprek verloopt in een 'prettige sfeer'. Groot is dan ook onze verbazing als we de inhoud lezen van de brief die deze inspecteur als antwoord aan de PHV schrijft.
Op grond van de door ons verstrekte informatie, schrijft de inspecteur, '... ben ik tot de conclusie gekomen, dat door deze vestiging (...) noch *het* belang van de volksgezondheid, noch dat van de vrouwen is gediend'. De overwegingen die vervolgens genoemd worden komen er op *neer* dat de vestiging van Aletta door haar nauwe samenwerking *met het* VGC, ditzelfde VGC zou schaden. Met deze argumentatie wordt dan zowel de vestiging als het huidige VGC veroordeeld. *De* uitspraken die gedaan worden zijn niet *meer* dan vooronderstellingen en persoonlijke meningen, ons overigens reeds bekend bij monde van de PHV. De inhoud van het gesprek met ons is op geen enkele wijze terug te vinden in deze brief.. De inspecteur acht het zelfs tot zijn taak een afschrift van deze brief *te* sturen aan het ziekenfonds en het gemeente-bestuur. . In een brief 'van gelijke strekking' aan de Directeur Generaal voor de Volksgezondheid schrijft hij 'het te betreuren dat deze vestiging door een experimentele subsidie van de Staatssecretaris van Emancipatiezaken wordt ondersteund'.
Het is, dachten wij, niet gebruikelijk dat een inspecteur iedere nieuwe vestiging van huisartsen bezoekt om te bezien of zij 'het belang van de volksgezondheid en dat van de vrouwen dient'. Ook worden de diverse samenwerkingsvormen van huisartsen (al dan niet in hun vrije tijd), in het licht van diezelfde volksgezondheid zelden op een dergelijke wijze door inspecteurs publiekelijk veroordeeld. Wij moeten wel concluderen dat deze inspecteur zich voor het karretje van de PHV heeft laten spannen en zich op een terrein begeven heeft wat niets te maken heeft met zijn eigenlijke taak, namelijk 'het bewaken van de kwaliteit van de zorg'! Hiermee is de onafhankelijke positie die de Inspectie behoort in te nemen wel helemaal zoek.
Wij hebben dan ook aan de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid gevraagd deze zaak te laten onderzoeken door de Geneeskundige Hoofdinspectie. Tevens hebben we hem gevraagd bereidheid te tonen recht te doen aan het beleid van de Staatssecretaris van Emancipatiezaken op het *gebied* van Vrouwen *en* Gezondheid. Hierop ontvingen wij *een* uitnodiging tot *een* gesprek met de verschillende betrokkenen om *te* praten over het Vrouwengezondheidscentrum en de kwestie van de huisartsenpraktijk. **Dit** gesprek ligt nog in *het* verschiet. .

Ons perspectief is een gefeminiseerde gezondheidszorg. Gezien onze ervaringen, ligt er nog *een* lange *weg* voor ons. Zolang de vertegenwoordigers van *het* medisch bolwerk slechts bezig zijn met het veilig stellen van de eigen positie *en* zolang het vrouwen onmogelijk gemaakt wordt via de reguliere kanalen een plaats in *te* nemen én een eigen inhoud te geven aan haar werk, zullen er nog heel wat plekken binnen de gezondheidszorg 'veroverd' *moeten* worden! Valse concurrentie? Hoezo?

Noot
1. Ingrid Baart beschrijft deze werkwijze en kennis van het vrouwengezondheidscentrum Utrecht in haar artikel 'Macht over eigen lijf' in 37.5, Tijdschrift voor gezondheid en politiek, nummer 2, jaargang 1 (sept., '83).

Zwarte apotheken

Apotheken worden steeds vaker gevestigd zonder instemming van de plaatselijke vakbroeders. De laatsten zien daardoor een deel van hun - riante - inkomen bedreigd. Aanleiding voor de machtige apothekers-organisatie KNMP om eind augustus over dit onderwerp te vergaderen. Nu de dereguleringscommissie de regering geadviseerd heeft om niet over te gaan tot een wettelijke vestigingsregeling voor apotheken, neemt de KNMP zelf de strijd tegen de 'zwartvestigingen' ter hand. Paul van den Berg schetst de achtergronden van deze beroering in een klein en gesloten wereldje.

PAUL VAN DEN BERG is apotheker

De tijd dat het bezit van een apothekersdiploma automatisch garant stond voor een in financieel opzicht succesvolle carrière, lijkt ten einde. Het aantal werkloze apothekers groeit gestaag (op 1 juli waren er 101 werkzoekenden) en steeds meer pas afgestudeerden moeten - voorlopig? - genoegen nemen met parkeerbaantjes. Van de in 1982 en 1983 afgestudeerde apothekers heeft 25 procent '(nog) geen functie' of 'onbekend'. In deze krappe arbeidsmarkt wordt het steeds meer dringen om ergens een plekje te krijgen om mee te kunnen profiteren van de nationale uitgaven aan farmaceutische hulp. Het aantal apotheken in Nederland stijgt. Voor zover deze stijging veroorzaakt wordt door het overnemen van apotheken van apotheekhoudende huisartsen, zullen reeds gevestigde apothekers daar niet zoveel moeite mee hebben. Met enig leedvermaak zien zij toe hoe op verschillende plaatsen apotheekhoudende huisartsen steeds weer alle juridische procedures verliezen en op het platteland steeds meer apotheken gevestigd kunnen worden. Dit brengt vaak de nodige publiciteit met zich mee, maar men moet niet vergeten dat het maar om kleine aantallen gaat - in de afgelopen jaren ongeveer 10 apotheken per jaar. Dat vormt maar voor een gering deel werkgelegenheid voor de circa 140 apothekers die jaarlijks afstuderen. Hoewel in totaal slechts de helft van alle apothekers apotheekbeheerder (eigenaar of in loondienst) is, is het duidelijk dat met deze cijfers ook de verzorgingsgebieden van bestaande apotheken onder druk komen te staan.

Nederland is vol

Het overgrote deel van de apotheek-bezitters is aangesloten bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Parmacie, de KNMP. Deze club heeft al jaren een vestigingsregeling, gericht op een goede geografische spreiding van apotheken. Dat is althans de officiële doelstelling. In dit tijdschrift is al eerder betoogd dat dit vestigingsbeleid in de praktijk meer gericht blijkt te zijn op de bescherming van belangen van reeds gevestigde apothekers. Zolang het aantal vestigingsplaatsen groot genoeg was, leverde dit echter niet zoveel problemen op en kon de KNMP de vestiging van nieuwe apotheken effectief reguleren. Volgens de bestaande KNMP-normen is Nederland echter momenteel wel zo ongeveer vol met apotheken. Nieuwe apotheken kunnen volgens die normen praktisch alleen gerealiseerd worden in uitbreidingen van stadsgebieden en door overname van praktijken van apotheekhoudende huisartsen op het platteland. En dat is bepaald onvoldoende om de stroom pas afgestudeerde apothekers op te vangen.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de laatste jaren steeds meer apotheken gevestigd worden zonder toestemming van de KNMP. In 1983 was al 25 procent van de nieuw gevestigde apotheken 'zwart', dat wil zeggen zonder toestemming van de KNMP. Ook het totale aantal zwarte apotheken begint aardig te stijgen en bedraagt nu al circa 10 procent. Veel van de zwarte vestigingen vinden plaats in gebieden, waar belangen van gevestigde apothekers geschaad worden. Voor die mensen is dat natuurlijk vervelend, maar nieuwvestigingen zullen vooral plaats vinden in gebieden waar nog een graantje mee te pikken is, dus waar het aantal apotheken relatief klein is en het verzorgingsgebied per apotheek groot. Apothekersinkomens van enkele tonnen per jaar zijn daar niet ongewoon, en erg veel medelijden met de geschade belangen hoeft men niet te hebben. In plaatsen waar de apotheekdichtheid groter is, hoeven apothekers niet zo bang te zijn. De investering in een nieuwe apotheek is zo groot (gauw een half miljoen), dat banken zich wel enkele malen zullen bedenken voordat ze een zwarte vestiging met minder goede rendementsverwachtingen gaan financieren.

KNMP verliest terrein

Boycot

De KNMP staat machteloos tegenover deze ontwikkeling. Het eigen vestigingsbeleid geldt alleen voor leden van de KNMP. Apothekers die geen lid zijn kunnen zich in principe vestigen waar en wanneer ze maar willen (als ze financiering kunnen organiseren). Het lidmaatschap wordt voor jonge apothekers steeds minder aantrekkelijk, nu al enkele malen door rechters is uitgesproken dat apothekers die eerst lid waren van de KNMP zich ook nog enige tijd na opzegging van het lidmaatschap moeten houden aan de vestigingsregels die ze eerst geaccepteerd hadden. Het logische gevolg daarvan is echter, dat steeds minder afgestudeerden direct lid worden van de KNMP.

Veel meer kan de KNMP niet doen om het zwart vestigen moeilijk te maken. Wat wel gebeurt is het vragen van excessief hoge prijzen voor een aantal essentiële diensten (maandelijkse prijslijsten, bereidingsvoorschriften voor geneesmiddelen en dergelijke). Ook heeft de KNMP - tevergeefs - geprobeerd in de model-ziekenfondsovereenkomst bepalingen

te doen opnemen die nadelig zijn voor zwarte apotheken. Omringende apothekers zullen de zwart gevestigde collega tegenwerken door hem niet op te nemen in avond- en weekenddiensten. In de meeste gevallen worden zij echter na enige tijd door de inspectie gedwongen deze boycot te beëindigen. De KNMP en individuele apothekers hebben geen effectieve middelen om de vestiging van zwarte apotheken tegen te houden.

Dat is dan ook de reden dat de KNMP al jaren geleden aangedrongen heeft op een wettelijke vestigingsregeling. De motivatie was aanvankelijk niet het dreigende overschot aan Nederlandse apothekers, maar de angst dat - door de wederzijdse erkenning van diploma's in de EG-buitenlandse, met name Belgische, apothekers Nederland een aantrekkelijke vestigingsplaats zouden vinden. Nederlandse apotheken zijn groter en hebben meer aanzien dan apotheken in de meeste andere westeuropese landen. In Nederland is er ongeveer 1 apotheek op 10.000 inwoners, in België is dat 7 per 10.000. De wederzijdse erkenning van diploma's is echter nog steeds niet tot stand gekomen.

De overheid is pas haast gaan maken met een wettelijke vestigingsregeling toen de conflicten tussen apothekers en apotheekhoudende huisartsen in de politieke belangstelling kwam. Toen die partijen onderling niet tot overeenstemming konden komen, besloot de toenmalige staatssecretaris Veder-Smit- dat er op korte termijn een wettelijke vestigingsregeling moest komen. Het wetsontwerp dat daaruit voortvloeide is in dit blad al eerder besproken en bekritiseerd.

De verdere behandeling van dit wetsontwerp is vertraagd doordat de Commissie Vermindering en Vereenvoudiging van Overheidsregelingen, de Commissie Geelhoed, eerst nog eens bekeken heeft of het wetsontwerp wel zo nodig is.

Onwettig

Een wettelijke vestigingsregeling voor apotheken verdient geen aanbeveling, aldus luidt de conclusie van de Commissie Geelhoed. Er worden geen volksgezondheidsbelangen mee gediend. De bestaande vormen van privaatrechtelijke en economische zelfregulering van apotheekvestigingen bevorderen reeds voldoende het publieke belang bij een goed bereikbare, kwalitatief en economisch verantwoorde geneesmiddelenvoorziening.

De commissie vindt de voorgestelde oplossingen voor het conflict tussen apothekers en apotheekhoudende huisartsen zelfs in strijd met de huidige Wet, die uitgaat van het principe dat de geneesmiddelenvoorziening bij voorkeur dient te geschieden door apothekers. De Commissie vindt verder dat er geen maatregelen nodig zijn tegen het commerciële meerbezit van apotheken: 'Het verbod lijkt onvoldoende gemotiveerd vanuit publieke volksgezondheidsbelangen'.

De KNMP was bepaald niet gelukkig met dit advies van de Commissie Geelhoed. Al snel (op 12 april 1984) reageerde het hoofdbestuur van de KNMP met een brief aan staatssecretaris Van der Reijden en deelde mee ontsteld te zijn over het oordeel van de Commissie. De argumenten van de Commissie worden onjuist en onvoldoende genoemd. De KNMP is bang dat een aantal apotheken onder de norm van 8000 te verzorgen patiënten zal komen. Deze norm zou niet in het belang van apothekers zijn, maar in dat van de volksgezondheid, 'omdat vaststaat dat alleen apotheken die aan die norm voldoen blijvend in staat zijn tot een kwalitatief verantwoorde geneesmiddelenvoorziening'. Hoe men aan die norm komt wordt niet vermeld, en dat is in dit verband toch wel belangrijk. Geelhoed heeft namelijk vastgesteld dat momenteel 40 procent van de apotheken onder deze norm zit. Zou in deze apotheken geen kwalitatief verantwoorde geneesmiddelenvoorziening plaatsvinden? Toch een opmerkelijke beschuldiging van de KNMP tegen zijn minder 'omvangrijke' leden.

Van der Reijden was niet onder de indruk van de argumentatie van de KNMP. Hij liet weten geen noodzaak te zien voor een wettelijke vestigingsregeling.

Defensie

De KNMP was toen gedwongen zwaardere middelen in de strijd te werpen. Eén van de argumenten van de Commissie Geelhoed was dat de KNMP zelf voor voldoende regulering van apotheekvestigingen zorgt. Dus schreef het hoofdbestuur een nieuwe brief aan de staatssecretaris, waarin gemeld wordt dat de situatie in korte tijd snel is verslechterd en 'dat er steeds minder mogelijkheden zijn voor toepassing en handhaving van het vestigingsbeleid der KNMP'. En dat klopt ook wel, want in de eerste helft van 1984 was de helft van het aantal apotheeknieuwvestigingen zwart. Voorts kondigde het hoofdbestuur een buitengewone algemene ledenvergadering aan om mogelijkheden te bespreken voor een effectievere strijd tegen de zwarte apotheken. Deze ledenvergadering is op 30 augustus gehouden. Daar werd duidelijk dat het hoofdbestuur er niet op vertrouwt dat alsnog wettelijke regelingen tot stand zullen komen op de korte termijn, en dat er naar andere mogelijkheden moet worden omgezien.

Deze zouden in eerste instantie bij de ziekenfondsen liggen. Artikel 47 van de Ziekenfondswet biedt in principe de mogelijkheid aan de ziekenfondsen om te weigeren overeenkomsten aan te gaan met bepaalde hulpverleners, die zich willen vestigen. Nog niet zo lang geleden is dit artikel gebruikt om de vestigingsmogelijkheden voor fysiotherape-uten te beperken. Er zijn echter belangrijke verschillen tussen apothekers en fysiotherapeuten. Op de eerste plaats hebben de ziekenfondsen deze bepaling slechts aarzelend en onder druk van de regering gebruikt. Druk van de regering blijft nu bij de apothekers achterwege. Een ander belangrijk verschil ligt in het verleden. Er is een uitgebreide jurisprudentie afkomstig uit de strijd van de KNMP tegen ziekenfondsen, die vroeger soms eigen apotheken hadden. Toen is uiteindelijk bepaald dat ziekenfondsen niet het recht hebben om patiënten te dwingen gebruik te maken van de eigen ziekenfondsapotheek. Patiënten moesten daar zelf vrij over kunnen beslissen. In het verlengde hiervan zou het wel eens erg moeilijk kunnen zijn patiënten te verbieden gebruik te maken van zwarte apotheken.

Wat overblijft om zwartvestigingen tegen te gaan, is gelegen in de mogelijkheden die apothekers en de KNMP zelf hebben. De concurrentie tegen de zwarte apothekers zal versterkt worden. Het vestigingsbeleid zal verlaten worden als dat in het belang is van de strijd tegen zwarte apotheken. In

de praktijk wil dat zeggen dat plaatselijk gevestigde apothekers zwarte vestigingen zullen beconcurreren door in de directe omgeving van de zwarte vestiging een 'defensieve' apotheek te openen. Helmond is daarvan een goed voorbeeld. Tot voor kort waren daar 6 apotheken. Toen een apotheker zich daar nieuw vestigde zonder toestemming van de plaatselijke collegae, openden dezen pal naast de zwarte apotheek een andere apotheek. De zwartvestiger reageerde hierop door het openen van weer een nieuwe apotheek en kort daarop openden de collegae ook daar in de directe omgeving weer een nieuwe apotheek. Op deze wijze zijn in de eerste helft van dit jaar al 5 defensieve vestigingen tot stand gekomen. Nu de KNMP deze handelwijze als een van de laatste mogelijkheden in de strijd ziet, zal het aantal waarschijnlijk snel gaan toenemen.

Eigenbelang

Het is niet eenvoudig om een oordeel uit te spreken over deze hele gang van zaken. Toch zijn er wel enkele lijnen uit deze reeks gebeurtenissen te destilleren die enig commentaar verdienen.
Op één punt is de KNMP intussen wel aardig door de mand gevallen. De acties en de maatregelen van die club blijken steeds meer gericht op de belangen van de gevestigde collegae: aan de normgrootte valt niet te tomen en alle mogelijke middelen worden ingezet om zwarte apotheken zoveel mogelijk te dwarsbomen. De strijd tegen apotheekhoudende huisartsen blijkt van ondergeschikt belang, want in deze strijd zou de KNMP zeer blij moeten zijn met het rapport van de Commissie Geelhoed. Daar wordt echter weinig ophef over gemaakt, omdat daar geen belangen van reeds gevestigde collegae bij betrokken zijn. Het vestigingsbeleid van de KNMP is niet in het belang van de farmacie, niet in het belang van de volksgezondheid, maar alleen in het belang van veel geld verdienende vrije beroepsbeoefenaren die ook inhoudelijk vernieuwende processen tegenhouden.
Dat is eigenlijk heel jammer. Het had zoveel beter kunnen zijn. Juist in deze tijd waarin steeds meer gevraagd wordt om deskundig advies bij het gebruik van geneesmiddelen en waarin de automatisering het mogelijk maakt om snel te kunnen beschikken over de gegevens die nodig zijn om de patiënt te begeleiden bij zijn geneesmiddelengebruik, zouden apothekers de kans kunnen grijpen om een volwaardige hulpverlener in de eerste lijn te worden. Dan moet de apotheker-bedrijfsleider wel zijn bureaustoel verlaten en direct plaatsnemen aan de balie van zijn apotheek. Met enige praktijkverkleining zou dit heel goed kunnen. Apothekers kiezen er echter voor om anoniem te blijven voor hun patiënten.
Tot slot nog een opmerking over de Commissie Geelhoed. Het is treurig te moeten constateren dat alleen economische argumenten gebruikt worden om een vestigingsregeling af te wijzen. Alsof er niet jaren discussie geweest is over de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de mogelijkheden die gemeenten zouden moeten hebben om meer sturend op te treden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Als dit een voorbode is van het verdere regeringsbeleid met betrekking tot de WVG, is er weinig kans dat gemeenten binnen afzienbare tijd enige grip op de vrije beroepsbeoefenaren krijgen.

Vervolg van p. 14

Ik hoorde, vaag op de achtergrond, nog een VNZ-stemmetje roepen 'We wilden de vrijwillige verzekering wel privatiseren, maar zo hebben we het niet bedoeld.'

Tegenspel

Het wordt hoog tijd dat de ziekenfondsen meer tegenspel gaan bieden tegenover het privatiseringsbeleid van deze regering. Voorlopig geven de ziekenfondsen de huidige regering alle ruimte. De ziekenfondsverzekerde die zo meteen moet aankloppen bij de particuliere verzekeraar mag dan de rekening voor dit beleid gaan betalen. Er is ook een groep die er duidelijk op vooruit gaat als dit plan doorgaat; de medische specialisten. Hun klantenkring wordt uitgebreid met 1 miljoen particulier verzekerden onder de inkomensgrens, die ze tegen de zeer lucratieve particuliere tarieven mogen behandelen.
Ik hoor de heer Van der Reijden een paar maanden geleden nog zeggen dat die specialisten met die gigantische inkomens maar eens aangepakt moeten worden. Hij noemde toen inkomens van hartspecialisten die varieerden van 600.000 tot 1,2 miljoen gulden. Zo'n uitspraak is een duidelijke steun in de rug van de ziekenfondsverzekerde (sic).
Over bezuinigingen gesproken ...

Vervolg van p. 24

doet is goed gedaan' en ga nou maar naar het ziekenhuis dan zit je goed. Maar bij ons in de streek stuurt de huisarts je naar de juffrouw zoals dat heet.. Ik ken vier, vijf gevallen om me heen die gewoon bij de verloskundige zijn geweest en nooit een ziekenhuis van binnen hebben gezien. Bij ons komen ze niet bij de gynaecoloog behalve als de juffrouw zegt, nou moet je toch even naar de dokter,

Dat is nou het probleem. De gynaecologen stellen vast wanneer de vroedvrouw moet doorverwijzen en bovendien neemt het aantal indicaties waarop gynaecologen een klinische of poliklinische bevalling noodzakelijk achten toe.

Ja, dat is kwalijk. Een kind krijgen is niks ziekelijks en het idee dat een gynaecoloog en god mag weten wat er bij moet, dat is onzin. Verloskundigen doen het prima en het kan heel vaak thuis.

Wie denk je buiten de PvdA en klein links aan te spreken op dat politiseren van de gezondheidszorg?

We zitten er middenin met die hele toestand van de hartchirurgie en transplantaties. Dat moet een zware discussie in de kamer worden met politieke keuzes. Maar het gaat verder.. Als de WVG ingevoerd wordt zullen er in alle grotere gemeenten discussies moeten plaatsvinden over wijkgezondheidscentra, samenwerkingsverbanden, planning, behoeften enz. Het zelfde op provinciaal niveau wat betreft de tweede lijn. Dus niet alleen discussie in de kamer, die hoeft eigenlijk maar een beetje te doen.

Pact met de duivel

ONDERONSJE

(Staatssecretaris Van der Reijden van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en minister Ruding van Financiën tijdens een informele borrel in Den Haag.)

Ruding: 'Zegjoop, hoe zit het eigenlijk met je beloofde plannen voor die bezuinigingen op volksgezondheid? Via de media komen de meest wilde ideeën van jou naar voren, maar een echt concreet plan, laat staan een maatregel, heb ik van jou nog niet gezien.'

Van der Reijden: 'Ach je weet toch hoe het gaat. Het begon met de "medicijnenknaak". Dat ging goed, ik kon dat plan er door loodsen met steun van het CDA. Ook dat volksverzekeringsidee van mij heeft zijn uitwerking niet gemist. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen heeft, notabene samen met de particuliere verzekeraars een projectorganisatie opgericht, met een compleet secretariaat, om het privatiseringsidee voor te bereiden.'

Ruding: 'Ja allemaal leuk en aardig, maar een concrete bezuinigingsmaatregel is er niet uitgekomen. Het plan om tandheelkunde en fysiotherapie en eventueel geneesmiddelen uit het pakket te halen heeft het ook niet gehaald.'

Van der Reijden: 'Rustig nou maar, je moet een beetje geduld hebben in die dingen. Je weet dat ik de SER, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad om advies gevraagd heb over de herziening van het ziektekostenstelsel. . Dat is nu gebeurd en met die adviezen heb ik alle ruimte om mijn gang te gaan. Mijn ambtenaren hebben intussen niet stil gezeten en die hebben mij een prachtig idee aan de hand gedaan om de collectieve lasten terug te dringen.'

Ruding: 'Ik ben benieuwd.'

Van der Reijden: 'Je weet dat de hele verzekeringswereld roept om een oplossing voor wat heet de acute problematiek in de vrijwillige verzekering. Aan die oproep wil ik best gevolg geven, ik hef die vrijwillige verzekering gewoon op en hevel 1 miljoen ziekenfondsverzekerden over naar de particuliere verzekering. Dan heb jij in één klap een forse vermindering van collectieve lasten en ik hoef niet direct in het ziekenfondspakket te gaan snijden. Zoals je weet is dat laatste ook niet bepaald gunstig voor mijn populariteit.'

Ruding: 'Wacht nou even. Jij wilde toch een volksverzekering ergens in 1986 of 1987 en dit idee is daarmee in tegenspraak. Hier krijg je het CDA nooit in mee.'

Van der Reijden: 'Ik ga natuurlijk niet over een nacht ijs. Uiteraard heb ik gesproken met de volksgezondheidspecialisten van het CDA. Die reageerden niet enthousiast, maar het idee om in het pakket te gaan snijden lokt hen nog minder. Bovendien heb ik ze verteld dat het opheffen van de vrijwillige verzekering de weg vrij maakt voor een volksverzekering. En dat is een argument dat gaat erin als koek. Verder heb ik toegezegd dat er wat compensatiemaatregelen komen voor de kwetsbare groepen. Er komen misschien wat wijzigingsvoorstellen, maar dan gaat ook het CDA wel mee.'

Ruding: 'Als de zaken zo liggen, zou ik het maar doorzetten. De ministerraad zal maar wat blij zijn dat je nu eindelijk een plan hebt. Wanneer dacht je het naar buiten te brengen?'

Van der Reijden: 'Zo vlak voor het zomerreces, dat geeft het minste gedonder.. Ik ben dan ook weg. Ik ga naar de Olympische Spelen in L.A. want zoals je weet heb ik ook nog sport in mijn portefeuille.'.

THEO WAAYER

Vrijwillig verzekerde uitgeleverd

De ziekenfondsen laten zich de kaas van het brood eten, de specialisten krijgen een vette kluif en staatssecretaris Van der Reijden kijkt glimlachend toe. Zijn privatiserings-operatie loopt als een trein. In dit artikel laat Theo Waayer zien hoe de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen door gebrekkig manoeuvreren iedere greep op Van der Reijdens beleid heeft verloren. Onder dekking van de kreten 'bezuiniging' en 'volksverzekering' voert de bewindsman een operatie uit die in de geschiedenis van het ziekenfondswezen zijn weerga niet kent - en de ziekenfondsen komen niet verder dan 'zo hebben wij het niet bedoeld'. Het tijdstip voor efficiënt tegenspel is aangebroken.

THEO WAAYER, medisch socioloog, is werkzaam als beleidsmedewerker bij AZIVO.

De vakantieperiode was nog maar nauwelijks aangebroken toen het kabinet half juli met een voor ziekenfondsverzekerden slecht plan kwam. Op voorstel van staatssecretaris

Van der Reijden (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) heeft het kabinet het plan opgevat om per 1 januari 1985 de vrijwillige verzekering op te heffen.
Naar schatting 1 miljoen vrijwillig verzekerden zullen het ziekenfonds moeten verlaten en zich moeten aanmelden bij een particuliere verzekeraar.

Verdwijntruc

Vrijwillig verzekerden met een AAW- of AWW-uitkering dan wel verzekerden met een uitkering krachtens de Algemene Bijstandswet zullen in de verplichte verzekering opgenomen worden. Bejaarden met een inkomen onder de f 33.495,- (1984) zouden met dezelfde rechten en premie overgeheveld worden naar de bejaardenverzekering. De overige bejaarden in de vrijwillige verzekering zouden volgens de plannen ook aangewezen zijn op de particuliere verzekering. Datzelfde geldt voor grote groepen zelfstandigen en ambtenaren onder de inkomensgrens van f 47.850,- die nu in de vrijwillige ziekenfondsverzekering zitten.
Op deze wijze denkt het kabinet een bezuiniging van circa 1,2 miljard gulden te bereiken. Dit is duidelijk een papieren bezuiniging, want daadwerkelijk bezuinigd wordt er niet. De vrijwillige verzekering valt namelijk onder de collectieve lasten. De premies die de huidige vrijwillig verzekerden zo meteen aan de particuliere verzekeraars gaan betalen worden door de overheid niet tot de collectieve lasten gerekend. De premies moeten echter wel betaald worden. Dit wordt ook wel de verdwijntruc of banaantruc genoemd. Je geeft er een andere naam aan, je drukt er een ander etiketje op en je hebt als kabinet weer een 'bezuiniging' gerealiseerd. Een rigoreus plan dus van het huidige kabinet, dat daarmee het zoveel met de mond beleden streven naar een volksverzekering op de tocht zet.
Als het parlement dit plan in deze vorm goedkeurt, dan wordt het een privatiseringsoperatie die nog niet eerder vertoond is in de geschiedenis van het ziekenfondswezen.

"Strategisch plan"

Van de 1,5 miljoen vrijwillig verzekerden krijgen de particuliere verzekeraars 1 miljoen verzekerden op een presenteerblaadje aangeboden. Het zijn diezelfde particuliere verzekeraars die jarenlang de vrijwillige ziekenfondsverzekering beconcurreerd hebben door aan de 'goede risico's' de jonge gezonde vrijwillig verzekerden een pakket aan te bieden tegen aantrekkelijke lage premies.'[1] Het gevolg was dat deze groep overging naar de particuliere sector. Voor de zogenaamde 'slechte risico's', de oudere verzekerden die méér gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen, hadden de particuliere verzekeraars geen interesse. Deze groep kon de particuliere ziektekostenverzekeraar ook makkelijk buiten de deur houden, door het heffen van forse leeftijdstoeslagen voor ouderen.

Noot
1. Uitvoerig beschreven in jrg. '83, nr. 2:
- Paul Juffermans: Hellend vlak van de afnemende solidariteit.
- Theo Waayer: His Masters voice, De loyale houding van de ziekenfondsen.

Doordat de particuliere verzekeraars alle krenten uit de pap konden pikken, bleef de vrijwillige ziekenfondsverzekering met voornamelijk 'slechte risico's' zitten. Als gevolg hiervan steeg de premie in de vrijwillige verzekering tot onaanvaardbare hoogte. Het hele veld schreeuwde moord en brand, zo kon het niet langer. Ook de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) wilde met spoed een oplossing vinden voor de acute problematiek van de vrijwillige verzekering. De VNZ produceerde begin dit jaar een nota 'Strategisch Plan' genaamd. Daarin werd voorgesteld om een samenwerking aan te gaan met de particuliere verzekeraars en met name de bovenbouw. De bovenbouw omvat particuliere verzekeraars als Het Zilveren Kruis en de VGCN die nauw gelieerd zijn aan de ziekenfondsen. De VNZ zou samen met de particuliere verzekeraars naar een oplossing zoeken voor de problematiek in het ziektekostenstelsel. Bovenaan op het prioriteitenlijstje stond het zoeken naar een oplossing voor de problematiek in de vrijwillige verzekering. Een en ander zou goed worden voorbereid door een projectorganisatie van de VNZ en de particuliere verzekeraars. De reddingsoperatie voor de vrijwillige verzekerden moest aldus de VNZ uitgevoerd worden samen met de 'bovenbouw'. Men stelde voor om vrijwillig verzekerden die dat wensten op te nemen in de bovenbouw; dus bij de particuliere verzekeraars die gelieerd zijn aan de ziekenfondsen. Sommige ziekenfondsen namen dit voorstel dermate serieus dat zij hun eigen bestand jonge vrijwillig verzekerden aanschreven met het verzoek om de vrijwillige verzekering in te ruilen voor een particuliere verzekering.

Monsterverbond

Het Strategisch Plan werd in zijn definitieve vorm iets afgezwakt. Duidelijk bleef echter dat een oplossing gezocht moest worden in samenwerking met de particuliere verzekeraars. En dat is dan het best te omschrijven als een soort monsterverbond of een pact met de duivel. Staatssecretaris Van der Reijden keek rustig glimlachend toe hoe zijn privatiseringsideeën in het veld zelfs met medewerking van de VNZ wortel ~choten. Van der Reijden zelf beperkte zich tot het te hooi en te gras rondstrooien van plannen om drastisch in het ziekenfondspakket te gaan snijden en dat als doelstelling had om op de lange termijn ook tot een 'volksverzekering' te komen. Het zou dan wel een 'volksverzekering' worden die alle privatiseringselementen in zich heeft.
De loyale houding van de VNZ inzake het overheidsbeleid maakte het de staatssecretaris niet moeilijk om aan het kabinet voor te stellen de hele vrijwillige verzekering maar op te heffen. Toen het kabinetsplan bekend werd reageerde de VNZ afwijzend via een persbericht. Een radicale opheffing van de vrijwillige verzekering wijst de VNZ af. 'Dat een miljoen verzekerden, voornamelijk kleine zelfstandigen en ambtenaren met een beperkt inkomen straks gedwongen worden zich te verzekeren op de particuliere markt, acht de VNZ sociaal verwerpelijk. Het op zo korte termijn opheffen van de vrijwillige verzekering bemoeilijkt onnodig de weg naar een volksverzekering', aldus het persbericht.
De volksverzekering had de VNZ overigens volgens een in juni vastgesteld beleidsplan allO jaar voor zich uitgeschoven tot 1994.

Lees verder op p. 12

GRENZEN aan de ZORG

Wat zou het prachting zijn als de burgers zelf konden beslissen waar hun gezondheidszorg begint en ophoudt. Zelf zeggen of het te duur wordt zo, zelf aangeven of het beschikbare geld naar de eerste of de derde lijn moet... Dromen zijn bedrog, dat wel. De werkelijkheid is ook dat door de achtereenvolgende bewindslieden een bepaald onduidelijk beleid wordt gevoerd. Zolang telkens de minister van financiën de baas speelt op Volksgezondheid is dat eigenlijk niet zo verwonderlijk.
Dwars door het financiële geharrewar heen speelt al die jaren al de vraag of zoveel gezondheidszorg nog wel goed voor ons is. Een kans die geen bezuiniger kon laten liggen. Het resultaat was een discussie waarin langzamerhand ieder argument verdacht is geworden - en de enige die zich nog onverminderd staande heeft gehouden is weer de minister van financiën.

De artikelen van dit thema-gedeelte trachten weer wat duidelijkheid te scheppen in de chaotische strijd rond de grenzen aan de zorg. In het hoofdartikel trekt Jac Drewes de twee discussies weer uit elkaar (de inhoudelijke en de economische), en komt onmiddellijk tot de conclusie dat een fiks aantal argumenten al onaangenaam was ondergesneeuwd.
Ex-staatssecretaris Hendriks, nu voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, legt vervolgens genadeloos bloot dat het regeringsbeleid vanaf Gardeniers al stuurloos door de gezondheidszorg zwalkt - zonder een beeld van waar het met de zorg naar toe moet, maar er voortdurend op gespitst om her en der een bedragje op te halen.
Opvallend is natuurlijk dat het grote geld telkens keurig buiten schot blijft. Wél een knakenkaart maar géén specialisten in loondienst, en (alsof het nog niet mooi genoeg was) ook nog plannen om de vrijwillige ziekenfondsverzekering te privatiseren. Het PvdA-Tweede Kamerlid Miiller-Van Ast legt uit waardoor de Kamer in de huidige samenstelling helemaal geen sterk beleid zou kunnen voeren. De politieke samenstelling en (vooral) de banden met belangengroeperingen laten geen ruimte over voor een fundamentele kijk op de zorg. Müller-Van Ast ziet een uitweg in politisering van de gezondheidszorg - toch weer een poging om uit te komen bij de burger die zélf over zijn zorg beslist..
Aan de economische kant is dan nog de vraag blijven liggen op welke manier er het beste bezuinigd kan worden. Guus Schrijvers analyseert de relaties tussen verschillende wijzen van bezuinigen en de kwaliteit van de zorg, en landt (opvallend) op hetzelfde punt aan als waar ook Hendriks en Miiller-Van Ast uitkwamen: via regionalisatie van de zorg worden de beste voorwaarden geschapen voor én beheersbare kosten én behoud van kwaliteit. Hendriks geeft daar bovendien bij aan dat een volksverzekering keihard noodzakelijk is voor het slagen van iedere vorm van regionalisatie. Daar kan Van der Reijden het mee doen ...
Blijft natuurlijk het feit dat iedere theorie slechts zo mooi is als de praktijk toelaat. Het verslag van Dick Kaasjager over de gang van zaken rond twee gezondheidscentra in Rotterdam noopt wat dat betreft tot voorzichtigheid. Waar gedecentraliseerd wordt komen ook plaatselijke belangengroeperingen in het geding, en het Rotterdamse voorbeeld maakt duidelijk dat zelfs een gemeente als zodanig kan gaan opereren. Machtsstrategieën van bestuurders willen de goede wil van gezondheidswerkers nogal eens overschaduwen. En ook is het gevaar levensgroot dat de gevestigde artsengroepering weer de lachende derde zal zijn.
Hoe dan ook is duidelijk dat, wat de mogelijkheden en moeilijkheden ook mogen zijn, de gezondheidszorg een te waardevolle plaats in onze samenleving is gaan innemen om er zo maar stukken af te kunnen snijden. Wát daar volgens mensen als Illich ook voor te zeggen zou zijn, het zijn zeker geen maatregelen die in de begroting voor 1985 thuishoren.

Beperkte zorg, betere zorg?

De gezondheidszorg moet minder - daar zijn we het langzamerhand merkwaardig over eens. Merkwaardig vooral omdat de argumenten vanuit totaal verschillende hoeken worden aangedragen. Aan de ene kant zou de zorg te duur zijn, aan de andere kant zou de zorg te veel negatieve bijwerkingen hebben; de argumenten worden zorgeloos door elkaar gebruikt. Jac Drewes meent dat het hoog tijd is om de discussie weer eens te scheiden in een economisch en een inhoudelijk deel. De vermenging van argumenten werkt volgens hem verlammend voor het formuleren van een nieuw gezondheidszorgbeleid. In dit artikel maakt Drewes een nieuw begin met een gescheiden analyse. Al doende vindt hij een aantal flinke 'gaten' in de gangbare argumentatie. Misschien is minder gezondheidszorg toch niet zo rechtlijnig positief als ons werd voorgeschoteld.

