

**GEZONDHEID**

**& POLITIEK**

THEMA

**ONGELIJK-ONGEZOND**

**Euthanasie na '84:  
de dokter beslist**

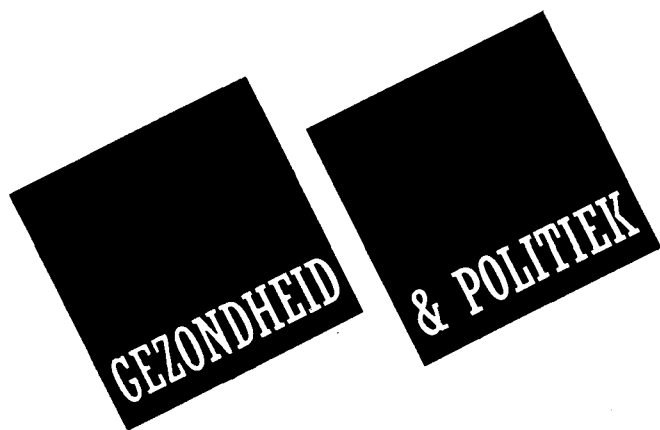
**'Algehele malaise,  
gaarne  
fysiotherapie'**

**Beoordeling van  
medische  
technologie**

**Tien jaar wetgeving:  
minder idealen,  
meer ambtenaren**

**Vestiging  
huisartsen:  
het net sluit zich**





## ONGELIJK- ONGEZOND

Een schoonmaakster wordt gemiddeld minder oud dan een studente; in lage inkomensgroepen komen meer infectieziekten met dodelijke afloop voor. Deze uitspraken zullen wellicht ongelovige reacties oproepen. In Nederland is men helaas niet veel verder dan de gedachte 'Er bestaan verschillen in levens op gezondheid, en dat heeft te maken met sociale ongelijkheid'.

In het thema 'ONGELIJK-ONGEZOND' willen we de discussie hierover aanwakkeren. Hoe zit het eigenlijk met verschillen in levensverwachting in Nederland? Is het cultuurverschil een wezenlijke oorzaak van ziekte bij buitenlandse werknemers of is het idiasverschil daarbij veel belangrijker? Wat zijn de mogelijkheden voor onderzoek op dit terrein, in hoeverre houden wetenschappers zich er mee bezig en wat kun je politiek met de resultaten?

Er is weinig bekend over het oorzakelijk verband tussen sociale ongelijkheid en gezondheidskansen. En dat is jammer. Zeker in een tijd van verslechterende sociaal-economische omstandigheden mag een actieve politiek op dit gebied niet ontbreken. Pagina 21

## 'Algehele malaise, gaarne fysiotherapie'

Voor steeds meer patiënten en huisartsen zijn regelmatige bezoeken aan de fysiotherapeut de oplossing voor stukgedraaide knieën, depressieve nekspieren en algehele treurigheid. Veel fysiotherapeuten hebben er geen moeite mee dat hun vak beschouwd wordt als een vergaarbak van moeilijk grijpbare klachten. Zo'n kijk op het vak legt de fysiotherapeuten ook geen windeieren. Het valt echter te betwijfelen of ook patiënten gebaat zijn bij deze praktijken.

Fysiotherapeute Sonja vertelt over de problemen die je krijgt als je niet alle aangevraagde behandelingen wilt geven. "Het vak op kritische wijze uitoefenen levert veel dilemma's op. In de praktijk blijkt het moeilijk om niet mee te werken aan zinloze behandelingen en tegelijkertijd patiënten, huisartsen en collega's tevreden te houden. Pagina 6

## 'It's not as simple as that'

Beoordeling van nieuwe medische technologie. Nieuwe medische technologie, het paradepaardje dat door medische specialisten steeds weer met luid gejuich wordt begroet. Hiertegenover staat boegeroep van de financiers van de gezondheidszorg, die het erop houden dat het paard van Troje wordt binnengehaald. Betere zorg met de modernste middelen versus kostenbeheersing, en bezuinigingen op de collectieve uitgaven. Maar ligt het probleem wel zo eenvoudig?

Stewart Blume geeft aan dat er een veel ingewikkelder proces plaats vindt. CT-scans en nucleair aangedreven kunsthartten hebben verstrekkende gevolgen voor patiënten, hun familie, de gezondheidszorgstructuur en voor de heersende normen en waarden. Het nieuwste apparaat, de NMR-scan, zou zelfs een omwenteling kunnen betekenen in de manier waarop er tegen ziekten wordt aangekeken. De patholoog-anatoom zou zijn fundamentele positie in de diagnostiek kunnen verliezen aan een nieuw slag diagnostiserende biochemici. Over revoluties in de medische technologie en de schokgolven in de fundamenten van de gezondheidszorg.

Pagina 11

## MINDER IDEALEN, MEER AMBTENAREN

Tien jaar wetgeving in de gezondheidszorg. In juni behandelt de Tweede Kamer de wetsontwerpen voor de Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM) en de Welzijnswet (WW). Beide wetsontwerpen hebben een omvangrijk verleden. De 'basis' van deze wetsontwerpen, de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks, blijkt een tienjarig verblijf in de ambtelijke molens slecht te hebben doorstaan: in de WGM wordt niet alleen de (beloofde) patiënteninspraak mager geregeld, ook de inspraak van 'gezonde' burgers is sterk gereduceerd. Democratisering en inspraak blijken verdrongen door een sterke wil tot kostenbeheersing, en deregulering.

Peter van Lieshout en George Freniks beschrijven deze metamorfose en voorspellen voor de toekomst weinig goeds: 'In de praktijk zal er weinig veranderen, terwijl er een bestuurlijke, ambtelijke werkelijkheid ontstaat met ambtenaren die elkaar brieven en nota's schrijven die slechts leesbaar zijn voor collega's, of vrijgestelde bestuurders. En die ambtenaren zullen dan - om weer wat te doen te hebben - nieuwe regels en modellen bedenken zonder dat eerdere plannen nog maar in uitvoering zijn genomen'. Pagina 16

# DRAAGMOEDERS EN REAGEERBUISBABY'S

1984; het leek wel het jaar van de reageerbuisbaby. Het was een geliefd onderwerp van veel radio- en tv-programma's, en van artikelen in kranten en (vak)tijdschriften. Tegelijkertijd had de wereld veel belangstelling en sympathie voor kinderen die hun biologische vader of moeder zoeken en voor ouders op zoek naar hun kind (zie 'Paris, Texas' van Wim Wenders, de favoriete film van 1984). Ook veel publiciteit, maar dan, negatieve, kreeg in '84 de vrouw die het kind dat ze baarde, volgens afspraak voor geld afstond aan een kinderloos echtpaar.

Wat gebeurt er in de media? Hebben deze thema's met elkaar te maken? Zeker. De draagmoederbaby en de reageerbuisbaby zijn twee mogelijkheden (onder vele) voor een kinderloos echtpaar om kinderen te krijgen. Maar terwijl de reageerbuisbaby gepushed wordt, worden de draagmoeders in diskrediet gebracht. Een nieuwe ideologie wordt geschapen. Waarom dit gebeurt en welke machtige lobby hier aan het werk is, is niet zo eenvoudig aan te duiden. Ieder die er deel aan is, verschuilt zich achter de stelling dat de wetenschap zich nu eenmaal ontwikkelt en dat 'voortgang' niet te stoppen is. Ze vergeten liever dat er elk moment keuzes gemaakt worden zoals: Wat gaan we onderzoeken, naar Welk onderzoek gaat Hoeveel geld, Wiens welzijn stelt het ten doel, van enkelen of van velen. Belangrijke vragen waar te weinig mensen zich druk om maken.

Hoe wordt de nieuwe ideologie geschapen? De propaganda via de media. Heb ik al genoemd: 'Wat knap is het wat de medici kunnen'; 'wat een leed verhelpen ze'; 'wat een geluk brengen ze met een reageerbuisbaby'. Hiernaast bestaat een veel verborgener beïnvloeding van de ideologie namelijk door de versterking van bepaalde mythes. Bijvoorbeeld de mythe van de 'slechte' stiefmoeder; het kind behoort niet de ouder(s) die het opvoeden toe, maar de biologische vader of moeder (Paris, Texas!). In dit licht is ook de nieuwe wet in Zweden te zien, die verplicht dat de verwekker bij kunstmatige inseminatie bekend moet zijn. Pas hoorde ik van een vrouw een biologische en geadopteerde kinderen dat haar geadopteerde kinderen die tot nutoe gewoon bij haar in het ziekenfonds zaten, nu ineens door het Ministerie van WVC particulier verzekerd worden omdat het ministerie de verantwoordelijkheid draagt en niet zij, hoe ze ook protesteerden. Kinderen die via een draagmoeder verkregen zijn zullen zich volgens deze mythe nooit lekker voelen bij hun stiefmoeder. En, de draagmoeder die haar kind afstaat, is wel heel erg verdorven.

De tweede mythe die versterkt wordt door via de media is dat het onnatuurlijk en dus afwijkend is als een echtpaar zelf geen kinderen kan voortbrengen. Daar hebben ze recht op en de medische wetenschap moet er alles aan doen om die afwijking te verhelpen. Niet-medische oplossingen voor kinderloosheid heffen die afwijking niet op en worden dus minder gewaardeerd.

Wat zijn de consequenties van deze nieuwe ideologie? De weg voor de modeme Frankenstein - het maken van mensen in laboratoria - wordt door deze nieuwe ideologie geplaveid. Eindelijk zijn ook de mannen in staat kinderen te maken. Een wensdroom die vanaf het begin van onze patriarchale cultuur aanwezig is geweest, getuige de mythes van Adam die uit zijn rib Eva maakte, en Zeus die Athene baarde; een verlangen dat tot ver in deze eeuw nog werd afgekeurd zoals de legendarische film: 'Het monster van Frankenstein', laat zien. Nu deze afkeuring in toelichtingen is overgegaan, staat de

weg open voor de medische, technische én biogenetische industrie om haar winsten, kennis- en dus macht - te vergroten. Het is maar de vraag wat ze met die kennis en macht gaan doen. Dinosaurussen weer tot leven wekken, zoals laatst in de kraant stond? Dat is voor mij niet het probleem. Eerder ben ik bang voor de altijd aanwezige tendens tot perfectionering van het produkt: naar de heersende normen, normen die bepaald zijn door de heersende klasse, ras, sexe, sexualiteit. Mensen die aan die normen niet willen of kunnen voldoen, zijn afwijkend en worden onderdrukt. Bijvoorbeeld, de gedwongen sterilisatie van Indianen in Noord- en Zuid-Amerika is helaas een normale praktijk. Of dichter bij huis, in West-Duitsland worden de witte vrouwen middels geldpremies gestimuleerd tot het baren van kinderen, terwijl niet-witte vrouwen vaak zonder dat ze het weten de prikpil of andere anticonceptie krijgen en in Nederland krijgen zwakzinnige vrouwen de prikpil. Medische werkers bepalen wie in aanmerking komt voor een reageerbuisbaby en wie niet. Hoewel ze zullen tegenwerpen dat ze slechts uitvoerders zijn van democratisering bepaalde regels, zijn het regels die binnen de macht van de medische wereld (gaan)vallen.

Dit in tegenstelling tot de draagmoederbaby waar in principe alleen de direct betrokkenen de afspraken regelen. Het instituut gezondheidszorg krijgt nog meer controle over het individu. Niet slechts van de wieg tot het graf word je gecontroleerd, nu zelfs al van eikel tot en met de lijkschouwing. Het individu wordt zo steeds meer tot object gemaakt, een consumerend object dat afhankelijk is van de (medische) industrie voor het bevredigen van het (gecreëerde) behoeftes. En met steeds minder mogelijkheden om eigen oplossingen te vinden. De ideologie dat elk gezin een biologisch kind moet hebben versterkt de moederschapscultuur en de gezinsideologie. Ze idealiseert biologische kinderen boven niet biologische kinderen, de 'echte' ouders boven de niet 'echte', een kinderrijk echtpaar boven een kinderloos echtpaar, een vruchtbare vrouw boven een niet-vruchtbare vrouw. Daar sta je dan, als 'onecht' kind, 'onechte' ouder, kinderloze vrouw. Je bent afwijkend.

Met het privébezit van kinderen versterkt je de gezinsmoraal en de ideologie dat de producent van het kind, de moeder, ook als privébezit van de man gezien wordt, omdat alleen dan hij er zeker van is dat haar kind ook zijn kind is. Nu kinderloosheid zo sterk naar op het medische vlak getrokken wordt, raken de maatschappelijke en financiële belemmeringen om kinderen te hebben uit het zicht. Zoals de sociale afkeuring voor alleenstaande vrouwen en mannen, voor potten en poten om kinderen te hebben, en de problemen om een baan te vinden die te combineren is met (gedeeld) ouderschap. Of het gebrek aan financiën, goede huisvesting, deelouders etc. Andere culturen lossen kinderloosheid op door kinderen veel minder als privébezit te zien. Kinderen worden samen opgevoed, hebben meerdere moeders en vaders. Grote families vertrouwen een kind toe aan de zorgen van een kinderloze man of vrouw. De lusten en lasten worden zo beter verdeeld. En kinderloosheid wordt dan niet meer zo als gebrek en als een afwijking ervaren.

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

kernredactie: Yvonne van Geenhuizen, Kees Hertog, Renske Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soeters, Jaap Talsma  
Eindredactionele steun van Ruud Vollebregt

redactieraad: Henk Bakker, Guus Bannenberg, Cees van de Berg, Paul van den Berg, Rien de Dreu, Maria Hermans, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, André Knottnerus, Greet Lelij, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frits Muller, Gerrit Salemkamp, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Rein Vos, Hans van der Wilk, Goof van de Wijngaart en de kernredactie

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

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

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

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, Postbus 1584, 6501 BNNijmegen, gironr. I461678.

abonementen: m.i.v. volgende nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).  
abonementen m.i.v. komend nummer waarbij u het lopende nummer voor f 7,50 incl. porto ontvangt (5 nrs.): f 37,50 (instellingen f 47,50).  
Storten op gironr. 5441758 t.n.v. uitgeverij Macula, Boskoop, o.v.v. Ts. voor Gezondheid en Politiek. (Zonodig aangeven met ingang van welk nummer het abonnement gewenst is.)

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

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Macula.

© Stichting Gezondheid en Politiek en Uitgeverij Macula  
ISSN 0167-8647

Rectificatie: In het artikel: 'Progressief of praktijkzoekend; Nieuwe strategie voor werkloze huisartsen' van de hand van Henk de Vries, dat in het nummer van december '84 verscheen, is een hinderlijke zetfout geslopen. De eerste zin moet luiden: 2000 (in plaats van 200-red.) werkloze artsen stonden op 1 januari 1984 ingeschreven bij de arbeidsbureaus.

<i>Trix Grooff</i>	Draagmoeders en reageerbuisbaby's Column	4
<i>Sigrid Sijthoff</i>	Algehele malaise, gaarne fysiotherapie Het verhaal van Sonja	6
<i>Annemarie Mol</i>	Column	Verslaafd aan zorg 10
<i>Stewart Blume</i>	'It's not as simple as that' Beoordeling van nieuwe medische technologie	11
<i>Peter van Lieshout Georg Frederiks</i>	Minder idealen, meer ambtenaren Tien jaar wetgeving in de gezondheidszorg	16
<hr/>		
	THEMA: Ongelijk-Ongezond	21
<i>Frits Muller</i>	Ongelijke kansen op gezondheid	22
<i>Ineke Jansen</i>	Voor de dood is iedereen ongelijk	26
<i>Eddy Houwaart Peter Groenewegen</i>	'Onderzoek in Nederland nauwelijks op gang' Interview met dr. Paul van der Maas	30
<i>Ruud Vollebregt</i>	Wiens lampje brandt het langst? Reportage bij bedrijfsgezondheidsdienst van Philips	34
<i>Erik Heydelberg</i>	Bet Medusahoofd en de zonnebank Column	36
<i>Catharine Drakapoulou</i>	'Ze hebben een andere cultuur' De gemakzucht van de Nederlandse hulpverlener	38
<hr/>		
<i>Jos Dute Liaus Hesseliink</i>	Na 1984 is euthanasie een therapie Het arrest van de Hoge Raad	42
<i>Paula van Eijk Paul van den Berg</i>	Columns	Sport & Pillen 46
<i>Bert Doornekamp Ferdinand Schreuder</i>	Bet net sluit zich LHV en VNZ contra 'wilde' vestigingen	48
		LBV 50
<i>Goof van de Wijngaart</i>	Fotoreportage	Zwakzinnigenzorg 54
		Kort en Goed 56

# 'Algehele Malaise, gaarne fysiotherapie'

**I**kwam achttien jaar, toen ik voor dit vak koos. De zus van mijn toenmalige vriendje was fysiotherapeute. Zij kwam altijd met cadeautjes van patiënten thuis, en met verhalen over hoe dankbaar haar patiënten waren. Ik dacht: 'Goh, wat mooi als mensen jou zo dankbaar zijn. In dat vak kun je blijkaar veel voor anderen doen'. En ik hield wel van sport.

Nu ben ik zevenentwintig en werk alweer drie jaar in deze praktijk... Hiervoor heb ik twee jaar in verschillende instellingen gewerkt. Dit bevalt me beter, ik ben nu meer eigen baas.

**P**atiënten zouden eens moeten weten hoe er tussen fysiotherapeuten wordt gevochten om hun gunsten! Officieel mogen ze, net als artsen; geen reclame maken voor zichzelf. Maar intussen ... In plaats van te adverteren of zich direct bij hun klanten aan te prijzen, zorgen ze er voor goede maatjes met de plaatselijke huisartsen te worden. Een heel populaire methode is bijvoorbeeld nieuwe huisartsen op de borrel of uit eten te nodigen om een betere afstemming van de behandeling te waarborgen, zogenaamd. Of even aanwippen bij het zwemuurtje van de polio-patiëntenvereniging en daar een beetje helpen. De vorige praktijkhouder waar ik bij werkte in Heerhugowaard had het liefst dat ik daar ook kwam wonen, want dan kon ik lid van de plaatselijke tennisvereniging worden ... Doet hij ook, hij is lid van de golf-, hockey-, en voetbalclub; want in de sportwereld zitten de potentiële klanten. Ik zit nu ook bij een tennisvereniging, maar ik zal daar zeker met algemeen bekend maken dat ik fysiotherapeute ben. Kan ik naar al die knieën gaan kijken, dan maar minder klanten.

## Het verhaal van Sonja

Voor steeds meer patiënten en huisartsen zijn regelmatige bezoeken aan de fysiotherapeut de oplossing voor stukgedrude knieën, depressieve nekspieren en algehele treurigheid. Veel fysiotherapeuten hebben er geen moeite mee dat hun vak beschouwd wordt als een vergaarbak van moeilijk grijpbare klachten. Zo'n kijk op het vak legt de fysiotherapeuten ook geen windeieren. Het valt echter te betwijfelen of ook patiënten gebaat zijn bij deze praktijken. Fysiotherapeute Sonja vertelt over de problemen die je krijgt als je niet alle aangevraagde behandelingen wilt geven. Het vak op kritische wijze uitoefenen levert veel dilemma's op. In de praktijk blijkt het moeilijk om niet mee te werken aan zinloze behandelingen en tegelijkertijd patiënten, huisartsen en collega's tevreden te houden.

Sigrid Sijthoff

**I**kwam sowieso die hele sportfysiotherapie flauwekul. Voor mij is het niet meer dan weer een nieuw object waar de fysiotherapeut veel geld aan kan verdienen. En maar masseren. Ik maak het wel eens mee dat ze nog in trainingspak bij me komen, dan word ik al niet goed, en dan moeten ze gedit en gedat (ze weten ook altijd precies wat ze moeten), want morgen moeten ze per se weer spelen. Daar werk ik dus niet aan mee. Dan voetbal je maar zes weken niet, kan mij dat schelen. Ik kan namelijk wel bezig blijven: even lekker 'intapen' - dat is een speciaal verband - morgen weer voetballen en overmorgen zie je ze gebroken weer terug, en kan ik weer overnieuw beginnen. Dan is fysiotherapie gewoon luxe.

Maar ja, ik ben dan wel degene, die voor de ander beslist wat goed voor hem of haar is. Zo kreeg ik een tijd terug een supergespierde jongen bij me die aan bodybuilding deed. Hij was verwezen voor rugklachten, waarvoor hij bet afgelopen jaar, ik hield het ook niet voor mogelijk, al bij zeven andere fysiotherapeuten was geweest. Nou, toen ik dat hoorde, legde ik m'n pen weer neer; wat moest die jongen nog bij mij? Maar hij leek er erg mee te zitten en ik had toch een half uur uitgetrokken, dus ik onderzocht hem. Hij had een te lang been en een scheve rug; was bovendien werkloos en besteedde elke cent die hij had aan bodybuildingapparaten en boeken. Ik sprak met hem af dat ik hem vier keer zou behandelen, maar niet masseren, wat de vorige fysiotherapeuten steeds gedaan hadden. Hij had

het idee dat de behandeling elke keer te vroeg gestopt waren, omdat hij klachten bleef houden; ik vermoedde dat de werkelijke oorzaken van zijn problemen te weinig waren aangepakt. Samen hebben we alle oefeningen uit zijn boeken doorgenomen. Vreselijke oefeningen. Hoe fantastisch je rug ook is, van zulke oefeningen krijgt iedereen rugklachten. De spieren die je ermee versterkt zijn de houdingsspieren, en die spieren zijn bij mensen toch al overontwikkeld ten opzichte van de bewegingsspieren, zoals buik- en bils spieren. Door bodybuildoefeningen wordt dat verschil alleen maar groter en krijgen mensen klachten. Dus wat ik die [ongen te bieden had waren oefeningen om zijn bewegingsspieren te versterken, maar dat zijn juist niet de oefeningen waar je spierballen van krijgt. Ook al wist ik dat ik voor zijn lichaam het beste deed - zijn klachten verdwenen - toch vond ik het heel sneu en ingewikkeld. Hij had net subsidie gekregen van de Sociale Dienst om een sportschooltje te beginnen en, ook al snapte hij het wel, door mij stortte wel zijn wereld in. Zo eng voelde ik me toen. Ik had zelfs met zijn huisarts afgesproken dat hij, als hij weer last zou krijgen, alleen naar mij zou worden doorverwezen. Hoewel hij als hij echt wil, natuurlijk makkelijk naar een andere kan gaan.

Huisartsen hebben een veel te moeilijk beroep. Ze moeten van alles wat weten en hebben het veel te druk. Ik krijg dus ook vaak verwijfsbriefjes met een diagnose erop, waar ik niks mee kan. Meestal is het rug- of nekklachten en zoek het verder maar uit. Of ze sturen mensen die eigenlijk hun eigen pakkie aan zijn, maar waar

ze geen raad mee weten. 'Algehele malaise, gaarne fysiotherapie' staat er dan op het verwijfsbriefje. Dan steiger ik! Ik vind dat absoluut geen indicatie voor fysiotherapie; ik kan in geen enkel fysiotherapieboek vinden wat ik aan 'algemene malaise' zou moeten doen. Mijn mening is dat huisartsen met zulke verwijfsingen ongelofelijk hun plicht verzaken, ook al hebben ze het te druk. Zulke patiënten zijn natuurlijk niet makkelijk, ze hebben vaak moeilijk te achterhalen psychische problemen waar de lichamelijke klachten uit voortkomen. Maar huisartsen lijken vaak gewoon te beroerd om zo iemand dat duidelijk te maken en uit te leggen dat ze hulp van een psycholoog of psychiater nodig hebben. Het kost hem of haar teveel tijd, ze vinden het oninteressant mensen en schuiven ze dus maar van zich af. Naar de fysiotherapeut, dan zijn zij een half jaar van die patiënt af.

Vroeger reageerde ik heel anders op zulke verwijfsingen dan nu. Ik belde de huisarts woedend op met de mededeling, dat ik niks kan doen aan 'algehele malaise' en ik stuurde de patiënt terug. Maar dat had totaal geen zin. De huisarts verwijst de patiënt namelijk vervolgens naar een andere fysiotherapeut, waar hij of zij een keer of dertig gemasseerd of aan een apparaat gezet wordt. Fysiotherapeuten weten dat aan zulke mensen gigantische hoeveelheden geld te verdienen valt. Als er namelijk niks aan de psychische problemen wordt gedaan, kunnen ze hem of haar jarenlang in behandeling houden. Wat ze voor zichzelf kunnen rechtvaardigen, omdat mensen zich inderdaad na een behandeling meestal beter voelen; terwijl ik denk, dat effect duurt twee dagen, op de langere termijn versluis je juist de werkelijke problemen van iemand.