JAC DREWES is medewerker van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam

Knoop van gezondheid en economie

In de huidige benarde tijden zijn gezondheid en gezondheidszorg bijna niet meer uit het middelpunt van de belangstelling weg te branden. Halverwege de jaren zeventig ontstond er een allereerst politiek en later meer algemeen bewustzijn, dat de afremming van de tot dan toe vanzelfsprekende economische groei het noodzakelijk maakte ook de groei van de zogenaamde collectieve uitgaven uit belasting en premiegelden te beperken. Omdat naast de uitkeringstrekkers vooral de gezondheidszorg de (onder de huidige omstandigheden twijfelachtige) eer geniet, grotendeels uit premiegelden betaald te worden, is daarmee ook voor de komende tijd het verband tussen gezondheidszorg en economische politiek onlosmakelijk geworden. Voor de werkers in de gezondheidszorg is dit verband al enige tijd duidelijk. Zij hebben zich op velerlei wijze tweer gesteld tegen het beperken van de omvang van de gezondheidszorg om louter politiek-economische redenen. Voor het grote publiek, de gebruiker van de gezondheidszorg, zal dit verband pas recent voor het voetlicht zijn getreden aan de hand van de politieke uitspraken over de betaalbaarheid van hart- en levertransplantaties en van reageerbuis- en diepvriesbabies.

Tegelijkertijd is halverwege de jaren zeventig in Nederland en in de hele westerse wereld een groeiende kritiek ontstaan op het functioneren van de gezondheidszorg. Deze kritiek werd in eerste instantie vooral ontwikkeld door theoretici als Goffmann, Zola en Illich en al snel overgenomen door werkers in de gezondheidszorg. De kritiek richtte zich vooral op de stagnatie in de verbetering van het gezondheidspeil ondanks steeds grotere gezondheidszorg-inspanningen, vooral in medisch-technische zin. Daarenboven werd gewezen op de negatieve effecten die van de huidige gezondheidszorg-op-grote-schaal a lijken uit te gaan: groeiende zorgafhankelijkheid van mensen, medicalisering van maatschappelijke en persoonlijke problemen (met de daarbij behorende depolitisering en individualisering), en hospitalisering en institutionalisering ten gevolge van - langdurig - verblijf in instellingen voor gezondheidszorg.
Recent zijn deze kritiekpunten ook doorgedrongen op het niveau van de publieke discussie. Ze maken onderdeel uit van actualiteitenprogramma's op televisie en medische rubrieken in kranten en tijdschriften.

Beleids- en spraakverwarring

Zo is er momenteel een situatie ontstaan waarin wordt aangedrongen op beperking van de omvang van de gezondheidszorg om financieel-economische redenen, en op terugdringen van de negatieve effecten van de gezondheidszorg op grond van theoretische kritiek. Beide ontwikkelingen gaan op het eerste gezicht in dezelfde richting, namelijk in de toekomst minder officiële gezondheidszorg. Het is begrijpelijk dat in een dergelijke situatie in de discussie over de gezondheidszorg een geweldige spraakverwarring is ontstaan. Argumenten uit de kritiek op het functioneren van de zorg worden steeds vaker door overheid en financiers aangehaald om hun bezuinigingsplannen kracht bij te zetten, en werkers en beleidmakers raken steeds meer in twijfel of zij zich nog wel moeten verzetten tegen dergelijke voorstellen. Beperking zou immers mogelijk een groot deel van de optredende negatieve effecten van de gezondheidszorg kunnen verminderen, en zo de kritiek afzwakken en het aanzien van de zorg in stand houden.

Van deze vermenging van argumenten lijkt een verlammende werking uit te gaan voor het formuleren van een vernieuwd gezondheidszorgbeleid. Vaak komt men in de discussie uit op de meer algemene standpunten zoals die in beleidsnota's van de overheid al zijn geformuleerd, zoals recent in de nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (1983).1 Daarin worden groei van de preventieve sector en reductie van de curatieve sector voorzien, alsmede terugdringen van residentiële zorg door toename van thuiszorg en zelf- en mantelzorg. De rol van het ziekenhuis zou beperkt moeten worden door vergroting van de mogelijkheden voor beschermd wonen, thuiszorg (met specialistische consultatie) poliklinische en dagbehandeling.
Het lijkt zinnig te proberen de discussie weer uit elkaar te trekken, om nieuwe uitgangspunten te formuleren, waarbij te onderscheiden aandacht wordt besteed aan de relatie gezondheidszorg-economie enerzijds en aan het inhoudelijk en maatschappelijk functioneren van de gezondheidszorg anderzijds. Op die manier kan de discussie op beide terreinen afzonderlijk verdiept worden, voordat economische argumenten op meer inhoudelijk vlak worden gehanteerd en andersom.

Opoffering en economisme

Het denken over de gezondheidszorg in economische termen heeft lange tijd nagenoeg geheel ontbroken. In zekere

zin kon men zelfs spreken van een taboe: gezondheidszorg en geld mochten eigenlijk niet in één adem genoemd worden, omdat dit afbreuk zou doen aan het menslievende en opofferende karakter van gezondheidszorg. Wel werden in de discussies over de uitgroei van de sociale zekerheid in de vijftiger en zestiger jaren ook de kosten van de gezondheidszorg zijdelings onder de loupe genomen. Sinds er in de Struktuurnota Gezondheidszorg van 1974[2] uitgebreid over de kosten van de gezondheidszorg werd gesproken, heeft deze situatie zich in korte tijd welhaast diametraal gewijzigd. Tegenwoordig kan men eigenlijk niet meer over het functioneren, de toekomst en vernieuwingen van de gezondheidszorg spreken zonder daarbij de economische aspecten in het geding te brengen. Er moet bezuinigd worden, zorg- en dienstverlening moeten in omvang beperkt worden. Veranderingen kunnen alleen worden doorgevoerd als men kan bewijzen dat zij uiteindelijk leiden tot minder consumptie van zorg, of tot zorg verleend door goedkopere hulp- en dienstverlening (substitutie).
Zoals op veel terreinen van het maatschappelijk leven momenteel het geval is, kan ook ten aanzien van de gezondheidszorg in dit opzicht gesproken worden van een zeker economisme : economische argumenten geven de doorslag en mogen nooit in de discussie ontbreken.

Kan men hier van eenzijdigheid spreken, deze eenzijdigheid wordt nog vergroot doordat men bij de toepassing van economische argumenten op de gezondheidszorg van een zeer eenvormige relatie tussen gezondheidszorg en economie uitgaat: de gezondheidszorg wordt gefinancierd uit de collectieve middelen zoals deze via premies in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten worden opgebracht, en voor een klein deel uit de overheidsgelden die zijn opgebracht via belasting.
De huidige economische situatie zou terugdringen van de collectieve uitgaven noodzakelijk maken, om het financieringstekort van de overheid te verminderen en om winsten en rendementen van het bedrijfsleven te vergroten. Daardoor zou het geld goedkoper kunnen worden en zou er meer geïnvesteerd kunnen worden. Op zijn beurt zou daardoor weer de produktiviteit in de goederensektor stijgen en de werkgelegenheid in die sector toenemen. Bezuiniging op de collectieve uitgaven, waaronder de gezondheidszorg, is in deze visie noodzakelijk voor de gezondmaking van de economie. De relatie tussen gezondheidszorg en economie is echter aanzienlijk veelvormiger, zeker wanneer men de economie niet beperkt tot de produktie en consumptie van goederen. Men kan immers ook kijken naar de totale staatshuishouding, inclusief de levering van diensten op allerlei terrein, waaronder ook de gezondheidszorg begrepen kan worden. Het is merkwaardig dat andere aspecten van de relatie gezondheidszorg en economie in deze bredere zin van het woord nauwelijks aandacht krijgen.[3]

Scalpels en ploegscharen

Om enkele andere aspecten van deze relatie te noemen: Er zijn veel bedrijfstakken die voor hun produktiviteit en rendement ten dele afhankelijk zijn van de gezondheidszorg, doordat zij fungeren als toeleveringsbedrijf of deel uitmaken van de infrastructuur van de gezondheidszorg. Enkele voorbeelden:

- De omzet van de farmaceutische industrie in Nederland bedraagt ongeveer twee miljard gulden per jaar, waarvan de helft voor de binnenlandse markt en de helft voor export;
- De investeringen in gebouwen, installaties en inventarissen in de intramurale gezondheidszorg bedragen momenteel een kleine anderhalf miljard gulden per jaar. Daarbij moeten de academische ziekenhuizen en de extramurale zorg nog worden opgeteld;
- In de particuliere verzekering wordt jaarlijks zo'n acht miljard gulden omgezet. Dit geld is voor een groot deel beschikbaar voor belegging. In leningen voor ziekenhuisbouw, bouw van andere instellingen voor gezondheidszorg en in vestiging en overname van praktijken is een omvangrijk kapitaal uitgezet.

Weliswaar zijn personeelskosten de belangrijkste kostenfactor in de gezondheidszorg, maar daarmee wordt werkgelegenheid geboden aan zo'n 250.000 tot 400.000 mensen, afhankelijk van hoe ruim men de grenzen van de gezondheidszorg neemt. Het is de vraag of deze mensen in de huidige situatie gemakkelijk inzetbaar zouden zijn voor werk dat meer tot de produktiviteit van de economie bijdraagt. Het lijkt weinig zin te hebben om op te roepen de scalpels tot ploegscharen om te smeden. En wanneer veel gezondheidswerkers tot werkloosheid zouden vervallen, zouden zij een uitkering moeten ontvangen die afkomstig is uit dezelfde pot als waar zij nu hun inkomen grotendeels uit ontvangen, namelijk de sociale zekerheid. De economische winst van hun werkloosheid is het verschil tussen hun huidige inkomen en hun uitkering, aangezien de loonkosten verreweg het grootste deel van de kosten van de gezondheidszorg uitmaken. Daarvoor blijft dan een aantal zorgactiviteiten ongedaan.

Zorg als selectiemiddel

Dat brengt ons op een ander zeer ingewikkeld, maar cruciaal aspect van de relatie gezondheidszorg-economie, dat in traditioneel-marxistische termen de reproduktie van de arbeidskracht genoemd wordt. Het is duidelijk dat in de huidige situatie met de grote omvang van de werkloosheid en de arbeidsongeschiktheid weinig economische behoefte bestaat aan herstel en behoud van de arbeidskracht. Het is ook de vraag of deze behoefte er in de naaste toekomst nog ooit zal komen. Gezondheidszorg lijkt in de huidige situatie veel meer van belang voor selectie van de meest arbeidsproductieven via keuring en arbeidsgeschiktheidsbepaling, alhoewel produktiviteitsherstel en -behoud nog steeds een rol spelen via revalidatie en bijvoorbeeld bedrijfsgezondheidszorg.
Hoewel er aan deze reproduktie van arbeidskracht dus weinig behoefte meer lijkt te bestaan in de zin van het verhogen en in stand houden van de arbeidskracht, kan toch een bijdrage aan de arbeidskracht worden geleverd via de vrijstelling van zorgactiviteiten die de werkers in de gezondheidszorg bieden aan de werkers in de produktiesector. Deze arbeidsdeling zou bij een nagenoeg volledige benutting van de beschikbare arbeidskracht produktiviteitsverhogend zijn. Mensen die in de produktiesector werkzaam zijn zouden immers geen tijd kwijtraken aan noodzakelijke zorgactiviteiten voor henzelf of hun omgeving. Nu er echter een groot potentieel aan mensen aanwezig is, die ook onbetaald zorg kunnen verlenen - werklozen, arbeidsongeschikten, nog niet op de arbeidsmarkt verschenen vrouwen, schoolverlaters, (vroegtijdig) gepensioneerden - is de economische waarde van reproduktieve arbeid nagenoeg tot nul gedaald. Men kan daar zelfs gebruik van maken door mensen dezelfde zorgactiviteiten te laten verrichten, met behoud van uitkering. Economisch is dat natuurlijk wel acceptabel. Of het ook maatschappelijk aanvaardbaar is is twijfelachtig, gezien de anti-emancipatorische gevolgen en het ondergraven van het recht op betaalde arbeid en ontplooiing. Met name op dit punt zou nadere analyse en theorievorming moeten plaatsvinden en het economisme moeten worden doorbroken.

Invaliden te duur

Een ander belangrijk aspect van de relatie gezondheidszorg-economie is de vaak genoemde contra-produktiviteit" van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg houdt mensen in leven die niet meer aan de economische produktiviteit bijdragen, en die dus alleen maar geld kosten, met name door de voortdurende zorg die hun chronisch ziek-zijn en hun invaliditeit vragen. Op de eerste plaats moet het levensverlengend effect van de huidige gezondheidszorg niet overdreven worden. Deze indruk is vaak meer gebaseerd op het spectaculaire, levensreddende gezicht van onze gezondheidszorg zoals dat in de publieke opinie leeft.. Ook zonder hoogwaardige gezondheidszorg zou onze maatschappij een groot aantal hoogbejaarden, chronisch zieken en invaliden herbergen. Dat de zorg die aan deze mensen besteed moet worden, in economische zin ongunstig is, zal niemand op de gedachte brengen dat die zorg maatschappelijk gezien overbodig is. Daarbij komt dat, ook al gaat het om een grote groep van mensen die niet meer economisch produktief zijn, zij wel degelijk een belangrijke waarde voor de economie vertegenwoordigen.

De mogelijke omvang van de produktiviteit van onze economie hangt bij de verregaande automatisering van onze produktieprocessen niet alleen meer af van de omvang van de arbeidskracht, maar vooral ook van de omvang van afzetmarkt. Met name wanneer het gaat om hoogwaardige produkten heeft de economie belang bij een zo groot mogelijk potentieel aan consumenten, dat wil zeggen aan zo klein mogelijke economische eenheden. De verzelfstandiging van bejaarden .middels de AOW heeft er weliswaar toe geleid dat de noodzaak tot familiale mantelzorg is vervallen, en heeft dus ook geleid tot de noodzaak van vervangende zorgverlening voor (overigens een beperkte groep van) boven 65-jarigen; daartegenover staat het economische voordeel van een veel langer gecontinueerd consumentschap van meer dan een miljoen Nederlanders, voor het overgrote deel zonder dat daarbij aanvullende verzorging noodzakelijk is.
Tenslotte kan nog genoemd worden de sterke economische bepaaldheid van de individuele gezondheidstoestand. Zoals recent onderzoek heeft aangetoond, is ook heden-ten-dage het gezondheidspeil van bevolkingsgroepen direct in verband te brengen met hun inkomensniveau. [5] In een tijd van economische teruggang zou dit zich kunnen vertalen in een achteruitgang van het gezondheidspeil en in een grotere noodzaak tot het consumeren van bepaalde vormen van gezondheidszorg.

Eenvormig

Zijn alle hierboven genoemde aspecten van de relatie gezondh eidszorg c-econornie ook al van toepassing binnen de afgebakende opvatting van de economie als het stelsel van p,~oduktie van goederen, zij dragen tevens een aantal belangrijke elementen aan voor het formuleren van de relaties tussen gezondheidszorg en economie, wanneer deze wordt opgevat in de veel bredere zin van de totale staatshuishouding. Dan zijn er, op grond van verschillende economische zienswijzen, veel vraagtekens te plaatsen bij de eenvormige economische visie op onze gezondheidszorg zoals die momenteelopgeld doet in het overheidsbeleid en in brede lagen van de gezondheidszorg en de maatschappij. Voor de n:~er inhoudelijke economische discussie op dit terrein zij verwezen naar Hagen (1980).[6]
Bij het denken over de relatie tussen gezondheidszorg en economie zou het huidige economisme doorbro kenm oeten w~rden, en zou, behalve aan de uit de groei van de gezondheidsz org voortvloeiende stijging van de collectieve lasten, in ieder geval ook aandacht moeten worden besteed aan het belang van toeleveringsbedrijven en financiële infrastructuur: het aspect van reproduktie, selectie en vrijstelling van arbeidskracht, en de economische consumptiefunctie van ni~t-actieven en de economische bepaaldheid van de gezondheidsto estand en gezondheidszorgbehoefte.

De geconstateerde eenvormige visie op de relatie gezondheidszorg-economie wordt sterk in de hand gewerkt door het feit, dat de Nederlandse gezondheidszorg grotendeels via het sociale zekerheidsstelsel wordt gefinancierd.
Sinds in 1974 het bezuinigingsbeleid voor de gezondheidszorg werd afgekondigd is er wel enige afremming van de groei van de kosten gerealiseerd, maar in zijn algemeenheid zijn de bezuinigingsvoorstellen eigenlijk nauwelijks ten uitvoer gebracht. In 1975 kostte de totale gezondheidszorg bijna 17 miljard gulden, waarvan een kleine 10 miljard (58 procent) moest worden opgebracht uit Ziekenfondswet- en AWBZ-premies en eigen bijdragen. De overheid financierde rechtstreeks voor 1,2 miljard en droeg 1,5 miljard bij aan de sociale zekerheidsfondsen, tesarn en 2,7 miljard (16" procent). De rest van de gelden (26 procent) kwam binnen via de particuliere verzekering en van bedrijven. In 1981, het laatste jaar waarover exacte cijfers bekend zijn, waren de totale kO,sten aangegroeid tot bijna 30 miljard, waarvan bijna 18 miljard (59 procent) uit premies en eigen bijdragen moest komen. De overheid betaalde toen 1,6 miljard rechtstreeks en droeg 3,3 miljard bij aan de sociale fondsen, in totaal 4,9 miljard (16 procent). Deze op het eerste gezicht ge,:v~ldige groei van de kosten is vooral het gevolg van prijsstijgingen, want als gevolg van de veranderineen in de bevo~kingssa~enstelling groeide de omvang van de gezondheidszorg in deze periode met 4 procent, en de volumegroei per hoofd van de bevolking bedroeg 10 procent. Prijzen voor gezondheidszorg stegen met 53 procent, terwijl de gemiddelde gezinsconsumptie in dezelfde periode met 44 procent in prijs omhoog ging." De pogingen om de uitgaven uit de sociale fondsen af te remmen aanvankelijk vooral door de premies kunstmatig laag te houden en ~e laten interen op reserves, hebben alleen maar geleid tot tekorten bij deze fondsen, waardoor een sterke verhoging van de overheidsbijdragen aan deze fondsen noodzakelijk werd. Voor het financieringstekort van de overheid trad er dus een averechts effect op.

Reductie tot nul

Door ~e verkorting van de eigen bijdragevrije periode, de vcrhoging van de maximum eigen bijdrage en de premies voor de AWBZ: is de overheidsbijdrage daaraan sterk teruggebracht.. De nieuwste beleidsvoornemens zijn erop gericht ook de overheidsbijdrage aan de Ziekenfondspot tot nul te reduceren, door de instroom in de bejaardenverzekering af te grendelen en de vrijwillige verzekering af te schaffen. [8] Daardoor zal in de naaste toekomst de totale overheidsfin~ncier~ng worden teruggebracht tot ± 5 procent, een vermindering met 11 procent ten opzichte van 198 L Dat komt ov~reen met ongev~er, 4 miljard gulden bij het huidige prijspel! van de gezondheidszorg, die dan door de verzekerden zelf moet worden opgebracht.. Dat daarvan een flink deel door de werkgever moet worden opgebracht, strookt niet met overheidsbeleid en lastenverlichting voor het bedrijfsleven, en zal binnenkort dan ook wel ongedaan gemaakt worden door een verschuiving van de ziektenkostenpremies van het werkgevers- naar het werknemersaandeel en een rol spelen in toekomstige loononderhandelingen.

GRENZEN AAN DE ZORG

Geconstateerd kan worden dat het bezuinigingsstreven van de overheid nauwelijks heeft geleid tot een afremming van de volumegroei van de gezondheidszorg, en zeker niet tot een beteugeling van de prijzen voor gezondheidszorg, maar wel zal leiden tot een sterk terugbrengen van de overheidsfinanciering van de gezondheidszorg.

De kosten worden daarbij overgeheveld naar de verzekerden, zowel voor wat betreft de sociale verzekeringen als de particuliere verzekering. Dit roept allereerst de Haag op of deze verschuiving in de herkomst van de gelden niet leidt tot een verstoorde solidariteit.. Al enige tijd kon geconstateerd worden, dat met name de bejaardenverzekering van het Ziekenfonds mede in stand gehouden moest worden met bijdragen uit de premies van de verplicht verzekerden, een bijdrage welke niet geleverd werd door particulier verzekerden. In dat opzicht leek een omvangrijke bijdrage uit overheidsgelden, via belasting opgebracht, uit het oogpunt van de solidariteit gerechtvaardigd.

Tweede belangrijke Haag is of de overheid, nu zij haar eigen betaling aan de gezondheidszorg zo sterk wil terugbrengen, en zo haar beleidsdoel van het terugdringen van het financieringstekort gestalte geeft, nog wel rechtmatig kan aan+ringen op verdere beperking van de uitgaven voor gezondheidszorg. Nu de volledige financiële verantwoordelijkheid voor die kosten bij de verzekerden wordt gelegd, zou dat kunnen betekenen dat de overheid de financiering en ook de omvang: van de gezondheidszorg in het vervolg aan de betrokken maatschappelijke partners overlaat, dus aan particuliere verzekeraars, ziekenfondsen, beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg en aan de sociale partners. Op voorwaarde uiteraard dat zij niet meer aangesproken wordt voor tekorten bij de sociale fondsen, en dat de maatschappelijke partners de garantie geven, het sociaal grondrecht op gezondheidszorg voor iedereen te effectueren.

Motieven

Voor de overheid zijn er drie motieven, op grond waarvan zij ook in een dergelijke situatie invloed wil blijven uitoefenen op de omvang van gezondheidszorg. Ten eerste het al genoemde economische belang van beperking van de collectieve uitgaven. Ten tweede het motief van het realiseren van het recht op gezondheidszorg voor iedere burger. Dit zou via inkomenspolitieke maatregelen kunnen gebeuren, zodat iedere Nederlander in staat is zich voldoende te verzekeren. En ten derde het motief van de bescherming tegen ondeugdelijke en/of te dure gezondheidszorg. Ook hier zijn andere maatregelen meer voor de hand liggend - regeling beroepsuitoefening, Staatstoezicht, Wet Tarieven Gezondheidszorg, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg - dan sturing via het Sociale Zekerheidsstelsel. .

Als men nagaat waarom in de afgelopen periode van 10 jaar de door de overheid nagestreefde volumebeheersing van de gezondheidszorg niet is geslaagd, zijn daarvoor de volgende oorzaken aan te wijzen:

- Voorstellen tot beperking van gezondheidszorgactiviteiten vinden meestal geen gehoor bij het merendeel van de betrokkenen, zoals blijkt uit de veelvuldige negatieve advisering door de Ziekenfondsraad ten aanzien van bezuinigingsvoorstellen;
- Alleen voorstellen die in maatschappelijk-politiek opzicht zwakke groepen treffen worden geëffectueerd, zoals de AWBZ-maatregelen en de medicijnenknaak. Deze leiden overigens niet tot volumevermindering, maar tot betalingsverschuiving ;
- Het is een misvatting om te menen dat de gebruikers van de gezondheidszorg ook de werkelijke consumenten zouden zijn in die zin dat zij de koopbeslissing van het produkt gezondheidszorg nemen. Beslissingen over het afnemen van gezondheidszorg worden bijna uitsluitend genomen door de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Alleen de eerste stap - meestal naar de huisarts - is vaak een beslissing van de patiënt zelf en/of zijn omgeving. De gedachte dat het betalingssysteem van Ziekenfondswet en AWBZ in natura de overvloedige consumptie van gezondheidszorg in de hand werken is dan ook alleen juist voor die eerste stap. Daarna ligt de omvang van de verleende zorg nagenoeg geheel in handen van de verstrekkers, waarbij het automatisme van 'wat gedaan wordt, wordt betaald', hen niet steunt in het achterwege laten van mogelijk overbodige activiteiten.

De economische maatregelen ten aanzien van de gezondheidszorg hebben niet geleid tot een afremming van de volumegroei, maár tot een verschuiving van beperkte overheidsfinanciering naar bijna volledige sociale zekerheids- en particuliere verzekeringsfinanciering.. Vraag is of daarmee het solidariteitsbeginsel van de ziektekostenverzekering in gevaar komt.. Het overheidsbelang bij beperking van gezondheidszorg is daarmee teruggebracht tot de beperking van de collectieve uitgaven ten behoeve van de gezondmaking van de economie. Bezuinigingsvoorstellen die het halen treffen zwakke groepen, maar leiden niet tot minder gezondheidszorgconsumptie,. omdat de beslissing tot consumptie hoofdzakelijk door beroepsbeoefenaren wordt genomen.

Disciplinering

Het is de Haag of de gebruikers van gezondheidszorg, wanneer zij wel reëel in staat zijn in elk stadium zelf de beslissing tot zorgconsumptie te nemen, met minder genoegen zouden nemen. Zelfs al zouden zij - gedeeltelijk - zelf moeten betalen, of beseffen dat de steeds hogere kosten doorberekend worden in de premies, dan nog blijft dat de Haag. Gezondheid wordt als een groot goed ervaren en gezondheidszorg wordt als de voornaamste leverancier van dit goed gezien. Of er in dit opzicht reële kennis over dit produkt bij de meeste gebruikers aanwezig is, en ook of er vanuit de gezondheidszorg reële produktinformatie wordt verschaft, moet ernstig worden betwijfeld. Veel belangrijker is echter dat de sociale en culturele ontwikkeling van onze maatschappij een steeds grotere waarde is gaan toekennen aan medische oordelen om te beslissen of maatschappelijke verhoudingen en individuele gedragingen als juist of onjuist moeten worden opgevat. Met name in de sfeer van de arbeidsverhoudingen speelt dit een rol, maar ook in juridische kwesties en onderlinge relaties in de persoonlijke levenssfeer..

Zoals Parsons" uiteen heeft gezet is het mogelijk binnen ons sociale systeem je - tijdelijk - aan (arbeids-)verplichtingen te onttrekken en van verantwoordelijkheden ontheven geacht te worden zonder beschuldigd en gestraft te worden, op voorwaarde dat je je aan medische expertise (onderzoek en behandeling) onderwerpt en zo een 'objectief' alibi verkrijgt. Met name in de afgelopen periode van economische neergang is de behoefte aan deze vorm van medische disciplinering uiteraard sterk toegenomen, zowel bij individuen die in problemen raakten als bij de maatschappelijke instanties die arbeidsverh oudingen moeten reguleren, dus inclusief de overheid.

Bij de mijnsluitingen in Limburg, door de overheid Oe' ~-.. gebracht, 'ontsnapten' 30.000 ex-mijn ..-er"ers r.z de =Edische disciplinering van de arbeidEOngeso::i:UJ)::2::áè.."e:::-~-

ring aan het uitzichtloze en kommervolle bestaan van levenslange werkloosheid, en daar zal de toenmalige overheid om politieke redenen stilzwijgend heel blij mee geweest zijn. Met voorbijgaan aan het ingewikkelde vraagstuk, wat deze maatschappelijke disciplinering via medische expertise voor de persoonlijke gezondheidsbeleving betekent, en aan het no~ ingewikkelder probleem hoe meer algemene bestaansonzekerheid maatschappelijk wordt opgelost in het zoeken van medische expertise, kan men het in dit kader laten bij de constatering dat de keuze voor medisch onderzoek en behandeling, voor gezondheidszorgconsumptie, maatschappelijk gezien geen vrije keuze is, zoals bijvoorbeeld vastligt in de Ziektewet+WC en in de uitvoeringspraktijk van de arbeidsongeschiktheidswetten. De maatschappelijke disciplinering van de medische expertise beschermt veel individuen in probleemsituaties, reguleert maatschappelijke verhoudingen, staat borg voor maatschappelijk evenwicht, ook in economisch opzicht, maar heeft als prijs een 'gedwongen' ondergaan van medische expertise en dus van steeds stijgende kosten voor gezondheidszorg.

Enorme groei

Als men probeert zich een beeld te vormen van de ontwikkeling van de gezondheidszorg zelf in de laatste tien à twintig jaar, dan zijn daarin duidelijk twee lijnen te onderscheiden. Op de eerste plaats is de medische expertise geweldig toegenomen, waarbij vooral de enorme groei van het onderzoek (diagnostiek) kenmerkend is. Het aantal diagnostische verrichtingen per 1000 ziekenfondsverzekerden steeg tussen 1960 en 1980 van 10 naar 92 per jaar, waarbij vooral de laatste tien jaar sprake is van een versnelling van de groei. Het aantal therapeutische ingrepen verdrievoudigde in dezelfde periode tot 156 per 1000 verzekerden per jaar. Gezien deze trends zal binnen korte tijd het onderzoek de behandeling overvleugeld hebben.
Wel werd in de afgelopen jaren ten aanzien van een aantal volumeparameters voor de intramurale zorg belangrijke vooruitgang geboekt.. Zo daalde het aantal verpleegdagen tussen 1970 en 1982 met 2 miljoen tot 21,5 miljoen per jaar en de gemiddelde verpleegduur van 18,8 tot 13,4 dagen. Dit laatste wordt met name veroorzaakt door de toename van - vooral kortdurende - onderzoeks- en observatieopnames. In dezelfde periode steeg echter het aantal jaarlijks opgenomen patiënten met 400.000 tot 1,6 miljoen. Daarnaast nam het aantal poliklinische verrichtingen tussen 1975 en 1982 toe van 85 tot 218 per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar.. Ook in psychiatrische ziekenhuizen viel tussen 1970 en 1982 een belangrijke verkorting van de opnameduur te constateren, maar het aantal jaarlijkse opnames steeg in die periode maar liefst van 13 tot 31 duizend.

De maatschappelijke disciplinering beperkt zich in dit opzicht niet tot arbeidsongeschiktheids-verklaring, maar wordt mede bewerkt door institutionalisering via opname. Bij zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen ziet men een soortgelijke tendens (stijging opnames tussen 1975 en 1982 van 37.000 naar 42.500 per jaar), maar dan veel minder uitgesproken en zonder kortere opnameduur. Naast de toename van onderzoek en behandeling, ziet men dus een toename van de residentiële verzorging, als gevolg van bevolkingsveroudering, individuele verzelfstandiging en maatschappelijke disciplinering.
Naast deze materiële verandering in de zin van meer verzorging, zijn de afgelopen 10 jaar gekenmerkt door de immateriële verandering in het denken over de gezondheidszorg, zoals genoemd in het begin van dit artikel..
De vooruitgang in dè gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking is in met name het licht van de geVeldige toename in diagnostiek en behandeling minimaal te noemen, al is er gemeten aan gestandaardiseerde sterftecijfers nog steeds vooruitgang.

Veeg teken

Directe negatieve gevolgen van de uitbreiding van de gezondheidszorg in de zin van de door Illich geformuleerde klinische iatrogenese lijken te wijzen op de noodzaak om onderzoek en behandeling in de klinische sector zoveel mogelijk te beperken tot het hoogst noodzakelijke, maar ook om een aantal activiteiten van extramurale veld opnieuw op hun waarde te bekijken, zoals anticiperende geneeskunde in de huisartsenpraktijk, en op secundaire preventie gericht periodiek geneeskundig onderzoek in de jeugdgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.
Negatieve effecten in de zin van hospitalisering en institutionalisering lijken gezien bovengenoemde gegevens met betrekking tot de ziekenhuisverpleegduur en de opnameduur in psychiatrische ziekenhuizen grotendeels bestreden, al is bij de laatste categorie de frequentere heropname een veeg teken. Waarschijnlijk zou, juist ten tijde van de toegenomen behoefte aan maatschappelijke disciplinering door middel van institutionalisering, het al of niet negatieve gevolg van een langdurige opname opnieuw op zijn waarde bekeken moeten worden.
Daarmee komt men bij het centrale vraagstuk, waarvoor de gezondheidszorg momenteel gesteld wordt: Moeten beperkingen worden opgelegd aan een verantwoord niveau van onderzoek en behandeling en aan een hoofdzakelijk maatschappelijk bepaald niveau van verzorgingsbehoefte, omdat er negatieve effecten van uitgaan? Effecten die zowel betrekking hebben op het gezondheidsgedrag en de gezondheidsbeleving van individuen (medicalisering van psychische en sociale problemen, somatisering, individualisering), als op de maatschappelijke verhoudingen (medicalisering van maatschappelijke en politieke verhoudingen, medisch ve~tiel voor maatschappelijk falen, depolitisering).

De genoemde maatschappelijke disciplinering door middel van medische expertise valt voorlopig niet goed weg te denken uit onze maatschappelijke ordening. Bestaande machtsverhoudingen worden erdoor gereguleerd. Dat betekent dat er voor veel individuen, maar ook voor het functioneren van het maatschappelijk systeem, een belangrijke beschermende werking van uitgaat.. Veranderingen van deze disciplineringsprocessen kunnen gewenst zijn, omdat daardoor ongewenste machtsverhoudingen worden gerepresenteerd. Maar deze veranderingen kunnen alleen tot stand gebracht worden door de 'gediciplineerde' gebruiker reële maatschappelijke alternatieven te laten verwerven, ook ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid. Zolang deze alternatieven ontbreken, valt medicalisering niet af te wijzen. Vergroting van maatschappelijke mogelijkheden en democratisering van de gezondheidszorg lijken dan ook de wegen waarlangs tot ontmedicalisering gekomen kan worden.
Voor geïnstitutionaliseerde verzorging in psychiatrische inrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen kan op dezelfde manier gesteld worden, dat het als recht gehandhaafd moet blijven, al zijn er in dit opzicht veel meer direct realiseerbare alternatieven denkbaar, zoals ambulante geestelijke gezondheidszorg, dag- en nachtbehandeling c.q. opvang en thuisverpleging. Wanneer deze gerealiseerd kunnen worden verdienen zij de voorkeur, omdat zij minder de genoemde negatieve effecten in zich lijken te herbergen. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden gekenmerkt door een sterke toename van medische behandeling en vooral diagnostiek. Op grond van geringe stijging van het ge-

zondheidspeil en van aantoonbaar negatieve effecten dienen deze in de toekomst beperkt te worden om een betere gezondheid te bereiken. Daarnaast vindt er een sterke toename plaats van geïnstitutionaliseerde verzorging. Deze is niet af te keuren, maar er moeten alternatieven ontwikkeld worden die minder negatieve effecten in de zin van institutionalisering en zorgafhankelijkheid met zich meebrengen.
Medicalisering in de zin van maatschappelijke disciplinering door medische expertise heeft een beschermende werking ten aanzien van individuen en maatschappelijke verhoudingen. Uitgewerkt zou moeten worden, welke alternatieven daarbij mogelijk zijn.

Uitzuivering

Zonder een blauwdruk te willen bieden voor de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg, kunnen uit het voorgaande een aantal lijnen voor deze organisatie worden getrokken.
Overheidsbemoeienis ter beperking van gezondheidszorg dient een economisch doel, namelijk beperking van de collectieve uitgaven voor de gezondmaking van de economie. Beperking van gezondheidszorg uit het oogpunt van het handhaven van het recht op gezondheidszorg of bescherming tegen ondeugdelijke en/of te dure gezondheidszorg is niet nodig, omdat hiervoor andere wegen ten dienste staan.
Beperking van gezondheidszorg lijkt bevorderlijk voor een betere gezondheid waar het gaat om het afschaffen van overbodige onderzoeken en behandelingen. De beslissing hiertoe ligt bij de beroepsbeoefenaren, met name de specialisten, die, behalve in de academische setting, tot een dergelijke uitzuivering van hun vak merkwaardig weinig geneigd zijn. Zoals nu de honorering per verrichting hen niet ondersteunt bij een dergelijke uitzuivering, zal mogelijk een systeem van degressieve tarieven en van ziekenhuisbudgettering hen in de toekomst daarbij wel behulpzaam zijn. Nu is dat opgelegd door de overheid, maar het had ook afgesproken kunnen worden met ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Financiële sturing van de gezondheidszorg is zeker mogelijk, zoals de maatregelen ten aanzien van de fysiotherapie hebben aangetoond. Het moet echter aan de aanbodzijde gebeuren, omdat daar de beslissingen tot gezondheidszorg-consumptie grotendeels worden genomen.

De financiering van de gezondheidszorg middels de sociale zekerheid zou niet langer aangegrepen moeten worden voor het gezondmaken van de economie. Steeds sterkere regulering van het ziekenfondswezen middels eigen bijdragen en pakketverkleining moet vermeden worden. Er zou juist deregulering plaats moeten vinden, waardoor voor verzekerden een grotere invloed op het ziekenfonds mogelijk wordt. Voor ziekenfondsen zou een grotere armslag ontstaan om hun eigen kostenbeheersing door te voeren, bijvoorbeeld door effectief te onderhandelen met beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg. Op die manier zou de overheid werkelijk de ~ ook financiële ~ verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid aan mensen teruggeven en ontstaan er mogelijkheden voor ontmedicalisering doordat men dan zelf over alternatieven kan discussiëren en beslissen. In dit opzicht zijn particuliere verzekeraars momenteel duidelijk in het voordeel, maar deze kennen geen democratische controle door hun verzekerden. Een vereenvoudigde Ziekenfondswet, of liever nog Volksverzekeringswet, zou deze grotere vrijheid en verantwoordelijkheid gestalte kunnen geven.

Bewakingssysteem

Ten aanzien van de organisatie van de gezondheidszorg hoeft er veel minder gedereguleerd te worden. Gezondheidszorg wordt bijna volledig uitgevoerd door particulier initiatief en de afstemming van zorg is tot nu toe weinig effectief. Regulering zou dienstig kunnen zijn voor het vermijden van overbodig onderzoek en behandeling. Daarbij gaat het in eerste instantie om beperking van aantallen, niet om bepaalde ingrepen of verrichtingen. Een zorgvuldig bewakingssysteem van de toegang tot hoogwaardig medisch onderzoek, door middel van een sterke huisartsgeneeskunde binnen een sterke eerste lijn, is daarbij essentieel. Geïnstitutionaliseerde zorg moet gehandhaafd blijven, maar de ontwikkeling van alternatieven, met name binnen eerstelijnszorg, moet met kracht ter hand genomen worden.
In zijn algemeenheid op grote schaal beperken van de toegang tot gezondheidszorg zal onvoorziene maatschappelijke effecten teweeg brengen door het vervallen van een stuk maatschappelijke disciplinering. Dit zou eerst goed doordacht moeten worden, voordat bijvoorbeeld een beroep op zelfzorg en mantelzorg wordt gedaan. Voor velen zijn de huidige tijden te onherbergzaam om zonder de beschutting van de medicalisering te kunnen (over-)leven. Het streven naar een ander gezondheidsbesef en meer eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid kan alleen gerealiseerd worden door de gebruikers reëel toegang te geven tot een openbare discussie over onze hoogwaardige gezondheidszorg. Dat kan het beste gebeuren in de relatief vrije ruimte van de eerste lijnszorg, maar ook in bestuurs- en beleidsorganen voor de gezondheidszorg op alle niveaus.

Noten
1. Min. WVC, 1983, p. 46. 2. Min. VOMIL, 1974. 3. Artikelen en onderzoeksverslagen over deze andere aspecten verschijnen regelmatig in het International Journal of Health Services. 4. Niet te verwarren met de door Illich gebruikte term 'counter-pro ductivity', waarmee hij het averechtse effect van de moderne gezondheidszorg op de gezondheid aanduidt. 5. Zie o.a. 'Vergelijkend Buurtonderzoek', Amsterdam. 1980. 6. H. Hagen, 'Gezondheidszorg en Economie', p. 35-51, Lochem-Poperinge, 1980. 7. Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1980 en 1981, CBS, Den Haag, 1983. 8. Kabinetsbesluit d.d. 13 juli 1984, Het Parool, 14-7-84. 9. T. Parsons, 'The Social Systern', 1951. 10. Ziektewet 1967, Artikel 44, lid 1, sub c.

De lafheid van het beleid

DENHARD DE SMIT is afgestudeerd in de vrije studierichting sociale geneeskunde

Müller-van Ast over politiseren van de zorg

'Wij als politiek moeten een afweging maken, en de gebruikers moet je zover krijgen dat ze leren dat er ook nog andere zieken zijn.' De lange weg naar een gepolitiseerde gezondheidszorg die PvdA-fractiespecialist Müller-Van Ast voor zich ziet. 'Waar ik vanaf wil is dat de medici of de politiek het alleen uitmaken. Het moet een samenspraak met de gebruikers zijn.' Een lange weg, inderdaad. Müller-Van Ast wijst zelf struikelblokken aan: Zolang het ziekenhuisbestuur en de specialist nog hun eigen patiëntenactie organiseren zal het niet meevallen de zorg te politiseren. En ook met de politieke afweging botert het niet: de één heeft te veel banden met de specialisten, de ander met de particuliere verzekeraars. Een kamerlid over het laffe klimaat van belangenpolitiek en steun aan de eigen regering.

Wat vind je van het verhaal van Drewes?

Ik vind het een goed stuk. Je komt niet vaak tegen, dat iemand wat ruimer het totaal van de gezondheidszorg bekijkt.. Met die vermenging van inhoudelijke en economische argumenten in het beleid ben ik het eens. Zoals dat met Ruding (min. van Financiën), die omdat er 325 miljoen aan bezuinigingen niet gehaald werd door WVC vorig jaar besliste dat er 50 miljoen van het bouwplafond af moest en 80 miljoen van de richtlijnverruiming voor het verplegend personeel.. Puur een maatregel om het financieringstekort te drukken, had niets met beleid te maken. En het idiote is, dat Van der Reijden en het departement dat geaccepteerd hebben.
Hetzelfde zie je bij de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen'. Het verhaal van Illich kun je ombouwen naar dat

foto: Ine van den Broek

GRENZEN AAN DE ZORG

er teveel professionele zorg is en dat mensen meer aan zelf- en mantelzorg moeten doen. Het smerige van zo'n vermenging is dat het leidt tot een botte bezuinigingsmaatregel.. Het kan ook niet.. Wij hebben geen cultuur meer met inwonende opa's en oma's en kinderen die voor ouders zorgen. De woningbouw is er niet meer op geënt en we hebben kleinere gezinnen gekregen. Het klopt ook dat bijna alle maatregelen tot nu toe de zwaksten treffen, de AWBZ en de ziekenfondsverzekerden. Daar ligt politiek mijn grootste bezwaar.

De overheid maakt niet echt serieus werk van kosten- en volume beheersing. Durven ze dat niet?

Dat is politieke lafheid. In hun eigen financieel overzicht laten ze zien dat het aantal klinische en poliklinische diagnostische verrichtingen blijft stijgen. Die verrichtingen, zeggen ze zelf, zijn voor de honorering van specialisten steeds belangrijker geworden. Als je die kosten aan de produktiekant wil beheersen moet je dus de artsen aanpakken. VVD en CDA zijn het daar niet over eens. De meeste artsen en wat daar om heen hangt stemmen VVD. Die partij wil die inkomens niet hard aanpakken.
Met het dienstverband hetzelfde. Het is geen panaceé voor alle kwalen, maar je raakt tenminste het stukloon kwijt en je kan iets aan arbeidstijdverkorting en werkgelegenheid doen. Het CDA voelt wel voor dit soort maatregelen, steunt vaak moties van de PvdA, maar de VVD wil dus niet..

Je noemt de inkomenspolitiek van de VVD als struikelblok. Drewes noemt ook andere economische belangen als de afzet voor de farmaceutische en medisch-technische industrie en het verwerven van beleggingskapitaal door de particuliere ziektekosten verzekeraars. Zijn dat ook geen belangrijke overwegingen voor de regering om de kostenbeheersing niet aan te pakken?

Het zou kunnen. Ze doen er in elk geval niks aan. Wij pleiten al jaren voor het centraal inkopen van medicijnen, net als in Zweden. Wij krijgen het er politiek echter niet door..
Bij de behandeling van de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' heb ik tegen Van der Reijden gezegd: natuurlijk moet die medisch-technologische ontwikkeling doorgaan, maar we moeten eens kijken of er wel een afschrijvingstechniek gevolgd wordt. Nu beslissen toch met name de medici dat ze een nieuw ding willen hebben, zonder dat ze naar de afschrijvingstermijn kijken en zonder oude dingen af te schaffen. Als je tot gemeenschappelijke aanschaf van apparatuur overgaat garandeer je een afzet voor de Nederlandse industrie en je kan aan innovatie, werkgelegenheid en kostenbesparing doen.
In hoeverre het rendement van de farmaceutische en apparaten industrie echt een rol speelt bij de regering weet ik niet. Maar bij ons moet het ook een rol spelen, want daar is natuurlijk werkgelegenheid aan de orde. Overigens heeft dit allemaal weinig te maken met sturend optreden in de gezondheidszorg als je naar nulgroei wilt..

De overheid zou ook kunnen besparen door in de werkgelegenheid, in het aantal verpleegkundigen per bed te snijden. Dat gebeurt ook niet rigoureus.

Dat is niet waar.. De verpleegkundigen zijn al vreselijk aangepakt.. Daarom hebben we jaren terug al een motie aangenomen, dat er 3500 verpleegkundigen bij moesten. Door de verkorting van de ligduur is het werk geïntensiveerd en met al die apparatuur is het ook ingewikkelder geworden. Welke besparing zou je er trouwens uit kunnen halen, gezien het schamel loontje dat zij hebben?
Ook vermindering van het aantal ligdagen moet zeker niet gepaard gaan met vermindering van het aantal verpleegkundigen. De besparing moet komen uit al die verrichtingen die een ligdag met zich meebrengt..

Wat vind je van het plan voor een volksverzekering van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Hendriks zegt: de PvdA wil ook een volksverzekering.
Als hij hem over 10 jaar wil is hij een beetje laat.. Dan krijg je toch weer allerlei ad hoc maatregelen in de tussentijd waarbij je aparte groepen er uit licht.. Daar moeten we vanaf. Die volksverzekering moet er in één keer komen. Er zitten goeie elementen in en op de eigen bijdrage na zitten we aardig op één lijn.
Als PvdA willen we de solidariteit herstellen en tot een rechtvaardige lastenverdeling komen. Dus iedereen er in en een premie naar draagkracht met een maximum, bijvoorbeeld gelijk aan de grens voor de overige premies volksverzekeringen. Er moet onderscheid gemaakt worden naar de premie die betaald wordt en het aantal mensen dat er gebruik van maakt.. Nu betaalt een alleenstaande evenveel als een gezin. Voor mensen die part-time werken zou in principe een vast minimum bedrag aan premie ingebouwd moeten worden. De inning van alle premies moet via de algemene middelen gaan zodat je tot budgettering kan komen. En tot slot moeten de bijdragen van de werkgevers en de overheid gehandhaafd blijven. We mo eten hier geen lastenverlichting voor het bedrijfsleven uit halen.

Volgens Hendriks is het NRV plan haalbaar.. Hij wijst op de unanimiteit in de NRV, de adviezen van de Ziekenfonds-Raad en de Sociaal-Economische Raad, en zegt het CDA wil het - via uitbouw van de AWBZ - en de PvdA wil óók een volksverzekering.
Hij heeft wel gelijk, alleen bij het CDA moet je vraagtekens zetten. Die hebben, ook in de fractie, hele directe banden met het particuliere verzekeringswezen. De meerderheid is wel hardstikke voor en zeker hun kiezerskorps. Maar de VVD is tegen en je ziet keer op keer dat CDA en VVD trouw achter het kabinet aanlopen. Er is geen sprake van enig dualisme in de kamer..

Er zijn toch ook allerlei maatschappelijke groeperingen die belang hebben bij zo'n volksverzekering.

Nou kijk, welke maatschappelijke groeperingen het er allemaal over eens zijn, we zitten met die 150 mannen en vrouwen in de kamer.. We moeten politiek een meerderheid Zien te halen en je hebt zelf gezien wat er gebeurd is met de kernwapens en die 500.000 demonstranten.

Wat is dan de politieke haalbaarheid? Het kabinet heeft uitgangspunten die haaks op die van de Nationale Raad en de PvdA staan. Er mogen vooral geen grote inkomensverschuivingen optreden.

Ik weet niet of ze hun plannen durven doorzetten. Het kabinet komt in de gezondheidszorg met de meest ondoordachte voorstellen. En ik geloof met name niet in dat sprookje van die grote inkomenseffecten. Niemand heeft dat ooit goed uitgerekend. Wij doen dat nu wel en daarmee zullen we aantonen dat het wel meevalt.. (In het gesprek kondigde Ina aan dat de PvdA begin september met haar plan en de berekeningen naar buiten zou komen. Red.)
Met die volksverzekering komt wel het grote politieke gevecht in de kamer.. Want daar hangen ook de budgettering, het vestigingsbeleid, het dienstverband, de normpraktijk enzovoorts, mee samen. Daar zijn allerlei moties over aangenomen, maar er is nog geen donder mee gebeurd.

Wat vind je van de eigen bijdrage zoals de NRV die in haar volksverzekering voorstelt? Zij willen 'prikkels inbouwen

GRENZEN AAN DE ZORG

teneinde een kostenbewust gedrag bij de verzekerde en de aanbieders te bevorderen'.

Dan leg je toch een relatie tussen kosten en behoefte aan zorg. Ziekenfondsverzekerden zijn over het algemeen mensen met de laagste inkomens en als ze al werk hebben is dat vaak nog rotwerk ook. Als iemand in die situatie een legitimatie nodig heeft als hij er een dag de pest in heeft en niet naar zr; baas wil, is dat heel begrijpelijk. Maar prikkels inbouwen om kostenbewust gedrag te stimuleren door mensen een rijksdaalder of vijf gulden te laten betalen heeft voor mij iets oneerlijks. De Belgen zijn daar eerlijk in, die noemen zoiets remgeld.

Volgens Drewes werken eigen bijdragen niet remmend, want de consumptie komt grotendeels, noodgedwongen tot stand.

Sterker nog, in Amerika is men tot de conclusie gekomen, dat er nogal wat mensen zijn die inderdaad geremd worden, te lang wachten en dan meteen naar de duurdere tweede lijn moeten. Waarschijnlijk is Lansink (kamerlid voor het CDA) daarom vorig jaar met het voorstel gekomen de eerste twee ligdagen te gaan belasten.
Volgens mij moet je de mondigheid van patiënten vergroten. De gemiddelde patiënt in Nederland ziet vreselijk op tegen die meneer in die witte jas en dat grote gebouw met die enge apparatuur. . Heel vaak zittep ze in een zeer afhankelijke positie en hebben echt pijn of een klacht.. Dan roepen mensen niet zomaar: laat dat opnemen maar.. Je moet mensen dus meer bekend maken met behandelingsresultaten en alternatieven, zodat ze vanuit een eigen verantwoordelijkheid op gelijk niveau met een arts in discussie kunnen gaan. Dat lukt nu niet, orndat daar in de opleiding heel weinig aandacht aan besteed is en omdat, generaliserend gezegd, artsen in ons land uit een milieu komen waar een taal gesproken wordt en omgangsvormen heersen, die de massa waar ik het over heb helemaal niet heeft..
Je moet iets doen aan die mondigheid door middel van patiëntengroepen en werkgroepen.

Dat mondiger maken kan ook een averechts effect hebben. De hartpatiënt envereniging bijvoorbeeld eist vooral meer van hetzelfde.
Maar daarom wil ik ook de gezondheidszorg politiseren. Wij als politiek moeten een afweging kunnen maken en gebruikers moet je zover krijgen, dat ze leren dat er ook andere zieken zijn, dat niet iedere actiegroep zijn zin kan krijgen. Als er overvraagd wordt moet je dat maar niet honoreren als politiek. De luchtbrug naar Houston is wel gehonoreerd, maar dat is de angst van de politiek geweest.. Men dreigde toen het departement te bezetten. Op zo'n manier weiger ik ook mee te gaan met die harttransplantaties. Daar moet een politieke discussie en besluitvorming over komen. Dat moet afgewogen worden.

Hoe zie je dat afwegen dan? Dat wordt toch een gigantisch steekspel met al die verenigingen?

Daarom willen wij ook zo graag dat er algemene patiëntenverenigingen komen. En in de adviesstructuur, zoals die in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is vastgelegd moet er in iedere commissie een groep gebruikers zitten. Het zal nog wel een lang proces zijn, maar waar ik vanaf wil is dat de medici of de politiek het alleen uitmaken. Het moet een samenspraak zijn, met alle tegenstellingen en pijnlijke keuzes natuurlijk, maar ik geloof erin. Het is in ieder geval beter dan zoals het nu gaat of door met eigen bijdrages de consumptie te gaan remmen.

In Hervormd Nederland zeg je dat 80 procent van de kleine ziekenhuizen dicht kan. Tegen dat soort sluitingen komt veel verzet van de bevolking. Daar laat de burger toch zien wat hij wil.

Welnee, trap daar toch niet in alsjeblieft.. Bij die acties zijn er honderden mensen die hun handtekening zetten, die het ziekenhuis nog nooit van binnen hebben gezien. In '82 hadden we een verkiezingscampagne en toen is een collega bij 700 deuren geweest met z'n rooie roos en die zei: Ina er heeft niemand iets over dat ziekenhuis gezegd'. J a, tot er een actie gevoerd wordt en wie denk je dat dat aangezet hebben? Het bestuur en de medisch specialisten. Patiënten willen goeie zorg en als het effe kan niet te ver weg, maar ze gaan naar Houston voor hun hart als het moet.. Bij mij in de buurt zijn er honderden die gaan naar het academisch als ze iets hebben en reizen dan graag 30 of 40 kilometer.. Nee, small is beautifull, maar laat maar meer in de eerste lijn gebeuren.

Je wilt de gezondheidszorg politiseren, Voor ons betekent dat een openbaar en democratisch debat over de inhoud van de zorg. Het gaat om meer dan wat wij de randvoorwaarden willen noemen die de PvdA vaak naar voren brengt zoals dienstverband, praktijkgroottes, vestigingsbeleid, normering van de ligduur en een volksverzekering. Volgens jou kan 80 procent van de kleine ziekenhuizen dicht.. Dus we gaan dan naar grotere ziekenhuizen, terwijl je de laatste tijd vaker pleidooien hoort voor kleine ziekenhuizen in buurten, sterk gecontroleerd door de eerste lijn en met consultatie van specialisten, juist om mensen in hun eigen leefomgeving te kunnen verplegen. Wat vind jij daarvan?

Dat zouden ze wel willen. Ik vind het verfoeilijk. Ik wil best buurtgebonden verzorgingsmogelijkheden in de vorm van wijkgezondheidscentra waar met name diagnostisch veel meer kan. Dat ik nu naar het ziekenhuis moet om bloed te laten prikken voor een virus onderzoek, terwijl we een groepspraktijk - in een prachtig nieuw gebouw met een hoop assistenten en zo hebben. Onbegrijpelijk, zoiets moet toch in de eerste lijn kunnen.
Je kan je voorstellen dat bij zo'n diagnostisch centrum ook bedgelegenheid is, bijvoorbeeld voor iemand die een operatie ondergaan heeft en nog twee dagen moet liggen. Maar een ziekenhuis is voor mij iets met een infrastructuur waar een aantal specialismen voor handen zijn die niet los van elkaar kunnen werken. En met minstens 300 en liefst 500 of meer bedden. Veel wat nu in kleine ziekenhuizen gebeurt, kan in een versterkte eerste lijn of poliklinisch en de rest moet in een echt ziekenhuis.

Je bent nogal boos geworden over het standpunt van de LHV dat huisartsen meer bevallingen zouden moeten gaan doen. Volgens jou hebben we prima verloskundigen. Volgens ons is het probleem echter dat verloskundigen toch min of meer onder leiding van de gynaecologen werken, vaak ook rechtstreeks samenwerken.

J a in het ziekenhuis.

Nee, ook de vrij gevestigde.

Ben je gek, welnee, o nee, Ik weet niet..., woont U in een grote stad?

Ja. Maar het gaat erom dat de zuigkracht naar de kliniek en de polikliniek veroorzaakt wordt door het beleid van de gynaecologen.

Dat is waar en dat komt ook door het idee van 'wat dokter

Lees verder op p. 12

"Ik ben niet principieel tegen eigen risico..."

'Ik moet nog zien dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering per 1 januari wordt opgeheven. Drie belangrijke adviesorganen zijn tegen, en met bezuiniging heeft het natuurlijk niets te maken.' Voorzitter Hendriks van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid ziet er in ieder geval niets in. Ook tien jaar na zijn Structuurnota kiest hij nog steeds voor de systematische weg, via regionalisatie, versterking van de eerste lijn en één enkele volksverzekering. 'Er moet een trechter zijn waardoor alle geldstroompjes binnenkomen, zodat je precies weet hoeveel er doorgaat. . Zonder zo'n oplossing voor de geldstroom komt er ook van de regionalisatie niets terecht.'. Uitgangspunt blijft hoe dan ook de solidariteit. . 'Dat is het basisprincipe, daarop moet het systeem gebaseerd zijn.' En mits aan de juiste voorwaarden wordt voldaan past daar zelfs een eigen risico wel in. Het gaat om het systeem: 'Je moet niet onder druk van de omstandigheden om alle mogelijke maatregelen gaan roepen zonder dat je een duidelijk doel voor ogen hebt.'. De torpedering van een drietrapsraket.

DENHARD DE SMIT is afgestudeerd in de vrije studierichting sociale geneeskunde

Hendriks tien jaar na de structuurnota

Het ministerie van WVC (Van der Reijden) stelt in zijn adviesaanvraag als eisen aan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering: de collectieve lasten moeten omlaag en er mogen geen grote inkomensverschuivingen optreden. De volksverzekering die de NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het belangrijkste adviesorgaan voor de regering ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid) voor ogen staat, voldoet niet aan die eisen. De NRV legt de uitgangspunten van het kabinet dus willens en wetens naast zich neer..

Als ons advies (zie kader) niet met die uitgangspunten van het kabinet overeenkomt; so what? Ik zou zelfs zeggen: Kabinet, dit is wat uw belangrijkste adviesorgaan vindt, U zoudt het eigenlijk moeten overnemen, zelfs als de consequentie daarvan is dat de gezondheidszorg duurder wordt.. Ik wijs er op dat het advies van de raad, afgezien van een paar onderdelen in unanimiteit tot stand gekomen is. De teneur van het hele advies is unaniem aanvaard, ook het vertrekpunt van de solidariteit en dergelijke .
En kijk dan eens naar de samenstelling van de raad. Het hele zorgveld zit er in, de lagere overheden, de ziektekostenverzekeraars, de ziekenfondsen. Er zitten consumenten, vakbeweging en werkgevers in. Dan zeg ik, regering U moet toch wel goed kijken, wie dat dan gezegd hebben, want dat heeft niet ene meneer Hendriks vanmiddig uit z'n duim zitten zuigen. Die Raad heeft zich uitgesproken, na gedegen voorbereiding, na goede discussies.

In alle voorstellen die nu circuleren van de kant van de regering bestaat, naar ons idee, een duidelijke tendens: we moeten van die collectieve lasten af. Denkt U niet dat het gewoon het, misschien onuitgesproken, politieke doel is van de overheid op langere termijn? Niet zozeer bezuinigen (of kostenbeheersing), maar privatisering.

Ik ken die ideologie wel. Ik vind dat je dat niet zo zwart-wit moogt stellen. Dat is ook een van mijn bezwaren tegen het verhaal van Drewes. Ik probeer mij even te verplaatsen in de gedachtengang van de regering. Ze zegt: collectieve lasten moeten omlaag, want de lasten voor het bedrijfsleven moeten worden verlicht en dat dient dan weer een ander doel, namelijk de werkgelegenheid. Of de theorie klopt of niet is niet mijn zaak. Vandaag, zeg ik dan, wordt de premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering op fifty-fifty basis over werkgever en werknemer verdeeld. Het is denkbaar, ik zeg niet dat het móet, dat je zegt, dat is geen fifty-fifty maar een 70(30 verdeling, met een eenmalige looncompensatie voor dat stuk extra premie. Dat zal in de toekomst natuurlijk tot minder lastenverhoging voor het bedrijfsleven leiden en tot iets meer lastenverhoging voor het individu. Ik durf dat nog niet onmidellijk privatisering te noemen of als a-sociaal beleid te betitelen.

Toch blijft onze vraag of de overheid niet uit is op privati-

De drietrapsraket van Van der Reijden

Bij een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering gaan de gedachten van de staatssecretaris in de richting van een verzekeringsstelsel met meerdere verdiepingen. De eerste verdieping bestaat uit een verplicht basispakket, waaruit 40 procent van de kosten van het huidig pakket van ziekenfonds en AWBZ gedekt worden. Hierin zitten vooral de dure verstrekkingen; de premieheffing is procentueel over het inkomen. De tweede verdieping wordt gevormd door een verplichte verzekering met een nominale premieheffing (iedereen betaalt evenveel) en eigen risico's. Daarboven komt dan de derde verdieping met een aanvullende, vrijwillige verzekering voor de eigen risico's en extra voorzieningen.

De volksverzekering van de NRV

Het advies van de NRV aan de regering voor een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering behelst een volksverzekering, die voor iedereen verplicht is. Tot een nader te bepalen grens zal een procentuele premie geheven moeten worden. Het verzekerde pakket moet zo breed mogelijk samengesteld zijn. Verder wordt een beperkt eigen risico voorgesteld om kostenbewust gedrag te stimuleren. De werking van die eigen risico's ten aanzien van personen met lage inkomens en/of grote risico 's moet verzwakt worden.

GRENZEN AAN DE ZORG

sering door de lasten naar het individu over te hevelen en het solidariteitsprincipe aan te tasten.

Ik laat nu even in het midden, of dat het streven is van de regering. Ik zeg wel, dat het advies van deze raad met betrekking tot het ziektekostenverzekeringsstelsel in zeer hoge mate is afgeleid van het solidariteitsprincipe. De solidariteit als zodanig is basisprincipe van de filosofie, die door deze Raad, maar ook door de Ziekenfondsraad (ZFR) en de SER is opgezet. Daarop moet het systeem gebaseerd zijn en dat is het antwoord op de vraag naar privatisering in de zin, zoals U dat formuleert. Daar zegt dan deze raad eigenlijk nee tegen.

Zou je eigenlijk niet moeten concluderen, dat de NRV, en ook de ZFR en de SER, duidelijk een andere structurele koers voorstaan dan de regering op dit moment doet en dat die tegenstelling ook daarin zit, dat de overheid zich nou niet echt serieus druk lijkt te maken om kostenbeheersing op lange termijn?

Zo ongenuanceerd zeg ik daar niet onmiddellijk ja op. Ik vind, dat we ons veel meer zouden moeten verdiepen in de vraag, hoe onze gezondheidszorg er in 2000, ik noem maar een jaartal op betrekkelijk korte termijn, moet uitzien. Wat zijn daarvan de consequenties. Die consequenties moet je nú beginnen te trekken. Het kan misschien goedkoper worden, het kan misschien ook duurder worden - dat weet ik ook allemaal niet - maaar hoofdzaak is dat je moet weten wàt je wilt.
Wat ik me nu wel eens afvraag is, zijn we nou niet bezig voor een politieke zaak, om te proberen op korte termijn successen en dan nog tussen aanhalingstekens, te boeken. Ik bedoel bezuinigingen op een paar puntjes, waarbij we het doel op langere termijn uit het oog verliezen. Iemand riep in het kader van de bezuinigingsplannen bij voorbeeld, 'twee ligdagen uit het ziekenfondspakket'. Ja, vooraan of achteraan? Of moet je dat verschil terughalen door alle verpleegdagen met 25 gulden te korten. Allemaal varianten op hetzelfde. Ben je dan niet bezig het bestaande systeem te verkrachten is een groot woord, maar dan toch wel op te tillen? Ik blijf hameren op dat punt, oritwikkelj nu eerst de toekomstvisie. Ik heb daar zelf in '74 een poging toe gedaan. Vandaag hou ik nog vol dat het parlement toen kamerbreed ja heeft gezegd tegen de toen ontwikkelde lijn. Nu, 10 jaar later, heb ik vanuit die kamer nog nooit enig geluid gehoord, dat er op zou moeten duiden, dat we van de toen in de structuurnota ontwikkelde lijn zouden moeten afwijken. Dan moet je die lijn consequent doorzetten. Ik heb het gevoel dat dat vecht met wat er gebeurt. Dat de economie blijkbaar noopt tot bezuinigingen, tot ingrepen, tot wat ik dan noem ad hoc maatregelen, de rijksdaalder. Of je daar 5 gulden of 7,50 van maakt is ook niet meer interessant. Het gaat om het systeem. Je moet niet onder druk van de omstandigheden om alle mogelijke maatregelen gaan roepen zonder dat je een duidelijk doel voor ogen hebt.
Op zich zelf ben ik ook geen principieel tegenstander van een eigen risico. Van het aller prilste begin af hebben in de ziekenfondsverzekeringen immers eigen risico's gezeten, maar je moet dat weloverwogen doen. En als het kan op een manier waarop de zorgvrager invloed kan uitoefenen. Waar ik dan mee zit is, dat die hulpvrager feitelijk maar één stap in ons huidige systeem in volstrekte vrijheid zet, namelijk de eerste, de gang naar de huisarts. Als je praat in termen van eigen risico, denk ik dat je die dingen moet incalculeren en dat je je moet bezinnen op de vraag hoe groot feitelijk de invloed van de hulpvrager op bepaalde momenten is.

In de rij van maatregelen die de overheid voorstelt, hoort ook het plan dat Van der Reijden voor de zomer gelanceerd

heeft om de vrijwillige ziekenfondsverzekering op te heffen en grotendeels op te laten gaan in de particuliere verzekeringen.

Of dàt regeringsvoornemen doorgaat, zullen we wel merken de komende maanden. Je moet aannemen, dat het parlement er ook nog z'n zegje over zal doen. En ik teken daarbij aan, dat èn deze Nationale Raad èn de Ziekenfondsraad èn de SER zich daar vierkant tegen verzetten. Ik wacht af wat het parlement daarmee doet.
Maar ik houd vol, dat het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering op zichzelf natuurlijk niets met ombuigen of bezuinigen te maken heeft. Iemand heeft ooit uitgevonden dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering moet worden gerekend tot de collectieve sector. Nou, dan kun je een stukje van die sector liquideren. Optisch krijg je dan een vermindering van de collectieve sector, feitelijk maakt het in het uitgavepatroon natuurlijk totaal niets uit. Het lost in wezen ook niets op; het heeft geen invloed op het systeem, het wordt er zeker niet goedkoper mee, zeker niet, en het zal voor de individuele burger wellicht zelfs, hier en daar, tot een lastenverzwaring leiden.

Toch duidt dit voor ons op een grote tegenstelling tussen Uw adviesraad en de regering.

Dat is nou maar net de vraag. Tot op dit ogenblik moet ik zeggen dat de regering, al dan niet met pijn, in ruime mate datgene volgt, wat vanuit dit huis naar de regering gaat. Daarom zit ik me ook af te vragen, wat we nou de komende maanden te zien krijgen als nu drie belangrijke adviesorganen zeggen: regering U moet die vrijwillige ziekenfondsverzekering niet opheffen. Ik moet nog zien dat die vrijwillige verzekering met 1 januari wordt opgeheven.

Je zou kunnen zeggen, dat de ontwikkeling van de heleidsvisie die U eerder al noemde, op overheidsniveau stagneert op dit moment.

Ja.

U zegt bij voorbeeld in het advies van de NRV, dat het verzekeringsstelsel belangrijk is voor het afstemmen van de financiering van de gezondheidszorg op de ontwikkelingen die in het kader van de WVG zouden moeten plaatsvinden. (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; deze legt een sterke nadruk op decentralisatie van het beleid en regionalisatie van de zorg). Als we kijken naar de plannen van Van der Reijden z'n drietrapsraket (zie kader), dan zit die afstemming er niet in.

Daar heeft U voor een stuk gelijk in. Ik houd nog staande, ik was wel gek als ik mezelf zou verloochenen, dat één van de elementen in de ontwikkeling een decentralisatie, een regionalisatie is. Maar als je dat doet, zul je ook een oplossing moeten vinden voor de geldstroom. Dat je een stuk verantwoordelijkheid voor de planning legt bij de lagere overheid is juist, maar je kunt dat niet doen als je het niet koppelt aan een stuk verantwoordelijkheid voor de financiële besteding. Als je die twee dingen loslaat, komt er van regionalisatie niets terecht. Hoe wil je echt budgetteren naar de regio toe, als het geld via 60 kanalen bij de regio binnen zou moeten komen? Je moet de geldstroom die je straks nodig hebt om die zaak te financieren, op de een of andere manier kanaliseren. Die stroom moet ergens in een trechter komen, zodat je exact weet hoeveel geld er doorgaat. Zo'n trechter is er nog niet. Die is er wèl als je denkt in termen van een volksverzekering.

Een concreet punt uit het voorstel van Van der Reijden is om de basishulp van huisartsen in de verplichte tweede trap te stoppen en wat niet tot basishulp hoort, in de derde trap. Kan zo'n financieringssysteem nu bijdragen aan de versterking van de eerste lijn?

Van der Reijden heeft die befaamde drietrapsraket gelanceerd met een 40-40-20 of een 40-30-30 verdeling. Mag ik nu in alle bescheidenheid eens opmerken, dat het bij het aangeven van die percentages gebleven is. Er is nooit iets ingevuld. Ik weet niet wat er in de eerste 40 procent, in die tweede 40 procent en in die laatste 20 procent zat. Van der Reijden heeft dat ook nooit gezegd. Sterker nog, ik denk dat het ook niet kan. Op het ogenblik is het percentage aan kosten van ziekenhuis en specialist, wat onlosmakelijk aan elkaar verbonden zaken zijn, al iets van 60 procent van het totale pakket, denk ik. Als je dat constateert is een verdeling van 40-40-20 al niet meer mogelijk.

Wat is volgens U de kans, dat er nu of binnen afzienbare termijn wordt overgegaan tot het voorbereiden en invoeren van een volksverzekering voor ziektekosten, zoals de NRV dat voorstelt?

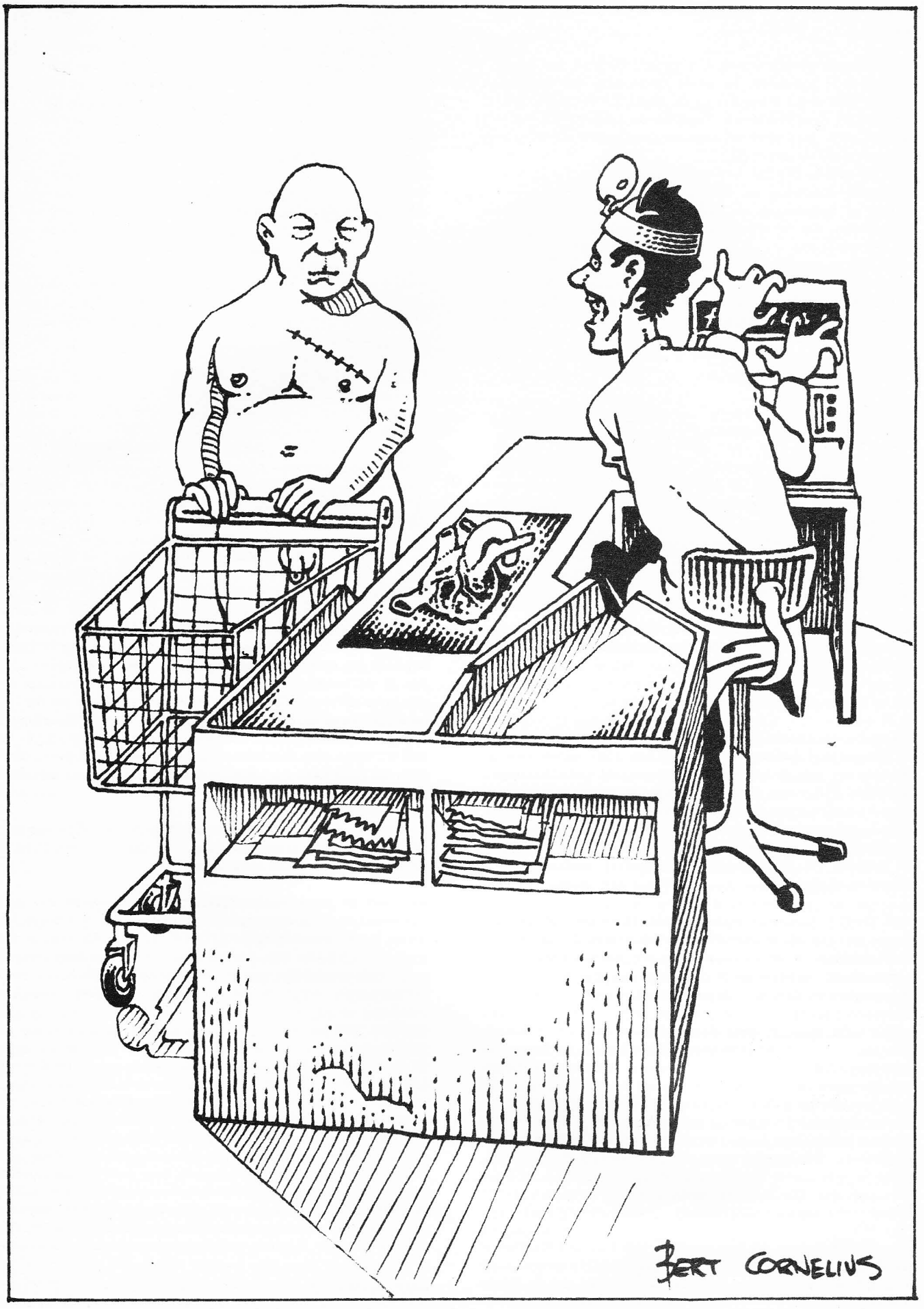
Er komt een moment dat we een beetje uit dat economisch dal zullen kruipen. De tekenen daarvoor zijn aanwezig. Die enorme druk van minder, minder, minder zal dan ook afnemen. Als je op dit moment naar enkele grote politieke partijen kijkt, zie je het volgende. De PvdA heeft in haar vaandel de volksverzekering staan. Kijk naar het CDA, dat zegt in zijn verkiezingsprogram, dat een nieuw stelsel van ziektekostenverzekering bereikt moet worden via stapsgewijze uitbreiding van de AWBZ. Dat spoort, maar dan ook vrijwel geheel met het advies van de Nationale Raad en met de adviezen van de ZFR en de SER. Want wat zeggen wij? De volksverzekering per 1-1-1985 dat kan niet. Je zult dat via geleidelijke uitbouw van de AWBZ moeten doen. Er komen ook gewone inkomenseffecten bij aan de orde, waar je rekening mee moet houden. Dat zijn realiteiten waar we ons in de tijd van het kabinet Den Uyl op verkeken hebben, dat moet je achteraf gerust durven zeggen.
Als ik nu constateer dat het strookt met de opvatting van die twee grote politieke partijen in de kamer en dat die twee het eens moeten kunnen worden over de fasering die daar in zit, dan denk ik dat er overeenstemming over te bereiken moet zijn. Als binnen dat parlement een grote meerderheid deze kant op wil, dan denk ik dat de kans van doorgaan reëel is.