Bovendien kreeg ik heibel met m'n collega's in de

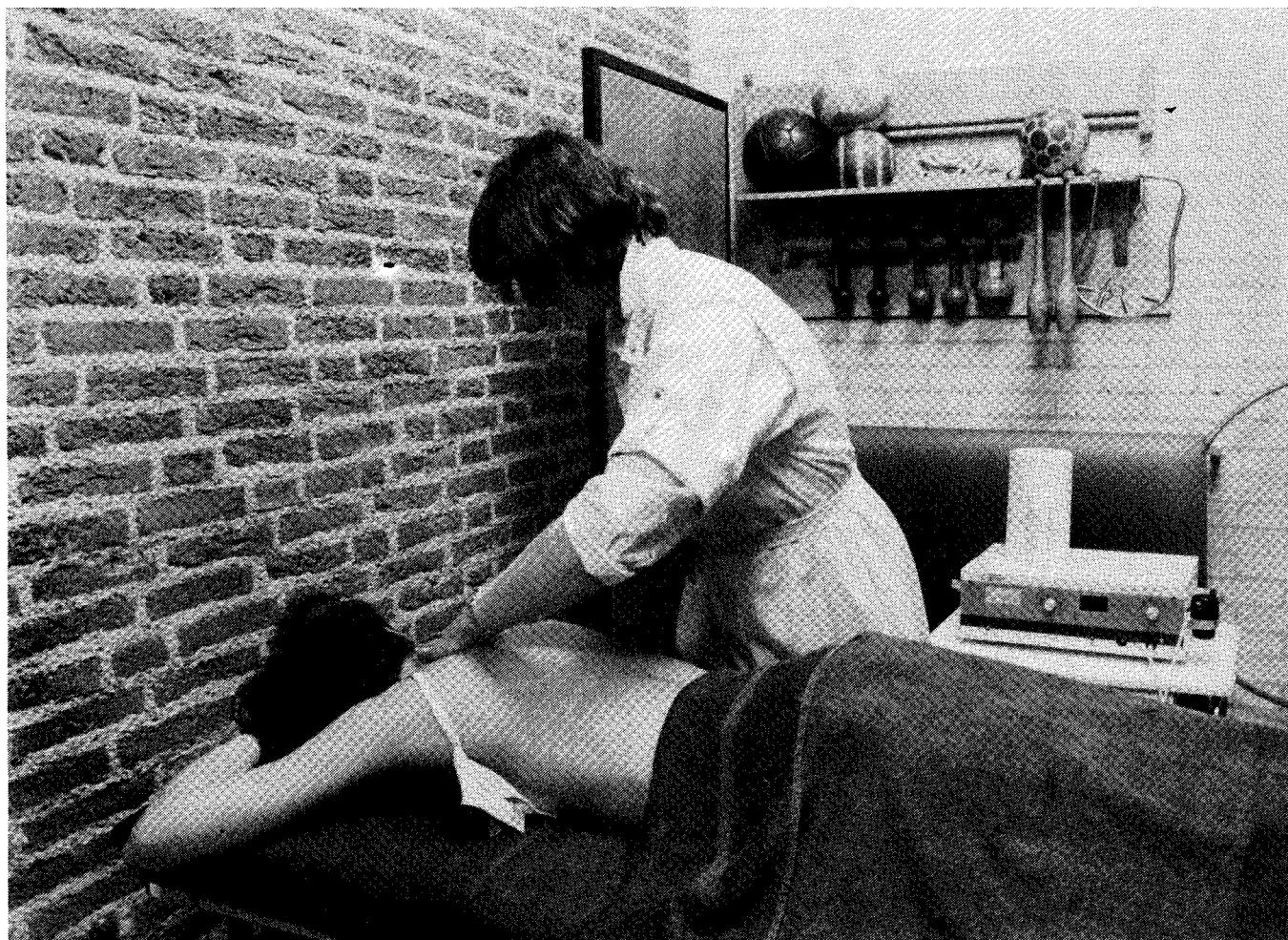


Foto: Ine van den Broek

praktijk, die ook weten dat het vaak niet klopt wat ze doen, maar ja, we zijn niet in loondienst, dus iemand niet behandelen heeft een directe invloed op ons brood. Ik maakte met mijn boze telefoontjes onze praktijk er niet geliefder op bij de huisartsen. Die laten het in het vervolg wel, en daar dreigen ze ook mee, om jouw praktijk bij hun patiënten aan te bevelen. En daar ben ik uiteindelijk zelf ook niet bij gebaat.

Tegenwoordig doe ik het dus anders. Ik bel in ieder geval de huisarts op, maar in plaats van heel kwaad te worden vraag ik vriendelijk waarom hij of zij de patiënt niet naar hulp op psychisch gebied verwijst. Meestal komt er dan wel uit, dat de huisarts het niet aandurft en bang is dat de patiënt er nog niet rijp voor is en boos zal worden. Vervolgens behandel ik wel met als doel de ander duidelijk te maken, dat de oorzaak van de klachten niet lichamelijk is en dat diegene dus niet bij mij hoort te zijn. Het is eigenlijk heel krom, ik doe iets wat tot de taak van de huisarts hoort en waar ik helemaal niet voor ben opgeleid. En het is nogal dubbel; want alleen al door het feit dat iemand bij mij komt, bevestig ik dat er toch iets lichamelijks aan de hand is. Ook omdat ik het niet kan maken om zes maal een half uur op een stoel tegenover iemand te gaan zitten.

Ik masseer dus wat en intussen praten we. Ik merk dat mensen mij heel makkelijk over hun problemen vertellen, terwijl ze lekker gemasseerd worden. Het is vrijblijvender dan bij de huisarts; ik nodig ze wel uit om over hun problemen te praten, maar ze moeten niet. Daarnaast is het voor de patiënt een weinig bedreigende situatie. De patiënt ligt op de buik, we hoeven elkaar niet aan te kijken. Ook voor mezelf is dat bij moeilijke gesprekken een uitkomst; zij zien niet hoe ik kijk en zie het ook niet van hun.

Na zes tot acht behandelingen is de ander meestal inderdaad tot het inzicht gekomen dat hij of zij niet bij mij thuis hoort. Zo zijn ò de patiënt, ò de huisarts, ò mijn collega's tevreden. En, niet het minst belangrijk, zelf ben ik ook tevreden. Ik heb het gevoel iets nuttigs voor iemand gedaan te hebben en tegelijkertijd heb ik iedereen te vriend gehouden.

Eigenlijk ben ik kleine zelfstandige. Ik werk op procentenbasis, dat betekent dat ik als zelfstandige in de praktijk van een ander, de praktijkhouder, werk. Van het geld dat ik als medewerker verdien met de behandelingen die ik geef, draag ik 35% af aan de praktijkhouder. Hou ik nog veel over, het tarief is gemiddeld f 30,- voor een behandeling van een half uur. Als ik naar een buitenpatiënt moet, ga ik op m'n fietsje en krijg ik nog f 20,- extra ook! Tegenwoordig is werk ook in onze branche zo schaars, dat er net afgestudeerden zijn die wel voor 40% willen werken, en dus 60% afstaan. Het gevolg is dat het de laatste tijd weleens gebeurt dat een praktijkhouder iedereen eruit gooit, en allemaal 40% werkers in dienst neemt. En precies dit is de keerzijde van het niet in loondienst, maar kleine zelfstandige zijn: ik heb geen enkele rechtszekerheid. Wil hij mij kwijt, dan kan dat vrij gemakkelijk. Als hij zijn praktijk wil verbouwen, doet hij hem gewoon twee weken dicht en verdien ik die maand de helft van wat ik anders verdiend zou hebben. Dus behalve kleine zelfstandige, ben ik ook verrekte afhankelijk van mijn praktijkhouder. Hij staat in het telefoonboek, zijn naam staat op de deur; en daar komen de patiënten op af.

Normaal is het zo dat voor iedereen die in loondienst werkt, premies betaald worden. Bij ons is dat dus niet zo, iedereen regelt z'n zaakjes voor zich. Ik zit verplicht in het pensioenfonds, waar ik helemaal geen behoefte aan heb en zeker niet als ik net zoveel premie moet betalen als iemand

die 50 uur per week werkt. Voor m'n beroeps W A (Wettelijke Aansprakelijkheid) geldt hetzelfde. Het zijn regels die voornamelijk uitgaan van mensen die mannen zijn, en tot hun 65e full-time werken. Ik ben precies alle drie niet.

Twee jaar geleden hebben twee ontslagen fysiotherapeuten geprobeerd een uitkering te krijgen. Ze klopten aan bij de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheidszorg, die hun vertelde dat je een uitkering krijgt op grond van de premies die in de periode dat je gewerkt hebt, voor jou zijn betaald. Zo is aan het licht gekomen, dat er een hele groep fysiotherapeuten aan het werk is, waar geen premies voor betaald worden. Hup, de Bedrijfsvereniging stapte naar de Minister: 'In de fysiotherapie zijn jarenlang premies ontdoken, daar valt geld te halen'. De Bedrijfsvereniging en overheid verwijten de fysiotherapeuten dat ze weliswaar zeggen kleine zelfstandigen te zijn, maar aan de criteria daarvoor helemaal niet voldoen. Zoals alle namen op de deur, in het telefoonboek en het briefpapier. Dat zie je dus nu ook in veel praktijken gebeuren. Maar de Bedrijfsvereniging is ook niet gek en houdt vol dat er zonder meer sprake is van een dienstverband, en dat de premies met terugwerkende kracht betaald moeten worden. Maar als praktijkhouders zich voor die en die datum aanmelden en ècht aan kunnen tonen dat ze zelfstandig zijn, worden de premies tot 1 januari '84 kwijtgescholden. Praktijkhouders slapen slecht, tegenwoordig.

Dus zullen alle praktijken wel maatschappen gaan vormen. Zeer tot ongenoegen van de praktijkhouders overigens, want dan krijgen de medewerkers van nu evenveel zeggenschap als hij of zij die nu de baas is. Op zich lijkt het mij wel wat. Ik kan dan niet meer opeens ontslagen worden. En ik kan mee gaan bepalen welke apparaten we aanschaffen, en ervoor zorgen dat de voorlichtingsmateriaal in plaats van de Libelle in de wachtkamer komt te liggen.

Een baantje bemachtigen als medewerker is nu nog een kwestie van connecties hebben. De praktijk waar ik nu werk, had een vacature. Eén van de medewerkers, die wist dat ik een baan zocht, stelde mij voor. De praktijkhouder nodigde me uit voor een gesprek. We kletsten wat over zijn kinderen en over hockey, en het was geregeld. Geen vraag over wie ik was, waarom ik die baan wilde of hoe ik dacht te werken. Praktijkhouders willen graag vrouwen als medewerker, en zeker in part-time functies. Mannen zijn veel ambitieuzer, denken ze. Die zijn er vooral op uit om uiteindelijk zelf een winkeltje te beginnen, en dat is bedreigend.

Nu praktijken maatschappen gaan vormen zal alles wel veranderen. Als alle fysiotherapeuten die in een praktijk werken, samen eigenaar van die praktijk worden, zal de alleen-eigenaar van nu zijn eisen wel gaan stellen. Net als allang bij medisch-specialisten het geval is, zullen ook fysiotherapeuten zich in een praktijk moeten gaan inkopen. Tonnen komen daar bij kijken; dus ik, en veel andere fysiotherapeuten zonder een fortuin achter zich, kunnen het dan wel vergeten.

Eén van de dingen, die mijn werk zo spannend maken, is dat ik heel verschillende mensen ontmoet, en die bovendien vrij goed leer kennen. In het algemeen behandel ik liever vrouwen, ik heb makkelijker een ingang bij ze dan bij mannen. Ze zijn opener, en eerder bereid om echt naar zichzelf te kijken. Mannen vind ik wat afstandelijker, die vinden meestal dat ze ten opzichte van mij flink moeten zijn, ze willen zich niet laten kennen. Bijvoorbeeld bij een dosering van bepaalde stroomsoorten moet ik op de reactie

van de patiënt afgaan hoe ver ik kan gaan. Ik moet bij die behandeling namelijk de sterkte van de stroom beetje bij beetje opvoeren, en dat kan best pijnlijk zijn. Mannen zeggen pas wat als ze verrekken van de pijn. Ze doen het ook altijd voorkomen alsof ze geen problemen hebben, zelfs bij klachten die voor mij zo duidelijk psychosomatisch zijn. Ik denk dan: dat kan haast niet. Als iemand zich voor mij blijft afsluiten en blijft volhouden dat er niets aan de hand is, houdt het voor mij op een gegeven moment op. Ik kan wel masseren tot ik een ons weeg.

Er is ook een verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Particuliere patiënten hebben een sterker bewustzijn dat zij het zijn die mij een opdracht geven, die ik maar moet uitvoeren en in ruil waarvoor zij betalen. Hier tegenover staan de ziekenfondspatiënten die er meer op gericht zijn om hun premies eruit te halen, want ze betalen toch zoveel. Ik ga dan opvoederig uitleggen dat het ziekenfonds daar toch niet om begonnen is...

De opleiding fysiotherapie die ik volgde vind ik ronduit slecht. Wat je leert sluit te weinig aan op de problemen die je in de dagelijkse praktijk ontmoet. Bijvoorbeeld over de vraag die ik mezelf altijd stel, als ik iemand behandel, die niet lang meer te leven heeft; namelijk of die patiënt nog wel profijt heeft van mijn behandelingen, en of wat ik doe niet alleen maar belastend is. Op de opleiding vertellen de docenten je wel dat een behandeling soms gestaakt wordt, maar ze gaan er niet op in wanneer je daartoe beslist, en hoe je daar als fysiotherapeut mee om moet gaan.

Medisch-technisch heb ik een hoop geleerd. Ik leerde ook dat we paramedici zijn en wat multidisciplinaire samenwerking betekent. Maar ik heb er niets gehoord over wat de grenzen en gevaren van de fysiotherapie zijn, en wat haar plaats is in de gezondheidszorg. Ze stoppen in het programma wel wat sociale blokken, met gesprekst raining, en agogie, maar die zijn nergens in geïntegreerd-en worden door niemand serieus genomen. Je leert in de opleiding mensen bijna te zien als systemen. Een lichaam werkt zo, waar kan het stuk gaan, en hoe kun je dat herstellen. Ik vind het bijvoorbeeld belangrijk dat studenten, als ze van de opleiding af zijn, boeken als 'De markt van welzijn en geluk' van Hans Achterhuis, en 'Grenzen aan de geneeskunde' van Ivan Illich gelezen hebben. Maar voor veranderingen lijken studenten en fysiotherapeuten niet zo in te zijn. Alleen als examens of baantjes in gevaar dreigen te raken, gaan ze hollen.

Na de opleiding dacht ik er over om, als ik geen baan zou krijgen, medicijnen te gaan studeren. Ik had de opleiding heel beperkt gevonden en redeneerde dat, als ik maar meer kennis zou hebben, ik de ontoereikendheid die ik voelde zou kunnen oplossen. Zo was ik ook opgeleid: hoe beter je medisch-technisch op de hoogte bent, hoe meer je voor mensen met klachten kunt doen. Nu denk ik helemaal niet meer zo; of ik wel of niet precies weet waar alle duizenden spiertjes en zenuwen lopen, het welzijn van de patiënt zal er niet van afhangen. Mijn collega's kunnen eindeloos discussiëren over minieme doseringsverschillen van 'ultra-shall' - dat is een therapie met geluidsgolven - terwijl ik dan denk: ach, dat maakt wel wát uit, maar de essentie van zulke therapieën is dat je iemand een prikkel geeft. Ik denk, grofweg, dat het placebo-effect ervan niet gering is. Een gezondheidszorg zonder fysiotherapie: als de fysiotherapie zou ophouden te bestaan, zouden een hoop mensen doodongelukkig zijn. Door fysiotherapie zo nadrukkelijk aan te bieden, kweek je een behoefte bij mensen. Maar op de lange duur zal het weinig uitmaken. Fanatieke sporters zullen het als een gemis ervaren; stijve nekken en schouderklachten zullen iets minder snel genezen. Echt wezenlijk is fysiotherapie, denk ik, voor

chronisch zieke mensen, waar de fysiotherapeut af en toe langs gaat om ze te kloppen of om oefeningen te doen. Ik doe dus ook het liefst thuisbezoeken, het geeft me het gevoel dat ik er een beetje aan kan bijdragen, dat zulke patiënten minder snel in, bijvoorbeeld, een verpleeghuis opgenomen worden.

Een tijd terug behandelde ik een oude man bij hem thuis. Hij had longkanker in een eindstadium, met alle mogelijke uitzaaiingen en had niet lang meer te leven. Wat iedereen wist: de huisarts, het ziekenhuis, ik, behalve zijn vrouwen hij. Terwijl hij allang was opgegeven, moest hij nog wel bijna iedere dag naar het ziekenhuis voor bestralingen. Die mensen zijn daar een jaar lang volkomen van slag geweest. Ze konden niet meer om twaalf uur eten zoals ze dat gewend waren, ze moesten hartstikke vroeg op omdat de taxi op onregelde tijden kwam - vaak een uur te vroeg - terwijl ze om de hoek van het ziekenhuis woonden. Uiteindelijk kwam die man op bed te liggen en ging ik drie keer per week langs om het slijm in zijn longen los te kloppen. Maar hij werd steeds benauwder en ik wist niet goed wat ik moest doen: vaker kloppen, of juist afbouwen.

Ik voelde een grote behoefte om er met iemand over te praten. Gelukkig heb je dan de huisarts om op terug te vallen, zou je zeggen... Ik belde dus de huisarts en legde hem mijn probleem voor. Hij reageerde kortaf: 'Daar hoeven we niet lang over te praten, hij gaat toch zo dood, dus stop er maar mee'. Ik weet heus wel dat ik die man niet beter kan kloppen, maar het is toch ook je taak als hulpverlener om te onderzoeken wat je nog voor stervenden kunt doen. Hij ging wel vaak bij ze langs, met smeerseltjes tegen de droge tong, zalf voor een pijnlijke teen, maar wezenlijk deed hij niets voor die mensen. Ik kan me wel voorstellen dat stervende mensen in je praktijk heel belastend is, dat het aan huisartsen vreet en dat ze er 's nachts wakker van liggen. Maar om er gemakkelijk omheen te lopen...

De vrouw van die patiënt drong regelmatig bij mij aan dat haar man eigenlijk naar het ziekenhuis zou moeten. Maar ja, hoeveel medelijden ik ook met ze had, het is niet aan mij om te vertellen dat dat geen zin meer zou hebben, omdat haar man stervende was. Als ik dat zou doen, krijg ik gelijk die huisarts op m'n dak. Ik loste het op door suggestieve opmerkingen te maken, in de trant van: 'Misschien wil uw man niet naar het ziekenhuis, omdat hij bang is dat hij dan nooit meer thuis zal komen. En daar zou hij wel gelijk in kunnen hebben'. Het heeft ze wel aan het denken gezet.

Ja, ik doe een hoop water bij de wijn. Ik schipper tussen de belangen van de patiënt en die van de praktijk. Gelukkig merk ik, dat ik, binnen de mogelijkheden die ik heb, toch vrij veel voor mensen kan doen. Met een andere patiënt die ik behandelde, bijvoorbeeld, had ik een prachtige deal gesloten. Door de ziekte die ze had, was er een zenuw in haar been uitgevallen en liep ze het risico een spitsvoet te krijgen. Daardoor zou ze haar voet slecht kunnen buigen, en zonder spalk moeilijk lopen. De revalidatie-arts had haar een spalk voorgeschreven. Ook zij had niet lang meer te leven, en wist dat. Ze had die arts meerdere malen verteld, hoe vreselijk ze het vond zo'n spalk te moeten dragen. Of ze nou wel of niet kon lopen, was voor haar niet het belangrijkste. Een rolstoel vond ze ook best. De revalidatie-arts dacht daar heel anders over: een mens moet kunnen lopen, en dus was zo'n spalk beslist noodzakelijk. Ik sprak met haar af, dat ze de spalk alleen zou dragen als ze naar die arts toe moest. En ik leerde haar oefeningen, waardoor ze zonder een spalk, een spitsvoet ook kon vermijden. Ik begreep haar positie heel goed, en zij de mijne.



Lichamelijk is het een zwaar vak. In de tijd dat ik in een revalidatie-centrum werkte had ik vaak rugklachten. Mensen in en uit de rolstoel tillen, in en uit het zwembad. Nu heb ik meer last van m'n handen. Vooral omdat ik vaak patiënten met geluidsgolven behandel. Die golven gaan behalve door de huid van de patiënt ook rechtstreeks door mijn handen heen. Als ik dit apparaat een dag veel heb gebruikt, doen mijn handen 's avonds behoorlijk pijn. Er is nog weinig bekend over wat de effecten zijn op langere termijn van een regelmatige overdosering van die straling. Daarvoor bestaat deze techniek nog te kort, maar het zou me niet verbazen als ik op mijn veertigste arthrose - een gewrichtsaandoening - aan m'n handen heb. ••

## VERSLAAFD AAN ZORG

De wereld staat niet stil. Zo had je in de jaren vijftig 'de zieke'. Dat was iemand *in een bed*, met een uitgereste sinaasappel in een glas op het nachtkastje. Later verdween 'de zieke', althans van het papier waarop over helpen en zorgen geschreven werd. In de jaren zestig was er vooral sprake van 'de patiënt'. Om 'de patiënt' te zijn hoefde je slechts af en toe een dokter te bezoeken, pijn lijden was er niet voor nodig. Een patiënt is een persoon, zo werd er geschreven, en of die ziek is of niet daar hoort een dokter onderzoek naar te doen.

Begin jaren zeventig verscheen 'de cliënt' op het toneel, of eigenlijk 'de cliënt'. Dat lag wel een beetje aan de welzijnswerkwoordenstroom, maar veel veranderingsgezinde dokters en verpleegsters hadden het er ook over. Een cliënt is niet ziek of zelfs maar potentieel ziek, maar verlangt advies van een deskundige. Desnoods advies over wat te doen met een onwillig lichaam - maar het ging om de communicatie. De deskundige en de cliënt communiceerden. Eind jaren zeventig stakte de communicatie en maakte plaats voor naakte feiten. In spreekkamers werd informatie uitgewisseld: de een stelde er vragen en de ander gaf er antwoorden, je had een 'hulpvrager' en een 'hulpverlener'. De eerste taak van de hulpverlener was het verhelderen van de vragen van de hulpvrager. Er werd onophoudelijk in methodisch onderscheidbare stappen met brokjes informatie heen en weer geschoven.

Dat is voorbij, de wereld staat niet stil. Halverwege de jaren tachtig is alles weer anders. Hulpverlening is meer en meer zorg gaan heten, en de vroegere hulpvrager is nu een 'gebruiker/ster' geworden. Tot voor kort was dat woord in zwang als een wat verzachtende, vriendelijke benaming die helpers voor junks hadden verzonnen. Nu wordt iedereen verondersteld verslaafd te zijn, verslaafd aan zorg. Wel een makkelijke manier om de medicaliseringskritiek terug te spelen! Terwijl de term medicalisering betekent dat het de dokters zijn die steeds meer terreinen van het leven aan hun regime onderwerpen, suggereert de term gebruiker/ster dat de zieken verantwoordelijk zijn voor de groei van de zorg. Zij zouden er niet van af kunnen blijven, er alsmaar meer van willen. Is het waar; zijn zij het die verslaafd zijn? Laten we van nu af aan de 'zorgverstrekkers' dan, maar 'dealers' noemen ...

Annemarie Mol

# 'It's not as simple as that'

Nieuwe medische technologie, het paradepaardje dat door medische specialisten steeds weer met luid gejuich wordt begroet. Hiertegenover staat boegeroep van de financiers van de gezondheidszorg, die het erop houden dat het paard van Troje wordt binnengehaald. Beter zorg met de modernste middelen versus kostenbeheersing en bezuinigingen op de collectieve uitgaven. Maar ligt het probleem wel zo eenvoudig?

Stewart Blume geeft aan dat er een veel ingewikkelder proces plaats vindt. CT-scans en nucleair aangedreven kunstharren hebben verstrekkende gevolgen voor patiënten, hun familie, de gezondheidszorgstructuur en voor de heersende normen en waarden. Het nieuwste apparaat, de NMR-scan, zou zelfs een omwenteling kunnen betekenen in de manier waarop er tegen ziekten wordt aangekeken. De patholoog-anatoom zou zijn fundamentele positie in de diagnostiek kunnen verliezen aan een nieuw slag diagnostiserende biochemici. Over doorbraken in de medische technologie en de schokgolven in de fundamentele van de gezondheidszorg.

**Stewart Blume**, lid van de commissie die het Black-report samenstelde, en is nu hoogleraar Wetenschapsdynamica in Amsterdam.

De recente discussie rond het besluit van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam om een kernspinsonantie (Nuclear Magnetic Resonance)-scanner aan te schaffen, was een ~erend voorbeeld van de 'NMR-discussies' die zich momenteel in de belangrijke medische centra van heel de westerse wereld afspelen. Waarom zouden dergelijke besluiten toch zo moeilijk of controversieel zijn? NMR, een nieuw diagnostisch hulpmiddel, lijkt in de ogen van sommigen de diagnostiek zo ongeveer alles te bieden wat men maar wensen.

kan. Een radioloog van het beroemde Massachusetts General Hospital in de V.S. bracht een mening naar voren, die vele van zijn collega's delen: 'Zodra NMR eenmaal ontwikkeld is, zullen volgens mij de meeste andere afbeeldingstechnieken worden weggevaagd'. En de National Institutes of Health gaven als commentaar: 'Het zou uiteindelijk wel eens het belangrijkste medisch-diagnostische hulpmiddel van deze eeuw kunnen blijken'. NMR kan zachte weefsels beter afbeelden dan enig andere beschik-

bare techniek, en daarbij zelfs onderscheid maken tussen grijze en witte stof in de hersenen. De scan kan afbeeldingen maken in allerlei vlakken en wordt niet gehinderd door bot. Er komt geen röntgenstraling bij te pas, en evenmin andere schadelijke straling waar arts en patiënt zich zorgen over hoeven maken. Vanwaar dan de controverse? Wel, het spreekt vanzelf dat de apparaten die nu op de markt komen erg duur zijn. Een gemiddelde unit kost zo'n 4 tot 5 miljoen gulden. Daar komt nog bij dat deze grote en ingewikkelde appara-

## Beoordeling van nieuwe medische technologie

ten alleen op speciaal daarvoor aangepaste plaatsen neergezet kunnen worden. De American Hospital Association heeft geschat dat het geschikt maken van zo'n plaats - waarvoor het nodig kan zijn alle andere apparaten af te schermen tegen het magnetisch veld dat de NMR-scan veroorzaakt - tussen f 600.000,- en de f 1.800.000,- zou kunnen gaan kosten, afhankelijk van het type scan dat gekozen wordt. De hoge prijs is niet verrassend. Bedrijven als Philips, Siemens, General Electric, Technicare en IBM hebben veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van de NMR-scan. Zo'n 60 miljoen gulden per bedrijf is waarschijnlijk een lage schatting.