U heeft in dit gesprek al een paar keer laten vallen dat onze gezondheidszorg misschien nog wel duurder wordt in de toekomst. Kunt U dat toelichten?

Eén van de grote doelstellingen van de gezondheidszorg is om iets toe te voegen aan de kwaliteit van het leven. De mens heeft een biologische leeftijdsgrens, die hier in het westen op 93 jaar ligt. De gemiddelde leeftijd loopt nog op en je zult meemaken dat de wetenschap, de techniek en de farmacologie ertoe zullen bijdragen dat onze levensverwachting steeds dichter die biologische leeftijdsgrens gaat naderen. Elk jaar dat we bovenop die levensverwachting weten te planten, zal de kosten erg opjagen. Daarom verwacht ik dat de gezondheidszorg duurder zal worden. En die consequentie zullen we in ons beleid moeten aanvaarden, maar wel met verstandige dingen. Die harttransplantaties bij voorbeeld zul je niet kunnen tegenhouden, maar je moet wel oppassen dat deze hoogstandjes zo'n groot beslag op de middelen gaan leggen, dat je andere dingen niet meer kunt doen. Hebben wij wel voldoende oog voor de kwaliteiten van het leven van die grote massa's chronisch zieken en gehandicapten? Als je, zoals die honderdduizenden reumapatiënten met verrekte veel pijn door het leven moet, elke dag en elk uur opnieuw, dan moet dat toch een van onze

Lees verder op p. 54

G REN ZEN AAN DE ZORG



Kwaliteit & Bezuiniging

We hebben er intussen wel mee leren leven dat gezondheidszorg en geld iets met elkaar te maken hebben. Iedere zichzelf respecterende instelling heeft tegenwoordig een economisch directeur. Het kan nuttig zijn om eens vanuit zijn invalshoek, met bedrijfseconomisch gereedschap bij de hand, te kijken naar de relatie tussen kosten en kwaliteit van de zorgverlening.
Zo komt Guus Schrijvers tot een matrix die aangeeft hoe verschillende manieren van bezuinigen inwerken op de verschillende vormen van kwaliteit. Zijn conclusie: de regionalisatie moet niet op sterk water, maar schept juist een positief kader voor kostenbeheersing met een minimum aan pijn. De Wet voorzieningen Gezondheidszorg blijkt toch meer dar; een luxe-wet.

GUUS SCHRIJVERS is medewerker van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen, R.U. Utrecht

Het is niet gemakkelijk een directe relatie te leggen tussen de kosten van de zorgverlening en de kwaliteit ervan. In tijden van bezuiniging stelt zich de vraag: wat is het effect van een verlaging van de kosten van zorgverlening op het kwaliteitsniveau ervan. In dit artikel bespreek ik de verschillende bezuinigingsmethoden, en beschouw ik de verschillende kwaliteitsbegrippen. Zo kunnen bezuinigingsmethodieken tegen elkaar afgewogen worden op grond van hun invloed op de kwaliteit.

Bezuinigingsmethoden

Bezuinigen is te omschrijven als: het verlagen van toekomstige uitgaven ten opzichte van die in het verleden. Om toekomstige uitgaven (en inkomsten) te ramen maakt de bedrijfseconomie gebruik van het instrument van de begroting. Bezuinigingsmethoden kunnen dan ook afgeleid worden uit begrotingsmethodieken.
Er zijn drie wijzen van begroten: de voorcalculatie, de economische prognose en de budgettering.

De voorcalculatie gaat uit van een bepaald produkt en geeft per kostensoort aan hoeveel besteed mag worden. De begroting van intramurale instituten op basis van richtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) was - tot voor kort - een voorbeeld van een voorcalculatie. Voor het verplegen van één patiënt gedurende één dag mochten gemiddeld x gediplomeerde en y leerling-verpleegkundigen ingezet worden. Voor andere zorgverleners en overige medewerkers bestonden evenzovele richtlijnen. Kenmerkend voor de voorcalculatie is dat de begrotingshouder (bijvoorbeeld een ziekenhuisbestuur) niet kan schuiven tussen kostensoorten. Het bestuur van een gezondheidscentrum bijvoorbeeld mag in zijn voorcalculatie niet zelfstandig schuiven tussen de kosten voor huisartsenhulp en die voor wijkverpleging. Wie wil bezuinigen op de totale uitgaven van een voorcalculatie kan dat doen door de materiële normen te verlagen (in een gezinsvervangend tehuis bijvoorbeeld door het aantal begeleiders per groep pupillen te verminderen) of door de prijs voor de in te zetten middelen te verlagen (dus korten op het salaris van de pupillenbegeleiders). Omdat de loonsvorming en de prijsvorming van apparatuur en gebouwen grotendeels plaatsvinden buiten de gezondheidszorgsector, blijft alleen als mogelijkheid over het verlagen van de materiële norm, de zg. 'richtlijnenkrimp'. Hoewel vele instituten in de gezondheidszorg een voorcalculatie kenden, komt deze richtlijnenkrimp thans nauwelijks voor.

Tegenover de voorcalculatie staat de economische prognose. Hier heeft de begrotingshouder alle vrijheid om tussen kostensoorten te schuiven en maximale uitgaven vast te stellen. Een economische prognose volgt het aanwezige beleid maar beïnvloedt dit evenmin als het weerbericht het weer. Een vrijgevestigd medisch specialist begroot zijn of haar praktijkomzet als een economische prognose. Achteraf kan deze mee- of tegenvallen; de uitgaven voor secretaresse, praktijkmiddelen en autokosten zijn ter beslissing van de betreffende arts. Wie van buitenaf wil bezuinigen op een economische prognose, kan dat alleen doen aan de inkomstenkant: bijvoorbeeld door de tarieven van de medicus te verlagen of een plafond te stellen aan het aantal van zijn verrichtingen. In Nederland gebeurt dat ook, zij het met gering resultaat. De tarieven voor geneesmiddelen en specialistische hulp stijgen weliswaar minder dan de verpleegprijzen van instituten, doch het aantal verrichtingen blijft toenemen.
Over blijft dan het aan een maximum binden van de produktie-omvang. Dit gebeurt thans indirect door de invoering van 'degressieve tarieven': voorbij een bepaalde in geld uitgedrukte omvang van de verrichtingen, daalt het tarief per verrichting aanzienlijk. De invloed van deze maatregel op zich is momenteel nog niet geheel duidelijk. Zij kan leiden tot een afremming van het aantal verrichtingen, maar het is ook denkbaar dat een specialist juist extra verrichtingen gaat doen om toch aan een bepaald inkomen te geraken. Om de produktie-omvang directer te beïnvloeden overweegt de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) afspraken over produktiebeperking te maken met afzonderlijke maatschappen van medisch specialisten. Hierbij worden de verrichtingen betaald tot een bepaald quotum en daarboven helemaal niet meer, dus zelfs niet degressief.

De budgettering staat in tussen de voorcalculatie en de economische prognose. Bij een budget - 'taakstellende begroting' - krijgt de begrotingshouder een bepaalde taak opgedragen en daarbij een aan een maximum gebonden bedrag toegewezen om zijn uitgaven te dekken. Een budget is te vergelijken met een aanneemsom in de bouwsector: een bouwbedrijf verplicht zich een welomschreven bouwwerk (de taak) op te leveren tegen een vooraf overeengekomen geldsom (het budget). Hoe het bouwbedrijf het werk organiseert blijft in principe buiten de overeenkomst. In de gezondheidszorg wordt thans van budgettering veel heil verwacht.
Er is sprake van (pogingen tot) invoering van budgettering in de gezondheidszorg op vijf niveaus. Allereerst is er de patiëntgeoriënteerde budgettering, un vakjargon de DRG (Diagnostic Related Groups)-aanpak. Hierbij wordt getracht te komen tot een budget per diagnose- of ingreep-

groep. Aan een gewone appendicitis (blindedarmontsteking) mag dan maximaal x gulden besteed worden.
Het tweede niveau betreft de budgettering per functie. Voor bijvoorbeeld de EHBO-functie van een algemeen ziekenhuis is dan een tevoren vastgesteld budget beschikbaar. De hoogte ervan wordt afgeleid uit analyses van de kosten van vele ziekenhuis-EHBO's en daarop gebaseerde modellen.
Het derde niveau is dat van de instellingsbudgettering ofwel de externe budgettering. Deze laatste term ter onderscheiding van de hierboven besproken twee vormen van interne budgettering. Bij de externe budgettering krijgt de instelling als totaal een budget, waarbinnen zij mag schuiven tussen kostensoorten en tussen de kosten per functie. De bezuinigingsvoorstellen voor 1985 van één en wellicht meer procent zijn vormen van externe budgettering. Tegelijkertijd zijn de richtlijnen van het COTG - passend binnen voorcalculatiemethoden - nog niet verlaten. Dit kan leiden tot het dilemma dat het budget één of meer procent omlaag moet, maar de normen dit niet toestaan. In de komende maanden staat ons hierover nog een boeiende discussie te wachten.
De regionale budgettering - het vierde niveau - beoogt aan gemeenten en provincies een bepaalde taak te geven, uit te voeren binnen het financieel kader van een regionaal budget. De (groepen van) gemeenten hebben de taak de eerstelijnszorg uit te doen voeren, terwijl de provincies verantwoordelijk zijn voor de tweedelijnszorg. De financiële kaders voor de regio's Kennemerland, Eindhoven, Limburg, Rotterdam en Almere zijn inmiddels berekend;' Wel ligt er een bestuurlijk vraagstuk over de taakverdeling tussen lokale overheden en ziekenfondsen.
Het vijfde niveau van budgettering is het nationale. Het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) vormt thans het macro- of nationale budget voor de kosten van de zorgverlening. Dit budget is in technische zin niet volmaakt. De status van het FOG is niet duidelijk; het parlement kan er geen begrotingswijziging in aanbrengen. Bovendien klopt voor latere jaren het FOG-budget niet eens met het op grond van richtlijnen en tarieven te berekenen nationale budget. Vanaf 1986 zou het macro-budget niet meer mogen stijgen. Wie evenwel de beleidsvoornemens van de regering ten aanzien van de eerstelijnszorg, de groei van het aantal verpleeghuizen en de geringe kostendaling door de beddenreductie in algemene ziekenhuizen doorrekent, ontkomt niet aan de indruk dat de regering moet kiezen: het macro-budget blijft groeien of de beleidsvoornemens, neergelegd in de nota Eerstelijnszorg, blijven slechts voornemens.

Kwal iteitsbegrippen

In het bedrijfsleven worden drie vormen van kwaliteit onderscheiden: de produkt-, proces- en voorwaardenkwaliteit. Ook in de gezondheidszorg raakt deze indeling meer en meer in zwang. Vanwege haar eenvoud hanteer ik haar hier ook als leidraad.

Bij de produktkwaliteit gaat het om de (verbetering van) de gezondheidstoestand van de patiënt. Aanpalende begrippen hierbij zijn de effectiviteit, het nut, de zin en de gezondheidswinst van, respectievelijk door de zorgverlening. De moeilijkheid van deze kwaliteit is haar meetbaarheid. Om een verbetering van de gezondheidstoestand van patiënten te meten zijn voor een ziekenhuis bijvoorbeeld nauwkeurige opname- en ontslaggegevens nodig. Met name de opnameindicaties zijn evenwel vaak vaag omschreven. Verder kun je de - filosofische - vraag stellen of uitzicht op verbetering noodzakelijk is om zorg te verlenen. Verslaafdenzorg, zwakzinnigenzorg en chronische zorg bij aftakelingsprocessen

Figuur 1: Relaties bezuinigingsmethodieken en vormen van kwaliteit.

Bezuinigingsmethode	kwaliteitsbegrip: produkt-kwaliteit	proces-kwaliteit	voorwaarden-kwaliteit
richtlijnenkrimp	—	—	—
tariefsverlaging/ pro duktieafspraken	—	—	0
budgettering			
- DRG-aanpak	0	+	—
- functioneel	0	+	—
- externe	0	+	—
- regionale	+	+	—
- nationale	—	0	—

Toelichting:
— relatief kleine verlaging van kwaliteit
0 geen invloed op kwaliteit
+ enige kwaliteitsverbetering

worden dan overbodig.
De produktkwaliteit blijft helaas in beschouwingen over bezuinigingen in de gezondheidszorg vaak onderbelicht.

In een beoordeling van de proceskwaliteit worden eisen gesteld aan de zorgverlening als proces en niet aan het resultaat ervan. Het gezegde 'operatie geslaagd, patiënt overleden' geeft hieraan uitdrukking. Op dit moment wordt op vele onderzoeksinstituten getracht de proceskwaliteit te verbeteren. Onder andere het Centraal Bureau ter bevordering van de Intercollegiale Toetsing te Utrecht vervult hierbij een voortrekkersrol. 'Het protocol' en 'de beslisboom' zijn bij het spreken over proceskwaliteit sleutelbegrippen. Bij een zekere situatie - bijvoorbeeld bij een eenmaal vastgestelde diagnose - geeft het protocol aan wat de volgorde van handelingen is. In een onzekere situatie is de beslisboom een hulpmiddel bij het maken van keuzes tussen verschillende onderzoeksmogelijkheden bij het zoeken van de diagnose en bij het maken van keuzes tussen therapieën met verschillende risico's. Aan een overwegende nadruk op de proceskwaliteit kleeft het gevaar van bureaucratisering. Per diagnose moet immers een standaardprotocol worden afgewerkt dat in de specifieke situatie net niet geschikt is.
De proceskwaliteit kan zich verheugen in een toenemende aandacht.

Bij de voorwaardenkwaliteit gaat het om de personen, apparaten en gebouwen die in het zorgproces een rol spelen. Een huisarts met een nascholingscertificaat zou vanuit deze optiek bijvoorbeeld een kwalitatief betere zorg geven dan een zonder zo'n papiertje. Een groot ziekenhuis zou betere zorg geven dan een klein vanwege de aanwezigheid van meer faciliteiten.
De beoordeling van de voorwaardenkwaliteit is het sterkst ontwikkeld van de drie vormen van kwaliteitsbeoordeling. Per beroepsgroep is nauwkeurig geïnventariseerd welke handelingen wel of niet uitgevoerd mogen worden. Er zijn

talrijke kwaliteitsvcorschr ift en voor apparaten en gebouwen. Mijn indruk is dat de ontwikkeling van deze vorrn van kwaliteitsbewaking. ver uitgekristalliseerd is, ja sterker, dat er behoefte bestaat aan een zekere deregulering op dit terrein.

Bezuiniging en kwaliteit

We kunnen de besproken bezuinigingsmethoden in verband brengen met de verschillende besproken kwaliteiten (zie figuur 1). Met behulp van plussen en minnen heb ik getracht aan te geven wat de invloed van verschillende bezuinigingsmethoden kan zijn op de onderscheiden kwaliteitsvormen. Elke lezer zou voor zijn of haar soort zorg een eigen plaatje kunnen opstellen. Ik zal proberen - de matrix nalopend - mijn keuze te beargumenteren.

Richtlijnenkrimp werkt negatief op de produktkwaliteit. Bijvoorbeeld als bepaalde verstrekkingen geheel verdwijnen uit het ziekenfondspakket. . Dat de proceskwaliteit afneemt bij bijvoorbeeld minder begeleiding per pupillengroep, zal duidelijk zijn. Richtlijnenkrimp lijkt juist het uitvoerend werk (zoals het aantal verpleegkundigen per bed) te zullen raken en minder de overhead van instellingen, waarvoor minder harde richtlijnen bestaan. Dat de voorwaardenkwaliteit omlaag gaat bij de richtlijnenkrimp hoeft niet persé negatief beoordeeld te worden. Indien de verplichte verhouding wijkverpleegkundigenjwijkziekenverzorgenden bij kruisverenigingen, of van psychiaters/psychologen bij RIAGG's wijzigt, hoeft dat geen ramp te zijn.
Tariefsverlaging en produktie-afspraken laten de voorwaardenkwaliteit ongemoeid. Indien het zorgproces niet inhoudelijk verandert, ontstaan er wel wachttijden en afwentelingsmechanismen, die ongunstig werken op produkt- en proceskwaliteit. . Een specialist met een produktiebeperking zal proberen patiënten die veel werk vragen door te sturen naar andere specialisten. Reeds nu lijkt een druk te bestaan op academische ziekenhuizen doordat perifere ziekenhuizen eerder zware patiënten doorsturen, vermoedelijk zowel vamvege het instellingsbudget als vanwege de degressieve tarieven.
De budgettering lijkt in het algemeen de proceskwaliteit te verhogen omdat ze de creativiteit van de verschillende begrotingshouders kan aanspreken om de taak zó te organiseren dat met minder verrichtingen en andere zorgactiviteiten een gelijkblijvende produkt kwaliteit te realiseren is. Alleen van de regionale budgettering is ook op de produktkwaliteit een positieve invloed te verwachten. Deze vorm van budgettering maakt het namelijk mogelijk om intramurale zorg over te hevelen naar de eerstelijn, met als voordeel dat het thuismilieu als therapeutisch klimaat is in te schakelen ter bevordering van de gezondheidstoestand van patiënten. De voorwaardenkwaliteit staat op gespannen voet met de budgettering en zal moeten inboeten als kwaliteitsnorm. Immers, budgettering gaat uit van een taak en een som geld: beslissingen over welke middelen worden ingezet, welke kwalificaties het personeel moet hebben e.d. worden zoveel mogelijk overgelaten aan de budgethouder. .

Bovenstaande afweging leidt mij tot een voorkeur voor regionale budgettering als bezuinigingsmethode. De andere methoden zouden evenwel aanvullend kunnen zijn.
Deze conclusie leidt tot een positieve beoordeling van de WVG (wet voorzieningen gezondheidszorg). Deze maakt immers - binnen bepaalde financiële kaders - het ontwikkelen van gemeentelijk en provinciaal beleid mogelijk. Tot op heden is deze wet vaak beschouwd als een produkt uit de jaren van economische groei. Nu de financiële kaders echter eenmaal bezegeld zijn lijkt dan ook eerder een snelle invoering van de regionalisatie wenselijk, dan een op sterk water zetten hiervan.

Noot
1 Zie de beschouwing van J. Goot en G. Schuijvers in Medisch Contact van 20 juli 1984.

In politieke houdgreep

De gemeente Rotterdam neemt in 1975 en 1976 een unieke stap: een aantal medewerkers van de gezondheidscentra Randweg en Ommoord worden in gemeentedienst genomen. Met ingang van 1 januari 1984 stoot deze zelfde gemeente de medewerkers weer af. Wat brengt een gemeente er toe om mensen uit de gezondheidszorg in dienst te nemen om ze 8 jaar later weer te laten vallen?
Is er sprake van een zich ontwikkelend beleid? Of is privatisering van gezondheidscentra meer afhankelijk van opportunistisch politiek denken?
De gezondheidscentra Randweg en Ommoord hebben in dat verband een leerzame geschiedenis.

DICK KAASJAGER, huisarts in Randweg, o.a. voorzitter OSER en STOEL.

Gezondheidscentra in Rotterdam

Beide gezondheidscentra zijn ontstaan in een periode waarin men ook binnen de gezondheidszorg maatschappelijke omstandigheden begint te erkennen als een factor die gezondheids- en ziektebeleving mede beïnvloedt. De problemen die mensen naar voren brengen bij hun huisarts worden complexer en worden ook als zodanig ervaren. Hulpverleners proberen onder meer door samenwerking op deze ingewikkelder problematiek in te spelen.
De initiatiefnemers van het centrum Ommoord denken er bij hun start in 1968 op te kunnen inspelen door een grotere doelmatigheid en samenhang in het pakket van de hulpverlening. Het gezondheidscentrum Randweg start in 1972. De medewerkers hiervan worden meer gedreven door idealen: verandering van de maatschappij door verandering van de gezondheidszorg.

Inzichten

Ook in het door sociaal-democraten beheerste politieke leven van Rotterdam (de PvdA bezit de meerderheid en vormt een programcollege) dringen deze tendensen door. Men constateert' ... dreigende of bestaande tekorten in geneeskundige en maatschappelijke dienstverlening, vooral in oude stadswijken. De gemeente' acht het dan ook haar taak om: aangepaste accomodatie ter beschikking te stellen of financiële en andere steun te verlenen bij het stichten van groepspraktijken van huisartsen, hetgeen dan kan leiden tot een efficiëntere praktijkvoering en een geregelder samenwerking. Daarmee kunnen inzichten van de moderne geneeskunde, die de patiënt wil benaderen in zijn gehele psycho-sociale situatie, beter tot hun recht komen.'!
Als eerste stap steunt de gemeente een aantal gezondheidscentra (o.a. Ommoord) bij het tot stand brengen van huisvesting, door huurovereenkomsten en huursubsidies. In het begin van de jaren '70 is dit niet een op zichzelf staand gebeuren. Het is de tijd waarin bij de sociaal-democratie het idee hoogtij viert dat via ambtelijke interventies en organisaties aan de dienstverlening in het algemeen een politieke betekenis gegeven kan worden. Buurt- en clubhuiswerk, opbouwwerk, van oudsher inspelend op noden en behoeften van wijkbewoners, moeten uitvoering gaan geven aan idealen zoals die zijn gevormd in het denken van politieke partijen. Wijkorganen worden vervangen door formele wijkraden die voornamelijk gevormd worden vanuit de stedelijke politieke partijen: de wijkwelzijnsplanning heeft vrijwel geen banden meer met autonome bewonersgroepen in de wijken, maar wordt geleid door ambtenaren. De gemeente (lees voor Rotterdam: de PvdA) gaat dus ook op andere terreinen voort met het ontwikkelen van procedures, modellen en probeert greep te krijgen op beleid, planning en financiering.
De gemeente verandert van functie: in plaats van een politiek intermediair wordt zij in het krachtenveld van de dienstverlening een partner met eigen belangen.ê-

Structuur als vernieuwer

Op deze ontwikkelingen anticiperen de gezondheidscentra Randweg en Ommoord door zich als gegadigden voor een dienstverband met de gemeente aan te dienen.
Randweg formuleert voor zichzelf een aantal doelstellingen voor een dergelijk dienstverband: het lijkt een garantie voor de continuïteit en de controleerbaarheid van de gezondheidszorg. Het kan leiden tot een oplossing van de financiële problemen. Er is geen afhankelijkheid meer van andere teamleden, niet van de arts-ondernemer en niet meer van steun van de ziekenfondsen. De gemeente kan een rol spelen in het oplossen van problemen die bestaan rond de vacature-stop maatschappelijk werk, overlegtijd van fysiotherapeuten kan gehonoreerd worden. Er is één baas (bedoeld wordt dat de werkgever-werknemer relatie tussen huisartsen en assistenten wordt opgeheven). Er kan garantie zijn voor inspraak van de bevolking, in ieder geval via controle van de gemeenteraad achteraf, een vooruitgang ten opzichte van de gebruikelijke gang van zaken in het gesloten bastion van de gezondheidszorg. Als mogelijke problemen worden aangegeven: niet kunnen volgen van de eigen progressieve koers, met andere woorden een gevaar voor de autonomie van het centrum. Ook wordt een gevaar gezien in ambtenaar worden. Niet zozeer in een verslapping van discipline en verantwoordelijkheidsbesef maar veel meer in mogelijk dirigisme en ambtelijk formalisme, met verstarring als gevolg.
De achtergrond van de doelstellingen is tweeledig. De werkers van Randweg meenden destijds dat het veranderen van de structuur en de organisatie van de gezondheidszorg op zichzelf al zouden leiden tot vernieuwing, vooral door een doorbreking van de traditionele machtsverhoudingen binnen de gezondheidszorg. Heel praktisch vulden zij dit voor-

beeld in door bij het dienstverband een lagere salariëring van de huisartsen te vragen, en door te weigeren een hiërarchie in het team in te bouwen met een medisch leider als baas.
Ten tweede hoopte men door het veilig stellen van structuur en organisatievorm op een meer adequate wijze aan de inhoud van het werk zelf, het hulpverlenen, toe te komen.

Overhaast en onvolledig

In januari 1975 komen medewerkers van Ommoord in dienst van de gemeente. Bij de discussies in de gemeenteraad hierover wordt voorgesteld dat 'teneinde te komen tot een adequate evaluatie van deze opzet, ter vergelijking nog één of enkele gezondheidscentra toegevoegd moeten worden aan het experiment. . Met name moet dan gedacht worden aan een uitbreiding in één of meer oude stadswijken'.
In 1976 worden huisartsen, assistentes en fysiotherapeuten van Randweg eveneens in dienst genomen.
Bij de discussie over het in dienst nemen van medewerkers uit de gezondheidszorg, gevoerd in de gemeenteraad, stelt de PvdA dat ze wil bezien of het in dienst nemen van werkers een bijdrage kan zijn tot beter functioneren van deze werkers en daardoor ook van deze vorm van gezondheidszorg ten bate van de patiënt. Men hoopt een democratische controle op de gezondheidszorg te kunnen gaan uitoefenen, het winstmotief te kunnen uitschakelen. Tevens hoopt men een praktijkverkleining mogelijk te maken in verband met de wens om uitvoeriger en diepgaander aandacht te schenken aan de patiënt. En bovendien hoopt men te komen tot een duidelijker discussie over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland en bijvoorbeeld over de structuurnota, de beroepspensioenregelingen en regelingen ten behoeve van een volksverzekering.
De oppositiepartijen hebben echter het gevoel dat 'dit voorstel tot stand gebracht is als gevolg van persoonlijke contacten en partijpolitieke overwegingen, en niet op basis van inhoudelijke discussie (CPN, VVD) en vinden de voorstellen overhaast, onvolledig; de financiële, organisatorische consequenties zijn volstrekt onvoldoende uitgewerkt (CDA). Zij zijn niet overtuigd dat aan deze beslissing goede, inhoudelijke argumentaties ten grondslag liggen. VVD en CPN stemmen tegen. CDA gaat schoorvoetend mee onder voorwaarde dat er een goede evaluatie zal plaatsvinden. Het gemeentebestuur acht een evaluatie ook nodig 'in het kader van de vraag of wij werkelijk aan een krachtige bevordering van de gezondheidszorg bezig zijn'.

Belangengroepen

Er wordt een poging ondernomen deze evaluatie tot stand te brengen. Een breed opgezette commissie slaagt er in 1977 echter niet in haar opdracht (Ommoord te evalueren) uit te voeren. Formeel heet het dat de evaluatiegroep niet in haar taak slaagt doordat de kosten, de duur en het niveau van de werkzaamheden veel omvangrijker blijken dan was gedacht.
Een minstens even belangrijke oorzaak is echter dat de beo langengroepen zeer verschillende wensen hebben over wat er geëvalueerd moet worden. Gezamenlijke uitgangspunten voor de evaluatie, theoretisch of aan de emperie ontleend, zijn niet vastgelegd.
Naar aanleiding van deze mislukte evaluatiepoging. neemt de gemeente in '81 een CDA-motie aan om onderzoek te doen naar de positie van de samenwerkingsverbanden, in nauw overleg met alle betrokkenen. Deze opzet is vergelijkbaar met die in Amsterdam. De motie moet nog steeds uitgevoerd worden. In maart 1980 verschijnt een beleidsnotitie van wethouder Schmitz. Het onderwerp is de afstemming van de zorg, samenwerking en integratie op uitvoerend en bestuurlijk niveau, in de hoop de zorg te optimaliseren. Daarom is het nodig een overzicht te maken van voorzieningen en noden, de knelpunten op te sporen. Het idee is dat als je de mogelijkheden en behoeften kent, deze door organisatorische veranderingen beter op elkaar zijn af te stemmen. Bijvoorbeeld: de 'te' centrale positie van de huisarts kan veranderd worden door de intake-functie op een andere manier te organiseren. Heel gewoonlijk. De knelpunten zijn niet opgespoord, een beleidsnota is er niet gekomen.

Wie is de baas

Het college van B&W geeft in begin 1981 aan APO (personeelszaken van de gemeente) opdracht een onderzoek te verrichten naar positie en functioneren van de centra Randweg en Ommoord, De directe aanleiding is dat WVC een rechtspersoon vraagt die het samenwerkingsverband als geheel kan representeren, ten einde een samenwerkingsovereenkomst te kunnen tekenen, waarover alle partijen het inhoudelijk eens zijn. Het model voor de samenwerkingsovereenkomst komt tot stand na langdurig onderhandelen tussen kruisvereniging, maatschappelijk werk, gemeente en de Rotterdamse samenwerkingsverbanden verenigd in de OSER (Overleggroep Samenwerkingsverbanden Eerste lijn Rotterdam). Zo'n samenwerkingsovereenkomst is nodig om in aanmerking te komen voor subsidiëring.
Een andere, minder expliciete aanleiding is, dat er in feite nog niets geregeld is over de rechtspositie van de medewerkers en de status van de centra in het gemeentelijk apparaat. Er zijn voortdurend kleinere en grotere conflicten over ogenschijnlijk detaillistische zaken. De onderliggende principiële discussiepunten komen niet aan de orde. Vooral voor Randweg is dat een voortdurende frustratie, omdat één van de doelstellingen, namelijk openbare debatten over de grondsagen van het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg, hiermee dreigt te vervallen.
Met de aanvang van dit APO-onderzoek komt op tafel dat de gemeente zich opstelt als bestuurder namens het samenwerkingsverband, en dat de directeur van de GG & GD de hoogste baas van het centrum zou zijn. De medewerkers van de centra menen dat dit niet kan, omdat de gemeente slechts één van de drie werkgevers is (naast kruisvereniging en maatschappelijk werk). De centra zijn slechts voor een deel gemeentelijk, deels bezet met werkers uit de private sfeer.
Bovendien is er ook nog niet geregeld wie nu eigenlijk formeel verantwoordelijk is voor het beroepsmatig functioneren, wie beleidsverantwoordelijk is, hoe het ambtenarenreglement toegepast moet worden. Onduidelijk is hoe de zogenaamde Rietkerk-dagen ingepast moeten worden, wie de vakanties regelt, hoe autokosten vergoed moeten worden. Strijd is er gaande over de inschaling van fysiotherapeuten, de erkenning dat een centrumassistente iets anders is dan een administratieve medewerkster, over de inval bij ziekte en vakantie. Moeilijkheden ontstaan over de wijze van begroten (waardoor de tekorten van de centra veel groter lijken dan ze in feite zijn), wie de baas is in het centrum, al of niet een medisch leider, wie spreekt voor de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werk in het samenwerkingsverband, wie zich verantwoordelijk voelt voor de gevolgen van bezuinigingen, vacature-stops, het vervullen van vacatures.
Kortom: een lange lijst van problemen die ontstaan wanneer een groot hiërarchisch ambtelijk systeem overhaast een kleinschalige dienstverlenende organisatie onder haar beheer neemt. Randweg en Ommoord stellen dat de beheersrelatie direct verband houdt met hun inhoudelijk func-

tioneren. En dat betekent dat zeer vaak inhoudelijke argumentaties van de centra beoordeeld moeten worden door een formalistisch bureaucratisch apparaat, hetgeen dan zeer vaak letterlijk tot niets leidt.. De gemeente formuleert: 'de centra ontsnapten aan de greep van het ambtelijke'. Nooit komt het in haar op om het 'ambtelijke' ter discussie te stellen.

Privatisering

Een inhoudelijk kader waarbinnen deze vraagstukken opgelost kunnen worden ontbreekt. Randweg stelt dat voor veranderingen in structuur en organisatorische verhoudingen eerst beleidsuitspraken met betrekking tot de gewenste verhouding gemeente-gezondheidscentra (of ruimer: gemeente-eerstelijnsgezondheidszorg) nodig zijn. In die beleidsuitspraken zullen onvermijdelijk opvattingen van de gemeente zichtbaar moeten zijn hoe zij 'hulpverlening' als proces en als systeem eigenlijk ziet. Bij de gemeente is met betrekking tot de problematiek van de hulpverlening echter weinig kennis, inzicht en ervaring gebleken. Randweg verwacht dan ook moeilijkheden bij het tot stand komen van een inhoudelijk kader en nog grotere wanneer op basis van de wankele uitgangspunten uitvoering gegeven gaat worden aan. de opvattingen. Er bestaat een grote kans dat de gemeente opnieuw niet verder zal komen dan het ad hoc-beleid dat de geschiedenis tot dusverre heeft laten zien. De laatste ambtelijke beleidsnotitie bevestigt deze vrees.
Uiteindelijk wordt er ten behoeve van Randweg en Ommoord een zogenaamde B3-stichting in het leven geroepen. Dit houdt in dat per 1 januari 1984 de medewerkers allen in dienst komen van één stichting, of beter: dat alle medewerkers, ook de ambtenaren, door hun instelling bij deze stichting gedetacheerd worden. De ambtenaren blijven ambtenaar in de zin van het ABP; de diverse CAO's en gemeentelijke regels blijven gelden. Het belangrijkste is echter dat er één bestuur is samengesteld uit vertegenwoordigers van maatschappelijk werk, kruisvereniging, gemeente en patiënten.
Voor de medewerkers heeft dit alles weinig direct merkbare consequenties. De rechtspositie blijft dezelfde voor de individuele werker. Wel is er nu één bestuur dat zich vooralsnog buitengewoon ondersteunend naar de medewerkers opstelt: een grote vooruitgang met de situatie ervoor. De gemeente blijft garant staan voor de financiële ondersteuning van de centra, zoals eerder in principebesluiten werd vastgelegd. De invloed van de gemeente beperkt zich grotendeels tot het goed- of afkeuren van de begroting; voor het overige heeft zij middels haar vertegenwoordiger een evenredige inbreng in bestuur en beleidsbepaling.

Meerwaarde?

De beide centra hebben uiteindelijk weinig of niets gehad aan de gemeente. Alles wat medewerkers tot stand hebben gebracht is meer ondanks dan dankzij de gemeente gebeurd. Toch presteert wethouder V:an der Have het om bij de formele inleiding van de privatisering van de centra te stellen dat: 'de samenwerkingsgedachte nu algemeen is aanvaard. Dat er in die zin geen speerpuntfunctie van de centra meer is. Wel heeft Randweg stedelijk, en Ommoord vooral landelijk een katalyserende rol gespeeld in dit proces. Deze twee voorbeelden maken duidelijk dat er met betrekking tot de gemeentelijke centra een duidelijke meerwaarde zichtbaar is, in elk geval buiten de directe hulpverleningsfunctie, in het bredere veld van het bevorderen van samenwerking in het algemeen. Wanneer het eventueel toch mogelijk zou zijn om een zekere meerwaarde aan te tonen die tot uitdrukking komt in de directe hulpverleningssituatie, kan en moet de vraag gesteld worden of het verantwoord is op deze wijze (door de besteding van aanzienlijke gemeenschapsgelden) bepaalde beperkte patiëntengroepen (in casu het verzorgingsgebied van deze centra) hiervan te laten profiteren.P
Ommoord en Randweg wijzen de wethouder er in een brief op, dat hij onmogelijk kan stellen dat de meerwaarde binnen de directe hulpverlening nog nooit is aangetoond. Meerwaarden aantonen is altijd moeilijk omdat het in het algemeen niet helder is wat daar nu onder verstaan moet worden: de meerwaarde ten opzichte van wat? Een samenwerkingsverband is ook geen doel op zich, maar een middel om een omschreven op samenwerking gebaseerde doelstelling voor de hulpverlening uit te voeren, te evalueren en stuurbaar te maken. Het gaat niet om een beoordeling van de activiteiten van de centra op zichzelf, maar om de beoordeling van hun werkzaamheid in vergelijking met andere, eventueel meer traditionele vormen van hulpverlening.
Er is door beide centra meer dan genoeg stof geleverd, die inhoudelijke bouwstenen voor een goede eerste lijn vormen. Enkele voorbeelden: werken met groepen (afvallen, gestalt, hoge bloeddruk, ontspanning, moeders van jonge kinderen) heeft alles te maken met het uitwerken van de mogelijkheden tot zelfhulp en mantelzorg en ontmedicalisering; plaatsbepaling van preventie, anticiperen en screening als geïntegreerd onderdeel van de eerste lijn; het consultatiebureauwerk, de zorg voor bejaarden; artikelen hierover vanuit Ommoord vormen ingangen voor een eventueel te voeren discussie; en dan is er nog het werk dat in Ommoord is verricht rond de patiëntenregistratie. , en het onderzoek naar de aanleiding om hulp te vragen.
De betrokkenheid van vele medewerkers van beide centra bij plaatselijke ontwikkelingen (Platform samenwerkingsverbanden OSER, ondersteuningsorgaan STOEL, samenwerkingsovereenkomst, CB-regeling) en landelijke ontwikkelingen (subsidies, stimuleringsregeling, toetsing, analyse inhoud eerste lijn) is groot, ten einde nieuwe ideeën te stimuleren en mogelijk te maken, en aanzetten te geven voor nieuw beleid.
Samenwerken staat beroepsblindheid in de weg en het maakt toetsing, kwaliteitscontrole en nascholing beter mogelijk. Het feit op zichzelf dat er een dienstverband is, mét alle problemen van dien, betekent dat deze vorm van dienstverlening en haar relatie tot een gemeentelijke overheid geproblematiseerd zou kunnen worden.f

De grote stilte

De brief van de beide centra wordt niet door de gemeente aangegrepen, evenmin als de produkten van voorgaande jaren. Integendeel de gemeente lijkt dit soort geluiden volstrekt te negeren. Van 1980 tot 1984 heerst er op beleidsgebied een grote stilte, een verklaring van het gemeentebestuur of van ambtelijke zijde blijft uit..
Dan publiceert in 1984 het gemeentebestuur een ambtelijke nota over de eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Ambtelijk, omdat burgemeester en wethouders dit stuk alleen met de nodige aarzeling in omloop wilden brengen. [7]
Deze nota houdt op geen enkele wijze verband met de nota van 1980. De schrijvers stellen dat het de lokale overheid niet gelukt is om tot een gesystematiseerde visie op de eerstelijnszorg te komen.
Opvallend in deze nota is ook weer de volstrekte ontkenning van alles wat er al gebeurd is op het terrein van de gezondheidszorg, zowel in als buiten Rotterdam.
Men wil weer nieuwe experimenten. De wijze waarop men is omgegaan met experimenten als Randweg en Ommoord doet het ergste vrezen.
Uit het bovenstaande blijkt, dat de gemeente op geen enke-

Ie manier gebruik heeft. gemaakt van de gezondheidscent.ra om te komen tot een nadere formulering van het gemeentelijk beleid. Evenmin is het door de gemeente op bestuurlijk niveau gewenste beleid in het veld tot uitdrukking gebracht. .