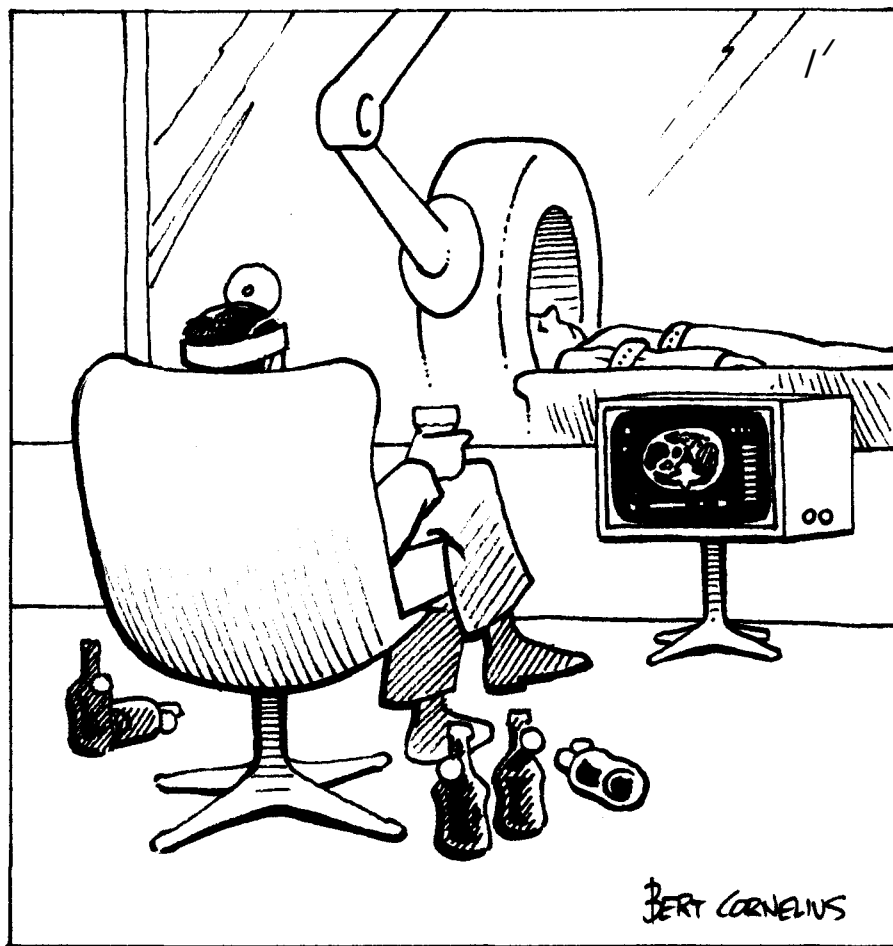
Maar is het wel zo eenvoudig? In de rest van dit artikel zal ik proberen aan te tonen, dat de invoering van nieuwe technologie in het ziekenhuis *niet* alleen een kwestie is van betere hulpverlening versus kostenbeheersing, maar ingewikkelde gevolgen heeft voor de structuur en het karakter van de gezondheidszorg. Een tweede vraag: wanneer we ons willen verdiepen in de veranderingen van de medische technologie en de invloed daarvan op het karakter van de medische zorg, zijn het dan nieuwe ontwikkelingen als CT-en NMR-scans waar we op moeten letten? De ontwikkeling en invoering van fundamenteel nieuwe apparatuur is uitzon-

al kosten zij per stuk misschien niet allemaal miljoenen, wel degelijk een sterk opwaarts effect op de kosten van de gezondheidszorg. Een aantal economen heeft gesteld dat de ontwikkeling en de aanschaf van deze 'verbeterde' apparatuur voor ongeveer 30% van de stijgende kosten verantwoordelijk is. De opeenhoping van kleine veranderingen in de technologie - die vaak ontstaan in de praktijk van het ziekenhuis en niet in de industrie - creëert zo dezelfde problemen als de fundamenteel nieuwe technologieën. Ook dit lijkt op het eerste gezicht een kwestie van betere hulpverlening aan de ene kant en kosten aan de andere kant. Maar, ik wil het nogmaals benadrukken: het is niet zo eenvoudig.

## Angstaanjagend

In de debatten rond de gezondheidszorg - en niet alleen in de gespecialiseerde tijdschriften maar ook in de dagelijkse pers - is de veranderende technologie een opvallend belangrijk onderwerp van discussie. En in die discussie worden niet alleen kosten en technische voordelen betrokken. Er worden soms ethische vragen gesteld, bijvoorbeeld wanneer een potentieel levensreddende techniek slechts op beperkte schaal beschikbaar is. Hoe moeten we bijvoorbeeld beslissen wie in aanmerking komt voor nierdialyse, wanneer er in de meeste landen niet genoeg kunstnieren voorhanden zijn? In andere gevallen heeft men kritiek op de manier waarop de medische zorg het menselijke aspect verliest of zelfs angstaanjagend wordt. De vrouwenbeweging bijvoorbeeld, heeft scherpe kritiek geuit op de mate waarin en de manier waarop het geboorteprocess is overspoeld met geavanceerde technologie (inleidingsprocedures, elektronische bewaking van de foetus, enzovoort). Weer elders twijfelt men aan de veiligheid van een techniek die al een tijd gebruikt wordt. De vrouwenbeweging in de V.S. bijvoorbeeld, heeft onlangs geopperd dat er nooit voldoende onderzoek gedaan is naar de veiligheid van ultrasound, dat op grote schaal wordt gebruikt in de verloskundige diagnostiek.

Meer algemeen heeft men gesteld dat het typerend is voor nieuwe technieken, dat zij in de praktijk geïntroduceerd worden zonder adequate evaluatie. Artsen zijn er zo op gericht om het best mogelijke te doen, dat zij gewoonweg niet wachten op evaluatie-onderzoek. *'Als de te behandelen ziekte een onmiddellijke bedreiging voor het leven vormt, als de voorgestelde behandeling een fysiologisch verantwoorde indruk maakt, als de*



BERT CORNELIUS

## Niet zo simpel

Het debat lijkt eenvoudig. Aan de ene kant staat de medische professie, waarvan verwacht wordt dat zij de beste zorg verleent die de stand van de techniek toelaat; aan de andere kant staan de kostenbewuste regeringen, de beleidsmakers in de gezondheidszorg en de economen, die bezorgd zijn over de prijs van dergelijke nieuwe technieken. Soortgelijke discussies vonden tien jaar geleden plaats over de computergestuurde tomografie: de CT-scan.

derlijk, en het is goed om in de gaten te houden dat een bescheidener soort technologische verandering voortdurend gaande is. Meestal gaat het daarbij om marginale verbeteringen van bestaande producten. Een recent onderzoek over de Britse industrie van medische apparatuur, heeft aangetoond dat de ontwikkeling van het gemiddelde nieuwe medische apparaat f 200.000,- kost, en dat dit 'nieuwe apparaat' in wezen een nieuwe versie van een bestaand product is. Echter, de voortdurende stroom 'verbeterde' apparaten heeft,

behandeling een groot succes lijkt te zijn en als er geen redelijk therapeutisch alternatief beschikbaar is, wordt de uiterzaamheid van de behandeling al snel als vanzelfsprekend beschouwd. (2) Veel wijst er inderdaad op, dat de evaluaties van nieuwe medische technologieën gelijk op lopen met hun snelle verspreiding: het zijn zo goed als onafhankelijke processen. Uiteraard vinden er wel evaluaties plaats: de klinische tijdschriften staan vol met artikelen over de doeltreffendheid van deze of gene procedure. Het is daarbij van belang dat over het algemeen de doeltreffendheid wordt geëvalueerd: doet de techniek wat er van verwacht wordt - en doet ze dat misschien beter dan andere beschikbare technieken? In het geval van de NMR-scan, ontwikkeld aan het eind van de jaren '70 (en nog steeds in ontwikkeling), berichten de eerste artikelen over het klinisch gebruik allemaal hoe goed de NMR-scan kankerweefsel onderscheidt van normaal weefsel; ze vergelijken NMR- en CT-scan wat betreft hun vermogen verschillen te onderscheiden, en ze bespreken de kwaliteit van de afbeeldingen die met verschillende soorten NMR-scans gemaakt kunnen worden, enzovoort. De meeste artikelen waren zeer positief. Vandaar de overtuiging van artsen, dat de NMR de mogelijkheid biedt om tot een grote doorbraak in de kwaliteit van de diagnostiek te komen. Dit is precies het punt waarmee ik begon: het idee dat de NMR-scan een belangrijke vooruitgang in de kwaliteit van de medische zorg belooft te brengen. Een paar jaar geleden stopten de artikelen, waarin nieuwe medische technieken werden geëvalueerd min of meer op dit punt. Het kwam er slechts op aan te bewijzen dat de techniek werkte, dat zij inderdaad een vooruitgang was. Maar vandaag de dag zijn artsen gedwongen om meer kostenbewust te worden. Een recent artikel over de klinische doelmatigheid van NMR-scans begint dan ook als volgt: 'Kernspinresonantie (NMR) laboratorium apparaten die WOTden gebruikt in op zijn minst een tiental plaatsen in de V.S., Europa en Japan, blijken uitstekend in staat om verschillende weefsels van elkaar te onderscheiden.

In onder andere dit tijdschrift is over dit werk, dat enthousiast wordt ontvangen door de radiologische gemeenschap, gepubliceerd. Dit enthousiasme is het gevolg van de grote hoeveelheid informatie die NMR-afbeeldingen bevatten, doordat veel verschillende weefselmerken in de afbeelding tot uitdrukking komen. Naarmate het tijdstip nadert waarop de NMR-scan klinisch ingezet

zal worden, zijn - naast het vermogen verschillende weefsels van elkaar te onderscheiden - andere eigenschappen van de NMR belangrijk. Bijvoorbeeld, het oplossend vermogen, de gebruiksvriendelijkheid, de betrouwbaarheid, de tijd die nodig is voor het maken van een opname en de kosten (3)

Maar de criteria zijn nog steeds beperkt. Enerzijds zijn er factoren die te maken hebben met de technische waarde van de onderzoeksmethode, aan de andere kant staan de kosten, een concessie aan hen die betalen moeten. Net als in het openbare debat, lijkt het in de medische tijdschriften alsof dat de enige factoren van belang zijn. Maar is dat wel zo?

## Nucleair kunsthart

In de Verenigde Staten heeft 'the Office of Technology Assessment' van het Amerikaanse Congres bestudeerd, hoe medische technieken gedurende tien jaar geëvalueerd zouden moeten worden. In één van hun eerste rapporten beschrijven zij nauwkeurig dat de invloed van een nieuwe medische techniek op de samenleving, veel verder reikt dan artsen en economen incalculeren. Het is niet alleen maar een kwestie van technische doeltreffendheid, en al evenmin van technische doeltreffendheid plus aandacht voor de veiligheid en de kosten. Er zijn veel verstrekkender gevolgen te verwachten voor patiënten, hun familie, de gezondheidszorg, de wetgeving, en wellicht voor vele andere terreinen van de samenleving. Het rapport illustreert dit aan de hand van de (mogelijke) ontwikkeling van een kunsthart. Het gaat hierbij om een apparaat met een eigen energiebron, dat in zijn geheel geïmplant wordt op de plaats van het beschadigde eigen hart. Eén van de energiebronnen die men overwoog te gebruiken, was een nucleaire. Er was - en is misschien nog steeds - sprake van een hart dat aangedreven wordt door kernenergie!. Hier volgen een aantal van de vragen waarmee, volgens het rapport, de waarde van de ontwikkeling van een kunsthart beoordeeld kan worden, met daarbij tevens de antwoorden die in het rapport worden gegeven.

- Welke psychologische effecten kunnen men verwachten bij de patiënt?

'Er is een verhoogde kans op het ontstaan van angsten en psychosen bij die ontvangers, die gebiologeerd raken door de afhankelijkheid van een kunstmatige energiebron. Dergelijke reacties zijn waargenomen bij

patiënten die gedialyseerd worden vanwege een chronische nierziekte' ..

- Zal het gebruik van de techniek iemand een leefregime opleggen? Verlies van vrijheid over het eigen lichaam?

'Als kunsthart aangedreven door kernenergie worden gebruikt, is het misschien noodzakelijk om de activiteiten van de ontvangers in de gaten te houden of zelfs te bewaken, om de nucleaire brandstof te beschermen en na de dood terug te winnen. Van patiënten zou kunnen worden verlangd dat zij afstand doen van een deel van de persoonlijke vrijheid, die de meesten van ons vanzelfsprekend vinden'.

- Wat zullen de kosten zijn voor de familie? Hoe zal de nieuwe techniek de familiestructuur beïnvloeden? Zal er enig lichamelijk risico zijn voor de naaste familieleden?

'Implantatie van een kunsthart geeft de patiënt een kans om te overleven en de voordelen voor de familie zullen talrijk zijn. Aan de andere kant zouden de enorme financiële lasten, (wanneer zij niet door een verzekering gedekt worden) de hele familie tot de bedelstaf kunnen brengen en de onderlinge verhoudingen zwaar op de proef stellen. Het plutonium dat in een nucleair aangedreven hart zit, zou - hoe goed het ook is afgeschermd wordt - straling kunnen afgeven, die enig gevaar voor de gezinsleden met zich mee zou kunnen brengen'.

- Wie zal er in aanmerking komen voor de nieuwe techniek? Hoe zullen patiënten worden geselecteerd?

'Als het kunsthart goed werkt, kan de vraag ernaar zo groot zijn, dat het voor de samenleving moeilijk wordt het te verschaffen aan al diegenen die het nodig hebben. Zelfs als er voldoende aanbod bestaat, is het mogelijk dat de samenleving weigert het op haar kosten te verschaffen aan alle hulpbehoevende patiënten. Veroordeelde misdadigers, drugsverslaafden en andere personen die als a-socialen worden beschouwd, kunnen worden buitengesloten. Elk proces waarin over leven wordt beschikt op basis van maatschappelijk nut, zou een belangrijke invloed hebben op de heersende normen'.

- Wat zal de invloed van deze techniek zijn op de vraag naar en de doeltreffendheid van andere technieken of voorzieningen?

*'Het implanteren van een kunsthart is een chirurgische procedure die uitgekende apparatuur vereist. Om het succes ervan te verzekeren zal er bovendien intensief gebruik gemaakt moeten worden van een aantal andere technieken. Hiertoe behoren intensive care-units, geneesmiddelen, en sociale en psychologische begeleiding na de ingreep'.*

## Verstrekkende gevolgen

Deze vragen en antwoorden illustreren het uitgebreide scala van onderwerpen dat bijna altijd een rol speelt bij de introductie van een nieuwe medische techniek. Ik zal de onderwerpen die betrekking hebben op psychologische, ethische en sociale gevolgen terzijde schuiven en me in het bijzonder richten op de uitwerkingen op het gezondheidszorgsysteem. Hierboven is gesuggereerd dat de ontwikkeling van een kunsthart gevolgen zou hebben voor een uitgebreid scala van andere medische handelingen en voorzieningen. Dit is een belangrijk punt, omdat het erop lijkt dat dit in het algemeen geldt, hoewel er niet veel onderzoek naar is gedaan. Toen echter in de tweede helft van de jaren zeventig de CT-scan werd geïntroduceerd, verschenen er wel artikelen waarin dergelijke vragen aan de orde kwamen. Bij het diagnostiseren van hersentumoren of cerebro-vasculaire aandoeningen (afwijkingen in de hersenbloedvaten), werden tevoren methoden van onderzoek toegepast waarvan een aantal een zeker risico en een aanzienlijk ongemak opleverden voor de patiënt, zoals angiografie en pneumo-encefalografie. Beide onderzoeken vereisten dat de patiënt in het ziekenhuis werd opgenomen. Uit een aantal studies kwam naar voren dat, toen de CT-scan eenmaal beschikbaar was, patiënten voor het stellen van dergelijke diagnoses minder snel opgenomen werden. Een CT-scan kan namelijk poliklinisch worden uitgevoerd. Op deze manier konden ook meer patiënten onderzocht worden, bovendien nam het gebruik van enkele andere onderzoeksmethoden af. Aangezien deze vaak veel onplezieriger en riskanter waren (zoals de twee eerdergenoemde), was dit zeker toe te juichen.

Dit voorbeeld van de manier waarop de invoering van een nieuwe techniek het gebruik van andere technieken beïnvloedt, is eenvoudig, omdat het allemaal binnen het neuro-radiologische gebied blijft. Technologische verandering kan echter veel ingewikkelder uitwerkingen hebben

op de organisatie van de gezondheidszorg. Dr. H. Spiro, hoogleraar geneeskunde aan de Yale Universiteit in de V.S. heeft een aantal van dergelijke uitwerkingen inzichtelijk weten te maken. Hij geeft aan hoe nieuwe technieken vaak leiden tot de ontwikkeling van nieuwe medische specialisten, met deskundigheid in het hanteren van de nieuwe techniek. Tegelijkertijd kunnen de verhoudingen tussen de bestaande specialisten veranderen. Spiro schrijft: 'Bij spijsverteringsaandoeningen, bijvoorbeeld, doen gastro-enterologen, radiologen en chirurgen op dit moment veelal dezelfde soort dingen. De gastro-enteroloog neemt poliepen weg met dezelfde colonoscoop die chirurgen gebruikten, de therapeutisch

handelend radioloog brengt catheters in om geelzucht ontstaan door obstructie te verlichten, iets dat de chirurg vroeger tot zijn speciale terrein rekende. Toch kijkt niemand naar het totale beeld; superspecialisten bewaken zorgvuldig hun eigen stekje ... Elke keer dat er een nieuwe techniek op de proppen komt proberen verschillende groepen artsen die binnen te halen, omdat dit geld, macht en prestige oplevert. De gastro-enterologen die nu proberen andere specialisten ervan te weerhouden om endoscopie te bedrijven, vergeten dat zij het nog niet zo lang geleden zelf moesten opnemen tegen de radiologen om door te kunnen gaan met het maken van röntgenfoto's van het maagdarmkanaal met behulp van

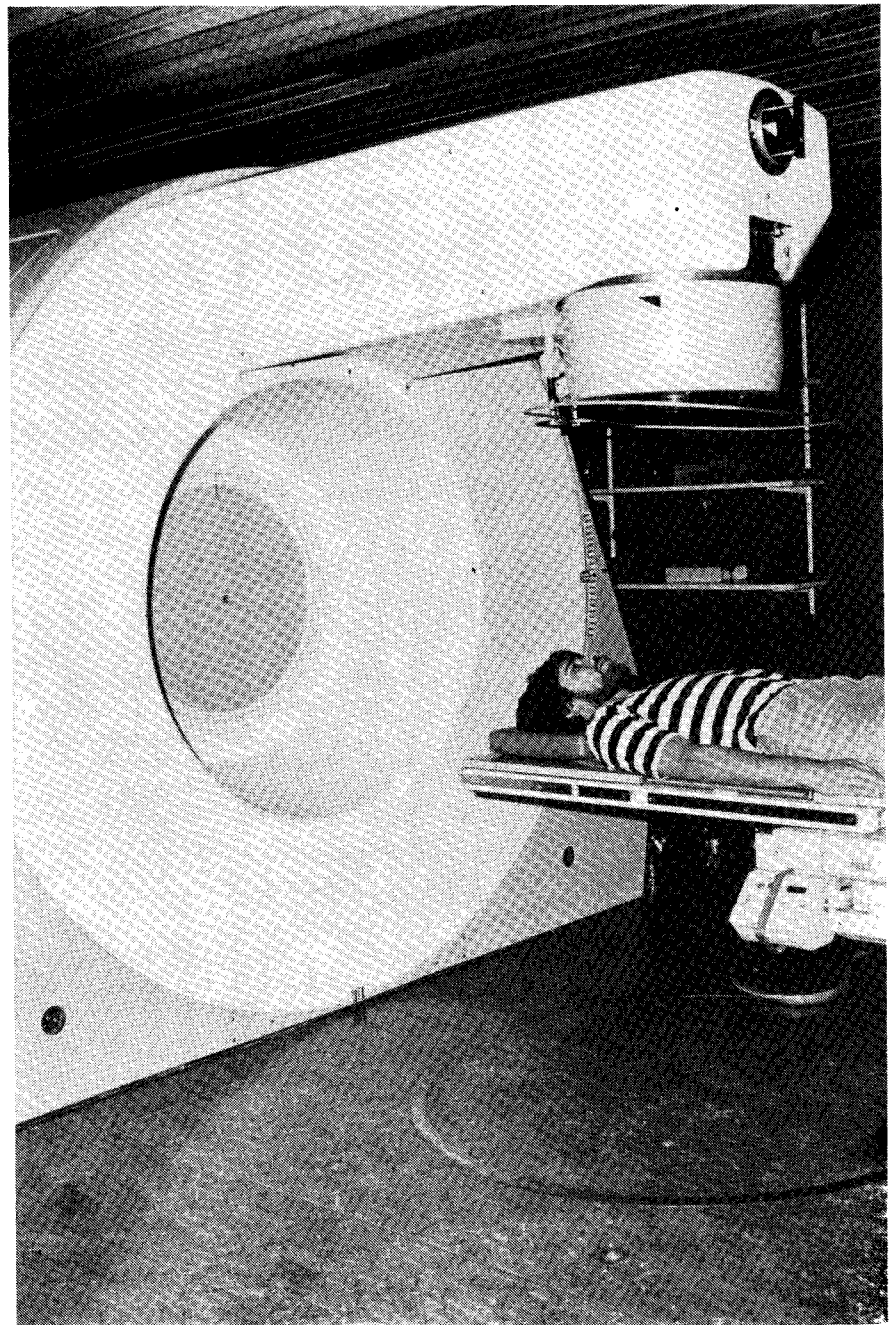


Foto: Ine van den Broek

bariumpap'J5)

Waar de technieken complexer worden, zo laat Spiro zien, raken de artsen hun greep kwijt op de gegevens die van alle kanten op hen afkomen. Zij hebben steeds meer moeite om die te relateren aan wat zij zelf van de patiënt vinden en wat de patiënt hen vertelt. Hij verklaart, vanuit zijn eigen ervaring: *'In het algemeen weiger ik om gegevens te horen, of te kijken naar röntgenfoto's of andere uitslagen, voor ik met de patiënt gesproken heb. Ik weet dat als ik de röntgenfoto's van de patiënt heb gezien voordat ik de patiënt zelf heb onderzocht, ik het verhaal van de patiënt in zal passen in het beeld dat van de foto's opduingen'*. Jonge artsen, zo meldt hij, willen werkelijk dat ik op de röntgenafdeling er voor ga zitten om foto's te bespreken, los van de patiënten. *Iedereen wil die gegevens en niemand wil echt met de patiënten praten'*. Het is niet moeilijk om wit onderzoeken en ervaringen, materiaal aan te dragen, dat aantoont dat nieuwe technieken die in de medische praktijk worden geïntroduceerd, een enorme impact hebben op het gebruik van andere technieken; op de relaties tussen de verschillende specialismen; op de manier waarop artsen omgaan met patiënten; en op de ervaringen van patiënten in het ziekenhuis.

## Het is veel ingewikkelder

Laat ik ten slotte terugkomen op de NMR-scan, omdat nu al, in dit vroege stadium van haar medische leven, een aantal zeer ongebruikelijke fenomenen zichtbaar beginnen te worden. Vroeg in de ontwikkeling van NMR voor medische doeleinden, rechtvaardigde één van de eerste mensen die er aan werkten, het mogelijk belang ervan, door erop te wijzen dat het met NMR niet langer vanzelfsprekend zou blijven tumoren te classificeren op basis van hun *microscopisch anatomisch beeld*, maar dat het mogelijk zou worden *chemische karakteristieken* als vertrekpunt voor classificatie te nemen. Onlangs nog kwam dit naar voren in een overzichtsartikel over de stand van zaken op dit terrein. Hierin schreven de auteurs: (natuurkundigen en radiologen die zich bezig houden met het ontwikkelen van deze techniek): *'Bepaalde voorstanders van NMR hebben het idee geopperd dat, waar ziekte traditioneel werd benaderd in pathologisch-anatomische termen, de NMR-techniek een benadering in chemische en fysiologische termen mogelijk maakt. Aangezien chemische en fysiologische veranderingen voorafgaan aan veranderingen in de histolo-*

*gie of anatomie, wordt NMR een bijzonder aantrekkelijke diagnostische methode. Subtiële biochemische verschillen tussen normale weefsels kunnen wellicht worden gebruikt, voor het maken van onderscheid tussen de weefsels ...'*

Wat zijn de gevolgen voor de organisatie van de diagnostiek in het ziekenhuis van een dergelijke verschuiving van een anatomische naar een biochemische fundering van het diagnostisch proces? Het is niet onwaarschijnlijk dat radiologen, die louter deskundig zijn in het maken en het interpreteren van anatomische afbeeldingen, in een concurrentiestrijd verwickeld raken met een nieuw slag van diagnostiserende biochemici. Als dat gaat gebeuren, en de huidige ontwikkelingen maken het mijns inziens steeds waarschijnlijker dat de diagnostiek radicaal in die richting gaat veranderen, zijn de gevolgen voor de organisatie van het werk in ziekenhuizen bijzonder groot.

Het debat over nieuwe medische technieken is gewoonlijk een zaak van enerzijds dokters (tenminste sommige dokters) die beweren dat 'we het nodig hebben omdat het een belangrijke vooruitgang in de zorg betekent'; en anderzijds mensen die betrokken zijn bij de financiering en die beweren dat 'we het niet kunnen betalen'. Maar medische technologie is veel ingewikkelder dan dat: het is vrijwel nooit een kwestie van kiezen tussen betere zorg of lagere kosten. Juist het hele karakter van de gezondheidszorg staat erbij op het spel. De organisatie, maar ook de inhoudelijke fundamenten van de zorg, zijn in belangrijke mate afhankelijk van de stand van zaken van de technologie, en veranderen dan ook met die technologie. Het probleem is dat er bij de gangbare twisten tussen artsen die dol zijn op technologie en bestuurders die op de kosten letten, geen derde partij is. Er is geen derde groep die, gedreven door haar deskundigheid of haar belangen, het debat voortdurend onderbreekt met de opmerking: *'Ja, maar het zit veel ingewikkelder in elkaar!'*. En als zo'n groep er al zou zijn, dan is het nog maar de vraag of er ook maar iemand zou luisteren.

Noten:

1. K. Hartley and J. Hutton 'The UK Medical Equipment Industry'. ISER, University of York, Discussion Paper 99 (1984).
2. J. Bunker et al 'Surgical innovation and its evaluation' *Science* 200 (1978) p. 937.
3. L.E. Crooks et al 'Clinical efficiency of nuclear magnetic resonance imaging' *Radiology* 146 (1983) 123.

4. Office of Technology Assessment *Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment* (US Congress, August 1976).
5. H. Spiro in S. Wolf and B.B. Berle *The Technological Imperative in Medicine* (London 1981) Chapter 2.
6. *werkzaamheid* (efficacy): de maximaal haalbare baat van een interventie, bereikt onder gecontroleerde omstandigheden (laboratorium, wetenschappelijk onderzoek).
7. *doeltreffend* (effectiveness): de mate waarin individuele patiënten of groepen patiënten onder normale praktijkomstandigheden baat ondervinden van werkzame interventies.
8. *doelmatigheid* (efficiency): de mate van gebruik aan middelen (kosten, mankracht, tijd) in verhouding tot de bereikte resultaten.

# Minder ideeën meer ambten

In juni behandelt de Tweede Kamer de wetsontwerpen voor de Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM) en de Welzijnswet (WW). Deze wetsontwerpen hebben een omvangrijk verleden. De 'basis' van deze wetsontwerpen, de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks, blijkt een tienjarig verblijf in de ambtelijke molenslecht te hebben doorstaan: in de WGM wordt niet alleen de (beloofde) patiënteninspraak, mager geregeld, ook de inspraak van 'gezonde' burgers is sterk gereduceerd. Democratisering, en inspraak blijken verdrongen door een sterke wil tot kostenbeheersing, en deregulering.

Peter van Lieshout en George Freriks beschrijven deze metamorfose en voorspellen voor de toekomst weinig goeds: 'In de praktijk zal er weinig veranderen, terwijl er een bestuurlijke, ambtelijke werkelijkheid ontstaat met ambtenaren die elkaar brieven en nota's schrijven die slechts leesbaar zijn voor collega's of vrijgestelde bestuurders. En die ambtenaren zullen dan - om weer wat te doen te hebben - nieuwe regels, en modellen bedenken zonder dat eerdere plannen nog maar in uitvoering zijn genomen.'

*Peter van Lieshout*, wetenschappelijk medewerker bij het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht.  
*George Freriks*, organisatiepsycholoog, werkzaam bij het Regionaal Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg te 's Hertogenbosch.

## Tien jaar wetgeving in de gezondheidszorg

Wetgeving in de gezondheidszorg is taaie kost. Veel regels en procedures zijn weliswaar gemaakt om burgers te betrekken bij het beleid, erg warm lijken leken er niet voor te lopen. In juni is het weer zover: als de dereguleringswoede van het kabinet niet een voortijdig einde maakt aan de plannen, zal de Tweede Kamer dan de wetsontwerpen voor de Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM) en de Welzijnswet (WW) behandelen. Wat gaat er schuil achter al die technische formuleringen van de wetsparagrafen? Dat zullen we in dit stuk duidelijk proberen te maken. De eerste vraag die dan gesteld moet worden, is 'waar was het ook alweer allemaal om begonnen?'

### De idealen

In het begin van de jaren zeventig wordt de warwinkel van de gezondheidszorg voor steeds meer betrokkenen en politici een doorn in het oog. Het klimaat voor het aanbrengen van meer structuur en ordening lijkt optimaal. De befaamde *Structuurnota Gezondheidszorg*, die staatssecretaris Hendriks in augustus 1974 aan de Tweede Kamer aanbiedt, zou van groot belang worden voor wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Wie anno 1985 de *Structuurnota* doorleest, wordt getroffen door de opsomming van *knelpunten en suggesties*. Tien jaar na publicatie vormen deze nog steeds de bouwsteen van menige beleidsnota.

Het eerste *knelpunt* dat de *Structuurnota* signaleerde, waren de steeds groeiende kosten. Als oplossing werd een volksverzekering voorgesteld, in ieder geval voor de financiering van de eerste en de tweede lijn. Van dat idee is nooit iets terecht gekomen. In 1975 leidt een voorontwerp voor een Wet Algemene Verzekering Gezondheidszorg schipbreuk, en de kosten in de gezondheidszorg zijn blijven stijgen. Pas vanaf het eind van de jaren zeventig volgen snel achter elkaar ad hoc maatregelen om de groei onder controle te krijgen. Ziekenhuizen moeten met een vast budget uitkomen, er worden bouwplafonds ingesteld die aangeven hoeveel geld er maximaal beschikbaar is voor nieuwbouw, het aantal bedden in algemene

# ...n, ...rren

in de jaren na 1974 alleen maar kleiner.

Meer succes leek de Structuurnota te gaan hebben bij het in gang zetten van wetgeving om twee andere knelpunten op te lossen: het opzetten van een planning van voorzieningen om betere spreiding en betere onderlinge afstemming mogelijk te maken, en het realiseren van inspraakmogelijkheden voor de bevolking. Dat alles zou de aangekondigde 'nieuwe Wet Gezondheidszorgvoorzieningen' gaan regelen. Wat is er van dit streven om

sing van de daarin opgenomen normen, is in 1985 nog steeds geen enkel provinciaal plan, zoals de WZV die voorschrijft, gereed. Naast onuitvoerbaarheid had deze WZV nog een andere handicap: ze richtte zich niet op de extra- en semimurale voorzieningen.

Meer samenhang, regionalisatie en democratisering moesten dus op een andere wijze geregeld, en wel in de meer omvattende WVG, waarin de WZV zou worden ondergebracht. De WVG heeft als voornaamste uitgangs-

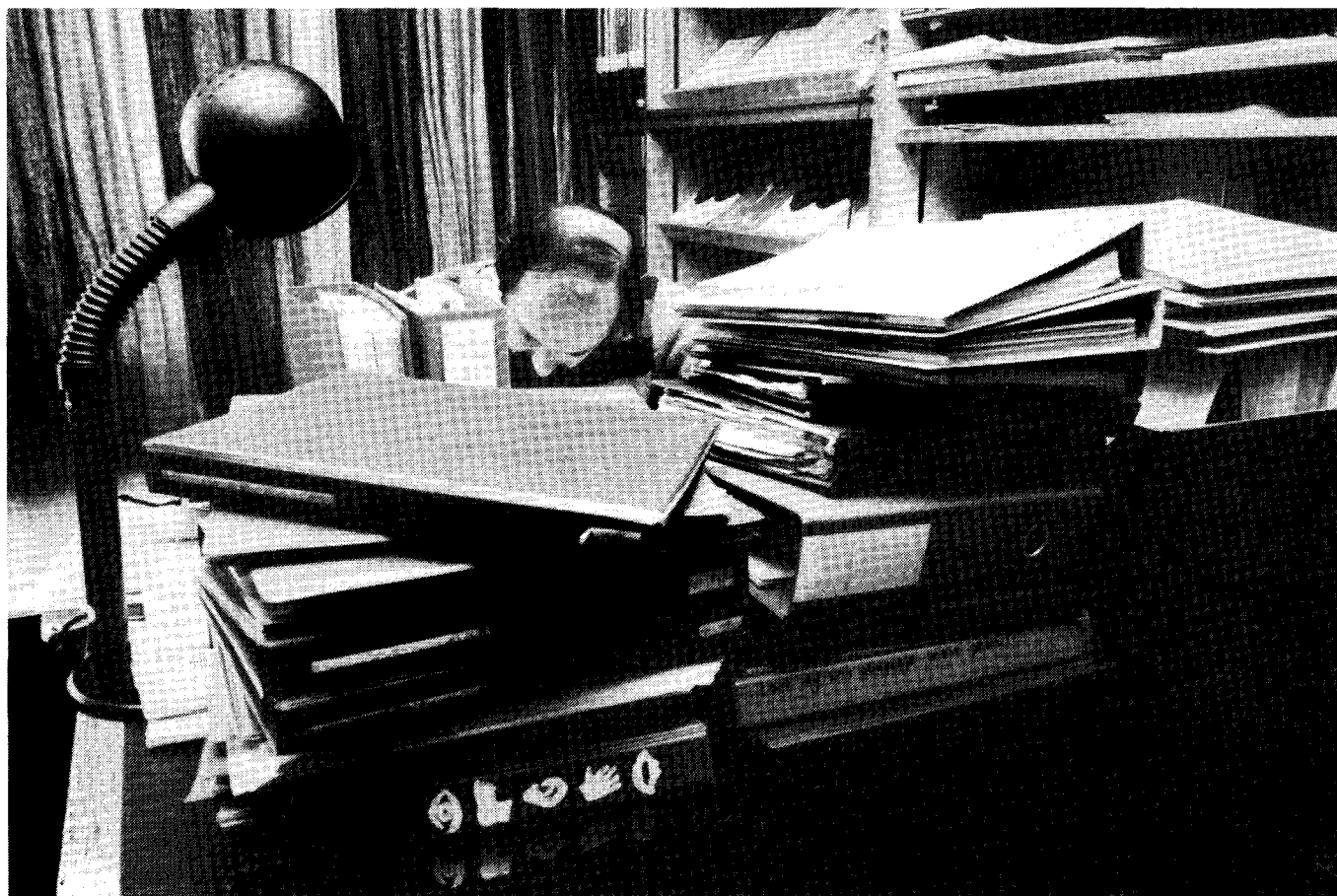


Foto: Ine van den Broek

ziekenhuizen moet gereduceerd en de Wet Tarieven Gezondheidszorg wordt steeds strakker toegepast. Bovendien probeert men aan de 'vraagzijde' een rem in te bouwen door het invoeren van een eigen bijdrage-regeling voor ziekenfondspatiënten. Er wordt nog gewerkt aan de beheersing van het aantal verrichtingen van medische specialisten (die niet onder de budgetten vallen) en het Ministerie probeert alsnog een herziening van het ziektekostenstelsel klaar te stomen. Erg coherent is dat allemaal niet: het zijn vooral brandblusmaatregelen. Het tweede beleidsvoornemen van de Structuurnota, de verschuiving van capaciteit van intramurale naar extramurale zorg, lukt al evenmin. Het aandeel van de eerste lijn wordt

door middel van een nieuwe wet (de WVG) planning en democratisering te realiseren, terecht gekomen?

## Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

Op papier bestond er in 1974 één instrument om voorzieningen te plannen. Dat was de uit 1971 stammende *Wet Ziekenhuisvoorzieningen* (WVZ). Deze moest leiden tot één landelijk ziekenhuisplan, waarin omvang, functies, capaciteit en spreiding van alle ziekenhuizen geregeld worden. In 1974 was echter al duidelijk dat deze wet te rigide en daardoor onuitvoerbaar was. Ondanks een wijziging van de wet in 1979, en herhaalde aanpas-

punt dat de planning van voorzieningen plaatsvindt op het laagst mogelijke bestuurlijke niveau. Al naar gelang het type voorziening is dat een gemeente, een aantal samenwerkende gemeenten, een provincie of het rijk. Welke overheid welke voorziening gaat plannen, is nog niet vastgesteld en kan zelfs per provincie verschillen, maar doorgaans zullen de gemeenten de eerstelijnszorg gaan regelen en de provincies de tweedelijnszorg.

Planning in de WVG geschiedt doordat een plannende instantie een vierjarenplan maakt voor een doelmatig stelsel van voorzieningen en dat vervolgens ter goedkeuring aan het naasthogere niveau voorlegt. Geheel vrij is zo'n instantie daarbij allesbehalve: zij moet rekening houden met



normen die vastgesteld zijn bij *Algemene Maatregelen van Bestuur* of in de WZV, zolang die nog van kracht is. Het voornaamste instrument dat de betreffende overheden krijgen om hun plannen ook uit te voeren, is een stelsel van erkenningen en vergunningen: erkenningen die ze kunnen verlenen om gezondheidszorginstellingen te exploiteren en vergunningen voor vrije beroepsbeoefenaars om zich te mogen vestigen.

Het democratiseringsstreven kreeg in de WVG een duidelijke plaats. Allereerst stond het voor bijna iedereen vast dat regionalisatie op zich al een vorm van democratisering was. Immers zo redeneerde men, op regionaal niveau is betere kennis aanwezig van de lokale wensen en knelpunten, en bovendien zouden burgers op regionaal niveau meer directe invloed kunnen hebben op de besluitvorming dan op landelijk niveau. Democrativering lijkt bovendien te worden gegarandeerd door een advies- en inspraakstructuur. De wijze waarop deze structuur precies gestalte krijgt, laat de WVG aan de desbetreffende plannende overheid over. Wel wordt uitdrukkelijk gesteld dat de participanten zowel gemeentebesturen, instellingen, werkers in de gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars als gebruikers moeten zijn.

Naast deze planningsprocedure, regelt de WVG ook andere zaken: er wordt een landelijk netwerk aan basisgezondheidsdiensten aangekondigd met een veelheid aan taken, er komt een verplichting voor instellingen informatie ter verschaffen zodat alle overheidsniveaus over beleidsinformatie beschikken, de mogelijkheid wordt geschapen nadere eisen te stellen aan de samenhang tussen voorzieningen, enz. Zoals blijkt is de WVG een echte overkoepelende raamwet: weinig concrete uitspraken, veel moet zou nog nader ingevuld worden.

De concrete invoering van zo'n raamwet is *geen kleinigheid*. In drie proefregio's wordt op dit moment met integrale invoering geëxperimenteerd, en een aantal provincies heeft zich aangemeld als liefhebber voor verdere proefnemingen. De voorbereidingen vergen echter nogal wat bestuurlijk werk. Omdat de WVG-regio's niet vaststaan moet er een gebiedsindeling komen. Een taakafbakening tussen de verschillende overheden, en een financieel kader waarbinnen de plannende overheden kunnen manoeuvreren moeten nog worden vastgesteld evenals de informatievoorziening.

Vergelijken we de Structuurnota uit 1974 met de WVG zoals die, na veel onderhandelen, in 1981 door de Tweede Kamer is aanvaard, dan valt op dat in de WVG het *accent meer op*

*In proefgebieden hebben de betrokken instellingen en ambtenaren laten zien tot welke papiermassa's, ingewikkelde overlegvormen en intriges de invoering van de WVG kan leiden.*

*planning en minder op democratisering* is komen te liggen. Sprak de Structuurnota nog over een met de bevolking opgesteld plan, de WVG legt meer accent op regionale planning dan op betrokkenheid van de bevolking. Ging het bij de Structuurnota nog sterk om '*participatie*', binnen de WVG is het voornaamste concept '*advies*'. En dat geeft toch een wat andere status aan de betrokkenheid van de bevolking.

Alvorens in te gaan op wat er verder met de WVG gebeurde, is het zinvol een uitstapje te maken naar wat op hetzelfde moment plaatsvond op het terrein van de welzijswetgeving.

## De Kaderwet Specifiek Welzijn

De WVG mag een abstracte raamwet zijn, in dezelfde periode werd *een nog algemenere wet* op stapel gezet, de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW). Vanuit het besef dat maatschappelijke factoren ten grondslag liggen aan persoonlijke problemen leek een actievere opstelling van de overheid op het gebied van het welbevinden van de mensen, gerechtvaardigd. Dat vroeg om beleid.

Als oplossing bepleitte men, meer nog dan in de Structuurnota, een sterke *decentralisatie*. Taken en bevoegdheden dienden zoveel mogelijk overgedragen te worden aan gemeenten, omdat die beter in konden spelen op lokale problemen en de burgers daarvoor meer greep zouden krijgen op de planning en het functioneren van instellingen. Gemeenten dienden een integraal welzijnsplan op te stellen en bij de voorbereiding daarvan de burgers te betrekken.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de KSW een algemeen raamwerk zou bieden waaraan regelingen op allerlei welzijnsterrein zouden moeten voldoen, waaronder volksgezondheid en onderwijs Welzijn werd breed opgevat, en ook de WVG - die immers ook een specifiek welzijnsaspeet, gezondheid, tot onderwerp had - zou na zo'n 15 jaar onder de werking van de KSW worden gebracht. Welke type voorzieningen echter precies onder de Kaderwet zou gaan vallen, bleef lange tijd onduidelijk. De concrete invulling werd vooruitgeschoven naar een nog te fabriceren Invoeringswet. In 1977 werd het wetsont-

werp KSW ingediend, maar het kwam in toenemende mate onder vuur te staan: ook de doelmatigheid van deze wet werd steeds verder betwijfeld.

## Weerstand

De totstandkoming van zowel de WVG als de KSW hebben nogal wat voeten in de aarde gehad. Het departement moest nog ervaring opdoen met het opzetten van uitvoerbare en verstrekkende wetten. Snel wisselende kabinetten en derhalve snel wisselende ministers en staatsecretarissen wilden ieder hun eigen accenten leggen. Allerlei betrokkenen maakten eindeloos gebruik van hun recht om over de invulling van een voorontwerp mee te spreken. Om een paar voorbeelden te noemen: de *Vereniging van Nederlandse Gemeenten* vond de planruimte van de gemeenten een farce indien er geen sprake zou zijn van overheveling van middelen en bevoegdheden. Ze dreigde daarom '*de WVG hooguit administratief uit te voeren*'. Een andere belangenorganisatie, de *Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG)* was van mening dat bepalingen omtrent de kwaliteit van de beroepsbeoefening niet thuishoorden in een ordeningswet als de WVG, maar in een beroepsuitoefeningswet. Het ging daarbij om zaken als dossiervorming, waarnemingsregelingen, verplichte bijscholing en intercollegiale toetsing. Toen eenmaal de kwaliteitsartikelen uit de WVG waren geschrapt en overgebracht naar de veel pillere Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), kon de KNMG accoord gaan met de WVG. Die verandering betekende een vergroting van de greep van de georganiseerde beroepsgroepen op de beroepsuitoefening, ten koste van de overheden. Een derde tegenstroom ten aanzien van de WVG kwam van *binnen het ministerie van WVC zelf*. Sinds 1974 is er een voortdurend getouwtrek tussen de verschillende afdelingen op het departement om de waarde en de invulling van de WVG. De wetsversies waren dan ook mede een weerspiegeling van de verschillende ambtelijke stromen: aan de ene kant de centralistische stroming die de gezondheidszorg wilde beheersen door normen en regels, en aan de andere kant de stroming die meer in termen van samenhang en regionalisatie dacht.

Het waren echter veranderde inzichten inzake beheersing en deregulering die in de zomer van 1983 de WVG en de KSW bijna de das om deden. Het veld verkeerde enige weken in verwarring, maar na de brief van 26 september 1983 van de minister van WVC konden alle inmiddels

*In de WGM wordt niet alleen de (belofde) patiënteninspraak mager geregeld, ook de inspraak van de "gezonde" burgers is sterk gereduceerd.*

uit WVG-gelden betaalde ambtenaren weer opgelucht adem halen: de WVG bleef overeind. De KSW daarentegen werd ingetrokken. De minister had - om met zijn eigen woorden te spreken - de 'moed' gehad om te kappen met het Kaderwetsysteemdenken. Dat de WVG niet in de val van de KSW is meegenomen, komt omdat de dereguleringslust het uiteindelijk verloor van de wens om financieel te beheersen. De KSW werd louter nog gezien als een te breed opgezette, niet doelmatige en te bureaucratische wet. De WVG vertoonde dezelfde karakteristieken, maar, zo meende de minister, ze kon in aangepaste vorm een instrument zijn om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Decentralisatie kan niet meer alleen voorop staan, schrijft de minister, vanwege de centrale eis van bezuinigingen. Daarom kondigt de brief een nieuw ontwerp aan, de *Wet op de Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM)*. Die zal de WVG dereguleren en een zwaarder accent leggen op de financiële kant van de planning van gezondheidszorgvoorzieningen. Nu de KSW ingetrokken wordt, zou in ieder geval een gedeelte van het welzijnswerk, de maatschappelijke dienstverlening, in die nieuwe WGM ondergebracht worden. Voor het overblijvende gedeelte had de minister geen plannen, maar onder druk van met name de PvdA zei hij uiteindelijk toe hiervoor de *Welzijnswet (WW)* te zullen creëren.

## De nieuwe voorstellen

Centraal in de geschiedenis van de wetgeving op het terrein van de zorgverlening de afgelopen tien jaar is de volgende *verschuiving*. *Aanvankelijk* voerden fraaie ideeën over democratisering en inspraak de boventoon. *Gaandeweg kwamen overwegingen van betere planning en goede afstemming* bovendrijven. Tenslotte zijn ook die idealen verloren gegaan en is de *financiële beheersing* als enig werkelijke motief overgebleven. Nadere beschouwing van de nu voorliggende wetsontwerpen kan dat duidelijk maken.

Neem allereerst het *democratisch* gehalte van de WGM. Daarmee is het niet erg verheugend gesteld. Er is nog wel enige aandacht besteed aan de democratisering op landelijk en op instellingsniveau, maar men heeft verzuimd ook op regionaal niveau inspraak op behoorlijke wijze te organiseren. Regionalisatie en inspraak gaan immers zeker niet automatisch hand in hand. In de praktijk van de WGM zal het planningsniveau doorgaans bestaan uit een aantal samenwerkende gemeenten, bijvoorbeeld

wat betreft GGZ, verpleeghuizen en bejaardentehuizen. Zo deze samenwerking tussen de gemeenten überhaupt functioneert, is ze een puur bestuursrechtelijke constructie, en sluit ze totaal niet aan op de belevingswereld van de burgers. Terugkijkend op de jarenlange discussie rond de WVG en KSW lijkt vooral het geloof in regionale planning als vorm van democratisering - een geloof dat zowel in linkse als rechtse kringen werd uitgedragen - de grootste naïviteit te zijn geweest. Het idee dat wat 'landelijk' gebeurt, verder afstaat van burgers dan wat zich op regionaal niveau afspeelt, is twijfelachtig. Beslissingen op centraal niveau zijn misschien minder gemakkelijk te beïnvloeden, ze zijn daarentegen veel 'openbaarder' en beter gecontroleerd door een waakzame pers dan de nu vaak zeer schimmige politiek van gemeente en stadsgewest, die wordt gekenmerkt door een sterke incrowdsfeer en informele overlegsituaties. Zo'n 'onder-ons'-karakter is alleen te voorkomen door een goede advies- en inspraakstructuur, en juist die ontbreekt in de WGM. In het kader van de deregulering is alleen bepaald dat in ieder geval verzekeringsinstellingen bij het overleg betrokken moeten zijn, andere belangengroeperingen moeten hooguit hun mening kunnen laten horen. De verzekeringsinstellingen krijgen zo een zeer machtige positie, de patiënten en het veld komen op het tweede plan.

Op landelijk niveau valt op dat in afwijking van de WVG nu bepaald is dat het niet meer noodzakelijk is de Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) ter advisering en overleg aan de Kamer aan te bieden. Was de WVG al een raamwet die door de vele AMvB's parlementaire betrokkenheid bemoeilijkte, de WGM zet het parlement nog verder buiten spel. Ook vaste adviesorganen als de *Nationale Raad voor de Volksgezondheid* worden in de WGM gepasseerd. Wat betreft patiënteninspraak verwijst de WGM naar nog te fabriceren wetten over het democratisch functioneren van instellingen en over patiëntenrecht. De (belofde) patiënteninspraak wordt niet alleen mager geregeld, inspraak bij het interne functioneren van voorzieningen is ook een sterke reductie van de oorspronkelijke bedoeling van de Structuurnota om de bevolking - dus ook de 'gezonde' burgers - inspraak te geven in de planning en opzet van voorzieningen.

Niet alleen de democratiseringsgedachte is naar de achtergrond gedrongen, dat geldt ook voor de *planningsgedachte*. In de WGM is het centrale idee dat de landelijke overheid zich alleen voor het volgende jaar vastlegt hoeveel geld er ter beschikking gesteld zal worden, zodat men alleen de regionale plannen voor die periode zeker kan uitvoeren. Voor de jaren daarop geeft de landelijke overheid slechts *prognoses*, en geen enkele plannende instantie kan er dus zeker van zijn hoeveel geld er over twee of meer jaar aanwezig is. In het oude WVG ontwerp was tenminste nog sprake van vierjarenplannen. Wil er een serieuze start gemaakt worden met de verhuiving van tweede- naar eerstelijns, zal men ook op langere termijn zekerheid moeten hebben over de financiële middelen.

Voor planning is echter meer nodig dan de aanwezigheid van een *democratische infrastructuur* en het kunnen plannen voor meerdere jaren. Het betekent ook dat er reële beleidsruimte moet zijn voor de plannende instantie. Ook daarbij kunnen vraagtekens gezet worden. Volgens het wetsontwerp krijgt een regio op een gegeven moment een bundel geld om de zorg te organiseren. Mooi allemaal, maar tegelijkertijd bestaan er op landelijk niveau allerlei richtlijnen en normen, zoals de *Wet Ziekenhuis Voorzieningen*, de *nota Eerstelijnszorg* en de *strukturele richtlijn AGGZ*, die de feitelijke beleidsruimte sterk aan banden leggen. Als dergelijke landelijke richtlijnen niet worden versoepeld, valt er op regionaal niveau in de praktijk weinig te schuiven. De kans dat - gegeven de krachtsverhoudingen - het landelijke niveau haar macht uit handen geeft door de richtlijnen te laten varen, is miniem. Daar komt nog bij dat onder de huidige omstandigheden het budget eerder beperkt dan uitgebreid zal worden. Beleid in de regio betekent dan: bepalen waar er het eerste gesneden wordt.

## WGM: Saneringswet

Hoe sterk de financiële beheersingsgedachte overheerst in het nieuwe wetsontwerp, blijkt ook uit het in de WGM geïntroduceerde artikel over *indicatiestelling*. De gemeente of de provincie kan een instantie aanwijzen die beoordeelt in hoeverre iemand gebruik mag maken van bepaalde voorzieningen. In principe heeft de overheid hiermee een rechtstreeks instrument gecreëerd om het gebruik van voorzieningen aan banden te leggen. Pas over enkele jaren - zo blijkt uit de Memorie van Toelichting - zal duidelijk worden welke criteria gaan gelden. Ongetwij-

feld zullen die gerelateerd worden aan de financiële mogelijkheden. Overigens is deze bepaling vooralsnog in strijd met het in de AWBZ en Ziekenfondswet genoemde recht op verstrekingen. Expliciet geregeld in de WGM is verder de mogelijkheid om eigen bijdragen te vragen. Tekend is ook dat in de WGM de mogelijkheid open wordt gelaten om winstgevende instellingen te exploiteren in de gezondheidszorg. (Die mogelijkheid bestaat nu ook al, alleen heet die winst nu inkomen ...).