Onmacht en teleurstelling

Overhaaste partijpolitiek is iets geheel anders gebleken dan verantwoord beheren en besturen. Ondanks het aandringen vanuit Randweg op een gemeentelijk beleid dat gebaseerd is op ervaring en kennis van het (machtige) veld waarbinnen deze sector van de gezondheidszorg opereert, is dat nooit tot stand gekomen.

Laten we nog even teruggaan naar de doelstellingen die de gemeente (de PvdA) formuleerde:

Een bijdrage tot het beter functioneren van de werkers en daarmee van deze vorm van hulpverlening? Het zou kunnen, de invloed van de gemeente hierop is altijd erg gering geweest en ze hebben er weinig van geleerd.

Democratische controle? Het is de gemeente ongetwijfeld duidelijker geworden hoe moeilijk het is om controle uit te oefenen of greep te krijgen op de gezondheidszorg. Zij heeft deze controle echter altijd vertaald in termen van structureel- en financieel-technische aard. De kans om ook inhoudelijke argumenten te kunnen gebruiken heeft zij nooit gegrepen. De bemoeienissen van de gemeente zijn vooral organisatorisch geweest en vaak buitengewoon detaillistisch;

Winstmotief uitschakelen? Dat is zeker gelukt. De aandacht voor patiënt en hulpverlening heeft daaronder niet hoeven te lijden. Praktijk verkleining is tot stand gekomen onder invloed van landelijke ontwikkeling, hoewel zeker ten aanzien van Randweg een soepel beleid is gevoerd met betrekking tot de praktijkgrootte in verband met de moeilijke wijk, de vele buitenlanders.

Discussies over de toekomstige structuur van de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland? Deze zijn nooit gevoerd.

Ook uit de laatste discussienota eerstelijns-gezondheidszorg blijkt dat de gemeente een andere koers is gaan inzetten. Niet meer gericht op het zelf in beheer nemen van voorzieningen, integendeel, binnen het gehele gemeentelijke apparaat is een tendens naar privatisering waar te nemen, terwijl de gemeente zelf vooral invloed denkt te kunnen uitoefenen via wettelijke bevoegdheden ten aanzien van planning, coördinatie en financiering.

Het is echter zeer twijfelachtig of deze koerswijziging berust op doordacht politiek handelen. De privatisering van de gezondheidscentra kwam niet tot stand uit bezuinigingsmotieven. Zijdelings speelden de financiën wel een rol, maar de gemeente is er financieel niet beter van geworden.

Belangrijker lijkt de onmacht om de vele problemen die een dergelijke dienstverlening binnen een gemeentelijk apparaat met zich meebrengt te hanteren. Mogelijk ook speelt de teleurstelling van de politici mee, nu ze zien dat langs deze weg geen invloed is uit te oefenen op de gezondheidszorg.

De naderende WVG lijkt nieuwe beloften in te houden: mogelijkheden tot invloed en macht met andere middelen.

Toch lijken de ervaringen met Randweg en Ommoord aangetoond te hebben dat structurele veranderingen zónder expliciete inhoudelijke argumentaties weinig of niets opleveren. Het gemeentelijk beleid, zoals het ten aanzien van de gezondheidscentra is opgezet in 1970 is weinig consistent gebleken. Nu in de nieuwe structuren de verhoudingen iets duidelijker zijn geworden, ligt de weg open voor de gemeenteraad van Rotterdam om zich minder op te winden over praktische zaken en zich meer op de inhoudelijke, stimulerende, anticiperende rol te werpen die zij ook zou kunnen vervullen. Het is dan wel te hopen dat de 'ambtelijke' nota van 1984 nooit een politieke zal worden.

ROTTERDAM NU

Enkele maanden geleden publiceerde wethouder Van der Have een 'ambtelijke' discussienota over de eerstelijnszorg te Rotterdam. Woensdag 5 september kwam deze nota in het Trefcentrum ter sprake. Meer dan tweehonderd mensen, vogels van allerlei pluimage, waren aanwezig. Niet het gemeentebestuur, maar de 'STOEL' organiseerde dit debat. . Dat is de Rotterdamse instelling ter ondersteuning van veranderingen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Haar initiatief is voor Rotterdam al bijzonder te noemen. Het was de gewoonte dat het gemeentebestuur zelf de regie van zogenaamde 'inspraakronden'onder controle hield. Deze wo ensdagavond betekende een breuk met deze traditie.

Behalve de wethouder was geen enkele spreker enthousiast, integendeel. . De wethouder, aldus allen, reduceert de vraagstukken der hulpverlening tot kwesties van planning en financiering. En waaro m? Omdat het Rijk met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg te voorschijn komt. Hij gaat voorts voorbij aan de geschiedenis van de eerstelijnszorg en wat ze ons voor de toekomst leren kan. De pogingen van hulpverleners om tot samenwerking te geraken, het toenemend isolement van specialisten in de intramurale zorg, de non-interesse van de universiteit voor de praktijk ... hieraan gaat Van der Have voorbij. Zijn eigen voorstellen uit de nota van 1980 ... hij refereert er *niet* eens meer aan. Dat is ook logisch, omdat geen enkel voorstel is uitgevoerd. Kortom wethouder, waar was U en waar bent U eigenlijk mee bezig?

De belangrijkste vraag van de avond luidde: 'Wethouder, welke problemen komen op ons af, waarom schrijft U hier niet over en wat is het verband tussen deze problemen en Uw plannen?' Hij wil immers een wijk als proefregio nemen. De gehele hulpverlening van deze te kiezen wijk komt onder ambtelijke regie. Maar de pretentie die hieraan ten grondslag ligt staat niet ter discussie. Via de STOEL zijn al eerder de kanttekeningen van instellingen bij deze nota van 1984 gepubliceerd. De STOEL maakte van de gelegenheid gebruik belangstellenden erop te wijzen, dat de Plaatselijke Huisartsenvereniging (PHV) weigerde aan het debat deel te nemen.

Dit conservatieve bolwerk kan zich deze houding veroorloven. De wethouder heeft immers in de nota verklaard, de huisarts weer als primus inter pares te beschouwen. In principe ondergraaft hij hiermee, overigens zonder toelichting, de ratio van de samenwerking. Welnu, de PHV onderhandelt wel afzonderlijk met het gemeentebestuur; het voorrecht van de belangrijksten.

De echt serieuze gesprekspartners in Rotterdam maakten deze avond echter duidelijk dat deze nota niet aanvaardbaar is. De wethouder beloofde een nieuwe nota te schrijven. De STOEL publiceert ook de voordrachten en gesprekken van deze boeiende avond. Belangstellenden kunnen exemplaren bestellen (010-665533). Met behulp hiervan kunnen de volgende gestes van de wethouder bekeken worden.

LAURENT VAN DER MAESEN

Noten

1. 'Voorstel tot stichting en exploitatie van groepspraktijken', gem. Rotterdam, maart 1972. 2. 'In de politieke houdgreep', studiegroep van het Breed Cornitee Welzijn Rotterdam; Van Loghum Slaterus, Deventer 1980. 3. 'Beleid t.a.v. de eerstelijns gezondheidszorg, een terreinverkenning', en 'Beleidsnotitie eerstelijns gezondheidszorg', B&W Rotterdam, verzamelingen 80 volgnr, 8836 d.d , 2-9-1980 resp. d.d. 3-3-1980. 4. 'Onderzoek gezondheidscentra, een interimreportage', PenO adviesgroep van APO, gem. Rotterdam d.d , 11-8-1981. . .5. Brief van de wethouder Volksgezondheid aan de wethouder APO, gem. Rotterdam nr. VG 9687 d.d , 29-9-1981. . 6. Brief van de gezondheidscentra Randweg en Ommoord aan de wethouder Volksgezondheid d.d, 23-10-1981, 7. 'Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam', secretarie afd. Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen gem. Rotterdam, mei 1984.

DE OPIUMWET, EEN HISTORISCHE VERGISSING

Van roken krijg je kanker, alcohol is slecht voor je lever en je maakt er ongelukken mee in het verkeer.. Te vaak patat met is ook al niet goed. Toch zijn dat geen redenen om tabak, alcohol of patat te verbieden. Er is een klein aantal stoffen waarvan het gebruik verboden is (tenzij het op medisch voorschrift gebeurt, want artsen staan boven de wet). Deze stoffen zijn onder andere opium en daaruit geïsoleerde of verder bewerkte produkten (morfine en heroine), coaïne, amfetamine en hennepprodukten (marihuana en hasjiesh).

Wetgeving waarin de verboden geregeld zijn, stamt uit het begin van deze eeuw. Op initiatief van de Verenigde Staten vond in 1912 in Den Haag een internationale conferentie plaats die het Internationale Opium Verdrag opstelde.

Op basis van dit verdrag en latere internationale verdragen werd in Nederland in 1928 de Opiumwet vastgesteld.

Onder sterke Amerikaanse invloed (daar werd zelfs geprobeerd het gebruik van alcohol te verbieden) werd door de internationale gemeenschap besloten het gebruik van bepaalde 'roesmiddelen' te verbieden. Kennelijk paste het gebruik van deze middelen niet in de idealen van de burgerlijke maatschappij, zoals die in die tijd geformuleerd werden.

Gebruik van cannabis (onder andere bij negers in Amerika), opium (chinezen), coca (indianen in Zuid-Amerika), hallucinogene paddestoelen en cactussen (indianen in Noord-Amerika) en alcohol (arbeiders en werklozen in industriële centra) kwam vooral voor bij wat de westerse maatschappij randgroepen noemt, die met hun eigen cultuur een bedreiging vormden voor de normen van de burgerlijke maatschappij en dus uitgebannen moesten worden. De westerse overheersing blijkt wel uit het feit dat alcohol uiteindelijk niet verboden werd en cannabis wel, terwijl in de meeste islamitische landen cannabisgebruik sociaal geaccepteerd was en alcoholgebruik bepaald niet..

Europeanen hebben de hele wereld veroverd. Ze hebben Afrika, Azië en Amerika gekoloniseerd en daar allerlei nieuwe produkten vandaan gehaald. Indachtig het gezegde 'wat een boer niet kent, dat eet hij niet', is de introductie in de westerse wereld van talrijke exotische produkten echter lange tijd vertraagd. Het drinken van bijvoorbeeld koffie en thee en het eten van aardappelen, tomaten en chocola is een tijd lang als een riskante onderneming beschouwd. Als het internationale opiumverdrag al in de 18e eeuw aangenomen was, zou de kans groot zijn dat nu ook koffie als een drug beschouwd zou worden.

Een aantal middelen met meer of minder roesverwekkende eigenschappen waren do-or deze afwerende houding in het begin van deze eeuw nog niet in aanzienlijke mate tot de westerse burgerij doorgedrongen. Zij vormden het cultuurgoed van minderheden die aangepast of onderdrukt moesten worden. Blijkbaar waren alcohol en tabak al te veel geaccepteerd om nog verboden te kunnen worden. De poging om alcohol in de Verenigde Staten te verbieden mislukte. De drooglegging van Amerika heeft alleen maar een bloeiperiode voor de maffia tot gevolg gehad.

Een bloeiende maffia is er nu nog steeds, waar het gaat om de handel in middelen die nu nog bij de Opiumwet verboden zijn. Met alle negatieve gevolgen vandien: een oncontroleerbare big business en maatschappelijk uitgestoten en gecriminaliseerde gebruikers.

Cannabis, coca en de meeste hallucinogenen zijn medisch gezien zeker niet slechter voor de gezondheid dan het vrij verkrijgbare alcohol.. De verstandigste manier om het huidige illegale gebruik te elimineren is dus het schrappen van deze middelen uit de Opium wet.. Zweden zal wel weer heftig protesteren, maar de Nederlandse repliek kan eenvoudig zijn: wij wensen een wat gevarieerder straatbeeld dan de Zweedse steden, waar bijna uitsluitend alcoholisten als 'rare mensen' het straatbeeld opfleuren.

Het gebruik van heroine is wat minder gezond. Maar ja, er sterven hier jaarlijks meer mensen aan de gevolgen van roken dan aan het gebruik van heroine. Daarbij moet dan ook nog bedacht worden, dat heroinegebruikers gedwongen worden tot een crimineel leven, daardoor niet meer goed voor zichzelf kunnen zorgen en vaak produkten van dubieuze kwaliteit aangesmeerd krijgen.

Laten we de Opiumwet maar opheffen. Geef iedereen recht op zijn eigen roesmiddel.. De regering mag best een ontmoedigingsbeleid voeren, met accijns op heroine, propagandacampagne tegen cannabis en strafbaarstelling van cocaïne in het verkeer.. Medisch gezien zijn de argumenten daarvoor niet sterker dan de argumenten om het gebruik van tabek, patat of alcohol te beperken.

Men moet beseffen dat alle culturen in alle tijden roesmiddelen gebruikt hebben en zullen blijven gebruiken. Voor deze middelen bestaat praktisch geen medische indicatie, dus moet het gebruik ervan ook niet via medische kanalen lopen. Slijterij, drogisterij en tabakshandel verkopen wel meer middelen, waarvan het gebruik niet zo goed is voor de gezondheid. Roesmiddelen passen daar prima in.

De opium wet moet afgeschaft worden. De opiumwet is een historische vergissing.

PAUL VAN DEN BERG

Artsen onder elkaar

Het huidige Medisch Tuchtrecht biedt veel stof voor discussie. Langzamerhand komt, zij het wat aarzelend, de al lang bestaande onvrede aan de oppervlakte. Het einde van een tijdperk waarin dokters achter gesloten deuren beoordelen of klachten tegen hun collega's al dan niet terecht zijn lijkt echter nog niet in zicht. Integendeel.. De nieuwe tuchtrechtspraak, zoals vormgegeven in het wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), biedt niet veel zicht op wezenlijke verandenngen.
Toch is het mogelijk om tuchtrechtspraak op een geheel andere wijze vorm te geven. André Knottnerus pleit dan ook voor het opheffen van het huidige Medisch Tuchtrecht en voor het verdelen van de erfenis onder bijvoorbeeld patiënten en juristen.

De gebreken van het tuchtrecht

ANDRÉ KNOTTNERUS is huisarts, verbonden aan de R.U. Limburg te Maastricht

Het medisch tuchtrecht staat danig ter discussie. De allang bestaande kritiek is weer actueel geworden nu de Commissie Geelhoed dit voorjaar weer een dereguleringsadvies aan de regering heeft uitgebracht. . Eén van de wetten die volgens de commissie drastisch vereenvoudig moet worden is het wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). In deze wet zou een nieuwe tuchtrechtspraak worden opgenomen, en het tuchtrecht zou worden uitgebreid tot de paramedische beroepen als verpleegkunde en fysiotherapie. Zeer tegen de zin van de betrokken beroepsgroepen wijst de Commissie-Geelhoed deze uitbreiding af. Het bestaande tuchtrecht voor artsen, tandartsen, apothekers en vroedvrouwen wordt intussen ongemoeid gelaten.
Nu de politieke besluitvorming over het tuchtrecht weer verder kan gaan, zet ik de voor- en nadelen nog eens op een rij en geef aanzetten voor een andere vorm van klachtenbehandeling in de gezondheidszorg.

Problemen

Het probleem van het tuchtrecht is vooral dat het in de praktijk verschillende doelen tegelijk dient, en daarin niet slaagt:
De kwaliteitsbewaking, het oorspronkelijke doel, kan maar zeer ten dele bereikt worden. Voor een deel komt dat door de opzet en het besloten karakter van de tuchtrechtspraak, voor een deel ook door het feit dat veel zaken (zowel medisch-technische, medisch-ethische, als relationele) niet binnen de sfeer van de tuchtrechtspraak, en soms ook de rechtspraak in het algemeen, op te lossen zijn.
Het strafelement. Artsen die naar de mening van het college over de schreef gaan worden op de vingers getikt, voor buitenstaanders en wellicht ook voor insiders op relatief milde wijze. In die zin mild, dat er rechtsongelijkheid bestaat tegenover anderen die voor vergelijkbare feiten veel zwaarder gestraft worden. Zo reageerde onlangs in Medisch Contact een arts boos op de 10.000 boete die opgelegd was aan een huisarts die met onoordeelkundige en onzorgvuldige methadonverstrekking aan verslaafden zeker 250.000 gulden verdiend had.[1]

Het behandelen van de klacht van de individuele patiënt. . Het tuchtrecht is hiervoor bedoeld noch toegerust. . Genoegdoening in andere vorm dan dat men eventueel de betrokken hulpverlener gestraft ziet, is voor de patiënt niet geregeld. Dit blijft zo, ook al zal de BIG nadruk leggen op het tekortschieten in individuele gezondheidszorg. Juist hierin komt de tweeslachtigheid naar voren.
Algemene punten van kritiek zijn het sfeertje van 'beroepsbeoefenaren onder elkaar' dat rond de tuchtrechtspraak hangt, en de onduidelijkheid van de criteria die aan het medisch handelen worden gesteld. Het lijkt er op dat het huidige tuchtrecht vlees noch vis is. In elk geval heerst er zowel bij gebruikers als binnen de beroepsgroep grote onvrede.

Hoe vaak en waarover?

Om hoeveel klachten gaat het nu precies? Van 1931 tot 1943 werden er 694 klachten aanhangig gemaakt bij de tuchtcolleges (gemiddeld 53 per jaar).[2] Sinds 1971 is er een geleidelijke toename van het aantal beslissingen (zie tabel 1). Het aantal zaken waarbij een maatregel wordt uitgelegd schommelt tussen de 12 en 22 procent. . In 1981 lijkt een daling te zijn ingetreden. Veel klachten worden daarnaast ingediend bij de inspecteurs van de volksgezondheid (ongeveer 400 per jaar), bij de beroepsorganisties (200 per jaar), bij ziekenfondsen, ombudslieden, allerlei klachtenbureaus en ook bij de gewone rechter. . Slechts weinig van deze klachten worden voorgelegd aan de tuchtcolleges.
Het totaal aantal klachten is nog betrekkelijk gering als men bedenkt dat er dagelijks honderdduizenden medische consulten en verrichtingen plaats vinden. Dit hoeft niet te betekenen dat er weinig problemen zijn. Waarschijnlijk is er sprake van een ijsbergfenomeen. Veel klachten of slechte ervaringen worden niet bij de genoemde instanties gemeld. Niet iedereen kent de weg, anderen zien op tegen zo'n stap: het optreden tegen een arts, het moeten meedoen aan een vooronderzoek, de spanning rond de zitting, de onzekerheid over de uitspraak, de traagheid van procedures (vaak langer dan een jaar). Weer anderen vertrouwen de zaak niet ('ze houden elkaar toch altijd de hand boven het hoofd').

De medische tuchtrechtspraak wordt uitgevoerd door de medische tuchtcolleges. Er zijn vijf 'colleges in eerste aanleg', en er is één beroepsinstantie, het Centraal Medisch Tuchtcollege. De colleges bestaan uit een voorzitter-jurist en vier medische beroepsbeoefenaren. De nu geldende Medische Tuchtwet zal er anders gaan uitzien bij de invoering van de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Dit schema geeft aan waar en hoe het wetsontwerp-BIG verschilt van de huidige Medische Tuchtwet.

	Medische Tuchtwet	Wetsontwerp van de BIG
van toepassing op	artsen, apothekers, tandartsen, verloskundigen.	Eveneens van toepassing op verpleegkundigen, opticiëns en fysiotherapeuten.
tuchtnormen	'Het ondermijnen van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen; nalatigheid waardoor ernstige schade ontstaat voor een persoon voor wie geneeskundige raad of bijstand wordt gevraagd; het in de uitoefening van het vak blijk geven van grove onkunde.'.	'Het tekort schieten in zorg die de betrokkene in zijn hoedanigheid tegenover de patiënt zou moeten betrachten; gedragingen waardoor voor de individuele gezondheidszorg in het algemeen grote schade kan ontstaan.'.
maatregelen	Waarschuwing - berisping - geldboete van maximaal 10.000 gulden; Schorsing in de uitoefening van het beroep voor maximaal één jaar; Ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen.	Gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid en schorsing danwel doorhaling van de inschrijving in het register van het betrokken beroep.
beroepsinstantie	Centraal Medisch Tuchtcollege te Den Haag, en bij zwaardere beslissingen het Gerechtshof	Centraal Medisch Tuchtcollege te Den Haag
rol regionaal inspecteur van de volksgezondheid	Bij de inspectie ingediende klachten onderzoeken; de indiener adviseren; klacht eventueel doorgeven aan tuchtcollege	idem; en bovendien: het tuchtcollege adviseren op grond van eigen onderzoek, ook als anderen een klacht bij het college hebben ingediend

Gehandhaafd blijft de huidige regel dat de zittingen met gesloten deuren plaatsvinden, tenzij het college vindt dat het in het algemeen belang is dat de zaak in het openbaar wordt behandeld. Het zelfde geldt voor het al dan niet in het openbaar uitspreken van de beslissing. Alleen wanneer een maatregel wordt opgelegd die zwaarder is dan een waarschuwing, moet de beslissing in het openbaar worden uitgesproken. Ongewijzigd blijft ook, dat het tuchtcollege kan bepalen dat beslissingen om redenen van algemeen belang geheel of gedeeltelijk worden gepubliceerd, in geanonimiseerde vorm.

Er zijn ongetwijfeld ook mensen die genoegen nemen met de gedachte dat vergissen menselijk is en dat hakken niet kan zonder dat er spaanders vallen.
Patiënten klagen vaak over onjuiste behandeling, onvoldoende zorg, onheuse bejegening en over niet of te laat komen na verzoek (tabel 2). Volgens oud-Geneeskundig Hoofdinspecteur Drion, die jarenlang inzage had in alle klachten en beslissingen, gaat het meestal niet om verwijten over het medisch kennen en kunnen van de betreffende artsen, maar om het falen in een menselijke benadering, gebrek aan communicatie en het onderschatten van de probleemsituatie van de patiënt..[3]
Klachten richten zich in het algemeen op artsen met wie men een directe patiënt-arts relatie heeft.. Uit het jaarverslag 1981 van de Geneeskundige Hoofdinspectie blijkt dat tegen laboratoriumartsen en patholoog-anatomen geen klachten werden ingediend. Toch hebben deze artsen grote invloed op veel klinische beslissingen; ook zij maken fouten, soms met ernstige gevolgen. Veel handelen dat sterk bepalend is voor de kwaliteit van de zorg valt kennelijk buiten de actie radius van het tuchtcollege. Te denken valt ook aan de verantwoordelijkheden van medische onderzoekers, wier publikaties, hoe onzinnig ze ook soms zijn, vaak leidraad zijn bij (de ontwikkeling van) medisch handelen.

Artsen onder elkaar?

Tot 1972 waren de zittingen van de tuchtcolleges besloten. Sindsdien kan een college om redenen van algemeen belang bepalen dat de zitting of uitspraak openbaar zal zijn. Hiervan maakt het college echter weinig gebruik. Slechts 5 procent van de uitspraken wordt - zij het in geanonimiseerde

vorm - gepubliceerd. Van de overige 95 procent is alleen globale informatie bekend. Ook in het voorontwerp van de BIG zal het overgrote deel van de tuchtrechtspraak besloten blijven! Dit in tegenstelling tot de gewone rechtspraak in het sociale verzekeringsrecht, waarbij zittingen slechts bij hoge uitzondering achter gesloten deuren plaatsvinden. De selectie van de te publiceren uitspraken blijft eveneens in de handen van de colleges zelf. Toch heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zich in 1982 uitgesproken voor een openbaarheid van behandeling met de mogelijkheid van uitzonderingsgevallen. Het is echter onduidelijk wat er met dit advies gaat gebeuren. Waarschijniijk zullen de artsen een grote weerstand hebben tegen een dergelijke regeling.

De kwaliteitsbewakende en corrigerende werkzaamheden van de tuchtcolleges blijven zich dus aan het oog onttrekken. Vooral in die gevallen waarbij het niet tot een maatregel komt moet men een blind vertrouwen hebben op het wijze oordeel van beroepsgenoten van de medicus. Om te verdedigen-- dat de tuchtcolleges merendeels uit beroepsgenoten bestaan gebruikt men in het algemeen het argument dat het handelen van medici alleen door deskundigen, dus andere medici, beoordeeld kan worden. Het is echter niet duidelijk waarom deze deskundigen geen genoegen kunnen nemen met een adviserende in plaats van een rechtsprekende rol. Bovendien, welke plaats is de patiëntendeskundigheid toegedacht? Daar het immers zo vaak gaat om klachten over de omgang van de arts met de patiënt, is juist deze vraag zeer belangrijk. De achtergrond van het idee dat de beroepsgenoten elkaar toch maar de hand boven het hoofd houden wordt door het voorontwerp van de BIG niet weggenomen. Helaas, want dit is voor patiënten terecht een zeer gevoelig punt. De opgelegde maatregelen zijn voor het publiek immers onbegrijpelijk licht. Hoe kan het nu dat een arts die het verkeerde been afzet slechts een berisping krijgt terwijl een vrachtwagenchauffeur die brokken maakt de bak in kan draaien? En wat te denken van de kortdurende schorsing van een psychiater die handtastelijk of erger geweest is, terwijl op aanranding toch gevangenisstraf staat? Ondanks het feit dat eenzelfde klacht zowel aan het tuchtrecht als het gewone recht kan worden voorgelegd, en dat het Openbaar Ministerie en de Inspectie van de Volksgezondheid vaak overleg plegen over de te nemen stappen blijft het sfeertje van artsen onder elkaar rond het tuchtrecht hangen. Zo'n sfeer van beslotenheid, gecombineerd met een terughoudend beleid ten aanzien van de publikatie van uitspraken, past niet bij de pretenties die de tuchtrechtspraak heeft. Of het nu de bewaking van de kwaliteit, het garanderen van het vertrouwen in de medische beroepsgroep, of het preventieve aspect betreft, het is van belang dat beoordeling in alle openheid geschiedt. Het 'niet openbaar, tenzij', zou een 'openbaar, tenzij' moeten worden.

Disciplinering

Het feit dat individuele artsen bij tijd en wijle gekapitteld kunnen worden door collega's is nog geen uiting van het kritisch bezig zijn met de kwaliteit van het eigen vak. Het gaat meer om het corrigeren van de overschrijding van bestaande normen. Zeker, deze normen maken enige ontwikkeling door. De werkwijzen van de achttiende eeuwse steensnijder zouden nu op zijn minst tot een waarschuwing leiden; en in de vijftiger jaren moest men durf hebben om te experimenteren met reageerbuisbevruchtingen. Het 'gros van de meute trekt langzaam en aaneengesloten voort; degenen die iets nieuws of alternatiefs willen doen moeten weten dat ze hun nek uitsteken. Beide kampen kunnen daarbij gelijk of ongelijk hebben. De meute, omdat haar houvast nu eenmaal meer berust op het gezag van de overlevering dan op dat van de wetenschappelijke bewijsvoering; de vernieuwers, omdat nieuwe kennis en methoden pas gevonden worden nadat men deze soms op verkeerde plekken gezocht heeft.

Een bij artsen en patiënten nog steeds vrij stevig verankerde opvatting is, dat te weinig handelen altijd slechter is dan te veel handelen, en dat een specialistische blik altijd beter is dan die van een huisarts. Het is opvallend dat in de rangschikking van de klachten door de Hoofdinspectie wél bestaan de categorieën 'niet of te laat komen', 'onvoldoende zorg', 'onvoldo ende informatie' en 'niet of te laat verwijzen', maar dat 'ten onrechte of te vroeg komen', 'veel te veel zorg', 'een overmaat aan informatie', 'ten onrechte, te vroeg of te veel verwijzen', of 'ten onrechte niet, te laat, of te weinig terugwijzen naar de huisarts', niet in de rubricering zijn terug te vinden.

De laatste jaren is gebleken dat veel huisartsen zich niet kunnen herkennen in de opstelling van tuchtcolleges. In de jaargangen 1981 en 1982 van Medisch Contact was een record aantal brieven opgenomen van huisartsen. Zij werden boos over een tweetal uitspraken waarbij een collega een maatregel werd opgelegd. Het eerste geval betrof een huisarts, die na onderzoek van een bejaarde patiënt niet tot een diagnose kon komen maar een acute blindedarmontsteking niet kon uitsluiten. De arts deelde mee over enkele dagen in elk geval terug te komen en vroeg de echtgenote van de patiënt hem te waarschuwen als zich een wijziging in de toestand voordeed. Na vier dagen werd de arts door de echtgenote gealarmeerd daar de patiënt 'in elkaar was gezakt'. Na een spoedopname overleed de patiënt twee dagen later aan een acute blindedarmontsteking. Het Centraal Medisch Tuchtcollege vond de begeleiding zoals de huisarts die had geboden ontoelaatbaar. De patiënt had tenminste binnen 24 uur weer onderzocht moeten worden."

In het tweede geval ging het om een huisarts die bij een patiënt met een goedaardig aanvoelend knobbeltje in de borst tot tweemaal toe met een röntgenfoto (mammografie) geen verdachte afwijkingen vond. Na een jaar werd echter toch op deze plek borstkanker gevonden. Het Centraal Medisch Tuchtcollege oordeelde dat in eerste instantie meer, of op zijn minst herhaald, onderzoek had moeten plaatsvinden. Ook stelde het college, dat 'de patiënte die een indicatie heeft voor mammografie tevens moet worden gezien door een specialist die ervaring heeft in het palperen, te weten een chirurg'.[5]

In huisartsenkringen vond men, dat het Centraal College geen oog had voor de afwachtende houding die de huisarts vaak moet aannemen. In veel gevallen dreigt het gevaar van overbodige en soms schadelijke diagnostiek en therapie. Ook hield men geen rekening met de verantwoordelijkheid van de patiënt, en het belang ervan om deze te respecteren en te bevorderen. Als laatste verweet men het Centraal College gebrek aan vertrouwen in de technische bekwaamheden van huisartsen, die vaak grote routine hebben in de kneepjes

Tabel 1: Beslissingen van tuchtcolleges vanaf 1971

Jaar	aantal beslissingen in eerste aanleg	aantal maatregelen (absoluut)	aantal beroeps-zaken	aantal malen waarin uitspraak in beroep is gewijzigd
1971	165	21	21	0
1972	196	40	12	2
1973	172	3S	36	2
1974	154	28	39	3
1975	272	33	88	7
1976	265	39	60	10
1977	296	49	74	8
1978	366	78	64	8
1979	396	66	83	9
1980	477	94	105	11
1981	353	67*	47	1*

*: voorlopig cijfer
bron: jaarverslag Geneeskundig Hoofdinspecteur 1981, Staatsuitgeverij 1983.

van het lichamelijk onderzoek. Nu was het niet erg gelukkig dat de huisartsen probeerden het belang van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt te demonstreren door middel van een acute blinde darm-casus. Daar waar verantwoordelijkheid misschien niet is of kan zijn kun je die niet zomaar proclameren. Het ging om een bejaard paar, met een wellicht nog traditionele opvatting over de arts-patiënt-relatie. Verder is het wrang om daar waar de patiënteninbreng gering is (namelijk het tuchtrecht) die verantwoordelijkheid als kroongetuige op te voeren. Er zit hier een hele verantwoordelijkheidsdiscussie aan vast; wat zijn de voorwaarden, wat de grenzen, wat is de verantwoordelijkheid van wie? Het beantwoorden van deze vragen vergt een diepgaand maatschappelijk proces waaraan het tuchtrecht weinig zal kunnen bijdragen.
Zonder verder op de concrete inhoud van de voorbeelden in te gaan, is het begrijpelijk dat de uitspraken van het Centraal College kunnen worden opgevat als een rem op de ontwikkeling van meer terughoudende geneeskunde. Daarbij speelt nog een medisch-wetenschappelijk probleem: er is nog weinig bekend over de betekenis van allerlei klachten waarvoor de huisarts wordt geraadpleegd. Vaak is niet duidelijk waar het evenwicht tussen te weinig zorg en te veel zorg gezocht moet worden. De tuchtcolleges putten echter hun medische kennis voornamelijk uit specialistische literatuur, en die is vaak niet van toepassing op problemen waarmee huisartsen te maken krijgen.

Defensieve geneeskunde

Wat de effecten zijn van de tuchtrechtspraak op het handelen van artsen is niet goed onderzocht. In hoeverre het doel bereikt wordt (preventieve werking, kwaliteitsbewaking) is daarom niet bekend. Tegengestelde effecten, dat wil zeggen kwaliteitsverlagende, zijn evenzeer denkbaar. . Alleen al het bestaan van het tuchtrecht op zich kan ervaren worden als een zwaard van Damocles of als iets waartegen men zich moet indekken.f Wie met artsen praat zal merken dat dit een factor van betekenis is. Zo kan zich een 'defensieve geneeskunde' ontwikkelen: gedrag van artsen, gericht op het vermijden van klachten van patiënten over de zorg. Geen risico's nemen, zoveel mogelijk onderzoek doen, snel verwijzen, bijvoorbeeld van alle 'onduidelijke buik- en borstklachten'. Geen discussies of confrontaties aangaan met de patiënt, hem altijd zijn zin geven. Soms ook het juist niet verrichten van handelingen die een zeker risico met zich meebrengen.

Over de omvang van deze effecten is in ons land weinig bekend. In de Verenigde Staten heeft de American Medical Association in 1972 een enquête gehouden, omdat men benieuwd was naar de invloed van de zogenaamde 'malpractice boom' (de explosieve toename van het aantal schadeclaims tegen artsen) op het medisch handelen. Tachtig procent van de huisartsen antwoordde dat de 'malpractice dreiging' hen had gebracht tot extra verrichtingen'. [7] Sommigen menen zelfs dat de stroming van de 'waarheid aan het ziekbed' in de Verenigde Staten al vroeg zo sterk was omdat artsen bang waren voor schadeclaims van (familie van) patiënten die niet of erg laat over hun hopeloze toestand waren ingelicht. .
In de VS gaat het meeste juridische verkeer tussen patiënten en artsen via de gewone rechter. . Er zijn zoals gezegd veel schadeclaims, de artsen - en indirect de patiënten - betalen hoge verzekeringspremies voor beroepsaansprakelijkheid. Het medisch handelen zal er vaak in defensieve richting worden beïnvloed. De Amerikaanse ontwikkelingen kan men echter niet zo maar op ons land projecteren. De advocatuur en de rechtspraak zitten heel anders in elkaar, en de behoefte te vervolgen om materiële redenen is groter: de kosten van gezondheidszorg zijn lang niet volledig gedekt voor iedereen. Ook het doorgaan van je inkomen bij ziekte is in de VS minder goed geregeld. In ons land kun je je dus gerust afvragen of het niet beter en duidelijker is om alle officiële klachten tegen medische beroepsbeoefenaren te laten behandelen door de gewone rechter, via een civielrechtelijke of strafrechtelijke procedure. De openbaarheid is dan beter geregeld, en de positie van de medici minder overheersend. Het bezwaar dat dit zou leiden tot een explosie van procedures tegen artsen lijkt niet gegrond. Het is niet in te zien waarom de drempel om te procederen tegen artsen plotseling onverantwoord laag zou worden. Een procedure blijft iets waar men niet zomaar aan begint. Bovendien, als er een reële behoefte zou bestaan aan meer klachten tegen artsen, zou het nooit een oplossing kunnen zijn om het aantal procedures af te remmen door middel van ingewikkelde tussenschakels. E~ die behoefte zou kunnen bestaan gezien het lage aantal klachten dat door patiënten in ons land daadwerkelijk wordt ingediend. Als beroepsgroep moet men zich richten op het ontdekken en wegnemen van de oorzaken van de onvrede, en niet op het indammen van de onvrede zelf..
Voor juridisering van de gezondheidszorg hoeft men in dit verband ook niet gauw bang te zijn. 'De negatieve kanten van juridisering zijn met name te vinden aan de overheids- en hulpverleningskant, niet aan de patiëntenkant. . Daar is nog bijna niets goed geregeld,', aldus Leenen. [8]
De vrees kan bestaan, dat zich een type patiëntenrecht ontwikkelt dat ruim baan geeft aan de houding van de patiënt als een passieve consument: een patiënt die zelf niet verantwoordelijk is, en alles wat misgaat via de rechter op dokters afwentelt.. Als een dergelijke situatie zou dreigen, wordt deze alleen maar bevorderd door een ook weer door dokters beheerste klachtenbehandeling. Zij is alleen te vermijden door een fundamenteel andere gezondheidsopvoeding en -zorg, waarbij mensen leren omgaan met eigen gezondheidsproblemen. Er zou daarnaast een klachtenprocedure ontwikkeld moeten worden waarin de inbreng van de gebruikers een belangrijke rol speelt..