Op papier lijkt de WGM misschien een decentraliserende wet, in de praktijk blijkt het vooral een *centralistische saneringswet* geworden te zijn met de lagere overheden als uitvoeringsorgaan. Hoe is het met het welzijnswerk gesteld? Simpel gezegd wordt dat in drie delen gehakt: één deel (de maatschappelijke dienstverlening) is ondergebracht bij de gezondheidszorg in de WGM; één deel, met name volwasseneducatie, staat op de nominatie naar het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen te verdwijnen; en één deel, het 'softe' restant, is vogelvrij verklaard. Voor dit laatste deel is de WW ontworpen.

Een nadere beschouwing van de precieze opdeling van de welzijnsvoorzieningen, maakt duidelijk wat voor naam welzijnswerk bij het kabinet heeft. Slechts die welzijnsvoorzieningen onder de WGM gebracht te zijn, die kunnen functioneren als substituut voor gezondheidszorgvoorzieningen. *Maatschappelijk werk* en *bejaardenorden* zijn wel in de WGM opgenomen, terwijl de telefonische hulpdiensten en het gecoördineerd bejaardenwerk bij de WW zijn ondergebracht. De laatste leken namelijk geen rechtstreekse bezuinigingen in de gezondheidszorg op te kunnen leveren. Inhoudelijke overwegingen zijn opgeofferd aan kostenbesparing. Het welzijnswerk is ongeschikt gemaakt aan de gezondheidszorg, en dat is precies tegengesteld aan het denken van het midden van de jaren zeventig. Gezondheidszorg was toen een deel van de welzijnszorg: de WVG moest onder de KSW vallen.

De Welzijnswet is een dodenlijst op termijn. Zoals de WGM in een hele serie regels voorziet, zo voorziet de WW haast nergens in. Het voornaamste dat de wet aankondigt is dat in 1990 het geld voor deze voorzieningen, dat nu nog als 'doeluitkering' door de overheid ter beschikking wordt gesteld, in het Gemeente- en Provinciefonds gestort zal worden. Dat betekent dat voor een veelheid van welzijnsvoorzieningen, variërend van *bibliotheek* tot *thuislozenzorg*, vanaf dat moment het geld door de

*Vooraf het geloof in regionale planning als vorm van democratisering - een geloof dat zowel in linkse als rechtse kringen uitgedragen werd - lijkt de grootste naïviteit te zijn geweest.*

overheid in de grote pot gestort wordt waaruit gemeenten en provincies bijna alles, van *riolen* tot *plantsoenen*, moeten betalen. En als een gemeente het geld dan liever aan nieuwe lantaarnpalen dan aan een *Blijf-van-mijn-lijfhuis* besteedt, dan kan dat.

Eén ding regelt de Welzijnswet wel uitgebreid: hoe er in het geval van het afstoten van voorzieningen en ontslagen gehandeld moet worden ...

## Epiloog

Er is weinig rede tot vreugde over de WGM of de Welzijnswet. Het welzijnswerk wordt of elders ondergebracht, of er wordt niets voor geregeld; en dat is bepaald niet wat tien jaar geleden bedoeld werd met het meer betrekken van burgers bij het openbare bestuur. Ook de WGM heeft weinig meer weg van de oude idealen van democratisering en efficiënte planning, maar meer van een omslachtige regeling ter begeleiding van een bezuinigingsoperatie.

Veel planningsambtenaren met minimale bevoegdheden betekenen het risico van nutteloze bureaucrativering. De ervaringen met de WVG hebben daar al een voorproefje van te zien gegeven. In de proefgebieden hebben de betrokken instellingen en ambtenaren laten zien tot welke papiermassa's, ingewikkelde overlegvormen en intriges de invoering van de WVG kan leiden. Als daadwerkelijke betrokkenheid van de bevolking zeer gering is, en er nauwelijks armslag is door steeds krappere budgetten en landelijke richtlijnen, is de kans groot dat de WGM gaat leiden tot 'schijnbeleid'. Er ontstaan zo twee werkelijkheden, een bestuurlijke en een praktische. In de praktijk verandert er weinig, terwijl er daarnaast een bestuurlijke, ambtelijke werkelijkheid ontstaat met ambtenaren die elkaar brieven en nota's schrijven die slechts voor hun collega's of voor vrijgestelde bestuurders te lezen zijn. En die ambtenaren zullen dan - om weer wat te doen te hebben - nieuwe regels en modellen bedenken zonder dat eerdere plannen ooit zijn uitgevoerd.

Zo'n ontwikkeling is jammer en de situatie lijkt er in de nabije toekomst niet gunstiger op te worden. In 'het veld' valt een steeds grotere weerzien te bemerken tegen de continue stroom aan plannen voor reorganisaties in de gezondheidszorg, zeker nu plannen

steeds vaker achterhaald worden door nieuwe, nog voordat de oorspronkelijke plannen van kracht zijn geworden. De legitimiteit van beleid in de gezondheidszorg, iets dat op zich dringend nodig is, takelt steeds verder af.

Als dat zo is, is de vraag wat er zal gebeuren. In het huidige politieke klimaat wordt 'verdere deregulering' ongetwijfeld een voor de hand liggend antwoord. Het risico bestaat dat de WGM misschien al voor de parlementaire behandeling sneuvelt, en dat de WVG-invoering onder steeds sterkere druk zal komen staan, met name door financiers en gevestigde instellingen. Er gaan steeds meer stemmen op om de WZV maar verder uit te breiden zodat ook de extramurale sector er onder kan vallen. Er komt dan een directe lijn van particulier initiatief naar overheid via een stelsel voor vergunningen en erkenningen. Samenhang, planning en democratisering zijn dan niet langer gewaarborgd. Op deze wijze wordt de concurrentiegedachte weer van stal gehaald. Sommigen geloven dat het de gezondheidszorg goedkoper en beter zal maken.

Toch is dat in onze ogen geen oplossing. Democratisering is belangrijk, maar de besluitvorming moet plaatsvinden waar de politieke betrokkenheid van de bevolking het grootst is. Planning is noodzakelijk, maar er moet een middenweg worden gevonden tussen het mrigistisch organiseren van de hulpverlening zoals de WGM dat doet, en het loslaten van iedere garantie voor het voortbestaan van collectieve voorzieningen zoals de WW doet. En bovenal: *planning moet een middel blijven en geen doel of zich zijn.*

Het doel wordt nu steeds meer uit het oog verloren. Op dit moment worden er alsmaar nieuwe overlegplatforms gecreëerd om onderlinge relaties genotuleerd en wel uit te vechten. Het ideaal om tot samenhang te komen, is de afgelopen tien jaar steeds meer ingevuld als 'bestuurlijk overleg'. Eenmaal ingevoerd in het maker van regels en wetten, zijn velen overleggen los gaan zien van wat er zich in de hulpverlening afspeelde. De eigen dynamiek van de planning van voorzieningen heeft het zoeken naar inhoudelijke samenwerking overschaduwd. Hoe er wat betreft concrete patiëntenzorg beter samengewerkt kan worden, is nog nauwelijks uitgewerkt. Toch zou dat het uitgangspunt moeten zijn voor het opstellen van plannen. De afstand tussen bestuurlijke en inhoudelijke samenhang dreigt op dit moment steeds maar groter te worden. ••

# ONGELIJK-

Elke rechtgeaarde burger zal moeilijk kunnen instemmen met de bewering dat een groep mannen van vijftig jaar in, laten we zeggen, Kerkrade gemiddeld minder lang leeft dan een evengrote groep mannen van dezelfde leeftijd in Aardenhout.. Ook de constatering dat schoonmaaksters gemiddeld minder oud worden dan vrouwelijke studenten zal weinig aanhangers vinden. En zal de uitspraak dat in de lagere inkomensgroepen meer infectieziekten voorkomen met dodelijke afloop, niet vooral ongelovige reacties oproepen? Waarschijnlijk wel. Er mag dan op vele punten ongelijkheid in Nederland bestaan, op het gebied van gezondheid kennen we geen sociale ongelijkheid, in ieder geval niet in Nederland. Dat is toch wel de algemene opvatting. Dat verschillen in sociale afkomst kunnen leiden tot verschillen in gezondheid of levensverwachting is een nauwelijks geaccepteerd gegeven. Hoe gezondheidsverschillen met beroepen te maken hebben, is in Nederland niet bekend en wordt evenmin belangrijk gevonden (behalve dan bij de particuliere verzekeringen).

# ONGEZOND

Ga je in Nederland zoeken naar bewijzen voor bovenstaande bewegingen, dan blijkt er bitter weinig bekend over dit onderwerp. Maar weinig medici, sociologen, politici en wat er verder zoal deskundig is in Nederland, weten antwoord op vragen op dit gebied. Harde gegevens ontbreken, onderzoeksprogramma's bestaan niet, discussies vallen niet waar te nemen, aanklachten vinden niet plaats.

Dat mag toch wel merkwaardigheden. Want er was een tijd in Nederland dat vele medici en verlichte intellectuelen niets anders deden dan erop te wijzen dat grote groepen mensen veel meer kans hadden het slachtoffer te worden van een epidemie dan de 'welgestelden'. Of dat arbeiders en mingevoerden gemiddeld minder kort leefden dan leden van de maatschappelijke bovenlaag. Wat je ook verder van de politieke en culturele oogmerken van deze eerste epidemiologen uit de 19e en 20e eeuw mag denken, zij drukten sociale verschillen uit in verschillen in gezondheid. Tot in de jaren dertig van deze eeuw kunnen we in Nederland zelfs spreken van een onderzoekstraditie op dit gebied.

Na 1945 werd die traditie niet meer voortgezet. Misschien dat de 'wederopbouw', het geestelijk klimaat ongeschikt maakte voor onderzoek naar sociale verschillen. Iedereen zou binnen afzienbare tijd immers evenveel welvaart genieten? Pas aan het eind van de jaren zestig begon er weer aandacht te ontstaan voor verbanden tussen sociale positie en gezondheid. En sinds een aantal jaren weet men weer dat je rekening moet houden met sociale

ongelijkheid, als je uitspraken doet over de volksgezondheid.

Het blijft echter tobben met zo'n benadering van de volksgezondheid. Zo weinig aanhangers deze benadering kent, zo enorm populair zijn de gezondheidsidealen en -regels, waarnaar men kan leven. Het denken in klasseverschillen heeft plaats gemaakt voor een gezonde levensstijl, waar een ieder zelf voor verantwoordelijk is. Of het nu gezonde voeding, niet-roken, homeopathie, fitness-centra, trimmen of een hoog medicijngebruik betreft, het gaat allemaal om het bereiken van een zo'n gezond en lang mogelijk leven voor ieder afzonderlijk. Bovendien hebben sociale bewegingen op specifieke deelterrinen algemene gezondheidsbedreigende omstandigheden naar voren geschoven, zoals giftige stoffen, kernenergie of vliegtuiglawaaï. Deelterrinen, die meestal niet met sociale verschillen in verband worden gebracht.. Alleen van de vrouwenbeweging kun je zeggen dat zij dit wel doet.

Gezondheid is zo al met al of tot een individuele aangelegenheid of tot een specifiek milieuprobleem geworden. Wij willen in dit thema proberen om de traditie van 'sociale ongelijkheid en gezondheid', die ook in Nederland heeft bestaan, weer wat naar voren halen. Dat is nodig. Juist voor de discussie over een linkse gezondheidspolitiek. Daarin bestaat bijvoorbeeld geen duidelijkheid of het scheppen van evenveel kansen op gezondheid meer gezondheidszorg en meer onderzoek betekent of dat zoiets gewoon in het verlengde ligt van een algemene linkse sociaal-ekonomische

politiek, die rekening houdt met de 'kansarmen' in de samenleving.

Er zou ook meer kunnen worden nagedacht over het verband tussen arbeid en gezondheid, waaruit immers grote verschillen in gezondheidskansen naar voren komen. Met andere woorden, dreigt links niet te vergeten dat klasseverschillen in gezondheid vroeger één van haar belangrijke strijdpunten was?

De artikelen vormen tesamen een wat klassieke benadering van het onderwerp. Geen discussie over de vraag of langer leven ook gezonder leven betekent en ook geen aandacht voor de vraag of epidemiologen wel zoveel moeten uitgaan van de gangbare ziektedefinities bij hun onderzoek. De stand van zaken in Nederland is er nog niet naar. Daarom slechts een eerste verkenning van 't thema. Er bestaan verschillen in kansen op gezondheid. En dat heeft te maken met sociale ongelijkheid.

Een Nederlandse dokter zei daarover in 1869: 'Wij weten thans, dat zekere maatschappelijke toestanden, dat wetten, staatsinzettingen en vooral financiële maatregelen, die de grondbezittingen, de geheele productie en de belastingen betreffen, van veel meer belang zijn voor het voorkomen of het uit de weg ruimen der hevigste ziekten, dan de geheele eigenlijk gezegde geneeskunde'. Het zou goed zijn om opnieuw uit te maken hoeveel hout zo'n uitspraak snijdt.

# Ongelijke kansen op gezondheid

Het probleem is eigenlijk niet meer om te weten te komen of er een relatie is tussen sociale ongelijkheid en gezondheidskansen. Zonder al te veel moeite zijn allerlei onderzoeken en onderzoekjes op elkaar te stapelen die in die richting wijzen. Een probleem is wel, *hóe* die relatie dan precies ligt, en vooral hoe we daar dan praktisch mee uit de voeten kunnen.

Frits Muller haalt in dit artikel fel uit naar de *laksheid van wetenschappelijke onderzoekers* op dit terrein. Te vaak zijn het actiegroepen die het materiaal moeten aandragen, te vaak blijven wetenschappers steken in financieel aantrekkelijk "fundamenteel" onderzoek.

Muller wijst op de noodzaak van een *heroriëntatie* in de gezondheidszorg, waarbij de maatschappij een even vanzelfsprekende variabele is als de geestelijke gesteldheid.

**Frits Muller**, arts en adviseur voor medische ontwikkelingssamenwerking...

*Er bestaan grote, structurele vastliggende verschillen in gezondheidskansen tussen bevolkingsgroepen. Klasse, ras, geslacht, werksituatie en woonplaats, deze en andere zijn structurele factoren die de kansen op een gezond leven van individu en groep in wisselende maar belangrijke mate bepalen. De gezondheidszorg, of liever het medisch bestel, kijst er echter voor zich niet met de maatschappelijke en structurele oorzaken van de spreiding van ziekte en dood bezig te houden. Dat kon ook prima, zoals er nog grote gezondheidswinst geboekt werd en iedereen geloofde dat die winst aan de gezondheidszorg was toe te schrijven. Nu dat niet zo blijkt te zijn (Mc Keown, 1979), nu blijkt dat de fundamentele*

*ongelijkheid in gezondheidskansen blijft bestaan ondanks en zelfs danzij de gezondheidszorg (Black Report), nu d. gezondheidszorg geen antwoord blijkt te hebben op steeds meer klachten, nu wordt het tijd voor nieuwe oriëntatie. Uit zichzelf zal het medisch bestel niet omgaan. Een forse maatschappelijke curatele is daarvoor nodig.*

## Ongelijke kansen

Bij het beschrijven van ongelijke kansen op gezondheid doet zich het probleem voor dat de gebruikte categorieën geen wetenschappelijke maar praktische categorieën zijn. De wetenschap houdt zich immers nauwelijks met dit probleem bezig. Het zijn actiegroepen, politieke partijen, of andere vertegenwoordigers van de onderkant van de samenleving die op zoek gaan en wat vinden. Daardoor overlappen sommige categorieën elkaar en vallen er tegelijkertijd gaten. Klasse, man/vrouw, werkend/werkeloos, het loopt allemaal wat door elkaar heen. Dat maakt overigens de voorbeelden niet minder illustratief of 'waar', het bemoeilijkt alleen de vergelijkbaarheid en het opzetten van een theoretisch raamwerk.

Dat het pasgeboren kind van een mijnwerker in Bolivia van een boer in Bhutan of Tsjaad, twintig maal zoveel kans heeft te sterven voor zijn eerste verjaardag als onze kinderen in Nederland is geen reden tot collectieve verontwaardiging. Zonder tumult sterven jaarlijks tenminste vijf miljoen kinderen onnodig van de honger. Pas als die kinderen vlak bij elkaar wonen en er toevallig een televisiegroep werk van maakt komen wij tot een tijdelijke oprisping van medeleven. Niet van verontwaardiging, niet van protest maar van 'geven'. (Eér: voor Afrika). Toch gaat het hier niet om toeval, om droogte, hitte of tropische baccillen, maar om structurele historisch gegroeide verschillen. Het kan tenslotte geer. toeval zijn dat de 300 miljoen inwoners van de 30 mins. ontwikkelde landen gemiddeld niet ouder worden dan 45 jaar en een zuigelingensterfte hebben van 160 per 100e' terwijl de ruim 1 miljard inwoners van de 37 rijkste lande gemiddeld 72 jaar worden en er slechts 19 zuigelingen var. elke duizend in hun eerste levensjaar sterven. (WHO, 198:

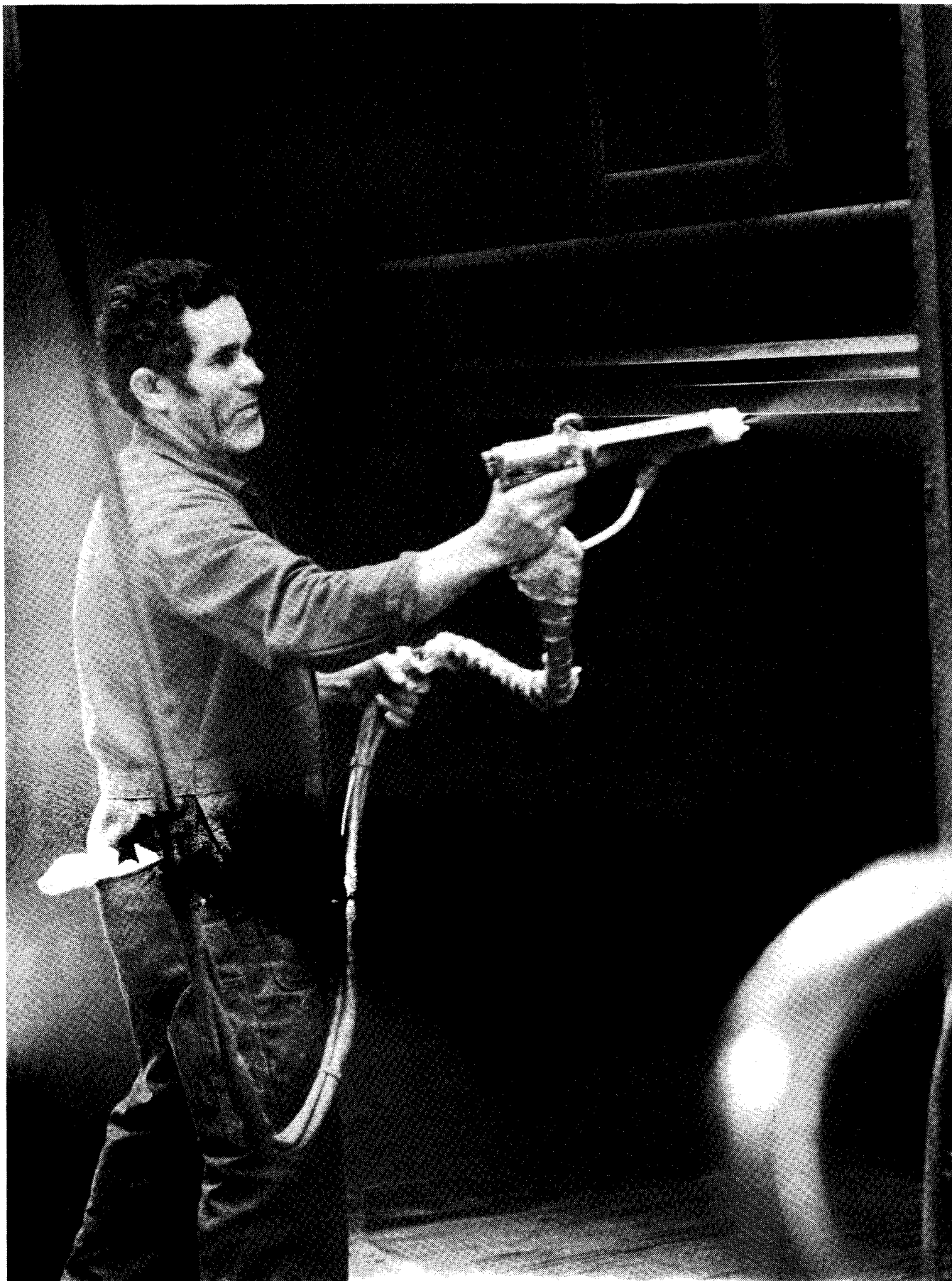


Foto: Ine van den Broek

### Klasse-gevoelig

De klassegebonden<sup>te</sup> ongelijkheid wordt nog eens overtuigend aangetoond in het *BZack Report*. Dit rapport, opgesteld na drie jaar studie door de beste sociale wetenschappers en sociaal geneeskundigen in opdracht van de toenmalige Labour regering, werd in april 1980 aan Patriek Jenkin, de minister van Volksgezondheid van Thatcher aangeboden. Het materiaal bleek explosief. Toen

ook nog een onhandige poging aan het licht kwam om het rapport in de bureaula te laten verdwijnen was de publieke belangstelling gegarandeerd. In 1982 verscheen het Black report in een goedkope Pelican uitgave. (Townsend et al, 1982)

Het rapport stelt vast dat in Engeland de kans om te sterven voor ongeschoolde arbeiders 1,8 maal zo groot is als voor academici. De zuigelingensterfte is 2,5 maal zo hoog en jongetjes tussen 1 en 14 hebben zelfs een tienmaal

zo grote kans om te sterven ten gevolge van een ongeluk! De klassegevoeligheid van elk ziektebeeld blijkt verschillend te zijn. Speciaal infectieziekten, ziekten van de ademhalingswegen, ongevallen en geweld zijn erg klasse-afhankelijk. De oorzaak van deze sterke ongelijkheid ligt volgens het rapport grotendeels buiten de gezondheidszorg (Engeland kent immers een National Health System dat gelijke toegang voor iedereen garandeert). Sociaal-economische factoren als werk/geen werk, behuizing, milieu, levensstijl etc. beïnvloeden de kansen op gezondheid. Sterker nog, *ondanks* het National Health System nemen de verschillen in een aantal opzichten nog toe. Met de nieuwe armoede in Engeland (nu 3 miljoen werklozen) zal dat niemand verbazen.

### Desinteresse

Wat wél verbaast is dat het medisch bestel in Nederland amper belangstelling toont voor de maatschappelijke oorzaken van ziekte en dood en de ongelijkheid in gezondheidskansen die daaruit voortkomt. Alleen het Vergelijkend Buurtonderzoek in Amsterdam (Habbema e.a., 1981) is op die regel een uitzondering. Ook daar alarmerende berichten die niemand schijnen te beroeren.

Gecorrigeerd naar verschillen in leeftijdsopbouw in de wijk ('gestandaardiseerde cijfers') bleek de sterkte in Amsterdam Centrum-Oost 2 maal zo hoog als in de Apollo-buurt; de zuigelingensterfte zelfs 2,5 maal zo hoog en het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden in de Jordaan/Spaardammerbuurt 3 maal zo hoog als in de Apollobuurt. (Habbema e.a. 1981, geciteerd in de Winter, 1984) Erik de Winter spreekt in dit verband van *Vierde Wereld Epidemiologie*. Er is dus ook in Nederland alle aanleiding aan te nemen dat klasseverschillen een fundamentele rol spelen in de kansen van mensen op gezondheid of ziekte.

### Exploitatie

Er zijn ook structurele man-vrouw verschillen in de kansen op gezondheid die geen aandacht krijgen. Natuurlijk, de biologische verschillen worden gevierd. Hormoonhandelaars en vrouwenartsen, damesbladen en abortusklinieken hebben er een boterdam aan. Maar naast biologische verschillen zijn er ook verschillen die veroorzaakt worden door de sociale rol die de sexen wordt toegedacht. Het is heel aannemelijk dat veel voorkomende depressies deel uitmaken van wat sinds kort ondeckt is als het *huisvrouwensyndroom*, oftewel van de rol van de vrouwen niet van haar *lijf*. En wie gelooft dat het feit dat mannen gemiddeld 6 jaar eerder sterven dan vrouwen in de rijke landen veroorzaakt wordt door de genen en niets te maken heeft met de exploitatie van de man in zijn werk? Toegegeven, ik heb hier weinig harde feiten te bieden en daar gaat het ook juist om!

Er zijn andere structurele en maatschappelijk bepaalde verschillen. Zo is de zuigelingensterfte van zwarte Zuidafrikaners in Johannesburg 5 maal zo hoog als van blanke (Sebat, 1980). En Nordbeck liet op een symposium in Leiden weten dat volgens zijn onderzoekingen de zuigelingensterfte onder Surinamers in Amsterdam 44% hoger is dan onder Amsterdammertjes van Nederlandse afkomst, onder Marokkanen 81% en onder Turken 250%. (Trouw, 39/10 1982) Vanzelfsprekend gaat het hierbij niet om biologische verschillen tussen rassen maar om hun sociale positie in Nederland.

### Zelfmoord

'Wat heeft het leven nog voor zin als er voor niemand meer werk is' vroegen Sean Grant en Greame Rehbone in

hun afscheidsbrief. Deze twee negentienjarige jongens pleegden in 1981 zelfmoord, nadat zij samen enige tijd in een fabriek gewerkt hadden en ontslagen waren. (de Volkskrant, 29/8 1981). Het is tekenend dat kort hierna in Engeland zowel als in Nederland een serie publicaties loskwam over werkloosheid en gezondheidsrisico's. Tot dan toe had men zich voornamelijk bezig gehouden met de risico's van werk.