De erfen is verdelen

Misschien is het nog wel het beste om het medisch tuchtrecht op te heffen, en haar erfenis te verdelen.
In de eerste plaats moeten vormen van klachtenbehandeling die dicht bij de plek des onheils liggen meer kans krijgen en verder ontwikkeld worden. Dat kan worden geregeld per praktijk, gezondheidscentrum of instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). Aangesloten kan worden op vele ervaringen, variërend van die van de Stichting Ombudsman in de Psychiatrie tot de activiteiten van patiëntenraadsleden in ziekenhuizen en de klachtencommissie van team en bewoners zoals die functioneert in het gezondheidscentrum Holendrecht. Belangrijk daarbij is de klachtenbemiddeling, met het doel om in overleg tussen klagers en hulpverleners tot oplossingen te komen voordat men verstrikt raakt in allerlei formele procedures. Bovendien kunnen kwaliteitsaspecten die aan de orde zijn in gedemocratiseerd perspectief worden geëvalueerd, en in een vroeg stadium kunnen bijstellingen worden aangebracht.
Op meer algemeen niveau zouden er klachtencommissies kunnen komen, ressorterend onder bijvoorbeeld de Inspectie van de Volksgezondheid, en met een aanzienlijke inbreng van gebruikerskant. Dit laatste alleen al, omdat er aan de meeste klachten belangrijke niet-strikt-medische aspecten zitten. Dergelijke commissies zouden een duidelijk herkenbaar en vertrouwd adres moeten worden waar men in principe met alle klachten terecht kan.
In de derde plaats moeten die gevallen waarbij men mogelijk over de schreef gegaan is van wat toelaatbaar is, rechtstreeks aan de gewone rechter worden voorgelegd. Deze kan zich door verschillende (waaronder medische) deskundigen laten adviseren. Dit voorkomt een dubbele rechtspraak, met alle nadelen van dien voor zowel de betrokken klagers als de beroepsbeoefenaren. De inbreng van de beroepsgroep wordt dan beperkt, en genoegdoening in de zin van bijvoorbeeld schadevergoeding beter bereikbaar. Bovendien is er dan geen bijzondere positie wat betreft rechtspraak meer voor de medische beroepsgroep. Hiervoor is ook geen duidelijke reden aanwijsbaar, als men een vergelijking trekt met andere beroepen waarbij verantwoordelijkheden worden gedragen. En in welk beroep is dat niet het geval?
Als er algemene vragen zijn over de kwaliteit van de hulpverlening en over wat wel goede gezondheidszorg is en wat niet, is het logisch om aan te sluiten op de activiteiten die in gang zijn of ontwikkeld worden: discussies over de inhoud van de medische opleiding, nascholing en bijscholing, intercollegiale toetsing, (het ontwerpen van) eisen ten aanzien van (behoud van) registratie als beroepsbeoefenaar. Ook hier zal echter meer dan tot nu toe ruimte moeten komen voor inbreng van gebruikerszijde.
Indien het tuchtrecht blijft bestaan (wat vooralsnog te verwachten is) zal het voor zijn geloofwaardigheid van belang zijn dat de openbaarheid beter geregeld wordt, en dat in de besluitvorming een forse, liefst georganiseerde inbreng van gebruikerskant geformaliseerd wordt. Beroepsgroepen die nog geen tuchtrechtspraak kennen, maar waarvoor invoering overwogen wordt (zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten) doen er inmiddels goed aan zich te bezinnen over wat op handen is.

Tabel 2: Aard van de klachten, behandeld door tuchtcolleges 1981

categorie	aantal	aantal maatregelen
onjuiste behandeling	102	17
onvoldoende zorg	73	21
onheuse bejegening	33	6
niet of te laat komen op verzoek	22	5
onjuiste verklaring of rapport	16	5
onvoldoende informatie	8	1
niet of te laat verwijzen	7	2
schending beroepsgeheim	6	4
onjuiste declaratie	2	1
onzedelijk gedrag	1	1
overige klachten	83	4
totaal	353	67

bron: jaarverslag 1981 Geneeskundig Hoofdinspecteur.

Noten
1. Gunning, F.D., Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam, Medisch Contact (1984) 39,361 (ingezonden). 2. Gaay Fortman, B. de, Medisch Tuchtrecht, 1947, Tjeenk Willink, Zwolle. 3. Drion, R., Een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege, recht of onrecht? Medisch Contact (1981) 36,638-640. 4. Centraal Medisch Tuchtcollege, Waarschuwing voor huisarts wegens onvoldoende zorg voor een patiënt, Medisch Contact (1981) 36,21. 5. Centraal Medisch Tuchtcollege, Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom, Medisch Contact (1982) 37, 250. 6. Mijn, W.B. van der, Het medisch tuchtrecht als zwaard van Damocles, Medisch Contact (1976) 31,400. 7. Sluyters,B., e.a., Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland en de relatie ziekenfonds-arts-patiënt, Kluwer, Deventer 1974, p. 26. 8. Leenen, HJ.J.,Juridisering van de gezondheidszorg, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1982, 105-108. 9. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Jaarverslag 1981 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1983.

Aanvulling op interview met Renée van Aller

Het interview met Renée van Aller in 37.5 nummer 2, jaargang 2, kan de indruk wekken dat het Beterschap alleen maar een beroepsvereniging is. Dit is niet het geval. Binnen het Beterschap wordt gelijke aandacht besteed aan zowel de beroepsinhoud als de arbeidsvoorwaarden.
Persoonlijk ziet Renée van Aller het liefst één grote categorale beroepsvereniging/vakbond voor verpleegkundigen ontstaan. De kennis en energie van de verschillende organisaties kunnen op deze manier gebundeld worden. Nog steeds bestaat er onvoldoende kennis om voldoende aandacht aan de belangenbehartiging van particuliere diensten en verzorgende beroepen te geven. Hier moet hard aan gewerkt worden in het belang van een goede zorg.

Het onrecht van de verlengde arm

De verpleegkundige zit in een benarde situatie. Al jaren is het aantal geneeskundige handelingen dat zij moet doen tersluiks aan het toenemen, en in al die jaren is dat gebeurd zonder dat daar ook maar een grein wettelijke bescherming tegenover stond. De verpleegkundige mag nu eenmaal alleen verplegen, niet genezen. 'Oplossingen' als autorisatie blijken bij nadere beschouwing niet meer dan een juridisch waardeloos stukje papier. Zo gauwer iets fout gaat bij het uitvoeren van geneeskundige handelingen dreigt de verpleegkundige daardoor al snel in de rechtszaal te belanden.
Renée van Aller legt in dit artikel uit hoe één en ander precies in elkaar steekt. Ook geeft zij aan dat het wetsontwerp op de Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg ontoereikend is in het aangeven van oplossingen voor deze kwestie. Tóch wil zij om politiek-strategische redenen dat het verpleegkundig beroep in de wet wordt opgenomen.

RENÉE VAN ALLER is directeur van 'Het Beterschap'

De onzekere positie van de verpleegkundige

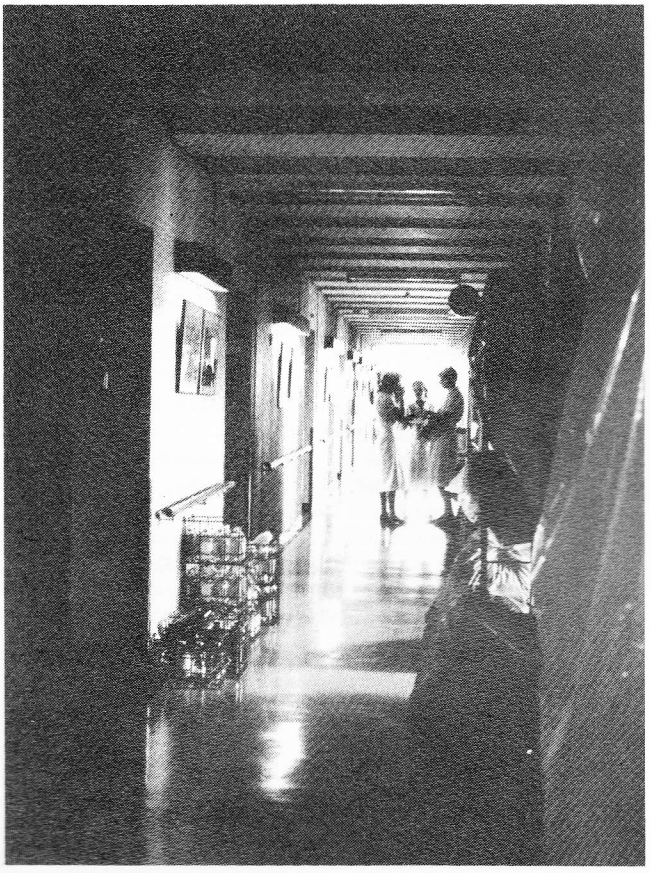
Een verpleegkundige bracht onlangs in een verpleegtehuis een sonde in bij een patiënt. Een vrij normale gang van zaken, hoewel verpleegkundigen eigenlijk niet bevoegd zijn om deze handeling te verrichten. In dit speciale geval ging er iets mis; de sonde had ditmaal alleen onder röntgencontrole mogen worden ingebracht, maar dat werd over het hoofd gezien. De sonde zat in de longen, de patiënt werd gevoed en stikte. De verpleegkundige belandde daarmee in een lastig parket. Ze kon worden aangesproken wegens dood door schuld, of voor een schadevergoeding wegens wanprestatie, of wegens een onrechtmatige daad. De werkgever had de mogelijkheid om haar op staande voet te ontslaan. (Zie schema 1.) Voor een aantal vragen blijft het moeilijk om een sluitend antwoord te krijgen: heeft de arts wel doorgegeven dat de sonde alleen onder röntgencontrole mocht worden ingebracht? En waarom bracht de verpleegkundige een sonde in terwijl het niet mocht? De kans is groot dat er bewijsmoeilijkheden ontstaan, wat doorgaans slecht uitpakt voor de verpleegkundige.

Nu worstelen verpleegkundigen al jaren met het hardnekkige probleem dat in theorie hun bevoegdheden wel duidelijk omschreven zijn, maar dat in de praktijk onbevoegd handelen veelvuldig voorkomt. De verpleegkundige is bevoegd tot

Schema 1: Aansprakelijkheid verpleegkundige

Arbeidsrechtelijk	Conform ambtenarenregelement of CAO kunnen als het voorval daartoe aanleiding geeft disciplinaire maatregelen worden genomen: berisping, waarschuwing, schorsing, onbetaald verlof, ontslag al dan niet op staande voet.
Civielrechtelijk	Indien door het voorval schade door de schuld van de verpleegkundige is berokkend, kan die op grond van wanprestatie of onrechtmatige daad worden aangesproken. Er kan een schadevergoeding geëist worden. De gevolgen hangen af van het dienstverband en persoonlijke of W.A.-verzekering van de betrokken instelling.
Strafrechtelijk	Indien het voorval te wijten is aan schuld of ernstige onzorgvuldigheid van de verpleegkundige en indien dit bewezen wordt, kan na een strafvervolging een boete of gevangenisstraf volgen. Dit gebeurt eerder indien ernstige fouten gemaakt worden bij onbevoegd handelen.
Tuchtrechtelijk (in de toekomst)	Schorsing uit het inschrijvingsregister (tijdelijk mag het beroep niet worden uitgeoefend). Ontzegging van het inschrijvingsrecht in het register (het beroep mag niet meer worden uitgeoefend), waarschuwing, berisping, geldboete.

foto: Ine van den Broek



het zelfstandig verrichten van verpleegkundige handelingen, maar voor geneeskundige handelingen is noch de verpleegkundige noch de ziekenverzorgende bevoegd. Zo'n handeling mag de (leerling)verpleegkundige of - verzorgende alleen verrichten als hij of zij weet hoe te handelen én onder directe begeleiding staat van de bevoegde arts (de 'verlengde arm'-theorie). In de praktijk komt van die begeleiding al jaren niets terecht, en dat leidt tot veel moeilijkheden.

Schijn-constructies

Ondanks al deze vervelende gevolgen is het onbevoegd verrichten van medische handelingen door verpleegkundigen een gangbaar beeld in de Nederlandse gezondheidszorg. Toenemend gebruik van technisch gecompliceerde apparatuur, grote veranderingen in therapie en toediening van medicijnen, leidden er toe dat vele verpleegkundigen werkzaam zijn op het gebied van de arts. Ook de ziekenverzorgenden houden zich met medisch handelen bezig. Ziekenhuizen hebben onder andere door het budgetteren geen belang meer bij opname van 'verpleeghuispatiënten', het bewonersbestand van de verpleeghuizen vereist daardoor een meer medisch-technische behandeling. Via de constructie van de 'verlengde arm' wil men de nog steeds onbevoegde verpleegkundigen en verzorgenden geneeskundige handelingen laten uitvoeren. Daartoe maakt men gebruik van begrippen als delegatie, autorisatie en mandaat.

Er heerst in zieken- en verpleeghuizen zowel als in de literatuur veel verwarring rond deze begrippen. Van delegatie spreekt men wanneer de verpleegkundige of ziekenverzorgende in bepaalde zaken een eigen bevoegdheid en een eigen verantwoordelijkheid heeft gekregen. Een arts kan bijvoorbeeld de bevoegdheid om een sonde in te brengen delegeren aan de verpleegkundige. Wettelijk heeft de dokter echter niet de bevoegdheid om deze medische handeling te delegeren. Het is dus niet in een formele wet geregeld (bijvoorbeeld Wet Uitoefening Geneeskunde of de Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg) en het is en blijft zelfs een overenkomst in strijd met de wet.

Autorisatie of bekwaamheidsverklaring is eigenlijk een wassen neus. De verpleegkundige wordt bekwaam verklaard (krijgt het 'recht') een medische handeling te verrichten zonder de daarbij passende bevoegdheid. Dit is een uiterst merkwaardige constructie: de verpleegkundige 'mag' een sonde inbrengen, maar is er niet toe bevoegd. Uiteindelijk mag een verpleegkundige dus géén sonde inbrengen!

Deze bekwaamheidsverklaringen (ook wel 'machtigingen') worden in de instelling per individu of collectief verstrekt. Ze zijn echter niet zo vanzelfsprekend als men wel doet voorkomen; integendeel is er langzamerhand sprake van arbeidsrechtelijk misbruik. Wie zich niet 'vrijwillig' laat autoriseren, krijgt geen baan of verliest zijn baan. Er kleven echter ook bezwaren aan als de verpleegkundige zich wél laat autoriseren. De verpleegkundige die onbevoegd bekwaam is verklaard, wordt in de rechtspraak gezien als een specialist. Aan een specialist kunnen strengere eisen gesteld worden dan aan een niet-specialist. Er bestaat naast een toename van taken een verzwaarde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.

Bij een mandaat tenslotte blijft de verantwoordelijkheid bij de opdrachtgever (de arts). De arts is daarbij aansprakelijk voor de opdracht, de verpleegkundige of verzorgende voor de uitvoering van de geneeskundige opdracht.

Zolang nog niet wettelijk is vastgelegd tot welke geneeskundige handelingen verpleegkundigen wel bevoegd zijn en tot welke niet, zullen verpleegkundigen zich met deze niet-gewenste schijnconstructies moeten behelpen. En het lijkt erop dat het nog wel even zal duren voordat wezenlijke veranderingen ingevoerd worden. Alhoewel: biedt misschien het 'binnenkort' in te voeren wetsontwerp Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) zicht op betere regelingen?

Toch in de BIG

Met het wetsontwerp Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) gaat men terug naar de tijden vóór 1865, toen de Wet Uitoefening Geneeskunde van kracht werd. Met de BIG wordt de geneeskunde weer vrijgegeven aan meerdere beroepsbeoefenaren. Er blijft echter een gebied van handelingen waarvoor alleen artsen bevoegd zijn. Op zich hoeft dit niet slecht te zijn, als er maar goede waarborgen voor een optimale en bekwame beroepsuitoefening bestaan; als het beroep beschermd wordt en bijpassende bevoegdheden kent kan er weinig mis gaan. Van dit alles komt echter in de BIG niets terecht. Het voorontwerp van de BIG regelt niets voor verpleegkundigen, laat staan voor ziekenverzorgenden. De wankele constructie van de 'verlengde arm' zal gewoon gehandhaafd blijven, omdat het wetsontwerp de verpleegkundige geen enkele eigen bevoegdheid voor bepaalde medische handelingen geeft. Het betekent dus een achteruitgang: de beroepsontwikkeling is verder, maar wordt zo voorgoed afgebroken. In de toekomst zullen verpleegkundigen zelfs niet bevoegd zijn zelfstandig injecties te geven.
De commissie Geelhoed, die zich bezighoudt met vereenvoudiging van de wetgeving, heeft gesteld dat ondermeer verpleegkundigen niet in de BIG-wet thuis hoorden. Argumenten hiervoor waren de huidige politieke constellatie, de bezuinigingen en de eenvoud van de wet.

Ondanks de slechte regeling van bevoegdheden in de BIG is het toch zinvol voor verpleegkundigen om onder deze wet te vallen. De redenen hiervoor zijn van politiek-strategische aard. Het huidige kabinetsbeleid, de bezuinigingen (zie de commissie Geelhoed), de privatisering en het gering maatschappelijk aanzien van verpleegkundigen, doen vrezen dat een aparte regeling voor deze beroepsgroep niet haalbaar is. Eenmaal opgenomen in de BIG, kunnen verpleegkundigen in ieder geval sterk de aandacht vestigen op het ondeugdelijke van de regeling. Kritisch meewerken levert in elk geval meer op dan het gemakkelijk afstand nemen. Wanneer verpleegkundigen op het gebied van de bevoegdhedenregelingen iets willen bereiken zal de BIG als een opstapje moeten dienen om verder te komen.
Vandaar dat forse politieke druk is uitgeoefend, door brieven naar fracties van politieke partijen, naar de vaste kamercommissie Volksgezondheid van de Tweede Kamer, door wandelgangenoverleg en gesprekken op de afdelingen van de diverse ministeries die deze materie behandelen. Inmiddels is onder invloed van deze politieke druk alsnog besloten om de verpleegkundigen wel op te nemen in de BIG-wet.

Kwaliteitsbewaking

Een ander facet van het voorontwerp van de BIG is het instellen van een verpleegkundig tuchtrecht. Welke vorm dat zal krijgen is nog niet duidelijk. Kwaliteitsbewaking van verplegend en verzorgend handelen kan op velerlei wijze getoetst worden. Hiertoe zijn in de praktijk al aanzetten gedaan, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing. Echter ook hier komen de slechte wettelijke bevoegdhedenregelingen weer om de hoek kijken: zonder goede regelingen als basis zal verdere kwaliteitsbewaking een farce blijken te zijn. Want wat is dan de maatstaf voor de toetsing? De arts, vanwege de verlengde arm? Het verpleegkundig tuchtrecht, afgeleid van het medische tuchtrecht - dus weer gebaseerd op het handelen van de arts? Tegen de huidige vorm van het medisch tuchtrecht, die allesbehalve het belang van de patiënt/cliënt beschermt, bestaat veel maatschappelijke weerstand. Verpleegkundigen wensen dan' ook geen verpleegkundig tuchtrecht op dezelfde leest geschoeid, noch een tuchtrecht dat overheerst zal worden door artsen *enlof* juristen.

Tuchtrecht, hoe kan het worden?

Het wetsontwerp BIG voorziet niet in openbaarheid van tuchtzaken. Tuchtrechtzaken zouden niet achter gesloten deuren moeten plaatswinden, tenzij de openbare orde of het belang van de betrokkenen dat vereist..
De samenstelling van het Centraal College bevat volgens het wetsontwerp op de verpleegkundigen! een overmaat aan juristen: twee deskundigen/verpleegkundigen naast drie juristen, waaronder de voorzitter. (Ter vergelijking: het centraal college van het medisch tuchtrecht bestaat uit vier geneeskundigen en een jurist/voorzitter!) Op dit moment is nog niet bekend hoe in de BIG de samenstelling van de verpleegkundige tuchtcolleges wordt. Het is een slechte zaak wanneer ook in dit college de juristen de overhand hebben. Het aanstellen van een meerderheid aan juristen lijkt op het binnenhalen van het paard van Troje. Verpleegkundigen zijn meer gebaat bij een verpleegkundig tuchtcollege dat samengesteld is uit drie verpleegkundigen en één jurist..
Daarnaast stelt men voor om bij de diverse instellingen klachtencommissies in het leven te roepen. Deze commissies moeten fungeren als een 'sluis' voor het eveneens in te stellen verpleegkundig tuchtcollege. Die 'sluis' acht men noodzakelijk om de betrokkenen te beschermen, een vreemd argument.. Waarschijnlijk is de achterliggende reden dat men in Den Haag bang is voor een overbelasting van de tuchtrechter: dat kan immers leiden tot een fikse kostenpost, die niet te rijmen valt met de bezuinigingswoede.
Het is jammer dat de klachtencommissies onder invloed van de bezuinigingen op voorhand van tafel dreigen te verdwijnen. Deze commissies kunnen, indien ze niet louter samengesteld zijn uit bijvoorbeeld directieleden, een prima middel voor beoordeling van klachten zijn.
Het is van belang dat verpleegkundige/verzorgende staven in de instellingen zich van de bovenstaande problematiek bewust zijn. Door een goede wettelijke regeling, zou de bevoegdheid van zowel verpleegkundigen als ziekenverzorgenden op zichzelf staand geregeld moeten worden.
Op de betreffende ministeries zijn de wetgevende afdelingen onvoldoende geïnformeerd over de problematiek op de werkplek. Om de slechte ontwikkelingen met de BIG om te buigen moet een aantal stappen zeker gezet worden.
- Verpleegkundigen en verzorgenden zouden hun problemen, direct of via hun belangenverenigingen, ter kennis moeten brengen van de verantwoordelijke directies van het ministerie van WVC, met een afschrift aan de hoofdinspectie.
- Ook de volksvertegenwoordiging is absoluut niet op de hoogte van de dagelijkse gang van zaken in de instellingen, en toch is dat de instantie die gaat besluiten over de inhoud van de BIG-wet. De politieke partijen dienen geïnformeerd te worden over de praktische problemen in de instellingen.
Het Beterschap zal samen met de CFOjBVV en de Abva/Kabo hetzelfde doen met een zo intensief en breed mogelijk bereik. Het resultaat hangt echter sterk af van de verpleegkundige inzet en herkenning van autorisatie als probleem. Als vertegenwoordiger van de belangen van verpleegkundigen en verzorgenden heeft het Beterschap de inzet van de achterban nodig, voordat het te laat is en het beroep van verpleegkundige en ziekenverzorgende volledig is uitgehold. Wat dan over blijft is een onderbetaalde roeping met een slechte rechtspositie en in plaats van bevoegdheid alleen nog dankbaarheid.

Noot
1. Het Wetsontwerp op de verpleegkundigen is in afwachting van de BIG voorlopig in de ijskast gezet. Dit wetsontwerp bevatte o,a, een nieuw stelsel van registratie, titelbescherming en tuchtrechtregelingen.

De hoge heren doorgelicht

Gevrij onder de operatie en een knettergekke specialist die door de directie pas na jaren zachtjes wordt weggewerkt.. Radio-laborante Jeanne doet een boekje open over haar belevenissen op het werk. Klaarblijkelijk blijft. er heel wat achter het hooggesloten witte front verborgen; onverkwikkelijkheden die ook niet tot tuchtrechtszaken leiden. Een schets van het alledaags functioneren van hiërarchische machtsstructuren.

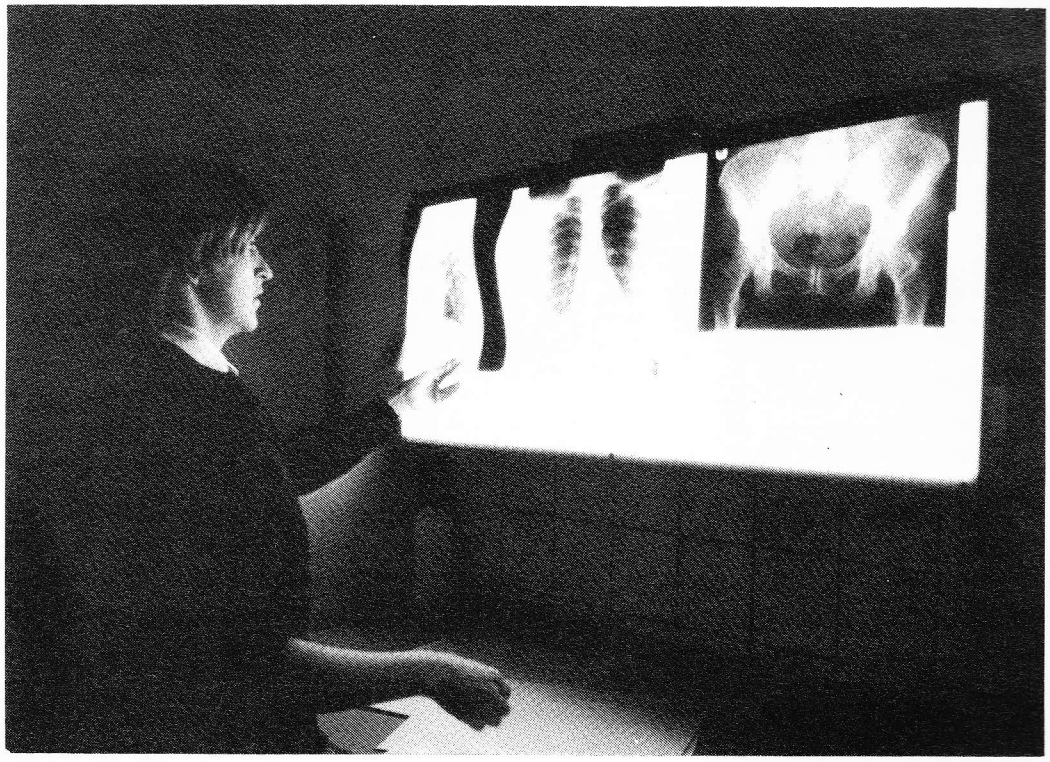


foto: Ine van den Broek

Het verhaal vanJeanne

Toen ik met de opleiding tot radio-laborante begon, wist ik niet eens dat mensen zich voor een foto vaak moeten uitkleden. Ik was toen nogal preuts. Ik schrok ook als er bloedende verkeersslachtoffers werden binnengebracht; de eerste keer dat ik bloed van een ander over m'n handen kreeg heb ik een dag niet gegeten. Eng hoor.. Het duurde een tijd voor ik zelf een foto durfde te maken. Op een bepaald moment moet het wel, want als het druk is laten ze je gewoon alleen. En je kan een patiënt niet zomaar laten liggen en om hulp gaan roepen. Zo leer je het eigenlijk .

De operatie-kamer, dat vind ik leuk. Daar gebeuren allemaal spannende dingen, net als in de dokters-series op de televisie. Het moedige, heldhaftige optreden, iedereen in het groen en steriel.. Mensen die half dood zijn en daar weer opgelapt worden. Leven en dood, een heel ernstige sfeer, drukkend komt dat op me over. Soms moeten we in de operatie-kamer foto's maken. We gebruiken dan een heel groot röntgen-apparaat op wieltjes, de mobiele eenheid noemen we die. Moeilijk is dat, de deuren van de operatie-kamer zijn smal en je moet opletten met sturen om niet tegen het anaesthesie-apparaat op te botsen of de chirurg over zijn tenen te rijden.

SIGRID SIjTHOFF
PETER IVAACK

Bovendien zien de specialisten jou als radio-laborante niet echt voor vol aan. Die hoge heren met een mes in hun handen en van die boevenkapjes op. Je ziet alleen maar ogen, die jou met je apparaat een kant op gebaren en dan moet ik maar zorgen dat dat apparaat boven de wond komt te hangen. Overal rare kabels, steeds bang dat ik iets onhandig doe, want bij het minste schelden de heren je uit..

Soms denk ik wel eens dat ik alleen maar lach in het ziekenhuis. Zoals die keer dat we een nieuw soort onderzoek zouden gaan doen, ik geloof dat het een cervicale myelografie heet.. Heel gewichtig allemaal, er moest een naald in de patiënt z'n nek gestoken worden. Eigenlijk moesten ze nog alles uitproberen. Het hoofd van de afdeling was er ook bij. Zijn functie is een beetje duister. Officieel is hij de coördinator van de röntgen-afdeling en gaat hij over de contacten tussen de afdeling, de specialisten en de directie. Formeel mogen wij nooit zelf op de specialisten afstappen. In ieder geval, als er iets spannends te beleven is, zoals die keer, zorgt hij altijd dat ie erbij is.
Het onderzoek was al half aan de gang en plotseling komt hij binnenfladderen. Geen tijd om een loodjas aan te trekken, op zich al krankzinnig, terwijl hij al een week had lopen verkondigen dat hij aan het onderzoek mee zou gaan doen. Ik stond achter het scherm en moest de computer bedienen; ik was nogal gespannen. Op het kritieke moment dat ik de foto moest gaan schieten, gebeurde er wat.. Ik weet niet meer precies was, maar het hoofd moest iets hebben. Hij gilt: 'Dinge, ik moet dinge hebben, Geef dinge, heb je me niet verstaan!' Nou ja, ik rende maar naar hem toe, en vroeg: 'Wat is er dan, wat moet u hebben?' Hij bleef maar 'dinge, dinge' roepen. Niemand begreep wat er nou was. Er kwam eerst een schaar, toen een rol plakband. Uiteindelijk hadden we het ding en kon het onderzoek doorgaan. Ik moest zo lachen. Hoewel, het is humor die ten koste van de patiënt gaat.

De raarste dingen halen die specialisten uit. Eén van die anaesthesisten liep tijdens een operatie zomaar binnen, zonder kapje of mutsje ~ terwijl verder iedereen dat wel heeft ~ haar heel netjes geföhnd, hemd helemaal open en zijn borsthaar eruit. Hij kwam met zijn onbeschermde hoofd boven de wond hangen en liep vervolgens naar een meisje van de anaesthesie: 'Ha, wie hebben we hier..' Hij ging achter haar staan en gleed zo met zijn hand in haar jurk en begon lekker wat te friemelen. Niemand reageerde. Ik dacht: wat krijgen we nou, daar wordt iemand geopereerd en er komt zomaar iemand binnen en die begint een beetje te vrijen.
Zelf heb ik ook een keer zoiets meegemaakt met die man. Ik moest een foto nemen, concentreerde me op het moment dat het contrast ingegoten werd. Dan moet ik namelijk direct afdrukken, anders mislukt de foto. Komt die malloot er van achteren opeens aan, 'Kom maar, ik zal je beschermen' en grijpt me zo in m'n kruis. Voordat ik me om kon draaien was hij alweer weg. Ik was zo verbaasd, stond naar adem te snakken en ik moest ook nog die foto nemen. Het liefst had ik hem een klap in z'n gezicht gegeven, maar zo'n reactie kan je je baan kosten. In feite sta je machteloos als leerling. Stel dat ik toen iets tegen hem ondernomen had. Dan had hij gewoon gezegd: Wat denk je wel, je probeert zelf steeds de aandacht te trekken. Het gekke is dat in het ziekenhuis wel algemeen bekend is hoe hij met vrouwen omgaat.. Vanaf de eerste dag dat ik hier werkte hebben ze mij voor hem gewaarschuwd. In het verleden is hij wel eens op zijn vingers getikt, ook door de directie. Maar ja, hij is belangrijk, zit in de medische staf enzo ...
Ik heb nu geen last meer van hem. Ik heb hem één keer heel duidelijk gezegd dat ik niet van hem gediend ben en verder negeer ik hem. Een woordenwisseling met hem aangaan heeft geen zin. Gewoon doen alsof je hem niet hoort.

Mensen zijn vaak zo dankbaar.. Alleen alom zo'n simpele foto, die voor mij eigenlijk niet zoveel meer voorstelt. Dan bedenk je weer dat je te maken hebt met heel zieke mensen die er maar hulpeloos bijliggen en er op letten hoe jij overkomt. Dan sta ik er weer eens bij stil: God, wat doe ik eigenlijk? Toch niet zoveel.. Die mensen zijn zelf zo aardig, zoals ze met zich laten sollen. Doktoren en zusters mogen alles met ze doen. Als ze maar beter worden. Ik heb zelf nog nooit in een ziekenhuis gelegen, dus ik weet niet hoe het is. Maar ik vind niet dat mensen alles maar klakkeloos moeten aannemen. Ik zou precies willen weten wat ze met me doen. Als ik het er niet mee eens zou zijn, zou ik dat ook zeggen.
Een keer moest ik een foto maken van een jonge vrouw. De artsen dachten dat ze borstkanker had. Twee kleine kinderen had ze bij zich. Panisch was ze. Na de foto constateerde de arts dat er niks aan de hand was, gewoon opgezette borstklieren. Toen ik daarna met haar alleen was ging ze opeens huilend om me heen hangen, en ik ook huilen. Dat vond ik zo stom van mezelf. Ik dacht: ik moet haar natuurlijk bemoedigend toespreken. Maar ik kon alleen maar janken. Daarna lachten we wat, allebei heel opgelucht..
Achteraf vond ik het belachelijk van mezelf. Daf'hoort toch niet bij je beroep, dat kun je niet maken. Nog later, ik heb het ook opgeschreven in m'n dagboek, vond ik het eigenlijk heel menselijk. Het is al zo steriel in een ziekenhuis en de mensen kijken zo tegen je op, je bent eigenlijk een karikatuur. Als je dan iets menselijks laat zien, prik je door die hele poppenkast heen.

Ik werkte voor een radioloog, Sibier, die nogal gekke fratsen uithaalde. Het is een lang verhaal.. Hij stelde zich hautain op en probeerde ons van alle kanten uit. Ik dacht: als nieuweling word je toch wel een beetje behulpzaam tegemoet getreden. Dat deed hij totaal niet, integendeel..
Vanwege bepaalde maagonderzoeken worden patiënten in speciale tafels gezet. Ze moeten zich dan vasthouden aan handvaten aan de zijkanten en worden soms wel 180" gedraaid, verticaal op hun hoofd. Je kunt je voorstellen dat mensen van een jaar of tachtig daar moeite mee hebben. Die zijn vaak krakkemikkig en bovendien zijn ze nuchter voor dat maagonderzoek en neigen tot flauwvallen, en dan worden ze op hun kop gezet! Enge apparaten om hen heen, een monotone stem vanachter het scherm, direct contact heb je niet als patiënt.. Die voelt zich dan natuurlijk heel erg alleen. Als leerling sta je achter het scherm en moet je assisteren bij het onderzoek. Dat is al moeilijk genoeg, maar die radioloog maakt er een uitprobeerspelletje van, ten koste van de patiënt.. Je moet rennen om een bekertje pap aan te geven en tegelijkertijd de fotoplaten die onder de patiënt liggen verwisselen. Het zijn heel grote platen waarvoor eigenlijk

KADER

Het verhaal van J eanne belicht ~ net als het relaas van de verpleegkundige Karla in het vorige nummer ~ de toestand in de gesloten wereld van de medische zorgverlening. Enkel de namen van plaatsen en personen zijn gefingeerd.
Voor de buitenwacht kunnen deze verhalen schokkend en verbazingwekkend overkomen. Veel mensen die in ziekenhuizen werken kunnen echter dit soort verhalen vertellen. Het zijn 'alledaagse' gebeurtenissen op de werkplek, die ~ door de machtsverhoudingen tussen de beroepsgroepen (artsen en verpleegkundigen) ~ nauwelijks aan de kaak gesteld worden.
In de kruipruimte van de gezondheidszorg zullen we nog vaker stoten op kreunende pijlers van het witte bolwerk ...

vier handen nodig zijn, en de radioloog zal er niet aan denken om je te helpen. Het moet allemaal heel snel. Je moet wel een heel goed coördinatievermogen hebben. Als het niet allemaal tegelijk wil wordt hij heel kwaad en ongeduldig en zegt: 'Zo kan ik niet werken!' Hij liep zelfs een keertje boos weg terwijl de patiënt ondersteboven hing. Het ging hem niet om de patiënt, die kon van de tafel vallen, maar om of je hem goed assisteerde. Als dat naar zijn dunken niet goed gebeurde dan liep hij weg. Het was een machtsspelletje.

Er waren laborantes die huilend wegliepen en de hele dag overstuur waren. Die man zei dan: 'Ik kan niet met je samenwerken, je voldoet niet in je functie'. Hij kon het zover doorvoeren dat je ontslagen werd.

Het gekke was dat één van de andere leerlingen best met Sibier kon samenwerken. Hij was niet zo opstandig, dus deed Sibier tegen hem wel aardig. Aanvankelijk geloofde die jongen, Erno heet hij, er zelf niet zo bar veel van dat Sibier zulke gekke dingen uithaalde. Tot het moment dat er iets gebeurde waardoor ik hem kon overtuigen. Ik stond toen met Erno in dezelfde röntgenkamer.. Erno was bezig een patiënt terug te brengen naar het kleedhokje na een maagonderzoek. Ik stond nog wat te rommelen achter het scherm, en Sibier zag me niet. Hij stond nog bij het apparaat. Ik hoorde opeens 'Klik!' en zag dat hij de belichtingsknop indrukte. Terwijl er geen foto gemaakt werd! Erno, die net de kleedkamerdeur had dichtgedaan, stond dus in de straling. Ik houd altijd een loodschort aan als ik bij Sibier werk, dus ook nu had ik er een, maar Erno niet. Ik pakte gauw een schort, bracht dat naar hem toe en zei 'Vlug, trek aan, je staal in de stralen'. En die radioloog keek me aan zo van 'je kunt me toch niets maken', deed zijn handen op de rug en liep zo langs me heen de kamer uit. Ik had hem betrapt ja, maar wat kun je doen. Knettergek.