Al deze voorbeelden, en de vele andere die daaraan toe te voegen zijn, onderschrijven de stelling dat er inderdaad grote verschillen in gezondheidskansen bestaan die niet toevallig tot stand komen, maar die voorkomen in nauwe samenhang met andere bestaande verschillen in de maatschappelijke ordening.

### Buiten studie

Het is merkwaardig te moeten constateren dat over de oorzaken van ziekte en dood en de spreiding hiervan over een gemeenschap weinig bekend is. 'We' weten het gewoon niet. Van een aantal ziekten is de *biologische* oorzaak wel achterhaald. De onderliggende *sociale* factoren echter blijven buiten studie en buiten schot. Een medisch student leert zich te behelpen op medisch en biologisch niveau, maar op het niveau van de psyche, de ziel en relaties blijft hij onbeholpen. Dat is voor in zijn vrije tijd. Er is geen samenhangend beeld, geen hiërarchie in de oorzaken van ziekte en gezondheid.

De weerstand van het individu tegen dreigingen van buiten is gedeeltelijk genetisch gegeven, gedeeltelijk tijdens het dragen en de buitenbaarmoederlijke ontwikkeling opgebouwd. Dreigingen van buiten als gevaarlijk en afmattend werk, gebrek aan slaap en ontspanning, vergiftigd milieu en het voorkomen van ziektekiemen beproeven die weerstand voortdurend. Het is een wankel (gezondheids) evenwicht.

### Risicofactor

Maar waarom wordt de ene groep zoveel vaker getroffen dan de andere? Het antwoord op deze vraag is met bovenstaande voorbeelden van sociale ongelijkheid en ongelijkheid in gezondheidskansen gesuggereerd. De kansen op een rokende zwangere moeder zijn immers groter naarmate deze lager op de sociale ladder staat. (Doyal, 1983) Er worden onderaan die ladder veel meer kinderen met een te laag geboortegewicht geboren, en mede daardoor is de zuigelingen-sterfte hoger. Ook de bedreigingen zijn daar groter: minder goede behuizing, minder geld voor voedsel, moeizamer contact met het gezondheidszorgsysteem. Op vergelijkbare wijze is het op basis van het Black Report duidelijk dat de sociale afkomst een zeer grote risicofactor vormt, oftewel mede oorzaak is van (dodelijke) ongevallen bij jongetjes. Maar hoe zit dat met het verband? Hoe breng je het werk op eerste hulp of traumatologie in verband met sociale strijd?

Het lijkt mij op grond van bovenstaande duidelijk dat het dringend nodig is om op zoek te gaan naar een veel breder kader dan het biologische voor onderzoek in de gezondheidszorg, opleiding en praktijk. Net zoals de psyche ooit ontdekt is als deel van het menselijk functioneren, en net zoals steeds weer geprobeerd wordt de samenhang tussen geest en lichaam te begrijpen, zo ook is het nodig dat intensief gezocht wordt naar de samenhang tussen maatschappij en gezondheid. En misschien anders dan bij de relatie psyche-soma is in de relatie maatschappij-gezondheid heel veel aantoonbaar met bestaande, eenvoudige epidemiologische methodieken. Wanneer zo'n ontwikkeling werkelijk in gang gebracht zal kunnen worden zal er sprake zijn van een heel nieuw uitgangspunt in de gezondheidszorg, een revolutionaire omwenteling, zoals Kuhn die voor de

wetenschapsontwikkeling besproken heeft.

## Mooi Latijn

De gezondheidszorg kan op vele manieren bijdragen tot het handhaven of verder verdiepen van de verschillen in gezondheidskansen. Zo kan in de gezondheidszorg de ene toestand aangemerkt worden als ziekte en de andere gewoon niet. De erkenning van de post-natale depressie is een voorbeeld van dit soort willekeur evenals in nog sterkere mate het pre-menstrueel syndroom na de publicatie van Dalton (Dalton, 1978). Lange tijd zijn alleen lichamelijke ziekten, ziekten die binnen de normale gezondheidspraktijk aantoonbaar zijn, als 'echt' aangemerkt. De rest was hypochondrie, hysterie of iets anders moois in het Latijn.

Een liberaal beleid kan verschillen creëren in de toegankelijkheid van de voorzieningen (profijtbeginnel, 'eigen risico') en daarmee reeds bestaande verschillen vergroten. De gebruikte techniek kan daartoe bijdragen, zoals blijkt uit de veelgehoorde klacht dat psychotherapie alleen toegankelijk is voor een elite.

## Medisch regiem

Door klachten individueel te duiden en een mogelijk gemeenschappelijke oorzaak te verdoezelen, kan de arbeidsgeneeskundige verbeteringen in arbeidsomstandigheden en daarmee in gezondheidskansen van de arbeiders voorkomen. In dat laatste geval is de gezondheidszorg niet zozeer *schuldig* als wel *medeplichtig*. In die zin is de maatschappelijke rol van de gezondheidszorg als uitvoerder van sociale wetten, als dekmantel voor bestaande sociale ongelijkheid, als excuus voor vrijheidsberoving bekend geworden onder De Swaans betiteling *medisch regiem* (De Swaan, 1982). Een treffend voorbeeld van dit laatste is de recente druk van mijnheer L. de Graaf, Staatssecretaris van Sociale Zaken, op de Gemeenschappelijke Medische Diensten om arbeidsongeschikten opnieuw te keuren om te zien of zij 'medisch arbeidsongeschikt' zijn of anderszins aan 'verlies aan verdiencapaciteit' lijden. Zo'n herkeuring kan leiden tot 'afschatting' en daarmee tot verlaging van de uitkering (Volkskrant, 10/1 '85).

Om de werking van het veel bredere medisch bestel te analyseren in termen van maatschappelijke ongelijkheidsbevoordering of -remming is mij te moeilijk. Het is duidelijk dat hier kapitaalsaccumulatie plaats vindt bij industrie, bouwers en banken, iets dat over het algemeen leidt tot het vergroten van verschillen. Tegelijkertijd biedt het bestel alleen al in de gezondheidszorg aan meer dan 150.000 mensen werk, iets dat afhankelijk van de beloning en de arbeidsmarkt herverdelend kan zijn of niet..

## Bevrijdend

Onder bepaalde voorwaarden kan de gezondheidszorg ook bijdragen aan het verminderen van sociale verschillen. Eerder heb ik die 'bevrijdende gezondheidszorg' genoemd (Muller, 1983). Voorwaarde is dat de gezondheidszorg op zoek gaat naar de maatschappelijke oorzaken van gezondheid en ziekte. Daarbij doet zich een dilemma voor. Wanneer alles met gezondheidskansen te maken heeft, en de gezondheidszorg zich daarom ook met alles gaat bemoeien ontstaat een super vorm van *medicalisatie*. Waar ik op doel is juist het omgekeerde: de *vermaatschappelijking* van de gezondheidszorg. De maatschappij is haar controle over de gezondheidszorg al lang kwijt. Zij vertrouwt de bevordering van gezondheid, en het voorkomen en genezen van ziekte toe aan een bestel dat inmiddels allang niet meer gehoorzaamt aan maatschappelijke impulsen maar uitsluitend naar die van financiers, leveranciers, artsenlobbies en intern-

wetenschappelijke fora. Dat leidt tot steeds meer 'fundamenteel' wetenschappelijk onderzoek (genetica; biochemie; microbiologie) met veronachtzaming van onderzoek naar maatschappelijke oorzaken of toepassing van wat allang bekend is. Het leidt tot driejaarlijkse verdubbeling van het aantal diagnostische verrichtingen en steeds ingrijpender medisch handelen. Wederom met verontachtzaming van preventie en gezondheidsbevordering.

## Coup van formaat

Het wordt tijd dat de maatschappij haar greep op de gezondheidszorg terugvindt. Binnen het bestel komt het niet tot wezenlijke vernieuwing, dat gebeurt alleen door druk van buiten af. De veranderende behandeling in de psychiatrie is daar een voorbeeld van. De politiek moet van de gezondheidszorg eisen dat zij de bestaande, onaanvaardbaar grote verschillen in gezondheidskansen elimineert. Het winstbejag moet aan banden worden gelegd. Kleine en diverse maatschappelijke eenheden (scholen, werkcentra, buurten, geloofsgenoten etc.) moeten gelegenheid krijgen tot een dialoog met de hulpverleners en zeggenschap over hun werk. De sociale epidemiologie moet een kans krijgen. Alleen een maatschappelijke coup van formaat kan het medisch bestel uit haar ivoren toren schudden, van haar eigen beperktheid en bekrompenheid overtuigen en haar een nieuw mandaat geven. ••

## Literatuur

- Dalton, K. 'Eens per maand' Service, Katwijk. 1982  
 Doyal, L. 'Cancer in Britain: the politics of prevention' Pluto Press, Londen. 1983  
 Habbema J.D.F. et al 'Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam' Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 58 (1980) supplement  
 van Hall, E.V. 'Gynaecoloog en patiënte: het Androgynie model' Medisch Contact, 45 (1982)  
 McKeown, Th. 'The role of Medicine: dream, mirage or nemesis?' Blackwell, Oxford. 1979  
 Muller, F. 'Gezondheidszorg als middel tot onderdrukking of bevrijding' Medisch Contact, (1983)  
 Sedat, A. 'Medizin und Apartheid' Medico International, Frankfurt. 1980  
 de Swaan, A. 'De mens is de mens een zorg' Meulenhof, Amsterdam. 1982  
 Townsend, P. et al 'Inequalities in Health' Pelican, Londen. 1982.  
 de Winter, E.R. 'Vierde wereld epidemiologie in Nederland' Medisch Contact, 37. 1984  
 WHO series Health for All nr. 3 WHO, Geneve. 1981

## Noten:

1. 'Medischbestel' is het samenstel van personen en instellingen dat functioneert binnen en profiteert van de brede maatschappelijke opdracht gezondheid te bevorderen, ziekte en dood te voorkomen en bestrijden. Daartoe behoren naast werkers en instellingen in de gezondheidszorg ook toeleveringsbedrijven, bouwbedrijven, verzekeringsmaatschappijen en banken als financiers. In de Engelstalige literatuur wordt in dit verband 'medical establishment' gebruikt.
2. Ik moet 'klasse' hier vanwege de vele verschillende bronnen in ruime zin gebruiken. In Engeland wordt als sinds het midden van de vorige eeuw rekening gehouden met sociale klasse in gezondheidsstatistiek, waarmee in dit geval bedoeld wordt de scholingsgraad en het beroep van de man. Onvolkomen, dat zeker, maar toch een schatkamer van historische informatie. Zweden kent een dergelijke aanpak. In Nederland heet het 'buurtonderzoek', maar het gaat om arme en rijke buurten.



# Voor de dood is iedereen ongelijk

Een westerling heeft aanzienlijk meer kans om oud te worden dan iemand uit de Sahel. Ook wie zijn informatie uitsluitend van het journaal betrekt kan daar onmogelijk omheen. Iets minder algemeen bekend is het gegeven dat ook *binnen* de westerse wereld, binnen één westers land zelfs, verschillen in levensverwachting bestaan. Hoewel wij met ons allen gezonder zijn geworden, zijn de verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groepen in de samenleving gebleven. Dat is namelijk het kernpunt dat uit ieder onderzoek blijkt: wie in sociaal-economisch opzicht het dichtst bij de vloer zit, heeft steevast de minste kans op een lang en gezond leven. Ineke lansen legt in dit artikel de internationale onderzoeksresultaten naast elkaar. Vanuit het gegeven dat aan de diepere oorzaken weinig te doen zal zijn (*Een drastische herverdeling van inkomen en arbeid valt op korte termijn zeker niet te verwachten?* wijst zij de richting om toch met de gezondheidskloof aan de slag te kunnen.

**Ineke lansen**, medisch doctorandus in de vrije studierichting Sociale Geneeskunde, momenteel werkzaam als projectmedewerkster Vrouwenemancipatie in dienst van het Provinciaal Bestuur van Zuid Holland. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

Wie in Europa of de Verenigde Staten is geboren kan verwachten zo'n 10 tot 15 jaar langer te leven dan iemand die in Azië of Latijns-Amerika ter wereld kwam. In vergelijking met Afrika ligt zelfs een 30 tot 40 jaar langer leven voor de boeg. Een gevolg van de onrechtvaardige verdeling van welvaart, macht en bestaansmiddelen over de wereld. In Nederland en de andere westerse landen hebben we het naar verhouding goed, er bestaat een hoog peil van volksgezondheid en

gezondheidszorg. Toch bestaan er ook in deze 'rijke' landen nog aanzienlijke verschillen in levensverwachting tussen bevolkingsgroepen. Zij vallen enigszins in het niet bij de verschillen tussen rijke en arme landen, maar zijn groot genoeg om als onrechtvaardig bestempeld te worden. Zeker omdat ook deze ongelijke verdeling van sterftekansen sterk blijkt samen te hangen met sociaal-economische verdelingsvraagstukken. Een samenhang die van veel

betekenis is voor beleid dat tot doel heeft het beschermen en zo mogelijk bevorderen van de volksgezondheid. Hoe is het gesteld met sociale ongelijkheid voor de dood in westerse landen? Wat weten we van oorzaken van sociaal-economische sterfteverschillen? En wat zijn daarvan de consequenties voor volksgezondheidsbeleid?

## Sterfteverschillen

Het staat wel vast dat er in westerse landen sociaal-economische sterfteverschillen bestaan. Kijken we bijvoorbeeld naar Frankrijk, Engeland, de Verenigde Staten en de Scandinavische landen dan blijkt het volgende(2):

1. Als de bevolking wordt ingedeeld in sociale klassen, gelden voor de laagste sociale klasse steeds de hoogste sterftekansen. Dit komt steevast voor elk land en voor elke periode naar voren, ongeacht welk sociaal-economisch kenmerk gebruikt wordt om de bevolking in groepen in te delen (beroep, opleidingsnivo, inkomensnivo, sociaal-economische status, woonsituatie, e.d.).

In de loop van de periode 1950-1980 is voor vrijwel alle bevolkingsgroepen de sterfte gedaald. Maar in relatieve zin zijn de sterfteverschillen tussen de sociale klassen niet of nauwelijks afgenomen en soms zelfs toegenomen. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval voor het verschil in sterfte tussen de laagste sociale klasse en de rest van de bevolking; zowel voor zuigelingensterfte als voor sterfte bij volwassenen.

2. De verschillen in sterftekansen tussen de sociale klassen zijn over het algemeen groter bij mannen dan bij vrouwen. Dit is met name het geval als de volwassen bevolking ingedeeld wordt in op beroep gebaseerde sociale klasse. Veel minder eenduidig komt het naar voren als gekeken wordt naar specifieke doodsoorzaken en leeftijdsgroepen, en als de bevolking op andere wijze wordt ingedeeld in sociale klassen (bijvoorbeeld naar opleidingsnivo, naar economische positie(4). Meer aandacht voor deze verschillen in sterfte tussen mannen en vrouwen is van belang om een beter inzicht in het verschijnsel sociale ongelijkheid voor de dood te krijgen(5).

In de loop van de periode 1950-1980 is de sterfte voor vrouwen sterker gedaald dan voor mannen. Dit heeft als gevolg gehad dat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen nog verder is toegenomen (zie fig. 1).

Fig. 1: levensverwachting voor mannen en voor vrouwen, bij de geboorte en op 30-jarige leeftijd. Nederland 1951-1980 (bron: CBS sterftetabellen 1850-1980)

periode	bij de geboorte		op 30-jarige leeftijd	
	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
1951-55	73,5	70,9 jr.	46,1	44,3 jr.
1956-60	74,8	41,4 jr.	46,9	44,2 jr.
1961-65	75,9	71,1 jr.	47,7	43,8 jr.
1966-70	76,4	71,0 jr.	47,9	43,4 jr.
1971-75	77,2	71,2 jr.	48,7	43,4 jr.
1976-80	78,6	72,1 jr.	49,9	43,9 jr.

3. De verschillen in sterftetekans tussen de sociale klassen zijn vooral groot bij zuigelingen (0-1 jarigen) en bij mannen van 25 tot 35 jaar. Voor 35-jarigen en ouder nemen zij af met het toenemen van de leeftijd. Dat laatste geldt sterker voor mannen dan voor vrouwen. In  $\pm$  1950 waren de verschillen bij mannen het grootst voor 30 tot 45-jarigen. Dat is in de loop van de tijd dus verschoven naar een jongere leeftijdsgroep.
4. De verschillen in sterftetekans tussen de sociale klassen zijn vooral groot voor ongevallensterfte (ongevallen, vergiftiging en geweld), voor sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen, en voor sterfte aan besmettelijke ziekten. Voor de twee belangrijkste doodsoorzaken in westerse landen: kanker en ziekten van de bloedsomlooporganen, zijn de verschillen veel kleiner(6) (zie fig. 2). Binnen deze grote groepen van doodsoorzaken zijn echter voor sommige specifieke doodsoorzaken de verschillen wel groot (bijvoorbeeld: longkankersterfte bij mannen, sterfte ten gevolge van hersenbloeding bij vrouwen). Ook wordt in sommige gevallen voor de hoogste of op één na hoogste sociale klasse een groter sterfterisico aangetroffen dan voor de rest van de bevolking (bijvoorbeeld: borstkankersterfte bij vrouwen). Het aantal doodsoorzaken waarvoor bij de laagste sociale klasse de hoogste sterfte wordt aangetroffen, is in de afgelopen decennia in Engeland en Wales toegenomen.

Met andere woorden: ondanks de toegenomen welvaart, voor genoemde landen in ieder geval in het eerste deel van de periode 1950-1980, en de groei in het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen en in medische kennis, is dus de sociale ongelijkheid voor de dood blijven bestaan. We weten dat sociaal-economische ontwikkelingen van grote invloed zijn geweest op de sterfte ontwikkeling, en dat de invloed van gezondheidszorg en medische kennis veel kleiner was. Wat is er verder bekend over de oorzaken van sociaal-economische sterfteverschillen?

### Cumulatief

Behalve dat de invloed van sociaal-economische ontwikkelingen op de sterfte ontwikkeling groot was, en die van ontwikkelingen in gezondheidszorg en medische kennis relatief klein is, is er een sterke relatie tussen sterftetekansen en:

- inkomensniveau
- opleidingsniveau



- beroep; zoals het wel of niet hebben van werk, de status en het type van beroep
  - woonomstandigheden; zoals de waarde van de woning, onderscheid tussen huurwoning en bezit, de kwaliteit van de woning (aanwezige voorzieningen, staat van onderhoud, vochtigheid, aantal kamers en de ruimte per persoon), kenmerken van de buurt waar de woning staat (woondichtheid, veiligheid, e.d.).
- Steeds ligt daarbij de relatie z6, dat de in 'sociaal-economisch opzicht' minst bevoorrechte bevolkingsgroepen de grootste kans hebben om te sterven en de kleinste kans om oud te worden. Onderzoek naar *gezondheidsverschillen* geeft een nog sterkere relatie tussen deze sociaal-economische factoren en maten voor (on)gezondheid te zien dan voor *sterfte* het geval is.

Er zijn natuurlijk veel meer factoren die de sterftekans van individuen en groepen bepalen, zoals wonen in de stad of op het platteland; gehuwd, ongehuwd, alleenstaand of gescheiden zijn, luchtverontreiniging, leefgewoonten. Maar de invloed daarvan wordt overschaduwed door de relatie tussen sterfte en de genoemde factoren. Vanuit de optiek van sociale ongelijkheid voor de dood en haar consequenties voor beleid, beschouw ik deze factoren dan ook van tweede of derde orde. Wel is het van belang te weten dat de gezondheidsrisico's die van al deze factoren bekend zijn, vaak op cumulatieve wijze de levenskansen van bepaalde bevolkingsgroepen (sociale groepen, sociale klassen) verkleinen. Een rechtvaardiger verdeling van bestaansmiddelen en van de mogelijkheden om die te verwerven is dus vanuit het oogpunt van volksgezondheid van wezenlijk belang. Gezien het huidige politieke klimaat en de richting van het sociaal-economisch beleid zijn we echter eerder op weg naar een achteruitgang in het niveau van volksgezondheid, en doordat er meer mensen op een lager dan gewenst bestaansniveau terecht komen, en doordat groepen die toch al op of onder het bestaansminimum zitten onevenredig zwaar getroffen worden. De polarisatie van het verschil in sterfte tussen de meest gedepriveerde bevolkingsgroep en de rest van de bevolking, die in de afgelopen tijd in meerdere landen optrad, zou daarvoor als waarschuwing moeten dienen.

## Rol van de zorg

Over de rol van de gezondheidszorg in verband met sociale ongelijkheid voor de dood is veel minder bekend.

Eén ding is wel zeker: sterfteverschillen tussen rijke landen kunnen niet verklaard worden door verschillen in bijvoorbeeld gezondheidszorgkosten of het aantal gezondheidszorgvoorzieningen tussen die landen. Wel lijkt er een verband te bestaan tussen het 'type' gezondheidszorg (de verhouding tussen preventie en curatie, de kwaliteit van de zuigelingenverzorging, het systeem van ziektekostenvergoeding) en leeftijds- en oorzakspecifieke sterftepatronen in de verschillende landen. Er is echter nog te weinig van bekend om er duidelijke conclusies aan te verbinden. Datzelfde geldt ook voor de vraag of en in hoeverre verschillen in gebruik van voorzieningen tussen bevolkingsgroepen de sociale ongelijkheid voor de dood (mede) bepalen. Wel is bekend dat door lagere sociale klassen minder gebruik wordt gemaakt van preventieve voorzieningen dan door hogere sociale klassen. Ook tussen mannen en vrouwen bestaan verschillen in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

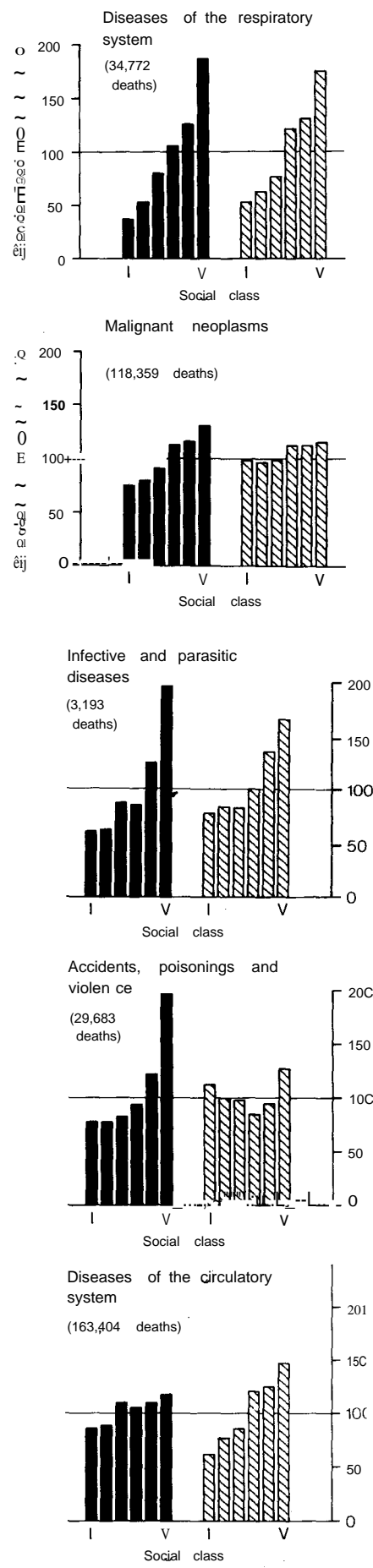
Over de oorzaken van die verschillen en over de effecten op sterftekansen is onvoldoende bekend. Beleidskwesties als de omvang, toegankelijkheid en de spreiding van voorzieningen (gezondheidszorgbeleid) zijn nu en in de toekomst echter van groot belang in verband met het leveren van goede en voldoende zorg, dan in verband met sterfte.

Twee voorbeelden wil ik nog noemen. Invoering van de genationaliseerde gezondheidszorg in Engeland had mede tot doel de sociaal-economische sterfteverschillen te verminderen, maar heeft niet het gewenste effect gehad. Wel is effect bereikt, in bijvoorbeeld Frankrijk en de Verenigde Staten, met breed opgezette gezondheidszorgprogramma's gericht op de armste bevolkingsgroepen. De extreem hoge zuigelingensterfte bij die groepen daalde. Zodra echter de extra aandacht wegviel, verdween het effect dat bereikt was.

## Onderzoek in Nederland

In Nederland is sociale ongelijkheid voor de dood relatief weinig onderzocht. Er zijn wel degelijk mogelijkheden om onderzoek te doen. Twee typen van onderzoek kunnen belangrijke informatie leveren over sociaal-economische sterfteverschillen. Ten eerste regionale analyses, ofwel onderzoek naar verschillen in sterfte tussen gebieden (provincies, stadsdelen e.d.). Ten tweede individuele analyses, ofwel onderzoek naar verschillen in sterfte tussen groepen individuen (mannen en vrouwen,

Fig. 2: Sterfte (SMR) naar sociale klasse en doodsoorzaak, voor mannen en voor (gehuwde) vrouwen, in de leeftijd van 15-64 jaar. Engeland & Wales 1970-72, (bron: OPCS "Occupational Mortality 1970-72". Serie DS nr. 1, p. 41, fig. 4.4, London HMSO 1978) (sociale klasse IIIa = niet-handarbeiders; sociale klasse IIIb = handarbeiders)



etnische groepen, sociale klassen, e.d.). Laatstgenoemd onderzoek gaat uit van individuele gegevens en is bij uitstek geschikt om de invloed van 'aan de persoon gebonden' kenmerken op sterfte te bepalen (zoals opleiding, gebruik van voorzieningen). Voor Engeland en Wales wordt zo, al sinds 1850 in principe één in de tien jaar, de relatie tussen sterfte, beroep en op beroep gebaseerde sociale klasse geanalyseerd. Sinds kort is daarnaast ook een onderzoek van start gegaan waarbij over langere tijd van een deel van de bevolking gegevens worden verzameld, een z.g.n. 'longitudinaal onderzoek' (8). Voordeel van een dergelijk onderzoek is dat rekening kan worden gehouden met verschillen in levensgeschiedenis van (groepen) individuen: hoelang men onder bepaalde omstandigheden heeft gewoond, gewerkt etc., wanneer en welke veranderingen in die omstandigheden hebben plaats gevonden, en de invloed daarvan op sterftekansen. Ook Frankrijk kent een ruime traditie van onderzoek naar sociale ongelijkheid voor de dood. In de Verenigde Staten is behalve een groot aantal regionale analyses, ook veel onderzoek naar verschillen tussen blanken en zwarten verricht. Voor de Scandinavische landen is van belang geweest dat er sinds de jaren zestig gewerkt wordt met administratienummers, die voor meerdere registratiesystemen van persoonlijke gegevens gebruikt worden. Sindsdien zijn daar de mogelijkheden voor onderzoek naar sociaal-economische sterfteverschillen verruimd.

## Privacy

In Nederland zijn goede mogelijkheden om met behulp van regionale gegevens onderzoek te doen. Toch wordt dat maar weinig en zeker niet systematisch benut voor onderzoek naar sociaal-economische sterfteverschillen. De mogelijkheden om aan de hand van individuele gegevens te onderzoeken hoe het in ons land gesteld is met sociaal-economische sterfteverschillen tussen bevolkingsgroepen zijn beperkt. Daarbij speelt een rol dat, sterker dan in andere landen, in Nederland grote weerstand bestaat tegen het koppelen van individuele gegevens uit verschillende bestanden, vanuit het oogpunt van privacy-bescherming. Een tweede beperking is, dat sinds het wegvallen van de volkstelling, de mogelijkheid ontbreekt om sterftegegevens te koppelen aan sociaal-economische gegevens van volkstellingen. Bovendien zijn in Nederland geen individuele sociaal-economische gegevens van overledenen opgenomen in de sterfte-

registratie. Het CBS heeft op verzoek van de staatssecretaris, destijds van volksgezondheid en milieuhygiëne, onderzocht wat de mogelijkheden zijn om dit in de toekomst wel te doen, of om op andere wijze de bestaande sterfestatistiek te differentiëren naar sociaal-economische kenmerken (9). De conclusies bieden weinig aanleiding tot optimisme. Daarbij moet wel bedacht worden dat het CBS zich vrijwel geheel beperkt heeft tot het sociaal-economisch kenmerk beroep, waarmee om te beginnen de aandacht voor andere groepen dan de werkende beroepsbevolking op het tweede plan kwam. Maar bovendien komt door die beperking het zwaartepunt vooral te liggen bij onderzoek naar eventuele beroepsrisico's en veel minder bij de relatie tussen sociale ongelijkheid en sterfte.

Het lijkt wel of er van uit wordt gegaan dat het in ons land wel los zal lopen met sociale ongelijkheid voor de dood - en misschien is dat ook wel zo. Je zou verwachten dat, gezien het hoge peil van volksgezondheid, en tot nog toe een goed systeem van sociale zekerheid en ziektekostenvergoeding, goed georganiseerde en kwalitatief goede kraam-, zuigelingen- en kindercare, een sterkere nivellerende van inkomens in vergelijking tot het buitenland, er hier sprake is van minder extreme verschillen in sterfte dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, Engeland en Frankrijk. Ik had dat graag bewezen gezien. Als de huidige regering haar beleid doorzet in de richting van verdere afkalving van belangrijke sociaal-economische en andere verworvenheden, had ik het graag in de toekomst opnieuw onderzocht willen zien - ter evaluatie van de effecten voor de volksgezondheid.

## Onverwachte gevolgen

Het is dus vanuit het oogpunt van volksgezondheidsbeleid van groot belang dat een herverdeling van inkomen en arbeid plaatsvindt. Daarvoor zijn ingrijpende beleidsombuigingen nodig. De effecten daarvan zijn bovendien niet alleen van politieke en beleids-ontwikkelingen afhankelijk, maar ook van meer algemene maatschappelijke veranderingen als de emancipatie van verschillende sociale groepen. De gevolgen zijn niet gemakkelijk te voorspellen. Het zal ervan afhangen waar prioriteiten gelegd worden, wat er te verdelen valt, wat voor neveneffecten het zal hebben, etc. Het is bijvoorbeeld de vraag of het mogelijk is om het gezondheidsnivo van de nu meest gedepriveerde groepen te verhogen, zonder dat het nivo van andere groe-

pen zal afnemen. Bovendien zullen de effecten hoogstwaarschijnlijk anders zijn voor ziektepatronen dan voor sterftepatronen (de grootste gezondheidsproblemen liggen niet altijd bij ziekten waarvoor de sterfte het hoogst is). Vrouwenemancipatie zou bijvoorbeeld zowel kunnen leiden tot minder gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen als tot een minder snel stijgende levensverwachting voor vrouwen, of misschien wel een sneller stijgende levensverwachting voor mannen dan voorheen.

## Doelgroepenbeleid

Een drastische herverdeling van inkomen en arbeid valt op korte termijn zeker niet te verwachten. Daarom zal het van belang blijven om veel (meer) aandacht te schenken aan beleid dat is gericht op specifieke risicofactoren en/of risicogroepen. In beleidsnota's komt het hoofdstuk *doelgroepenbeleid* steeds vaker voor. Juist in verband daarmee zou het erg waardevol zijn om periodiek onderzoek te verrichten, én om onderzoeks- en beleidswerkzaamheden op elkaar af te stemmen. Er zitten echter vele voetangels en klemmen vast aan onderzoek naar gezondheids- en sterfteverschillen. Ook de problemen die optreden als wetenschappers en beleidsmakers om de tafel gaan zitten - zijn reëel en moeten niet onderschat worden. In verslagen van beleidsgericht onderzoek op dit terrein in steden als Amsterdam en Rotterdam worden die problemen beschreven en mogelijke oplossingen aan de hand gedaan. Cvt! Bij soortgelijke onderzoeks-initiatieven van bijvoorbeeld basisgezondheidsdiensten van (samenwerkende) gemeenten zouden die ter harte genomen kunnen worden. Ook voor de provincies kunnen de opgedane ervaringen van pas komen, bijvoorbeeld waar zij voor gemeenten een coördinerende en dienstverlenende rol kunnen vervullen.

## Meer risico, meer zorg?

De gegevensverzameling ten behoeve van de planning van gezondheidszorg-voorzieningen zou uitgebreid kunnen worden, op geleide van wat al bekend is over risicofactoren en risicogroepen. In Zuid-Holland is daartoe inmiddels een eerste aanzet gegeven. Men onderzoekt er de mogelijkheden om provinciaal gezondheids(zorg)beleid te voeren dat is gericht op de gezondheidstoestand van de bevolking. Daarbij werd zowel gedacht aan aanbevelingen gericht op andere (provinciale) beleidssectoren

# 'Onderzoek in Nederland nauwelijks op gang'

## Interview met dr. Paul van der Maas

"Vijftien jaar geleden zou zo'n onderzoek marxistisch genoemd worden, nu is het een *kunstfout* als je gegevens over sociale verschillen niet in je onderzoek betreft. Paul van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg meent dat de belangstelling voor onderzoek naar het verband tussen sociale verschillen en gezondheidskansen duidelijk toegenomen is. Concrete resultaten zijn er echter nog veel te weinig. "Het staat vrijwel vast dat er ook in Nederland ongelijke kansen op gezondheid bestaan ten gevolge van sociale verschillen. We wéten er alleen te weinig over."

In dit interview geeft Van der Maas zicht op het onderzoek dat in ons land plaats vindt. Wat zijn de mogelijkheden, en wat kun je politiek met de resultaten? Erg bemoedigend is het allemaal niet. Duidelijk blijkt ook het *bestuurlijk gebrek aan belangstelling*: "Het onderzoeksveld is voor de politiek nog niet erg zichtbaar. Men heeft niet zo'n notie van wat er in deze sector gebeurt."

*Peter Groenewegen*, lid van de vakgroep Wetenschapsdynamica aan de universiteit van Amsterdam.

*Eddy Houwaart*, arts, wetenschappelijk medewerker van het Instituut voor Geschiedenis van de Geneeskunde in Nijmegen.

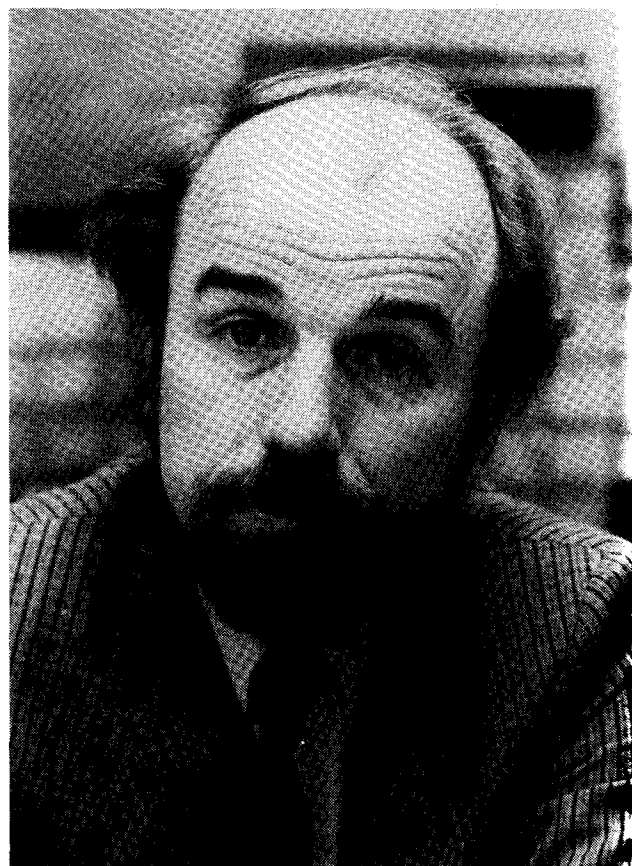


Foto: Ine van den B-

Onderzoek naar de invloed van sociale ongelijkheid op de gezondheid van de bevolking of van bevolkingsgroepen, is één van de belangrijkste onderwerpen van de sociale epidemiologie. In dit onderzoek wordt zo gedetailleerd mogelijk geprobeerd om factoren in de sociale omstandigheden in verband te brengen met de gezondheidssituatie.

Paul van der Maas is in dit onderzoek terecht gekomen na een opleiding tot arts en na een paar jaar werken als huisarts. Ervaring in de huisartspraktijk in één van de armste wijken van Tilburg bracht hem tot de conclusie dat hij met zijn

medische kennis nauwelijks tot werkelijk goede hulpverlening kon komen. De hulpverleningspraktijk kon hij niet goed rijmer. met zijn medische achtergrond. Hij richtte vervolgens zijn aandacht op de medische sociologie. Tevens ging hij wetenschapsfilosofische onderwerpen bestuderen. In de periode 1976-1980 deed Paul samen met anderen het - inmiddels bij velen bekende - 'Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam'.

De invloed van de curatieve geneeskunde op het verloop van de sterfte begint eigenlijk pas heel bescheiden in het begin van deze eeuw. Met name verbeterde operatietechnieken spelen daarin een rol. Effectieve farmacotherapie begint, uitgezonderd de insuline, pas rond de Tweede Wereldoorlog. De grote sterftedaling van vóór de Tweede Wereldoorlog is vooral toe te schrijven aan een complex van sociaal-economische ontwikkelingen in de sfeer van verbetering van voeding, huisvesting, werkomstandigheden en het verdringen van de echte armoede en honger.

Een voorbeeld is de Tuberculose. Deze neemt tussen 1900 en 1940 af van 20 per 10.000 tot 4 per 10.000. Effectieve geneesmiddelen kwamen pas na de Eerste Wereldoorlog op de markt, maar de tuberculose had zijn belang als volksziekte toen al vrijwel verloren. Voor de restgroep van tuberculosepatiënten is echter te zien dat de invoering van geneesmiddelen tegen deze ziekte de daling voort laat zetten. De bijdrage van de gezondheidszorg is dan vooral terug te vinden in de 'staart' van het verloop van de sterftecijfers ten gevolge van TBC. Een vergelijkbare invloed is er op de daling van de zuigelingen- en kindersterfte. Pas aan het eind levert de gezondheidszorg een bijdrage.

In het verleden, voor 1940, werd er in Nederland altijd op gewezen dat ziekte en sterfte sociaal ongelijk verdeeld waren. In wat je nu zegt moeten dus dit soort gegevens terug te vinden zijn.

Sociale ongelijkheid in de kans om aan bijvoorbeeld tuberculose of andere besmettelijke ziekten te sterven was vooral aan het begin van deze eeuw een bekend gegeven, en is ook in Nederland voor de oorlog herhaaldelijk vastgesteld. Na de Tweede Wereldoorlog nam men aan dat deze sociaal-economische verschillen waren verdwenen, mogelijk op grond van de sterk toegenomen levensverwachting, de sociale wetgeving en een zeker vooruitgangsoptimisme. Uit vrijwel alle westerse landen bestaan echter harde cijfers die aantonen dat die verschillen er nog steeds zijn, en dat ze relatief waarschijnlijk niet afgenomen zijn ten opzichte van het verleden.

Overigens bestaan er in Nederland om een aantal redenen nog veel te weinig gegevens over het verband tussen sociale ongelijkheid en gezondheid om gedegen schattingen te geven. Alle informatie samen nemend durf ik wel te zeggen dat het sociaal-economisch beleid grote gevolgen kan hebben voor de volksgezondheid. Gezondheidsbeleid strekt zich dan ook verder uit dan de gezondheidszorg.

## Bestaansminimum

Er is reden genoeg om als gezondheidszorg-onderzoekers uitspraken te doen over de gezondheidsconsequenties van beleid. Dat kan ook betekenen dat gezegd wordt wat absoluut noodzakelijk is als bestaansminimum. Het zou kunnen bestaan uit eisen die gesteld worden aan de woonsituatie, voedselbudget, ontplooiingskansen enzovoort. Ook moet in zo'n geval gezegd worden dat het bezuinigen op de gezondheidszorg aan bepaalde grenzen gebonden is. Veel geld in de gezondheidszorg aan bepaalde grenzen gebonden is.

Veel geld in de gezondheidszorg gaat zitten in pure verzorging, en een beroep op onderlinge hulpverlening is vaak niet meer mogelijk. Die verzorging is niet alleen heel belangrijk voor de kwaliteit van het bestaan, maar ook voor de gezondheid van ouderen.

Een ander beleid binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld meer geld voor de sociale gezondheidszorg of preventie, ziet Van der Maas niet zo duidelijk voor zich. Hij meent dat de

hygiëne op een punt is dat ze bereikt, wat ze kan bereiken, en dat voor verdere investeringen in preventie op dit moment niet zo veel ingangen aan te wijzen zijn. Dat er veel geld in onderzoek en behandeling van een relatief klein aantal ziekten gaat zitten is voor hem onvermijdelijk.

## Expansievat

Feit is hoe dan ook wél dat de geldstroom grotendeels, voorbij gaat aan vakgebieden als huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde. Het laatste vakgebied dreigt zelfs helemaal te verdwijnen. De sociale gezondheidszorg lijkt daardoor niet bepaald in een riante positie te verkeren.

Dat is waar. Vanuit het beleid moeten deze sectoren wel degelijk meer gesteund worden. Wat dat betreft zijn de tekenen overigens niet zo heel ongunstig. Een probleem is dat deze sectoren in de universiteit veelal een marginaal bestaan leiden. De sociale geneeskunde was een soort expansievat, waarin alles wat niet kliniek of prékliniek heette werd ondergebracht. Het gevolg was dat je een groot aantal zaken onder één dak had. Je kunt zo twintig tot dertig vaak heel ongelijksoortige vakken opnoemen, die daar allemaal inmoesten: gezondheidsrecht, medische sociologie, jeugdgezondheidszorg, epidemiologie.

De medische faculteit wordt in alle andere vakken juist gekarakteriseerd door een vergaande specialisering. Deze tegenstelling schept voor de sociale geneeskunde vaak een moeilijke positie. De reden dat er in de toekomst mogelijk toch voldoende ruimte blijft in de medische faculteit is dat de minister van O. en W. nadrukkelijk heeft verklaard dat de hele extra-murale sector op de Universiteit moet worden gestimuleerd. Voor de huisartsgeneeskunde gebeurt dat ook al. Het is nu nodig dat de minister dit ook voor de sociale geneeskunde hard maakt.

Probleem is dat kortgeleden een aantal hoogleraren sociale geneeskunde met emeritaat zijn gegaan, zodat er nogal weinig druk kan worden uitgeoefend.

## Buurtonderzoek

Van der Maas is landelijk vooral bekend vanwege het Vergelijkend Buurtonderzoek in Amsterdam. Hij vertelt iets over dat onderzoek.

We zijn in 1976 begonnen met de bedoeling een 'gezondheidskaart' van Amsterdam te maken, en zo mogelijk verklaringen voor aangetroffen verschillen te geven. Er bleken inderdaad zeer grote verschillen te bestaan, die grotendeels samenhangen met sociaal-economische verschillen tussen buurten. In de 'ongunstigste' buurten (Jordaan/Spaardammer) was de sterfte voor iedere leeftijdsklasse zelfs twee maal zo hoog als in de 'gunstigste' buurt (Buitenveldert).

Dat betekent een verschil van vijf-jaar in levensverwachting! We willen het onderzoek nu na tien jaar herhalen om te kijken of er veranderingen hebben plaats gevonden. Je mag best vaststellen dat in de fase dat het onderzoek begon, sociale ongelijkheid niet werd geaccepteerd als oorzaak van gezondheidsverschillen, terwijl tegenwoordig vrijwel algemeen is geaccepteerd dat er een belangrijke sociaal-economische component in de vermijdbare sterfte zit. En wat bij het herhalingsonderzoek nog belangrijk kan zijn, is uiteraard de invloed van de werkloosheid.

Wat onderzoek in het algemeen betreft zijn er globaal drie manieren om het verband tussen sociaal-economische factoren en gezondheid te onderzoeken: in de eerste plaats kun je landen onderling vergelijken qua sterfte en gemiddelde economische situatie, bijvoorbeeld het Bruto Nationaal product. In de tweede plaats kun je kijken naar de inkomensverdeling in relatie tot sterfte. En tenslotte kan er aandacht besteed worden aan veranderingen in de economische cyclus: groei of inzakken van de bedrijvigheid.

## Gebrekkig

Toen jij dat onderzoek tien jaar geleden startte, was de benadering voor Nederland volstrekt nieuw. We hebben de indruk dat er daarna nog maar weinig schot in deze onderzoeksvonn heeft gezeten. Het élan is weg, volgens ons.

'Dat is niet helemaal waar. Als je nu kijkt naar de medische dienst bij Philips, daar hebben ze een tijd geleden een onderzoek gedaan naar de levensverwachting van werknemers en dan blijkt er een verschil van 8 jaar te bestaan tussen een hoge en een lage categorie werknemers. Dus zelfs in die sector is de benaderingswijze doorgedrongen. Vijftien jaar geleden zou zo'n onderzoek marxistisch worden genoemd, nu is het een kunstfout als je gegevens over sociale verschillen niet in je onderzoek betreft. Het hele gebied zit dus wel erg in de lift, maar voor de uitvoering van onderzoek ontbreker er in Nederland nogal wat schakels.

Op de in Nederland gebruikte overlijdens-formulieren is geen ruimte om sociaal-economische gegevens in te vullen. Onderzoek naar sterfteoorzaak gekoppeld aan die gegevens is dan ook zeer moeilijk. Er is vanuit het CBS overigens wel belangstelling om dat te doen.

Een verder nadeel is dat er in Nederland geen recente volkstellinggegevens aanwezig zijn. Verder ontbreekt het voor het beoordelen van beroepsrisico's aan een goede registratie van werknemers en hun arbeidsomstandigheden. Andere landen, met name de Scandinavische landen en Engeland zijn daar veel verder in.

Die slechte ontwikkeling van de medische registratie in Nederland op dit punt houdt de bestaande achterstand van onderzoek naar sociaal-economische factoren in stand'.

## Privacy

Is het ontbreken van die registratie eigenlijk geen zwak argument? Kun je bijvoorbeeld niet zelf Bedrijfs- Gezondheids-Diensten gaan enquêteren?

'Welnee, daar geldt net zo iets voor. Werknemersregisters, ook binnen bedrijven, worden na een paar jaar vernietigd. En verder zijn ze heel moeilijk toegankelijk. Bovendien, met incidentele zaken (bv. asbestexpositie) kom je niet zoveel verder. Wat je moet hebben zijn grote populaties om goede statistieken te krijgen. Nee, die registratie is een heel vitaal probleem. Je kan op dit ogenlijk twee trends op het gebied van de registratie aanwijzen. De eerste is het toekennen van een absoluut primaat aan de privacy van de patiënt. Aan de andere kant is er de noodzaak om de medische registratie steeds verder uit te breiden. Die behoefte bestaat ook van de kant van de verzekeringsinstellingen en ziekenfondsen. Er dient dan wel op te worden toegezien dat er een

*'Er is reden genoeg om als onderzoeker uitspraken te doen over de gezondheids-consequenties van beleid. Dat kan ook betekenen dat gezegd wordt wat absoluut noodzakelijk 'is als bestaansminimum'*

*'Patiënten stellen zich in handen van de gezondheidszorg om zich te laten behandelen. Daar zou de plicht tegenover moeten staan dat registratiegegevens bruikbaar zijn voor verbetering van de gezondheidszorg'.*

maatschappelijk nuttig gebruik van die gegevens kan worden gemaakt.

Ik vind ook dat die duidelijke registratie onder voorwaarden iets is waar patiënten aan mee zouden moeten werken. Patiënten stellen zich in principe in handen van de gezondheidszorg om zich te laten behandelen. Daar zou de plicht tegenover moeten staan dat registratiegegevens bruikbaar zijn voor verbetering van de gezondheidszorg.

Het wordt, denk ik, in de toekomst een politiek item, maar misschien eerder vanuit overwegingen van efficiency dan vanuit de gedachte dat we met behulp van registratie meer te weten komen over de volksgezondheid'.

## Verdelingsvraagstuk

Zie je een relatie tussen volksgezondheidsonderzoek, zoals jij dat voorstaat, en gezondheidspolitiek?

'Een politiek die rekening houdt met gegevens over sociaal-economische factoren in verschillen in gezondheid, is vooral een kwestie van algemeen sociaal-economisch beleid. Verbetering van de volksgezondheid is dan het oplossen van een verdelingsvraagstuk. Dat is een 'gezonde' woningpolitiek, een goed inkomensbeleid en dergelijke. Er moet vanuit de gezondheidszorg' meer op worden gewezen dat beleidsbeslissingen op andere gebieden ook gezondheidspolitieke consequenties hebben. Een voorbeeld is dat de zuigelingssterfte in de V.S. sterk toenam, toen Reagan zijn maatregelen op het gebied van de sociale wetgeving nam.

Met andere woorden, toekomstplannen van de regering met betrekking tot de leefwijze van mensen moeten ook een gezondheidspolitiek omvatten. Voor wat betreft de directe gezondheidszorg moet de politiek minstens aan de volgende voorwaarden voldoen:

Gezondheidsvoorzieningen dienen voor iedereen zonder te hoge drempels toegankelijk te zijn. Wel moeten er maatregelen worden genomen om de specialist van overproductie te weerhouden. De specialist moet per patiënt minder doen. Ik denk niet dat de huisarts weer meer diagnostiek en therapie moet gaan doen, maar wel dat de specialist zich meer en in overleg met de huisarts moet beperken.

Verder dient er een volksverzekering tegen ziektekosten te komen. Het systeem dat nu bestaat is contraproductief voor een gezonde gezondheidszorg. Verder zouden bijvoorbeeld jeugd- en bedrijfsgezondheidszorg beter gesteund dienen te worden'.

## Brede stappen

Maar kun je aangeven hoe beleidsdiscussies concreet worden beïnvloed door onderzoek?

'Kijk, mensen in de beleids sfeer willen globale antwoorden, waar ze direct mee uit de voeten kunnen. Zoiets als: 'wanneer wij de luchtverontreiniging terugdringen, hoeveel reductie van morbiditeit en mortaliteit bereiken we dan?' De onderzoeker zegt dan: 'dat uitzoeken duurt jaren'. Voor hem liggen dat soort vragen veel ingewikkelder. Je kunt wel net zulke brede stappen maken, maar tegenover de wetenschappelijke wereld acht je dat dan niet verantwoord. Het zijn twee totaal verschillende werelden, waartussen eigenlijk voortdurend een vertaling van wensen moet plaatsvinden. Over het geheel genomen kun je echter wel zeggen dat het zelden gebeurt dat politieke instanties onderzoeksgegevens voor hun beleid gebruiken'.

'Bij een onderzoek dat ik uitvoerde in Amsterdam-Noord werd nogal verrassend gebruik gemaakt van de resultaten. Uit dat onderzoek bleek dat kinderen in Amsterdam-Noord waarschijnlijk wat meer luchtwegaandoeningen en een wat slechtere longfunctie hadden dan kinderen elders in Amsterdam. Door bewonersgroepen werd de aandacht voor CARA in het onderzoek gebruikt als argument tegen de vestiging van een fosgeenopslag bij AKZO in Amsterdam-Noord. Die conclusie lag helemaal niet in mijn onderzoek besloten. Op zich is dat niet zo leuk, maar je kunt er als wetenschapper ook niet alles aan doen.

Overigens wilden zowel de gemeenteraad als de actiegroepen een veel uitvoeriger onderzoek. De aanbevelingen voor dat zeer grote onderzoek waren om de situatie te monitoren door enkele gezinnen als maatlat te gebruiken. Verder werd aangeraden om CARA-patiënten niet te plaatsen in een bepaald soort -nogal vochtige -woningen in Noord. Toen het rapport na enkele jaren op tafel lag waren er andere politieke 'hot issues' en is het verder nauwelijks aan de orde geweest.

Maar je weet nooit. Kortgeleden, drie jaar na het verschijnen van het vergelijkend buurtonderzoek, werd nog in de Amsterdamse gemeenteraad een motie aangenomen dat de resultaten van dit onderzoek alsnog op hun mogelijke gevolgen voor het gemeentelijk beleid moesten worden nagegaan.