Een andere keer moest een jongen een maagonderzoek ondergaan. Ik had hem zijn broek aan laten houden, alleen het bovenlijf bloot.. De radioloog had een paar foto's gemaakt en het onderzoek ging goed. Op een gegeven moment gaat hij naar die jongen toe, knoopt zijn broek open en zit zo met zijn handen een beetje te wroeten, doet zijn onderbroek omlaag en zegt: 'ja, zo kan ik je beter zien'. Vervolgens bedient hij de palpeerlepel (dat is een ding dat je op afstand mechanisch kunt laten bewegen) vlak voor het kruis van de patiënt.. Steeds maar weer terug en rondjes draaien, steeds maar bij dat kruis in de buurt. En die jongen staat daar maar met zijn gulp open. Ik denk: wat doet hij nu? De maag zit daar helemaal niet..

Sibiers gedrag was onberekenbaar. Hij was namelijk wel heel attent: vragen of je je examen goed gemaakt had; als er een laborant ziek was, belde hij die op of stuurde een fruitmand ... Het is heel ingewikkeld om met zo iemand om te gaan: het ene moment haalt hij je aan en het volgende stoot hij je af.

In het begin probeerde ik in de koffiekamer te praten over de dingen die ik meemaakte. Maar daar wordt alleen maar geroddeld. Als iemand de koffiekamer uitloopt, begint direct iedereen over diegene te kwekken. Er heerst een sfeer - net geen oorlog, maar ook geen vrede. Je hebt drie groepen, de administratie, de afdeling en het hoofd. Ik wist, samen met de twee andere leerlingen, geen positie te bepalen. Het hoofd van de afdeling trad op als een soort vader voor me. Hij wilde dat ik naar hem toe zou komen als ik ergens mee zat. Ja, wat doe je, ik had net het ouderlijk huis verlaten en voelde me onzeker.. Ik nam hem dus vaak in vertrouwen. Ik vertelde het hoofd dat ik het heel moeilijk had met die radioloog, en hij zei: 'Dit is een probleem waar ik al twintig jaren mee kamp. Radioloog Sibier is hier heer en meester. Die man wordt oud en takelt af, en daar moet je mee leren omgaan. We staan het stilzwijgend toe, want er zijn al zoveel scènes over gemaakt, het helpt toch niet. Je moet die man maar in zijn waarde laten'. Maar hij laat ons en de patiënten niet in hun waarde, zei ik. 'Ik probeer hem wel wat te sussen en als je absoluut niet met hem kunt samenwerken, dan zorg ik wel dat je in een andere röntgenkamer met een andere röntgenoloog komt te werken.'. Maar dat wilde ik niet, want daar los je het probleem niet mee op; ook al die anderen hebben er mee te maken en die durven er toevallig niks van te zeggen.

Na een tijdje kreeg ik meer vrienden op de afdeling maar op den duur zijn we met een groepje van zes, zeven mensen een hechte eenheid geworden. We houden ons afdelingshoofd en de röntgenologen vaak voor de gek, en als het niet zo druk is en we melig zijn, dan weten de röntgenologen en het afdelingshoofd vaak niet hoe snel ze bij ons uit de buurt moeten komen. We horen ook vaak al van te voren wat het afdelingshoofd met ons voor heeft.. Hij gaat namelijk iedere dag koffiedrinken op de polikliniek, en stort zijn hele hart daar uit. De verpleegkundigen die daar werken en met wie wij veel te maken hebben als we foto's moeten maken, vertellen het direct aan ons door als er iets aan de hand is.

Als leerlingen gingen we om de twee weken naar les in Hoogezand. We hadden een lerares psychologie die ons vroeg hoe het op het werk was. Op een gegeven moment kwamen we op die vreemde radioloog. Zij vroeg maar door. Dit is te gek, zei ze, ik ga dit bekend maken, dit kan niet ongestraft voorbijgaan. Maar wij waren heel erg bang dat we zouden worden ontslagen. 'Goed, als jullie het niet willen dan zal ik er niet direct een zaak van maken, maar ik vind het toch te gek en zal wegen zoeken om er iets aan te doen,' zei ze.

We waren het hele voorval al weer vergeten toen we, een maand later misschien, 's ochtends te horen kregen dat we één voor één bij het hoofd van de afdeling moesten komen. Wij de hele ochtend in de zenuwen. Langzamerhand kwam ons een beetje ter ore wat er aan de hand was via de verpleegkundigen van de polikliniek. Het ging dus om een klacht tegen de radioloog en onze rol daarin. We spraken af: we zeggen alle drie dat wij géén klacht hebben ingediend, we hebben alleen dat en dat in de les gezegd en verder hebben we er niets mee te maken. Als ze ons dreigen met ontslag, dan gaan we alle drie weg, maar wel met een grote scène. Ik had een zwartboek gemaakt waar al die dingen over de radioloog in stonden, voor het geval er moeilijkheden zouden komen. Ik dacht: we kunnen altijd nog naar mijn oom, die werkt bij de Telegraaf, en naar de Ombudsman of de radio.

Ik moest als eerste bij het hoofd komen. 'Van wie komt die klacht tegen Sibier?' vraagt hij. Ik zeg: 'Waar heeft u het over?' Hij zegt: 'Ik kreeg een telefoontje van het ziekenhuis in Hoogezand waar jullie les hebben, dat die radioloog bij ons niet deugt. Als jullie klachten hebben moet je eerst bij mij komen. Het is geëscaleerd, de directie daar belt de directie hier op, en ik, het hoofd van deze afdeling, weet nergens van.' Ik vertelde hoe het in die les gegaan was. Hij wond zich daar ontzettend over op, een inbreuk op zijn positie vond hij dat.. 'Als jullie nog eens iets naar buiten brengen en er gebeurt weer zoiets, dan staan jullie op straat,', zei hij. We geloofden toen dat dat echt kon, ontslagen worden. De radioloog kan een patiënt van de röntgentafel laten duvelen en jou de schuld geven. En bovendien was ik er intussen achter dat het hoofd van de afdeling (dat ik zo vaak in vertrouwen had genomen) en Sibier vriendjes waren. Ik dacht dus werkelijk dat we ontslagen konden worden. Hoe het verder precies gegaan is,weet ik niet; wat zich daarboven, bij de specialisten en de directie, afspeelt zie je niet als radio-laborant. Na een maand merkten we opeens dat hij alleen nog maar halve dagen kwam en geen onderzoek meer deed. Na een jaar is hij verdwenen.

Het ergste vind ik niet dat die radioloog gek was; dat kan iedereen gebeuren en dan moet je geholpen worden. Maar dat alle hoge heren zoiets weten en niks doen ...

Het vrouwenlichaam als instrument

Family-planning in Zuid-Afrika

Het zwarte gevaar is nog steeds een dreiging waar blank Zuid-Afrika slecht van slaapt. De regering ligt er zelfs van wakker - niet alleen willen de zwarten de zelfde voorrechten als de blanken, statistieken hebben ook nog aangetoond dat hun aantal snel groeit terwijl de blanke bevolking langzaam slinkt. In de strijd tegen de zwarte horden is de gezondheidswerker een uiterst bruikbaar instrument gebleken. Als de zwarten te veel kinderen krijgen komt de wijkzuster wel met de prikpil langs, als het moet onder lichte aandrang. De meest elementaire gezondheidszorg blijft intussen ongedaan. Een onthutsend verslag.

IREEN DUBEL is beleidsmedewerkster van het Landelijk Platform Bevolkingspolitiek en lid van de vrouwengroep van de Anti-apartheidsbeweging.

'Wij zijn bezig om zelfmoord te plegen. Elk blank echtpaar zou minstens drie kinderen moeten hebben als we willen overleven.' Dat was een uitspraak op het congres van de Nasionale Party, in 1979. De toenmalige minister Connie Mulder stelde dat de blanke aanwas niet via immigratie moest ontstaan, maar 'via de wieg'. Er gingen zelfs stemmen op om de pil te verbieden voor blanke vrouwen.
Het dalende geboortecijfer van de blanke bevolking stelt het Zuidafrikaanse regiem voor grote problemen. In 1977 luidden blanke wetenschapsbeoefenaren de noodklok: Zij voorspelden dat binnen tien tot vijftien jaar het aantal blanke jonge mannen voor een leger terug zou lopen tot eenderde. Bovendien heerst er al jaren een tekort aan blanken voor de 'whites only' banen in bedrijven en instellingen.
'Have a baby for Republic Day' luidde de oproep in de zestiger jaren aan de blanke bevolking. Een oproep die doet denken aan het Italië van Mussolini, maar die in Zuid-Afrika nog altijd actueel is.
Tegelijkertijd spaart de regering kosten noch moeite om de groei van de zwarte bevolking zo klein mogelijk te houden. Geboortebeperkende 'maatregelen worden op grote schaal aan de zwarte bevolking opgedrongen. Zwarten worden opgeroepen tot 'Family Planning' (gezinsplanning) over te gaan, ook met het argument dat de zwarte bevolking alleen van de economische rijkdom kan profiteren als haar aantal klein blijft.

Agressief

De gezinsplanning van het regiem wordt sinds 1974 uitgevoerd via het Nationale Programma voor Gezinsplanning (NFPP). Het programma heeft prachtige officiële doelstellingen, zoals het verhogen van de gezondheidstoestand van de bevolking, in het bijzonder die van moeder en kind. Ook moet de sociaal-economische positie van ieder gezin verbeterd worden en moet elk gezin in staat gesteld worden om zijn eigen grootte te bepalen.
De praktijk is heel anders dan deze mooie doelstellingen doen vermoeden: het uitvoeren daarvan zou dan ook haaks staan op de apartheidspolitiek. Het NFPP wordt uitgevoerd als 'integraal onderdeel' van de gezondheidszorg. Maar terwijl die gezondheidszorg voor de zwarte bevolking op een schrikbarend laag peil staat, krijgen de voorzieningen voor gezinsplanning steeds meer geld en faciliteiten. De uitgaven

voor het NFPP verviervoudigden tussen 1976 en 1981. Er staan nu ongeveer twintigduizend klinieken voor gezinsplanning in het land, waarvan zo'n negenduizend in de steden. Meer dan 90 procent van de klinieken op het platteland biedt alleen maar gezinsplanning en verder geen enkele medische zorg. In de thuislanden is gezinsplanning de eerste prioriteit in de gezondheidszorg.

Op iedere 4000 vrouwen is één gezinsplanningsadviseur aangesteld en meer dan een miljoen zwarte vrouwen in Zuid-Afrika gaan naar de klinieken. De pil, het spiraaltje, de prikpil en de sterilisatie worden aangeboden. De klinieken zijn in handen van de staat. Een particuliere organisatie, de Family Planning Association of South Africa (FPA-SA) heeft vrijwel al haar klinieken aan de regering overgedaan en richt zich nu voornamelijk op informatieverspreiding, op het onderwijs en op het trainen van verpleegsters. De FPA-SA werkt binnen de lijnen van het beleid van de staat en ontvangt daarvoor geld van het regiem. Het NFPP besteedt veel aandacht aan agressieve voorlichtingsprogramma's waarmee de zwarte vrouwen onder druk gezet worden. Grote advertenties verschijnen in de media en op straat. Ook de werkgevers worden ingezet: fabrieken of boerderijen waar veel vrouwen werken krijgen de blanke echtgenote van de baas of een ambtenaar van het 'departement voor gezinsplanning' regelmatig op bezoek, vergezeld van verpleegsters en medisch adviseurs die lezingen houden en films vertonen.

Angst voor ontslag

Het Ministerie van Volksgezondheid verricht op grote schaal onderzoek naar de wensen en behoeften van zwarte vrouwen om ze beter te kunnen manipuleren. Hieruit blijkt dat de meest gebruikte middelen niet de voorkeur van de vrouwen zelf weerspiegelen, maar die van haar adviseurs. Het ministerie besloot daarop om het aantal adviseurs verder uit te breiden om meer vrouwen over te halen tot wat zij noemt: 'acceptatie' van de maatregelen.

Maar die 'acceptatie' heeft weinig met vrijwilligheid van doen. Een vakbondsleidster vertelde vorig jaar dat veel bedrijven eisen dat de arbeidsters voorbehoedmiddelen ge-

DE VERPLEEGSTER EN DE PRIKPIL

In 1979 werkte ik als receptioniste in een zeefdrukfabriek in Kaapstad. Op een morgen zag ik een blanke vrouw in uniform de fabriek binnengaan: een wijkverpleegkundige die haar maandelijkse bezoek aan de fabriek bracht. Haar enige doel was het controleren van de 'family planning' van de gekleurde werkneemsters. Ze had medische dossiers van alle vrouwen en gaf gratis anticonceptiepillen en -injecties volgens het voorgeschreven schema. Verscheidene vrouwen, zowel moeders als alleenstaanden zonder kinderen, kregen regelmatig een injectie met Depo Provera. Ik wist van de kritiek in medische kringen op dit middel en vroeg de verpleegster wat zij ervan dacht. Zoals te verwachten viel, vond zij het zonder meer een goed middel. Ik was niet tevreden met dat antwoord. Om haar reactie te peilen vroeg ik haar om aan mij, een blanke vrouw, zo'n prik te geven.

Zij was zichtbaar geschokt en weigerde op grond van het feit dat ik geen kinderen had en het risico liep om door de injectie met Depo Provera onvruchtbaar te worden. Deze zelfde vrouw moedigde gekleurde vrouwen, die ook geen kinderen hadden, aan om het middel wél te gebruiken.

Toen ze weg was vroeg ik de vrouwen wat ze van deze 'zorgverlening' dachten. De meesten hadden klachten over Depo Provera, variërend van sterk gewichtsverlies tot sterke gewichtstoename, vermindering van seksueel genot, etc. Eén vrouw klaagde dat ze twee kinderen had en een derde wilde, maar dat de verpleegster haar daarvoor geen toestemming gaf.

Nu is het zo dat de verpleegkundige uiteindelijk geen werkelijke controle over de vruchtbaarheid van de vrouwen had, maar ze voelden zich toch sterk geïntimideerd door haar donderpreken.

Op het eerste gezicht denk ik dat deze vorm van gezondheidszorg nuttig is voor arbeidsters die verder heel moeilijk aan geboortenbeperkende middelen kunnen komen. Maar daarbij moet men het volgende bedenken:

Er is géén algemene medische zorg beschikbaar in de fabriek, zelfs vaccinaties worden niet gegeven, alléén contraceptie wordt aangeboden. En: blanke vrouwen worden volledig buiten deze zorgverlening gehouden. Voor hen geldt het omgekeerde: zij worden dikwijls opgeroepen om de blanke bevolking te laten groeien, zoals met de aanmoediging: 'Have a baby for Republic Day!'

bruiken. 'Uit angst voor ontslag passen we deze middelen toe, ondanks de bijverschijnselen waar we onder lijden,', zei zij. Vrouwen die toch zwanger zijn proberen hun zwangerschap zo lang mogelijk te verbergen om door te kunnen werken én onttrekken zich aan de medische zwangerschapscontroles, met alle gevolgen vandien voor de gezondheid van moeder en kind. Degenen die niet zijn ontslagen proberen op vrijdag te bevallen om zo weinig mogelijk dagen te verzuimen. Zwangerschapsverlof is een zeldzaamheid voor zwarte vrouwen. Omdat de moeders meteen weer aan het werk moeten krijgen veel kinderen geen borstvoeding.

Van de zwarte vrouwen die anticonceptiemiddelen gebruiken krijgt 39 procent de 'prikpil' ingespoten. Dat is een enorm hoog percentage voor dit omstreden middel, dat de merknaam Depo Provera draagt. Ter vergelijking: bij de blanke vrouwen ligt dit percentage op 2. De Zuid afrikaanse family planners en de medische wereld zijn enthousiaste voorstanders van het gebruik van de prikpil door zwarte vrouwen. Het hoeft maar één keer in de drie maanden toegediend te worden en is dan zeer effectief,' tetwijl de gebruikster zelf heel weinig verantwoordelijkheid wordt toebedeeld. Bijzonder nuttig is het middel volgens de organisatie van family planners voor vrouwen die niet in staat zijn of niet bereid zijn een alternatief toe te passen, die 'analfabeet, onbetrouwbaar of onverantwoordelijk, van lagere sociaal-economische klasse of gehandicapt'. zijn. Ook zou het goed zijn voor vrouwen die zogeheten 'migrain gedrag' vertonen. Bedoeld wordt: vrouwen die moeten pendelen om in hun levensonderhoud te voorzien, die gedeporteerd zijn of gescheiden leven van de echtgenoot.

Depo Provera is in de Verenigde Staten verboden omdat de kans op gevaarlijke bijwerkingen te hoog geacht wordt. * Volgens onderzoekingen bevordert het middel het ontstaan van borst- en baarmoederhalskanker en remt het de produktie van antistoffen die het zogende kind via de moedermelk moeten beschermen tegen allerlei vormen van diarrhee. Juist diarrhee is de belangrijkste ziekte- en sterf teoorzaak voor kinderen in Zuid-Afrika. Bovendien kan de vruchtbaarheid na het stoppen met de prikpil pas na een onvoorspelbaar lange tijd terugkeren. Daarnaast klagen veel vrouwen over ernstige stoornissen van de menstruatie. Een vrouw die het middel ingespoten krijgt zit voor minstens drie maanden vast aan de eventuele bijwerkingen.

Een vrouw die niet goed is voorgelicht over de werking van het middel is daarmee in feite de zeggenschap over haar lichaam en vruchtbaarheid afgenomen.

In de Verenigde Staten is de prikpil verboden; in Zuid-Afrika is het een van de belangrijkste pijlers onder de bevolkingspolitiek van het bewind geworden. De Zuidafrikaanse medici discussiëren alleen over de voorwaarden waaronder het middel toegepast mag worden. De veelvuldige klachten, zoals: 'ik bloed te veel door Depo' en: 'de moedermelk gaat er vreemd door smaken zodat mijn baby niet meer wil drinken' worden niet ernstig genomen. De medici willen wel verklaren dat de toediening van de prikpil aan jonge meisjes die nog geen kinderen hebben gekregen 'crimineel' is aldus de Zuidafrikaanse Sunday Express, In de praktijk krijgen echter zelfs veertienjarige schoolmeisjes het ingespoten. Van de voorwaarde dat vrouwen voorafgaande aan de keus tot toediening van de prikpil volledig geïnformeerd moeten worden over de werking en de bijwerkingen, de voordelen en de nadelen, komt meestal niets terecht. .

Volkerenmoord

Vrouwen in Zuid-Afrika wensen gezonde kinderen wanneer zij dat zelf willen en de mogelijkheid om in gezinsverband te leven als zij daarvoor kiezen. Er wordt echter een geboortecontrole opgedrongen die de vrouwen geen keus meer laat, terwijl het systeem van de apartheid het leven in een gezin stelselmatig vernietigt. . In Zuid-Afrika is er geen sprake van dat 'de vrouw beslist'. Gezinsplanning vormt één van de belangrijkste bestanddelen van de bevolkingspolitiek van het apartheidsbewind. .

De gedwongen geboortenbeperking in Zuid-Afrika werd dan ook tijdens een bijeenkomst van de Verenigde Naties in 1981 in Engeland veroordeeld als een vorm van volkerenmoord.

Wat kan er gedaan worden om de Zuidafrikaanse bevolking te ondersteunen? Een veroordeling van de bevolkingspolitiek is één stapje. Maar ook verdergaande stappen moeten ondernomen worden, zoals het uitsluiten van Zuid-Afrika uit internationale, vooral ook medische, organisaties. De Family Planning Association van Zuid-Afrika, een particuliere organisatie, die meewerkt aan de uitvoering van de bevolkingspolitiek van de regering, is intussen geschorst als lid van de International Planned Parenthood Federation. Daartoe besloot de ledenvergadering vorig jaar: een nader onderzoek moet uitmaken of de FPA-SA definitief als lid wordt afgeschreven.

* Inmiddels is in de Verenigde Staten het verbod op Depo Provera weer opgeheven. Op het moment dat het artikel werd geschreven was dat nog niet bekend (red.).

Dit artikel is een voorpublikatie uit het dossier 'Gezondheidszorg in Zuid-Afrika', dat begin volgend jaar zal verschijnen. Het dossier is samengesteld onder verantwoordelijkheid van de redactie van 'Amandla', een maandblad over Zuidelijk Afrika. Dit blad wordt uitgegeven door vijf anti-apartheidsorganisaties in Nederland en België. Het dossier zal tevens verspreid worden door het WEMOS-bulletin. Het gehele dossier is te bestellen bij:

Arnandla..
O.Z. Achterburgwal 173
1012 DJ Amsterdam
020-232229

WEMOS-Bulletin
Postbus 4098
1009 AB Amsterdam

Magister Foucault

De beperkingen van de meester

mCK WILLEMS

De naam Foucault wordt meestal met een zekere eerbied uitgesproken in kringen van critici van de gezondheidszorg. Herman van Aalderen, de hoogleraar huisartsgeneeskunde die vanwege zijn kritiek op ons zorgsysteem aftrad, noemde Foucault als één van zijn belangrijkste inspiratiebronnen. Hij is niet de enige.
Ondanks eerbied en waarderende woorden is Foucault toch een wat mistige figuur gebleven, een soort 'meesterdenker', die kon worden ingeroepen om linkse standpunten ten aanzien van geneeskunde en gezondheidszorg kracht bij te zetten, zonder dat de waarde van zijn werk op een concrete manier duidelijk werd. Mede daardoor is er nog nauwelijks sprake van werkelijk voortbouwen op dat werk. Foucault heeft dit natuurlijk voor een deel aan zichzelf te danken - hij schreef erg dikke boeken, vaak in een zeer beeldende maar voor een buitenstaander niet altijd even goed te volgen taal; en wat belangrijker is, hij zag er soms niet tegenop om zich in tegenstrijdigheden uit te drukken.
De directe aanleiding voor dit artikeltje vormt het overlijden van Foucault op 25 juni 1984. Ik wil proberen uiteen te zetten hoe Foucault zich met geneeskunde en gezondheidszorg heeft beziggehouden en waar mijns inziens de belangrijkste aanknopingspunten liggen voor theorie en actie.

Laat ik beginnen te zeggen wat Foucault absoluut niet te vertellen heeft. Hij geeft bewust nergens, noch in boeken, noch in interviews, antwoord op de vraag: wat te doen? Met andere woorden: van Foucault is geen recept voor de verandering van het gezondheidszorgsysteem te verwachten, en hij vertelt ons nergens wat we kunnen doen tegen de ongebreidelde machtsuitbreiding van wat hij het medisch vertoog noemt. Waarom niet? Ten eerste omdat hij niet geloofde in algemeen geldende antwoorden op vragen als: wat is een goede gezondheidszorg, wat is een slechte geneeskunde. Daarom verzette hij zich heftig tegen degenen, die zijn werk over de geschiedenis van de waanzin interpreteerden als een lofrede op de tijd dat men nog met gekken sprak, in plaats van ze op te sluiten. In het algemeen probeerde Foucault zich te onthouden - althans in zijn boeken - van morele oordelen, zowel ten aanzien van het verleden als ten aanzien van nu. Ten tweede - en dat is een belangrijk kritiekpunt op het werk van Foucault - omdat zijn theoretische werk niet veel plaats laat voor het ingrijpen in machtssystemen. Macht is in het latere werk van Foucault zó alomtegenwoordig, dat het onduidelijk is wie daar nog buiten staat en wie er iets aan zou kunnen veranderen. Verderop in dit artikel zal blijken, dat Foucault hier zelf niet volledig consequent in is. Zelf was hij ook wel degelijk politiek actief op de gebieden waar hij zich theoretisch mee bezighield; met mensen als Sartre maakte hij deel uit van de militante Franse intellectuelen, ook ten aanzien van de gezondheidszorg.

Ontstaan van de kliniek

Van de vraag wat Foucault niet deed, zijn we al aangeland bij wat hij wel heeft gedaan. Zijn theoretische bemoeienis met de geneeskunde draaide om twee thema's: de ontwikkeling van de specifieke vorm van medisch denken en handelen die hij 'de kliniek' noemde, en de rol van medische kennis en medische/psychiatrische instanties in de disciplinering van mensen in de westerse maatschappij.
'Geboorte van de kliniek', een boek uit 1963 (overigens nog steeds niet in het Nederlands vertaald) laat zien hoe in het begin van de 1ge eeuw een breuk optrad, tegelijkertijd in het maatschappelijk kader van de geneeskunde én in het denken over geneeskunde, gezondheid, ziekte en dood. Het gaat er Foucault in dit boek om, uit te zoeken wat voor maatschappelijke en theoretische omstandigheden een nieuwe 'medische blik' mogelijk maakten. De grote lijn van zijn betoog is deze: onder invloed van de Franse revolutie werden de ziekenhuizen omgevormd van eenvoudige 'opbergplaatsen' voor zieke armen en behoeftigen tot plaatsen waar dezelfde armen zich - als tegenprestatie voor de gratis aangeboden verzorging - ter beschikking moesten stellen voor onderzoek en opleiding. Een gevolg van deze maatschappelijke ontwikkeling was, dat de zieke individuen ook werkelijk object van het medisch onderzoek werden, iets wat ze - hoe vreemd dat ook mag klinken - vóór de 1ge eeuw eigenlijk niet waren. In de 18e eeuwen daarvoor was ziekte een abstract verschijnsel, dat een soort eigen wezen had (zo had je de essentie van longontsteking, van jicht, enz.). Dit eigen wezen werd niet door het onderzoek van grote aantallen zieken vastgesteld, maar door nijvere studie in de studeerkamer. De inbreng van de patiënt was hoogstens, dat de ziekte minder 'zuiver' tevoorschijn kwam dan in de boeken stond.
Dit veranderde dus. Wat ontstond was het klinische denken en handelen, 'de kliniek', die twee belangrijke elementen bevatte: enerzijds beschouwde men ziekte als niet meer dan localiseerbare afwijkingen in organen, en deze afwijkingen meende men te kunnen constateren aan de in het ziekenhuis opgenomen zieken; anderzijds ging men ervan uit dat een afwijking enige tijd na de dood bleef bestaan, en dus

via anatomisch-pathologisch onderzoek, mits dat snel gebeurde, aan te wijzen zou zijn. Foucault zegt, dat sinds het begin van de kliniek de dood niet meer alleen het einde van dit leven is, maar ook een onmisbaar middel om het leven te leren kennen, en daardoor soms het leven te verlengen. Via de verandering van de medische blik (maar niet alleen daardoor) neemt de dood een andere plaats in in de maatschappij. Een ander belangrijk verschijnsel, dat samenhing met de geboorte van de kliniek, was de verminderde politieke belangstelling van medici. De theoretische geleerden van de 17e en 18e eeuw hadden zich uitgebreid beziggehouden met beschrijving en verklaring van epidemieën, en in veel gevallen relaties gelegd met bijvoorbeeld de mate van vervuiling van een stad. Op grond daarvan werd, althans in Frankrijk en Duitsland aan het eind van de 18e eeuw, gewerkt aan het instellen van een medische politie, die moest waken over de hygiëne van de burgers van de stad.
Met de kliniek werd ziekte niet meer dan een orgaan- of weefselafwijking, en verdween de aandacht voor epidemieën en daarmee de gevoelde noodzaak voor politieke maatregelen. De kliniek, zoals die in het begin van de 1ge eeuw 'geboren' werd, is een complex van zorgstructuren, manieren van denken over ziekte (localiserend, individualiserend) en medische en paramedische praktijken. Dit complex is volgens Foucault nog steeds de basis van onze geneeskunde. Wat hij heeft gedaan is onderzoeken hoe het mogelijk was dat in een bepaalde maatschappelijke en historische situatie dat complex ontstond en wortel schoot.

Geschiedenis van de waanzin

Op grond van 'Geschiedenis van de waanzin' (1961) is Foucault vaak geassocieerd met de antipsychiatrie. Niet helemaal terecht, ook niet geheel onterecht. Ook in dit boek gaat het om het ontstaan van een nieuwe manier van kijken naar en omgaan met waanzin. Het boek is uitdrukkelijk geen geschiedenis van de psychiatrie, maar een geschiedenis van de maatschappelijke en culturele functie van waanzin.
De grote lijn: het gaat Foucault om de omstandigheden waaronder een scherpe scheiding kon ontstaan tussen wat redelijk en wat onredelijk of zelfs anti-redelijk genoemd wordt. In de periode van 1650 tot 1800 zijn in de omgang met gekte veranderingen opgetreden die bepaald niet eenduidig zijn. Vanaf de 17e eeuw hebben de westerse samenlevingen zich steeds meer willen ontwikkelen tot maatschappijen van de redelijkheid. De Rede werd synoniem met Vooruitgang, en alles wat zich hardnekkig tegen de redelijkheid verzette moest in steeds toenemende mate aan het oog worden onttrokken. Bestond er in de middeleeuwen nog een, zij het verwarde, dialoog tussen waanzin en rede, dat wil zeggen een situatie waarin de waanzin haar eigen plaats had, vanaf de 17e eeuw werd er met gekken niet meer gesproken, maar werden ze opgesloten.
Dit is niet het meest spectaculaire gedeelte van Foucaults betoog. Belangrijker is zijn ontdekking van een veel meer verfijnde manier van onschadelijk maken van gekken, een manier die gesymboliseerd werd door de bekende vrijlating der geketenden door de psychiater Pinel in 1794; deze gebeurtenis is vaak geroemd als één van de hoogtepunten van het vrijheidsdenken van de Franse revolutie. Foucault ziet er iets anders in: volgens hem was het de symbolisering van een nieuwe fase in het wegduwen van de onredelijkheid uit de redelijke samenleving. Van toen af aan werden waanzinnigen niet meer uitsluitend opgesloten, maar was de doelstelling ze te maken tot normale, dat wil zeggen redelijke individuen. Heropvoeding als effectievere manier van controle en disciplinering dan opsluiting. De Rede nam geen genoegen meer met het bestaan van een plaats waar de onredelijkheid heerst (de psychiatrische asielen). Het belangrijkste 'instrument' voor de hernieuwde integratie van de gekken in het maatschappelijk bestel was natuurlijk de geneeskunde. Ik zal niet proberen Foucaults beschrijving van de ontwikkeling van de medische bemoeienis met waanzin samen te vatten. Het is beter om met een voorbeeld de manier te verduidelijken waarop hij aspecten van die ontwikkeling in een onverwacht perspectief zet. Laat ik als voorbeeld nemen het ontstaan van psychologische behandelingsmethoden tegenover zuiver lichamelijke. Het onderscheid tussen deze twee methoden kon pas ontstaan in de 1ge eeuw, toen waanzin in verband werd gebracht met schuld en toen ook gekken werden beschouwd als in principe verantwoordelijke personen. Pas toen ontstond de mogelijkheid om hen uitsluitend op hun morele en psychische eigenschappen aan te spreken. 'Gesprekstherapie' als aparte behandelingsvorm uitsluitend gericht op geestelijke processen, was pas vanaf die tijd denkbaar. Voor de 1ge eeuw functioneerden gesprekken met patiënten als onderdeel van een totaalprogramma, waarin ook lijfelijke methodes (waterkuren, lichamelijke training) een belangrijke plaats innamen.
Met zeer veel historische details onderbouwd brengt Foucault dus een behandelingsmethode, die tegenwoordig als 'menselijker' wordt beschouwd dan puur lichamelijke behandelingen, in verband met het feit dat voor het eerst in de geschiedenis naar krankzinnigen een beschuldigende vinger werd uitgestoken.

De ziekenhuizen

Een laatste tekst waar ik enige aandacht aan wil besteden is het boek, dat Foucault samen met een groep architecten heeft geschreven over veranderingen in de ziekenhuisbouw in (alweer) het begin van de 1ge eeuw. Het boek, dat voorzover ik weet alleen in het Frans is te krijgen ('Les machines à guérir' -- de' geneesmachines) is te beschouwen als een concrete uitwerking van één van de uitgangspunten van zijn methode: dat veranderingen in het denken over ziekte en verandering in bijvoorbeeld de ziekenhuisbouw één en hetzelfde proces zijn. Wat verandert is niet óf de ziekenhuisarchitectuur, óf het medisch denken, óf - om maar iets te noemen - de honoreringsstructuur, maar al di~ dingen samen. Dit alles samen heet bij Foucault het medisch 'vertoog' (discours), en zijn methode heet de vertoog- of discoursanalyse.
In 'Les machines à guérir' wordt duidelijk gemaakt, dat de nieuwe vorm van medisch denken die in het begin van de 1ge eeuw ontstond, (beschreven in 'Geboorte van de kliniek') en waarin de individuele patiënt tot in detail geobserveerd moest worden, een nieuwe architectuur van de ziekenhuizen noodzakelijk maakte; deze moesten zo gebouwd worden, dat iedere afzonderlijke zieke zo efficiënt en zo volledig mogelijk in de gaten gehouden kon worden. Dit stelde eisen aan bijvoorbeeld de afstand tussen de verschillende zalen, de bereikbaarheid (en zichtbaarheid) van iedere zieke vanuit één of meer centrale punten, enz. Omgekeerd had de wijze van groeperen van patiënten weer invloed op het medisch denken - bijvoorbeeld doordat een aarzelend begin gemaakt kon worden met medische statistiek.
Een tweede thema, dat in dit boek verder ontwikkeld wordt, had Foucault al in zijn werk over het gevangeniswezen aan de orde gesteld: dat van de disciplinering van de samenleving. Hiermee wordt heel in 't kort bedoeld het ontstaan van een maatschappij, waarin mensen niet meer gestraft hoeven te worden voor begane overtredingen van maatschappelijke regels (bijvoorbeeld ten aanzien van hygiëne) maar waarin door een effectieve en voortdurende controle overtredingen voorkomen worden. Disciplinering is de overgang van een straffende naar een controlerende maatschappij. Eén van de voorwaarden voor een effectieve controle is mensen maximaal zichtbaar te maken, dat wil zeggen te zorgen, dat ze op ieder moment en bij al hun bezigheden, bekeken kunnen worden. Dit stelt eisen aan de

[illegible] waarin mensen zich bevinden. De vorm die het [illegible]huis in de 19e eeuw kreeg, paste in deze entwikke[illegible] in de rond die tijd ontstane gezondheidspolitiek. Het [illegible] de mensen buiten, maar zeker ook in ziekenhuis [illegible]angenis, moest rigoureus worden aangepast aan de [illegible]eisen' van de hygiëne, die men bezig was te ontdekken. In 'Les machines à guérir' wordt deze ontwikkeling getoond [illegible] net voorbeeld van het Hôtel-Dieu, het centrale ziekenhuis in Parijs.

Politiek

Zoals gezegd, het werk van Foucault is bepaald teleurstellend voor degene, die er aanwijzingen uit wil halen voor haar/zijn politieke stellingname ten aanzien van de gezondheidszorg. Het enige wat de vertooganalyse vermag, is te onderzoeken op welke basis het medisch apparaat, zoals wij dat kennen heeft kunnen ontstaan, hoe het mogelijk is geweest dat dit apparaat zijn maatschappelijke macht in de loop van de 19e en 20e eeuw steeds verder uitbreidde en op welke manier die machtsuitoefening plaatsvindt..

De politieke stellingnames van Foucault zelf zijn mijns inziens dan ook niet af te leiden uit zijn historisch-filosofische werk. Hij was één van de oprichters van een Groupe d'Informations sur la Santé (Gezondheids(zorg)-Informatie-Groep), bestaande uit een aantal intellectuelen, die zich ten doel stelde, het gesloten systeem van macht en kennis in de gezondheidszorg 'open te breken' door het verspreiden van achtergronden of anderszins onbekend gebleven informatie. Hoewel de G.I.S. nog wel van zich liet horen in de abortuskwestie in Frankrijk, en ten aanzien van een aantal gezondheidsproblemen in bedrijven, is haar bestaan niet spectaculair geweest.

Gereedschap?

Wat kunnen we nu wel met het werk van Foucault? Hij heeft er zelf dit over gezegd:

'Al mijn boeken, van "Geschiedenis van de waanzin" tot "Bewaken en straffen", zijn, als je wilt, kleine gereedschapskisten. Als de mensen ze willen openen, en één of andere zin, één of ander idee of analyse willen gebruiken als schroevendraaier om de machtssystemen kort te sluiten, te demonteren of in de lucht te laten vliegen - misschien zelfs inclusief de machtssystemen, waaruit mijn boeken zijn voortgekomen - ... wel, des te beter.'

[Michel Foucault in een interview in Le Monde, 21.5.1975.]

Het gaat, dunkt me, om gereedschap van een zeer speciaal soort: theoretisch gereedschap, waarmee niet veel anders gedaan kan worden dan het begrijpelijk maken van de systemen van macht en kennis, waarvan de gezondheidszorg er één is. Of dat hetzelfde is als het maken van kortsluiting in die systemen, dat valt nog te bezien.

Twee soorten instrumenten zijn te vinden in de hierboven genoemde teksten: historische en (om ze maar even zo te noemen) actuele. Om met de historische te beginnen: in 'Geboorte van de kliniek' wordt getoond, dat er rond de 19e eeuw een breuk ontstond in de geneeskunde (die dus niet een voortdurende vooruitgang heeft gekend, zoals sommige historici - en niet alleen zij - graag zouden willen). Er ontstond bijvoorbeeld een nieuwe medische kijk op ziekte, die nu voor ons dermate gewoon is geworden, dat het praktisch onmogelijk wordt om eerdere manieren van kijken echt te begrijpen.

Een tweede belangrijk punt in dit soort historische analyse is dat het gaat om, zoals Foucault dat noemt, mogelijkheidsvoorwaarden, dat wil zeggen om de omstandigheden die de verandering in het omgaan met ziekte misschien niet volledig veroorzaakten, maar in elk geval mogelijk maakten. Tenslotte over het historische 'gereedschap': 'Geboorte van de kliniek' laat zien, dat het mogelijk is om de geschiedenis van de gezondheidszorg te beschrijven als een geheel van in elkaar grijpende ontwikkelingen op gebieden, die we meestal als van elkaar gescheiden zien: het medisch denken, de gebouwen, de professies, de wetgeving, etc. Met enige goede wil is het boek te beschouwen als gereedschap om de gangbare vormen van geschiedenis van de geneeskunde (beschrijvingen van het werk van grote dokters met een duidelijke politieke functie) te 'demonteren'.

Medische macht

Het instrumentarium voor de analyse van actuele systemen van macht en kennis wordt vooral gevormd door één term: vertoog. Analyses die zich laten inspireren door Foucaults onderzoek naar 'vertogen', kunnen naar mijn idee duidelijkheid brengen in de vaak zeer verwarde discussies over 'medische macht'. Hoe zou dat kunnen gebeuren? Doordat 'macht' in een vertooganalyse niet wordt beschouwd als iets, wat een bepaalde groep mensen in zijn bezit heeft (in dit geval dokters), maar als een veel anoniemer verschijnsel, dat werkt via het bestaan van ziekenhuizen, van allerhande maatschappelijke instellingen, van patiëntenverenigingen, van medische professies, en, last but not least, via de medische taal, zoals die in de pers, op de televisie, via allerlei medische rubrieken wordt verbreid.

Een voorbeeld. De medische macht breidt zich uit, wanneer verschijnselen waar dokters vroeger niets mee te maken hadden, een medische betekenis krijgen en in verband worden gebracht met andere medische begrippen. Kinderen die lastig zijn, zich op school niet concentreren en die onvoorspelbaar op gebeurtenissen reageren (om enkele kenmerken te noemen), die kinderen hebben sinds een jaar of 25 Minimal Brain Dysfunction (MBD). Dit begrip heeft een hele concrete betekenis gekregen in de vorm van gespecialiseerde medische en paramedische professies, van speciale instituten, van oudervereenigingen, etc.

In de optiek van Foucault verspreiden vertogen zich over de maatschappij, niet alleen in de vorm van gesproken en geschreven tekst, maar ook in materiëel opzicht. Ze verspreiden zich over de maatschappij, dat wil zeggen, dat het medisch vertoog niet het 'bezit' is van de werkers in de gezondheidszorg, maar dat het ook het 'vertoog' is van ouder- en patiëntenverenigingen en in zekere zin van iedere individuele patiënt. Iedereen wordt in zijn medisch denken en handelen bepaald door dat medisch 'vertoog'. Om op het voorbeeld MBD terug te komen: onderzoek naar de manier van verspreiding van het medisch vertoog over de hele maatschappij zou het mogelijk kunnen maken te begrijpen waarom patiënten zich vaak - tot gruwel van progressieve werkers in de gezondheidszorg - zo weinig verzetten tegen de uitbreiding van de medische macht, en waarom een term als MBD juist bij ouders van 'patiënten' zo gretig wordt gebruikt.

Zonder te willen suggereren, dat dit de richting van een toekomstige analyse van het medisch vertoog moet zijn, denk ik dat het één van de mogelijkheden is. Daarbij ben ik vrij ver afgeweken van het werk van Foucault zelf, maar dat lijkt me noodzakelijk voor een zinvol gebruik ervan.

(Onvolledige) bibliografie

BOEKEN
- Geschiedenis van de waanzin, Boom, Meppel 1975 (vert. van 'Histoire de la folie', Paris 1961)
- Birth of the clinic, Pantheon, N.Y., 1976 (vert. van 'Naissance de la clinique',Paris 1963)
- Discipline and punish; the birth of the prison, London 1977 (vert. van 'Surveiller et punir', Paris 1975). Een Nederlandse vertaling schijnt in voorbereiding te zijn onder de titel 'Toezicht en straf'.
- De woorden en de dingen, Baarn 1982 (vert. van 'Les mots et les

choses', Paris 1981)
- History of sexuality, N.Y. 1978 (vert. van 'La volonte de savoir', Paris 1976, het eerste deel van een serie die 7 delen moest beslaan en waarvan dit jaar deel 2,3 en 4 uitkwamen).
- De orde van het vertoog, Meppel 1976 (vert. van L'ordre du discours', de rede die Foucault uitsprak bij zijn inaugurele leraar aan het Collège de France. Een goede inleiding in zijn marner van werken).
- Archeology of knowiedge, N.Y. 1978 (vert. van L'archeologie du savoir', Paris 1972)
- Les machines à guérir, Brussel 1975 (samen met B.B. Knegel en anderen).

INTERVIEWS
Foucault liet zich graag en veel interviewen.
Twee bundels:
- Mikrophysik der Macht, Menke, Frankfurt 1977.
- Power/Knowledge, New Vork 1980.
Beide bundels bevatten ook enkele essays.

OVER FOUCAULT
Ik wilde met name 3 nummers van Te Elfder Ure noemen:
- 25 (1981) nr. 3: Foucault over macht.
- 26 (1982) nr. 2: Geschiedenis wetenschap in Frankrijk,
- 27 (1983) nr. 2: Seksualiteit.

Vervolg van p. 27

speerpunten zijn. Wat heb je die mensen op dit moment te bieden?

U zei al: ik sta nog steeds achter de structuurnota uit '74. Onderdeel daarvan is de versterking van de eerste lijn. Welke stappen moeten er nu volgens U gezet worden om die eerste lijn echt te gaan versterken, zodanig dat er ook volume- en kostenbeheersende effecten van uitgaan?

Eerst dit. Wat is er van al die beleidsvoornemens van destijds, bijvoorbeeld de norm van 4 ziekenhuisbedden per duizend inwoners, terechtgekomen. Ondanks de beddenreducties die we gehad hebben ligt het bezettingspercentage landelijk gezien op ruim 80, terwijl 10 jaar geleden diezelfde ziekenhuizen als regel vol lagen. Men is blijkbaar onder druk van de omstandigheden en misschien ook door het steeds maar weer er op hameren tot de conclusie gekomen, dat het ook anders kan.
Versterking van de eerste lijn zelf is natuurlijk méér dan alleen meer mensen er in pompen. In uiterste consequentie moet je, denk ik, ook naar een territoriale begrenzing van gebieden waarin de eerste lijn werkzaam is. Per wijk van 20 of 30 duizend inwoners horen er dan, fictief, 10 huisartsen en 10 wijkverpleegkundigen en maatschappijk werk en fysiotherapie te zijn. Zo bereik je pas dat men tot reëel overleg over de patiënt kan komen. Nu moeten de 60 huisartsen in mijn woonplaats Tilburg, wier patiënten over de stad verspreid wonen, contact kunnen hebben met 20, buurtgebonden, wijkverpleegkundigen. Daar komt dus niks van terecht. je moet daarom een middel vinden om te subregionaliseren, zodat je voor een cluster van de bevolking ee? vaste groep eerstelijns werkers krijgt, dat is de consequentie. De landelijke huisartsenvereniging is daar bijvoorbeeld ook niet tegen.

Hoe moet zo'n territoriale begrenzing gerealiseerd worden?

je moet niet beginnen met dat af te dwingen en je moet ook niet de illusie hebben dat je zoiets tussen nu en drie jaar voor het hele land voor elkaar hebt. Maar als je het beleid op die territoriale begrenzing richt, dan gaan bepaalde zaken hun eigen leven leiden, die op den duur hun invloed doen gelden. Toen ik die 4 promile lanceerde viel het ziekenhuiswezen over me heen. Nu zegt ook de Nationale Ziekenhuisraad 4 promile, dat is een volslagen geaccepteerde zaak geworden. Als je zoiets nieuws maar vaak genoeg voorhoudt, dan heeft dat ook zijn eigen werking. En, je moet het met overtuiging brengen, natuurlijk!

BOEKEN

PSYCHOTHERAPIE EN RECHT

JOS DUTE

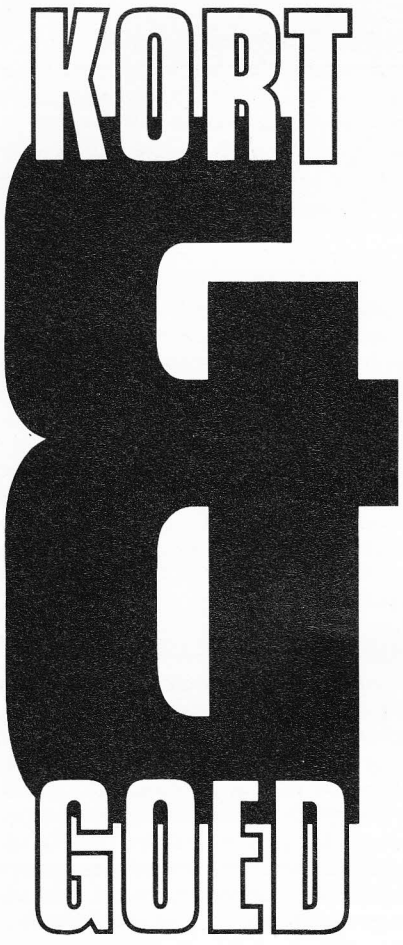
Op het gebied van de psychotherapie moet er een wettelijke regeling komen die tenminste voorziet in titelbescherming, tuchtrecht en klachtrecht. Dit is de opvatting vanj.H. Hubben, inspecteur bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in de provincies Noord-Brabant en Limburg. Hij promoveerde onlangs op het onderwerp psychotherapie en recht. In dit proefschrift brengt hij in kaart wat acht ereenvolgens het administratief recht, het strafrecht, het medisch tuchtrecht, het verenigingstuchtrecht en het civiel recht zoal te bieden hebben op het terrein van de psychotherapie. Dat is niet veel overigens.
De psychotherapie is nog steeds een ongeordend geheel. Iedereen die dat wil mag zich psychotherapeut noemen en als zodanig praktijk uitoefenen. Er zijn wel opleidingen, maar daartussen bestaan grote verschillen. Het is zelfs niet bekend hoeveel mensen er in Nederland psychotherapie bedrijven. Enige indruk is hiervan te krijgen door te kijkén naar het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging voor psychotherapie (NVP). Deze beroepsorganisatie (vergelijkbaar met de KNMG voor artsen) probeert enige greep te krijgen op de psychotherapie. Zij doet dat door eisen te stellen aan het lidmaatschap, door toezicht te houden op de opleidingen en door een beroepscode te handhaven. In de praktijk werkt het lidmaatschap van deze vereniging als een officieuze registratieregeling. Het ledental bedroeg in 1983 1110, voor het overgrote deel psychologen en - in iets mindere mate - psychiaters/zenuwartsen.
Regulering van de psychotherapie is van belamg gezien de vele incidenten op dit gebied de laatste tijd. Te noemen vallen sexuele relaties tussen cliënt en hulpverlener en zelfs fysieke mishandeling van cliënten. Hubben noemt het geval van een tehuis voor ex-psychiatrische patiënten waar een aantal technieken waren ontwikkeld om ongewenst gedrag te verminderen. Eén daarvan was dat een bewoner die overmatig veel koffie dronk, onder dwang werd overvoerd met

~offie waarin zout was opgelost.. Bovendien moest hij tegelijkertijd snel achter elkaar sigaretten roken tot braakreac-:ies volgden. Hier veroordeelde de strafrechter de verantwoordelijke hulpverlener wegens mishandeling tot een boete van f 300,-. Overigens kan het strafrecht volgens Hubben slechts een zeer marginale functie vervullen voor de handhaving van normen bij psychotherapie.
Ook de reikwijdte van het medisch tuchtrecht is beperkt, want dit is alleen van toepassing op de psychotherapeuten die tevens arts zijn. Interessant is evenwel het onderzoek dat Hubben heeft gedaan naar de uitspraken van de medische tuchtcolleges op het gebied van de psychiatrie (dus niet specifiek psychotherapie). Slechts een klein aantal uitspraken (2 à 3 procent) wordt gepubliceerd, maar Hubben heeft ook de niet-gepubliceerde beslissingen kunnen raadplegen. Hieruit blijkt dat vele klachten zonder nader onderzoek worden afgewezen of na onderzoek ongegrond worden verklaard. De meeste van deze klachten hebben betrekking op de gang van zaken bij keuring, opname of overplaatsing. De niet-gepubliceerde uitspraken zijn vaak zeer summier op schrift gesteld en soms wordt niet eens duidelijk wat de klacht precies inhield. Hubben geeft een overzicht van alle uitspraken sinds 1954 waarbij aan een psychiater of zenuwarts een maatregel is opgelegd. Opvallend is dat de tuchtrechter sexueel contact tussen behandelaar en patiënt categorisch afwijst en als sanctie steeds schorsing in de uitoefening van de geneeskunst oplegt.. Te veel nadruk leggen op psychogene factoren met nalaten van zorgvuldig lichamelijk onderzoek leidt ook tot het opleggen van een maatregel.. De meeste veroordelingen vinden plaats wegens schending van het beroepsgeheim. Veel van dergelijke beslissingen gaan over het afgeven van een verklaring over de psychische toestand van één van de echtgenoten buiten zijn of haar medeweten om tijdens een echtscheidingsprocedure. Schending van het beroepsgeheim is alleen gerechtvaardigd wanneer daartoe de noodzaak bestaat om hogere belangen te dienen. Zo'n hoger belang is bijvoorbeeld het rapporteren van kindermishandeling. Slechts bij hoge uitzondering is een klacht afkomstig van een inspecteur voor volksgezondheid. Hubben meent dan ook dat de Inspectie wat dit betreft een te terughoudend beleid voert..
Ernstige kritiek heeft Hubben op het verenigingstuchtrecht, de rechtspraak van de beroepsorganisaties zelf. Er worden weinig klachten ingediend, waarschijnlijk omdat het publiek van het bestaan van het verenigingstuchtrecht nauwelijks op de hoogte is. Onder psychotherapeuten worden de uitspraken onvoldoende bekend gemaakt.. Het risico bestaat dat de verenigingstuchtrechter klachten behandelt, die op een ander niveau (medisch tuchtrecht, strafrecht) thuishoren. Maar het belangrijkste bezwaar is toch wel dat de cliënt zijn recht moet gaan halen bij de belangenorganisatie van de tegenpartij. Uit de twee uitspraken van de NVP die Hubben beschrijft, blijkt overigens niet dat de psychotherapeuten elkaar de hand boven het hoofd houden.
Hubben geeft een uitvoerige uiteenzetting van de rechten en plichten die voortvloeien uit de psychotherapieovereenkomst. Als rechten van de cliënt onderscheidt hij het recht op informatie, het recht om niet te worden behandeld zonder toestemming, het recht om behandeling te weigeren, het recht op inzage van het dossier, het recht op privacy en geheimhouding en het recht op klacht.. De uitwerking, die hij van deze rechten geeft, is volgens mij in de praktijk goed hanteerbaar. Ik miste evenwel een standpunt ten aanzien van rechten die verder gaan in het gelijktrekken van de positie van cliënt en hulpverlener, zoals het door sommigen verdedigde recht op zeggenschap, waarbij de cliënt een aandeel krijgt in de formulering van de doelstellingen van de psychotherapie. Hubben is voorstander van een wettelijke regeling van de psychotherapieovereenkpmst. Omdat dit nog wel enige tijd op zich zal laten wachten pleit hij voor een modelovereenkomst, die moet worden afgesloten door :niddel van onderhandelingen tussen cliëntenorganisaties en representatieve organisaties van hulpverleners. Met deze :nodelovereenkomst kan dan ervaring worden opgedaan. Ik vraag mij daarbij wel af hoe hij zich deze onderhandelingen voorstelt. Hij merkt zelf al als bezwaar op dat dan het gewicht van de onderhandelaars namens cliënten en psychotherapeuten bepaalt. wat de inhoud van de modelovereenkomst is.

Meer dan elders in de gezondheidszorg dreigen bij psychotherapie gevaren van afhankelijkheid, manipulatie en dwang, vindt Hubben. Het blijft voor mij echter de vraag of titelbescherming, tuchtrecht en klachtrecht inderdaad veel verbetering zullen brengen in de positie van de cliënt en niet weer nieuwe problemen oproepen. Psychotherapeuten zijn tot nu toe niet in staat geweest om te wijzen op resultaten van hun specifieke psychotherapeutische deskundigheid. Zelfs in de effecten van psychotherapie bestaat nauwelijks inzicht. Niemand kan dus zeggen hoe een goede psychotherapeut eruit behoort te zien. Toch zullen bij titelbescherming bepaalde eisen worden gesteld aan de opleiding tot psychotherapeut. . De machtsstrijd, die hierover zal ontbranden, zal ongetwijfeld gewonnen worden door de NVP, die de huidige dominante stromingen (psychoanalyse, gedragstherapie, rogeriaanse en systeem-theoretische psychotherapie) vertegenwoordigt. Deze stromingen - waarvan de effectiviteit dus nog nooit is aangetoond - zullen dan stevig worden verankerd en nieuwe psychotherapieopvattingen kunnen eenvoudig buiten de deur worden gehouden. Psychotherapeuten zullen ook minder genoodzaakt zijn het belang van hun werk ten opzichte van andere vormen van hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg aan te tonen. Dit maakt de positie van de cliënt er niet steviger op. Daarbij komt dat titelbescherming bijdraagt tot verdere statusverhoging van de psychotherapeut. Deze statusverhoging bevordert niet bepaald de gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en cliënt, zodat de afhankelijkheid, manipulatie en dwang ook wel eens zouden kunnen toenemen. Ook de invoering van tucht- en klachtrecht is niet zonder problemen. In de inleiding van zijn boek geeft Hubben al aan dat het voor een cliënt erg moeilijk is om een juridische procedure te starten tegen zijn of haar hulpverlener.. De intimiteit van het contact, schaamtegevoelens, bewijsproblemen en de neiging van de therapeut om de klacht van de cliënt als een onderdeel van diens problematiek te beschouwen vormen hiervoor een struikelblok. Deze factoren belemmeren natuurlijk evenzeer het goed functioneren van tucht- en klachtrecht. De mogelijkheid van verweer geeft de cliënt dan slechts een illusie van gelijkwaardigheid, terwijl de machtsongelijkheid in de hulpverleningsrelatie onverkort gehandhaafd blijft.

Niet in alle opzichten heeft Hubben de maatschappelijke consequenties van zijn aanbevelingen voldoende doordacht.. Desondanks heeft hij over de juridische aspecten van psychotherapie een overzichtelijk boek geschreven, dat ook voor niet-juristen toegankelijk is. Echt nieuwe opvattingen ontbreken, maar het is een goed naslagwerk voor de praktijk.

J.H. Hubben, Psychotherapie en recht, Ars Aequi Libri, Nijmegen, 1984. (ISBN 90 7009481 9) 238 pag. Prijs: f 35,-.



'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 even kan meesturen. Het adres: Kort en Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 37.5, postbus 275, 3500 AG Utrecht;

film ft Handicap

De Stichting Film en Wetenschap heeft een ruime keur aan films en video's in voorraad over het leven met een lichamelijke handicap, Vanuit het standpunt van een aantal gehandicapten wordt daarin een blik geworpen op obstakels die je tegenkomt in de stad waar je doorheen wilt bewegen, obstakels in het aangaan van sociale contacten, en hoe je met al die obstakels om kunt gaan. Het is de bedoeling om zo niet-gehandicapten inzicht te geven in de problemen van gehandicapten en in wat daaraan kan worden gedaan. Verschillende films/video's leggen verschillende accenten, of gaan in op specifieke problemen van bijvoorbeeld doven of mensen met epilepsie. Er bestaat een catalogus met uitgebreide beschrijvingen. Daarin zijn ook films/video's te vinden met een 'medisch of educatief karakter', bestemd voor onderwijs en nascholing. Wie de catalogus hebben wil dient zich te wenden tot het centraal magazijn: 030-716816 toestel 118. Films/video's huren, en in sommige gevallen ook kopen, kan bij de mediatheek van de Stichting Film en Wetenschap: 030-719694.

Gebruikers

'Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg' is de titel van het symposium dat OSA, Werkgroep 2000 en SGZ op zaterdag 3 november a.s. organiseren. Het is de bedoeling dat mensen met heel verschillende achtergronden ervaringen uit zullen wisselen en discussies aan zullen gaan. In groepen van maximaal twintig personen kunnen gebruikers, hulpverleners, beleidsmakers en opleiders zich storten op de deelthema's 'spanning tussen democratisering en kwaliteit', 'zelf-zorg/mantelzorg/eigen verantwoordelijkheid' en 'gebruikersorganisaties/achterbanproblematiek'. De discussies worden aangewakkerd met een inleiding. Aan het eind van de dag is er een forum met de wethouder voor de Volksgezondheid van Amsterdam mevr. Van den Klinkenberg; de coördinator van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform dhr. Van der Wilk; de ex-hoogleraar huisartsengeneeskunde dhr. Van Aaideren; de algemeen secretaris van de Ziekenfondsraad dhr. Marseli; een directielid van het ziekenfonds Amsterdam en omstreken; en waarschijnlijk verschijnt ook de staatssecretaris van WVC, dhr. Van der Reijden.
Wie er meer over wil weten of zich in wil schrijven, belle tijdens kantooruren 020-240075 en vrage naar toestel 29.

Generale

Twee Studium Generale programma's gewijd aan gezondheidszorg dit najaar. Het ene gaat maandag 1 oktober in Utrecht van start met een avond 'ervaringen' waarbij studenten, een arts en enkele patiënten aan het woord worden gelaten om 'knelpunten te signaleren'. De erop volgende maandagen komen respectievelijk H. Verbrugh, P. Thung, theaterwerkverband Obscene, W. Metz, P. van Eijk en een vol forum docenten van de Utrechtse medische faculteit aan bod. Zij brengen hun visies en vragen naar voren ten aanzien van het menselijk lichaam en/of het medisch bedrijf. De avonden zijn vrij toegankelijk, beginnen om 20.00 uur precies in de Grote Collegezaal, Gebouw 51, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, Utrecht. Wie er meer over wil weten kan terecht bij: Buro Studium Generale, Maliebaan 103, 3581 eH Utrecht, tel.. 030-318031.
Het andere programma begint dinsdag 23 oktober in Leiden. Ook daar P. Thung en H. Verburgh op de rol, en verder S. v.d. Geest, J.-P. Kuyper, J. Klinkert, een debat tussen J. Hattinga Verschure en P. Juffermans, Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, en een forum 'beleid en verantwoordelijkheid'. De thema's variëren binnen het brede raamwerk 'veranderende visies op gezondheid en ziekte'. Ook deze avonden beginnen om 20.00 uur, op de dinsdag behalve de laatste keer, woensdag 28 november, en wel in het Centrale Voorzieningen gebouw van de Universiteit,..Cleveringa 1, Leiden. Inlichtingen: Studium Generale, Kloksteeg 25, 2311 SK Leiden, 071-, 148333 toestel 2584.

Buitenlanders

In Bunnik is het Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders gevestigd. Al een aantal jaren geeft dit Buro een literatuurlijst uit.
In 1984 is er weer een nieuwe met zo'n duizend titels op verschillende gebieden, waaronder bijvoorbeeld 'Voeding/dieetproblematiek', 'Het kind in het ziekenhuis' en 'Geestelijke gezondheidszorg'. De literatuurlijst is te bestellen bij het Buro Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel., 03405-64844. Bestelcode: B 1000. Kosten: f 5,- (excl., porto).

Psy~hiatrie op video

AI twintig jaar beijvert Pandora zich om vooroordelen en misverstanden over psychische problemen en geestel ijke gezondheidszorg weg te nemen. Voorlichting is daarbij altijd weer een veel gebru ikt middel geweest.

Pandora maakte onlangs de videofil m *'De binnenkant'* met het doel de discussie over de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren nu het beleid over psychiatrischa voorzieningen in beweging is. 'De hulp dichterbij de mensen' is het motto van dat nieuwe beleid. In een stadswijk wordt het oude ziekenhu is gesloopt, en ook de psychiatrische afdeling daarvan. Tot voor kort wilde het gemeentebestuur op dezelfde plaats een nieuwe psychiatrische inrichting neerzetten. Maar hebben mensen met levensproblemen, die in de war zijn, die er geen gat meer in zien, eigenlijk wel een ziekenhuis nodig?

En hoe vinden familieleden, vrienden en buren het als hun vraag om hulp beantwoord wordt met het opnemen van diegene die in nood is, in een ziekenhuis? Hoe ervaren de gebruikers van de geestelijke e gezondheidszorg de hulp die ze krijgen?

Samen met hen wordt in 'De binnenkant'. een tocht gemaakt door de geestelijke gezondheidszorg. Een aantal psychiatrische situaties zijn in beeld gebracht, zoals een huisbezoek van een psychiater en het dagelijks leven in een inrichting. Er wordt ook gesproken over de plannen om in Amsterdam een kleinschalige geestelijke gezondheidszorg te realiseren.

De videoband kan, minimaal vier weken voor de vertoningsdatum, aangevraagd worden bij de Stichting Pandora, 2e Constantijn Huijgenstraat 77, 1054 CS Amsterdam, tel.. 020-127552. Kosten f 60,-. Indien gewenst kan een Pandora-vrijwilliger de discussie over de band begeleiden, de kosten zijn dan f 105,- (excl. reiskosten).

Voor wie de inrichting wil ontvluchten bestaan er *Wegloophuizen.* In samenwerking met de filmers van Frame hebben deWegloophuizen (WLH'en) Utrecht en Rotterdam een videofilm gemaakt over hun ervaringen. De film ('oorspronkeijk bedoeld voor onze Italiaanse vrienden') begint met een kenschetsing van het Nederlandse GGZ-systeem. Daarop volgt een mozaïek van interviews en gesprekken waarin langzamerhand duidelijk wordt waarom mensen weglopen, hoe zij in een WLH terecht komen en welke problemen zich daar voordoen. Voor de meeste bewoners ontbreekt een plek waar ze terecht kunnen voor adequate behandeling. Bovendien bestaat er vaak een spanning tussen de verwachtingen van bewoners, die willen dat hun problemen worden opgelost, en de in de WLH'en levende inzet kritiek te leveren op traditionele hulpverlening. Naast kritische kanttekeningen bij het functioneren van de WLH'en toont de video ook beelden van een vrouw die het lukte na twintig jaar inrichting weg te lopen en na een poos zelfstandig een kamer in de stad te betrekken. Kortom: een film vol contrasten die ongetwijfeld aanleiding geeft. tot discussie.

De video is in kleur, duurt 45 minuten, is voor f 50,- te huur, maar is ook te koop, Wegloophuis Utrecht, Nieuwe Daalstraat 21, 3511 SE Utrecht, tel.. 030-316627 ('s middags van 1-5 uur). Wegloophuis Rotterdam, Mathenesserweg 40b, 3026 HC Rotterdam, tel.. 010-622107.

Giftrein

José van Eindhoven, wetenschappelijk medewerkster Chemie en Samenleving in Utrecht, schreef een boek over 'Risico's bij produkt ie, opslag en vervoer van gevaarlijke stoffen in een dicht bevolkt land' onder de titel *'Weg zijn!, giftrein'.* Om zicht te krijgen op de manier waarop er wordt omgegaan met kleine kansen op grote rampen ontrafelt ze het voorbeeld van het autogas LPG. Van de politieke strijd rond LPG valt veel te leren voor wie, verontrust, te maken krijgt met de gevolgen van wetenschap en techniek. Hoe vergroot je je invloed?. 'Behalve angst en bezorgdheid zijn goede argumenten, politiek inzicht en een lange adem belangrijk'. Het boek telt 120 pagina's en kost f 17,50 in de boekhandel. Het is ook rechtstreeks te bestellen door f 17,50 + f 2,30 (portokosten) over te maken op postrekening 2069977 t.n.v, uitgeverij SUA, Amsterdam, onder verrnelding van de titel..

Technologie beoordeeld

De Vereniging van Wetenschappelijke Werkers zal op 26 oktober a.s. een congres houden over Technology Assessment, het maatschappelijk toetsen en osoordelen van technologie. 's Morgens zullen vanuit verschillende invalshoeken visies worden gegeven op TA en haar politieke inbedding. Dit zal gebeuren vanuit Wetenschapsbeleid (J. van Boxtel), Economische Zaken (A. Vermeulenl, , de Vakbonden (R. Vreeman), het VWWen vanuit ervaringen met de Brede Maatschappelijke Discussie (S. de Hoo}, 's Middags staan er werkgroepen op het programma waar in men vanu it verschillende technologiegebieden in kan gaan op de (on)mogelijkheden en wenselijkheid van TA. Er is een werkgroep over *medische technologie,* en verder over produktie-, bewapenings-, milieu-, en energietechnologie. Ook is er een algemeen gerichte werkgroep over de verhouding van TA tot BMD, risico analyse enz. Naar alle waarschijnlijkheid zal de dag worden afgesloten met een pol itiek forum.

Eind september verschijnt er een dubbelnummer van 'Wetenschap en Samenleving' dat dienst zal doen als kongresbundel. . Verder zijn van belang de ministeriële nota 'Integratie van Wetenschap en Technologie in de Samenleving' en de TNO-rapporten 'Technology Assessment: op zoek naar een bruikbare aanpak' deel 1 en 2; dit alles is te koop bij de staatsuitgeverij.

Wie deel wil nemen kan zich tot 12 oktober' opgeven bij het VWW, Oude Gracht 80, 3511 AT Utrecht, tel.. 030-322180. De kosten zijn f 12,50 voor de aanschaf van het themanummer van W&S (abonnees en VWW-Ieden gratis).

'Genees' middelen

In 1985 zal er een speciale vergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) worden gewijd aan de vraag hoe misbruik van geneesmiddelen tegen te gaan. De promotiepraktijken van de farmaceutische industrie komen dan zeker uitgebreid aan de orde. Consumentenorganisaties zullen erbij worden betrokken. Bij een voorbereidende discussie stemden de VS tegen dit plan en de Bondsrepubliek en Japan onthielden zich. In de plenaire vergadering werd het voorstel, in de vorm van een resolutie getiteld 'rationeel gebru ik van geneesmiddelen', unaniem aangenomen. Health Action International (HAl), een internationaal netwerk van actiegroepen op het gebied van geneesmiddelen en gezondheid, is er blij mee. Tijdens de vergadering had deze organisatie, waarvan de Nederlandse Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) deel uitmaakt, een tentoonstelling ingericht, ze gaf een actiekrant uit en toonde zich ook op andere manieren aanwezig. Worden dergelijke bemoeienissen gewoonlijk als lastig ervaren, Mahler, de secretaris-generaal van de WHO, noemde ze deze keer 'positief'. De VS stonden dan ook alleen met hun pleidooi voor de vrijheid van particuliere bedrijven. Makene, afgevaardigde van Tanzania, vond meer weerklank, door de verkooppraktijken van de farmaceutische industrie 'misbruik van de Derde Wereldlanden' en 'schending van de mensenrechten' te noemen.

En nu maar hopen dat het de WHO werkelijk lukken gaat grip te krijgen op de farmaca-multinationals. HAl en WEMOS zullen alert moeten blijven.

Budgettering

Het Beterschap, belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, organiseert in samenwerking met de Vereniging *van* Verpleegkundigen die de Algemene leiding hebben van de Verplegingsdienst in Ziekenhuizen en met de Katholieke Hogere School voor Verpleegkunde een cursus 'Budgettering in Algemene Ziekenhu izen' voor verpleegkundigen en verzorgenden. De cursus duurt twee dagen en is opgedeeld in een zestal inleidingen en een onderhandelingsspel. .

Er is driemaal een gelegenheid om mee te doen: 25 en 26 oktober, 29 en 30 november 1984 of 17 en 18 februari 1985. Plaats: het Guldenbergmotel te Helvoirt. Kosten: f 250,- voor leden en f 295,- voor niet-leden (inclusief overnachting, maaltijden en cursusmateriaal). . Verdere informatie en aanmelding: 030-522321.

Medisch onderwijs

Ter gelegenheid *van* haar derde lustrum organiseert de Utrechtse Studentenwerkgroep bij Medicijnen, Gamma (Geneeskunde en Samenleving) op 19 oktober een symposium met als thema: 'Medisch Onderwijs'.

Het medisch onderwijs, zo is het uitgangspunt, geeft geen optimale voorbereiding op het latere artsenberoep. De vorm van het onderwijs en de wijze *van* toetsen, met name in de préklinische fase, werkt voor studenten demotiverend. Ook is de opleiding te eenzijdig medisch-technisch gericht.

Over deze, altijd weer terugkerende, problematiek zal in Utrecht door een aantal inleiders gesproken en gediscussieerd worden.

Centrale discussiepunten betreffen *voor*al het sociaal-maatschappelijke functioneren van artsen en de werkelijkheid van een opleiding die daarop beter is afgestemd. De grote vraag die men wil beantwoorden: 'Hoe zou het medisch onderwijs er qua inhoud en vormgeving uit moeten zien?'

Het symposium is gratis en vrij toegankelijk. De symposiumbund'el is te verkrijgen bij de MSFU, Hamburgerstraat 27, 3511 NP Utrecht, tel.. 030-328292_ Plaats: Lab. voor Med. Anatomie en Embryologie, 't Hoogt 5, Utrecht.

Beroepsinnovatie

Aan de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen in Nijmegen start dit jaar een nieuwe, officieel erkende studierichting: 'beroepsinnovatie. '. Om dat te vieren vindt er 2 november a.s. een symposium plaats in Nijmegen, Beroepsinnovatie is het mooie woord voor pogingen van werkwijze te veranderen in de hoop zo betere kwaliteit te leveren. Op het symposium zullen een twaalftal veranderingsprojecten worden gepresenteerd. Het gaat daarbij vooral om het werk van verpleging, overigens in heel verschillende velden van de gezondheidszorg. De presentaties vinden plaats in kleine groepen. Om op te warmen zijn er 's morgens twee inleidende lezingen: Mw. Muller-van Ast zal de projecten tegen hun politiek-maatschappelijke achtergrond plaatsen, Mw. Willemse zal ingaan op de specifiek verpleegkundige achtergronden. Aan het eind van de dag is er opnieuw een plenaire activiteit: Mw. Van Lin geeft dan een nabeschouwing vanuit intramuraal perspectief, Prof. Michels vanuit extramuraal perspectief.

's Avonds is er bovendien cabaret - Fons Jansen - en een grandioos feest. De kosten van de dag zijn, inclusief lunch, f 70,-, met het avondprogramma f 75,-. Een brochure, annex inschrijfformulier, is verkrijgbaar bij de afdeling Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, KHSV, Groesbeekseweg 152, 6524 ON Nijmegen. Telefonische intermatie: 080-228080, toestel 48, tussen 14 en 17 uur 's middaqs.

Waarom zou u zich op De Groene moeten abonneren?

Vraag het eens aan redakteuren

Arnold Koper: 'Een onafhankelijk en lekker eigenzinnig krantje, decennia van beschaafde radikaliteit'.
Anet Bleich: 'Progressief, liberaal, ondogmatisch, en niet bang om de lezers met prikkelende opinies voor de voeten te lopen'.
Aafke Steenhuis: 'Een krant die analyseert waarom dingen lopen zoals ze lopen en probeert te bedenken hoe het misschien toch anders kan'.

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

Naam .....

Adres .....

Postkode .....

Plaats .....

Gironummer .....

Ik betaal: O per kwartaal (30,-)
O per half jaar (60,-)
Ik betaal na ontvangst van een accept-girokaart.
Bon invullen, in open enveloppe doen en sturen naar:
De Groene, Antwoordnummer 26, 1000 PA Amsterdam

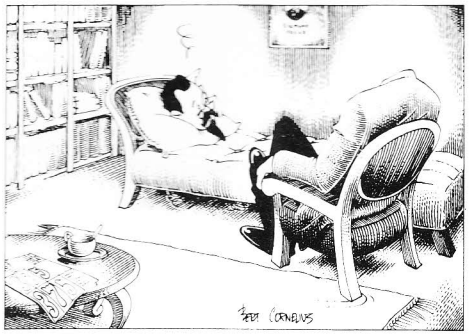
De Groene zeer links van het midden

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 [illegible] kan op reiskostenvergoeding rekening. Daa-naas: is er propagandamateriaal nodig en ten[illegible] het leggen en onderhouden van contact", [illegible] (overige) media geen kwaad kunnen.

Aanmeldingen en inlichtingen:
Denhard de Srnit, Taandwarsstraat 27, 1013 B~I 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.



Ij kunt een setje kaarten van 8 stuks bestellen door het bedrag over te maken op gironr . 5441758 t.nv. . uitq. Macula te Boskoop. (1 setje kaarten f 4,- plus f 1,40 porto/ bij 2 t/m 3 setjes f 2,10 porto/ bij 2 t/m 8 setjes f 2,80 porto) of u kunt gebruik maken L.:n de bestelbon in dit nummer.