## Timmeren

Toch heb je politieke discussies niet in de hand. Moet je dan, niet zelf meer aan de weg timmeren om beleidsveranderingen te realiseren?

De onderzoeker, zeker op het gebied van de sociale geneeskunde, heeft de taak om ook de maatschappelijke discussie over zijn onderzoek te voeren. Die discussie kan ook met gezag door hem worden gevoerd. Daarbij ben ik bereid om persoonlijk ook conclusies te trekken die wat verder gaan dan de wetenschappelijke resultaten. Je moet uiteraard wel duidelijk aangeven wat je

*'Die slechte ontwikkeling van de medische registratie in Nederland houdt de bestaande achterstand van onderzoek naar sociaal-economische factoren in stand'.*

*'De hygiëne is wel op een punt dat ze bereikt, wat ze kan bereiken. Voor verdere investeringen in preventie kun je op dit moment niet zo veel ingangen aanwijzen'.*

wetenschappelijke conclusies zijn en wat je zegt op grond van overige kennis van de situatie.

Van der Maas vindt dat er nog erg veel moet worden onderzocht, zoals de invloeden van arbeid. Onbekend is ook of gezondheidsverschillen voorkomen uit de woonsituatie, riskante leefgewoonten of uit niet-optimaal gebruik van voorzieningen.

Wat hem in ieder geval goed lijkt, voor de gezondheidszorg en de wetenschap, is het inschakelen van werkloze artsen. Een mogelijkheid voor zowel onderzoek in de kliniek, om tot een gerichter medisch handelen te komen, als voor onderzoek in het veld, om een beter inzicht te krijgen in te bijdrage van andere factoren dan de gezondheidszorg.

'Een dergelijke voorziening zou mijns inziens ook een generatie artsen opleveren met een bredere visie en een kritischer blik op eigen handelen'.

## Moeizaam

Het is opmerkelijk dat je niets zegt over de rol van de overheid. Is daar nog een taak voor weggelegd?

Het onderzoeksveld is voor de politiek nog niet erg zichtbaar. Dat komt vooral door de sterke verbrokkeling ervan. Daarbij komt dat de instandhouding van instituten een moeizame zaak is, omdat men op het ministerie de VU en de Maastrichtse faculteit ziet als plaatsen waar de sociale gezondheidszorg moet worden ontwikkeld. Onze sector maakt alleen kans als we druk blijven uitoefenen op het wetenschapsbeleid. Maar op het moment heeft O en W nog niet zo'n notie van wat er in deze sector gebeurt.

Dat de zaak op dit punt in beweging is en uiterst gevoelig ligt blijkt duidelijk: Van der Maas weigert om verder in te gaan op de rol van Onderwijs en Wetenschappen. Het moment is er niet naar omdat gesprekken met verschillende beleidsinstanties nog gaande zijn, meent hij.

Aan de andere kant voelt hij zich gesterkt door de opstelling van een aantal invloedrijke instanties als het Praeventiefonds, de Ziekenfondsraad en het ministerie van WVC. 'Het wordt al met al een spannende tijd voor ons hele sector. Er is genoeg nuttigs te doen, er zijn ideeën genoeg. Het zal er opaan komen of we de kans krijgen voldoende hoogwaardige onderzoekers op te leiden en aan te stellen om tot een aantal onderzoekscentra met een eigen gezicht te komen' ..



# Wiens lampje brandt het langst?

*'We hebben inmiddels wel gemerkt dat over dit soort onderzoek de nodige doeken heen liggen. Je kunt van alles vinden, maar vooral met de vraag wat is de oorzaak en wat het gevolg blijf je zitten. We willen het onderhand nu wel eens weten, te meer daar we de gelegenheid hebben. We willen óf er wat aan doen, óf afvan dat geëmmer dat het onze schuld is'.*

Een voorstelbare wens van twee stafmedewerkers/personeelscondities bij Philips, zeg maar gezondheidsbewakers. Drs. E. Cools en dr. P.A. van Wely (de laatste is directeur van de afdeling) hechten duidelijk niet aan het imago dat

## Reportage bedrijfsgezond - heidszorg PHILIPS

het bedrijf de arbeiders ziek maakt. en de bedrijfsarts moet zorgen dat daar niets van uittekt. Zowel Cools als Van Wely etaleren voor geen centimeter de behoefte om gegevens onder tafel te werken, benadrukken in tegendeel dat ze voortdurend bezig zijn om nieuwe informatie naar boven te halen. Hun grote wens: te vinden wat er voor zorgt dat de werknemers gezond blijven. Bij die zoekacties heeft klassebesef inmiddels een plekje gekregen.

*Raad Vollebregt*

Het is overigens niet zo dat bij Philips specifiek, afgerond onderzoek wordt gedaan naar het optreden van sociale verschillen in gezondheid en levensverwachting. Veeleer duikt dat soort gegevens nu en dan op. Van Wely geeft aan dat er bij Philips continu onderzoek wordt verricht naar de meest uiteenlopende gezondheidsvraagstukken, met nu en dan uitschieters naar het verband tussen sociale laag en gezondheid. Als groot bedrijf met een eigen pensioenfonds verkeert Philips daarbij in de luxe positie dat er tenminste gegevens zijn - ook Van Wely en Cools zijn zich maar al te goed bewust van het vrijwel totale gebrek aan statistisch materiaal op nationaal niveau.

### Indeling, .

De klasseverschillen binnen een onderneming als Philips, is vanzelfsprekend in de eerste plaats gekoppeld aan de soort arbeid die verricht wordt. De onderneming kent een werkclassificatie-systeem met tien klassen, waarbij de topmensen ('Brigade-generaal' en hoger', aldus Cools) in klasse 9 en 10 zijn ingedeeld en de man-met-de-bezem in klasse 1. Indeling gebeurt als gebruikelijk op basis van de eisen die de betrokken functie stelt aan opleiding en ervaring, keuzevrijheid, verantwoordelijkheid enzovoort. Even gebruikelijk is dat bij een hogere klasse de fysieke belasting en het gevaar afnemen en het comfort toeneemt.

Belangrijke meetlatten voor de mate van gezondheid van de werknemers zijn in de eerste plaats het arbeidsverzuim, een aantal biometrische waarden als longfunctie, gezichtsscherpte en gehoorsscherpte, en gegevens die verkregen worden tijdens bedrijfsgeneeskundige spreekuren. Bij een bedrijf met de omvang van Philips waarin dit soort gegevens op uniforme wijze wordt ingezameld, moet in ieder geval iets komen bovendrijven van wat ook in buitenlandse nationale onderzoeken is vastgesteld.

*'We zijn de klasse-differentie in de loop der tijd op het spoor gekomen', formuleert Cools. 'Vroeger was men er in een eerste opwelling vrij snel mee klaar: ze willen toch niet deugen, zei men dan. Later is men daar toch wat meer*

in gaan duiken, en vooral uit de verzuimstatistiek kwamen gegevens naar voren die te duidelijk waren om zomaar te negeren. Leg je bijvoorbeeld een aantal factoren als jong/meisje/ ongeschoold over elkaar heen, dan zie je maar zo een ziekteverzuim van 10%. Volgens gegevens die het Centraal Plan Bureau pas geleden presenteerde zit daar landelijk bovendien een stijging in van 6% over de laatste tien jaar. Rond die stijging van 4 naar 10% zit echter een veel groter verschil dat correspondeert met geslacht, leeftijd en sociale klasse'.

## Rechtvaardigen

Wanneer bij Philips het arbeidsverzuim aan de werkklassewordt gerelateerd blijkt een duidelijk negatief verband te bestaan: hoe hoger de werkklass, hoe lager het verzuim. Jonge hoofdarbeiders verzuimen het minst, oude handarbeiders het meest. Een paar onderzoekers meldden daarbij overigens dat juist die ouderen de meeste moeite hebben om het verzuim voor zichzelf te rechtvaardigen, terwijl jonge mensen er geen punt van maken. 'De vaak erg politionele aanpak van verzuimers komt daardoor wel in een schril daglicht te staan', meent Van Wely. Soortgelijke verbanden vallen waar te nemen wanneer een aantal biometrische waarden aan klasse gerelateerd worden. De longen functioneren in de generaalsrangen een stuk beter, generaals zijn langer dan het voetvolk en, ook niet onaantrekkelijk, ze zijn beter in staat hoge tonen waar te nemen.

## Levensverwachting

Opzienbarend is het tot zover allemaal niet, al is het beslist nuttig dat het bij Philips onderzocht is. Een stuk meer tot de verbeelding sprekend is de koppeling sterfte-arbeidsklasse. Uit gegevens van Philips pensioenfonds uit 1971 viel op te maken dat in dat jaar bij de nog niet gepensioneerden de sterfte in de lagere werkklassen 6% hoger was dan het landelijk gemiddelde, en in de hogere werkklassen 10% lager. Gemeten bij de leeftijdsgroep van 45 tot 55 jaar bleek het klasseverschil ongeveer even groot, maar bleek de sterfte voor zowel hogere klassen als lagere boven het landelijk gemiddelde te liggen: 6% respectievelijk 19%. 'Als we kijken naar de klassen van 1 tot en met 8', aldus Cools, 'valt er een verschil in levensverwachting waar te nemen van 5,5 jaar. De generaalsrangen oalen er bij dit soort cijfers buiten, doordat ze een aparte pensioenregeling hebben. Er zijn dus geen gegevens van'. (Overigens, de 8 jaar verschil die Van der Maas bij Philips vernomen meende te hebben is dus volgens Cools niet juist; Cools denkt dat het cijfer 8 van de functieklass een eigen leven is gaan leiden - zie het interview met Van der Maas).

De vraag blijft wat voor conclusies je aan dit soort statistisch materiaal moet verbinden. Causale verbanden zijn wel snel gesuggereerd maar minder makkelijk te bewijzen. Cools: 'In Zweden werd een onderzoek gepubliceerd dat meldde: ploegenwerkers hebben meer hartinfarcten. Dat onderzoek was echter niet gematched op sociale klasse, en er stond niet bij waar de controlegroep vandaan kwam. Achteraf ben je dan dus nog niet veel wijzer'.

## Weinig hooi

Om iets meer te weten te komen over het verband tussen werksoort en gezondheid is pas geleden bij Philips een onderzoekje gedaan naar het ziekteverzuim van 'verdwaalden': mensen die door de grote werkloosheid een belangrijk eind onder hun niveau zijn gaan werken. Van Wely: 'Ik vroeg die gegevens zo'n 1,5 à 2 jaar geleden op

met het idee dat die mensen wel erg veel zouden verzuimen. Ze hebben te weinig hooi op hun vork, ergeren zich veel en zullen dus ook wel vaak ziek zijn. Tot mijn verbazing bleek echter het tegendeel waar te zijn. Wie onder zijn niveau werkt verzuimt gemiddeld minder dan zijn collega. Als je vervolgens een vergelijking maakte met de groep waar ze eigenlijk in moesten werken, bleek dat het ziekteverzuim daarmee overeen kwam'.

Ook bij een ander onderzoekje van een paar jaar geleden kwam een dergelijk gegeven naar boven. In gesprekken met 8 'zeer gezonden' en 8 'minst gezonden' trachtten twee Utrechtse studenten er bij Philips achter te komen wat voor factoren samenhangen met gezondheid, wat eraan vooraf gaat en wat gezondmakers zijn. 'Voordat het onderzoekje ook maar gestart was bleek al dat het moeite kostte om erg gezonden in de onderlaag te vinden en erg ongezonden in de bovenlaag', aldus Cools. 'Het viel ons bovendien op dat er onder de zieken op hoog niveau erg veel alpinisten waren, mensen die vanaf een laag niveau naar boven waren geklomen'. Het bewuste onderzoekje zelf leverde overigens weinig meer op dan de vaststelling dat sociale status inderdaad iets te maken heeft met gezondheid. De oorzakelijke relatie verder niet helderder door.

## Buikhuisen

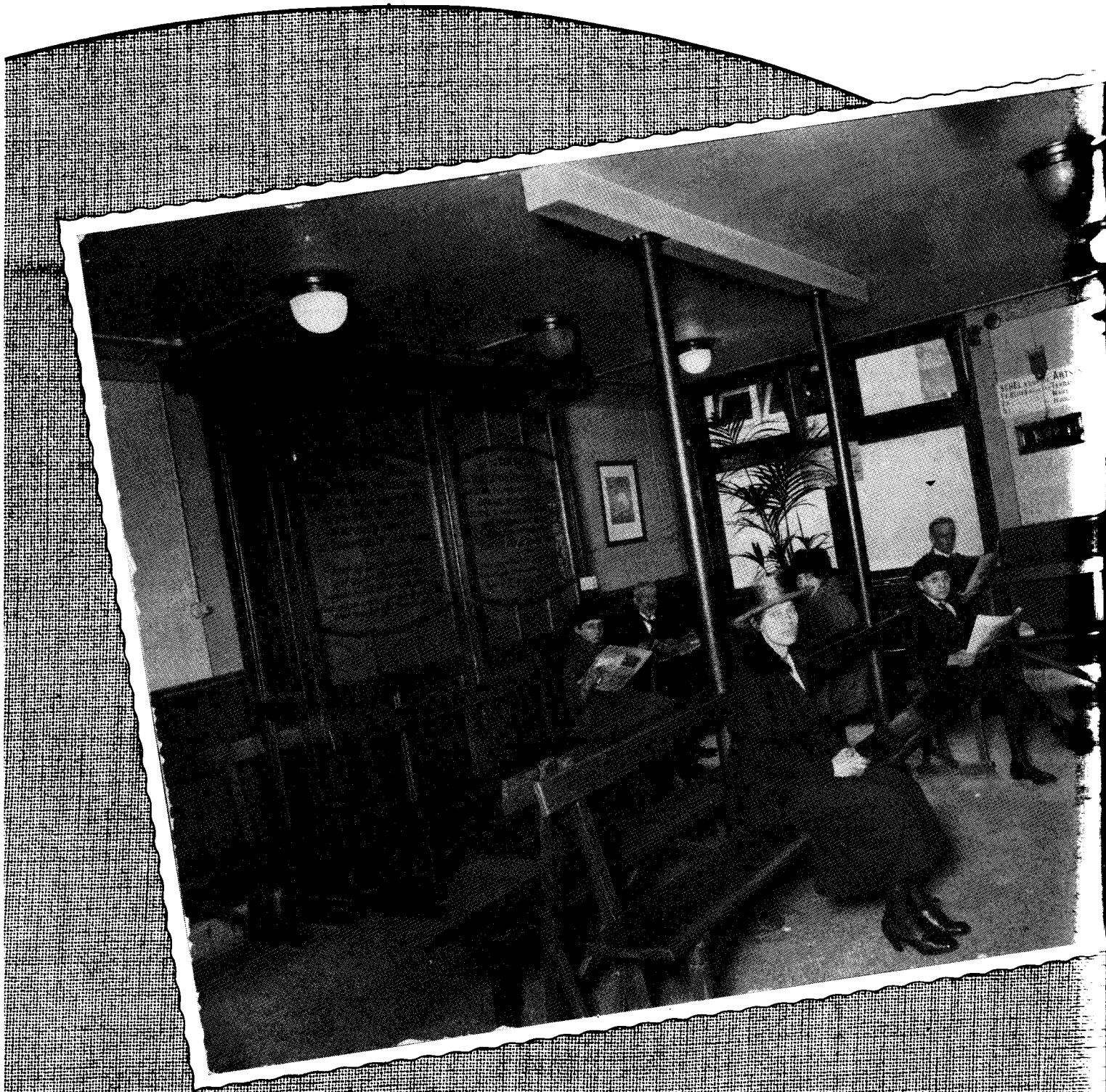
Hard materiaal is er over die relatie bij Philips dus ook niet te vinden, maar zowel Cools als Van Wely menen aan hun ervaring wel een bepaalde kijk op de zaak te kunnen ontlenu. Cools: 'Je kunt op dit vlak drie veronderstellingen doen. Ten eerste: de ziekte komt door de klasse. Ten tweede: doordat je minder gezond bent blijft je in een lagere klasse hangen. (Van Wely: 'Daar zit in ieder geval iets in; directeur word je bij Philips pas als je over een ijzeren constitutie beschikt'.) Een derde hypothese is die van de downward drift: Volgens die theorie komen beide gegevens uit een derde gegeven: de minvariant. Je zou kunnen zeggen de Buikhuisen-variant. Wij zijn inmiddels wel zover dat we de somatische factoren niet overschatten voor zover theorie één in het geding is. Je moet andere factoren veronderstellen'.

'Langzamerhand kom je tot het idee dat er iets veel belangrijkers is dan de functieklass waar iemand in werkt. Uit wat voor nest je komt, in wat voor situatie je bent grootgebracht, je opleiding ... maar ook of je een optimist of pessimist bent, wat voor sociale steun je krijgt en dergelijke'. Met veel omhaal van woorden en veel toelichting laat Cools merken dat hij theorie één en twee onvoldoende vindt en wel iets voelt voor de minvariant.

## Nijlpaard

'Wat niet wegneemt dat defysieke belasting tijdens het werk een bijdrage aan de gezondheidsproblemen levert', nuanceert Van Wely. 'Van de draaibank krijg je rugklachten, dat blijft'. Cools: 'In een grote hal met draaibanken en dergelijke keken we naar de werkhouding van de mensen. De negers die er waren stonden zo'n beetje te swingen, de blanken stonden als gebruikelijk in nijlpaardstand star door te werken - en bij de bedrijfsarts bleek dat speciaal de negers nooit rugklachten hadden. Waar lag het nou aan? Het begint er al mee dat zwarte moeders hun kinderen anders dragen dan blanke, en de werkbank alléén is zeker een te mager gegeven. We blijven in ieder geval doorgaan met onderzoek- en de hoeveelheid psycho-somatische klachten die bij dokters binnenkomen blijft natuurlijk een stimulans. Al heeft een bedrijfsarts ook wel eens zwakke momenten dat-ie denkt: zijn het niet gewoon de kneuzen?' ••

# HET MEDUSA-HOOFD ENDE ZONNEBANK

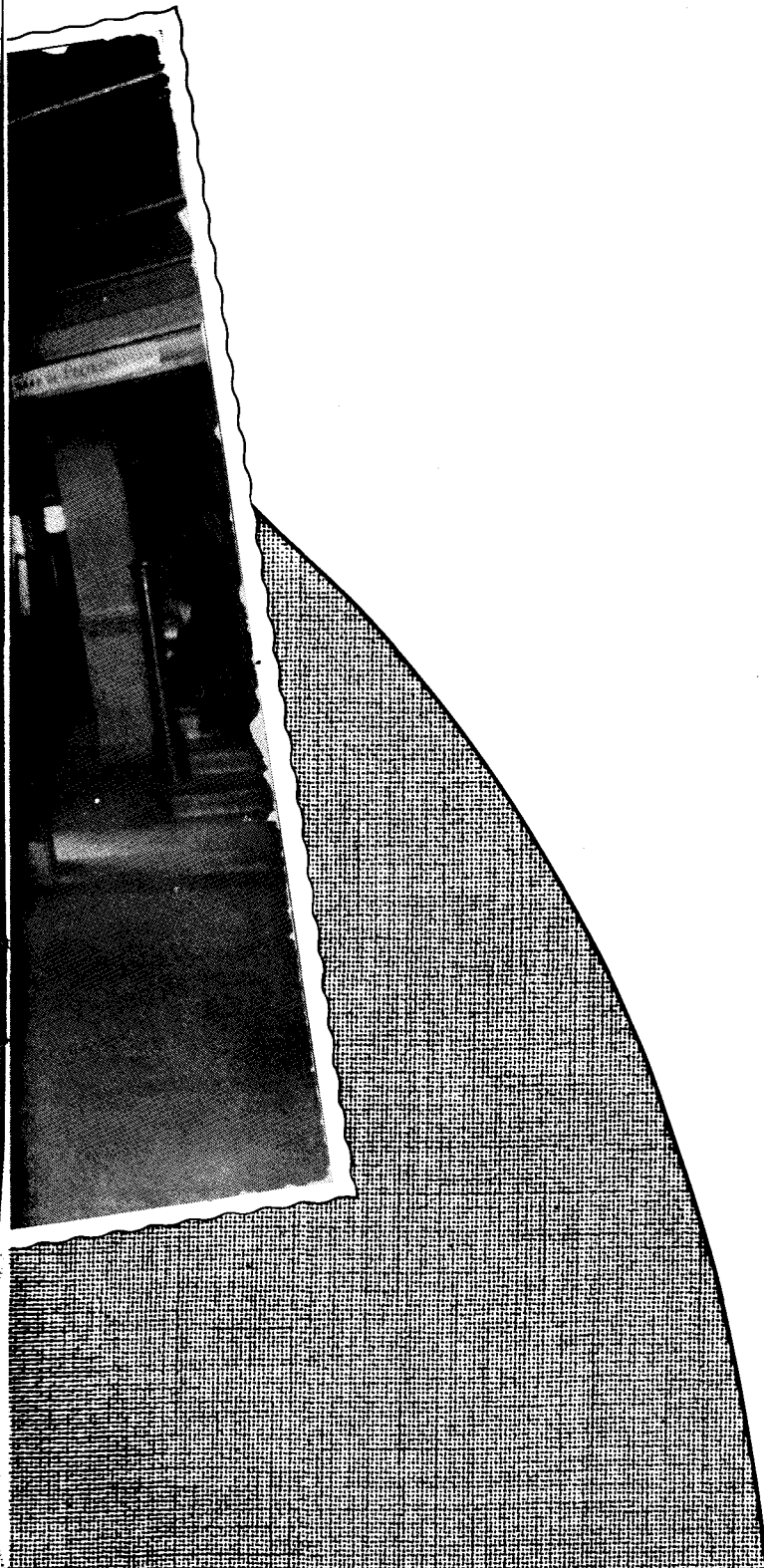


Een oude foto toont de wachtkamer van het Amsterdamse Ziekenfonds. Ziekenzorg in de jaren dertig. Op hard uitziende houten banken zitten patiënten op hun beurt te wachten. Aan de wand hangt een 'Schel voor de artsen'. Twee maal schellen verleent toegang tot 'den massage'; drie maal schellen verleent toegang tot 'den hoogtezon'. Ziekenzorg was een zogenaamd onderling beheerd ziekenfonds, dat naar het voorbeeld van de arbeiderscoöperaties eigen behandelcentra had. Goede gezondheidszorg was een collectief bevochten goed; over de oorzaken van ongezondheid bestond binnen de arbeidersbeweging weinig misverstand. Slechte huisvesting, onvoldoende voeding, zwaar en smerig werk en te dure en tweederangs gezondheidszorg. De schel voor de hoogtezon was ook niet bedoeld om een zomerse gelaatskleur te verkrijgen, maar om in talloze gevallen: vochtige kelderwanden, opgelopen gewrichtspijnen en

vitamine-tekorten te verhelpen. Het streven naar gelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg bestond uit het collectief bestrijden van ongelijkheid in kwaliteit van wonen, werken, onderwijs en verzorging. Scherp is het contrast tussen de coöperatieve hoogtezon en het luxueus ingerichte solarium, waar het vakantie-smoel van de moderne gezondheidsconsument vast wat voorgebakken wordt. Het streven naar gelijkheid in kans op gezondheid is een strikt individuele strijd geworden. Een strijd die zich afspeelt in trainingspak; aan het gezondheidsontbijt, op de trimfiets en op de zonnebank. Het gaat daarbij niet langer om gezamenlijk afgedwongen gelijke toegang tot schaarse voorzieningen, maar om een strikt persoonlijk gezondheidsgedrag. Daar waar lotgenoten zich verbinden om nieuwe voorzieningen af te dwingen gaat het veelal om nieuwe behoeften in het kielzog van medisch-technische innovatie; open-hart operaties, lever transplantaties. Het lijkt bij de moderne gezondheidsconsument niet langer te gaan om macht en onmacht in het bedwingen van gezondheidsbedreigende factoren, maar om wil en onwil om een gezond leven te leiden. Bijeen dergelijke ideologie passen begrippen als eigen risico, eigen verantwoordelijkheid en privatisering. De gezondheidszorg begint daarmee twee gezichten te tonen. Enerzijds een sterke nadruk op medisch-technische innovatie. Reageerbuisbaby's, kunsthartten, genetechnologie. Een sterk arbeids- en kapitaalsintensieve industrie met een steeds onverbloemder commercieel karakter. De Amerikaanse ziekenhuisexploitant en kunstharttenverkoper Humana Incorporated is reeds ter beurse genoteerd. Op een forum over winstmakende ziekenhuizen dat onlangs in Scheveningen werd gehouden sprak professor van der Grinten de woorden 'de argumenten tegen commercie moeten overtuigend zijn in plaats van andersom'. De landverschuiving van een commerciële top-geneeskunde kondigt zich al aan.

Het tweede gezicht van de gezondheidszorg is niet veel gunstvoller. Het terrein, van de zelfhulp, de mantenzorg, de gezondheidsopvoeding. Een weinig arbeidsintensief maar hoog-professioneel netwerk van richtlijnen en leefregels voor de gezonde zelfverzorgende leefwijze. Op congressen van de WHO wordt gesproken over 'health promotion' die niet minder zou moeten omvatten dan 'de gehele bevolking in de context van haar alledaagse leven...'. Hiermee wordt onder professionele leiding een machteloos makend terrein van bevoogding en verschraving van echte zorg gesd'lopen. Deze twee gezichten van de gezondheidszorg, dat van de top-techniek en dat van de zelfzorg, vormen samen het Medusa hoofd van een gezondheidszorg die ongelijke kans op gezond zijn gezond blijven wegmasseert. Waarom is dit hoofd met het technische en het zelfzorg gezicht een Medusa hoofd dat mijschrik en afschuw inboezemt. Omdat het technische hoofd zich heeft voorgenomen de dood te bestrijden zonder te weten wat het leven waard is. Het jaagt de zieken naar oorlogsgaleien in onder het banier van de komende klinkende overwinning op de dood, en in die duurbetaalde veldtocht lijken levensgeluk en een waardig sterfbed banaliteiten geworden. Het zelfzorg-hoofd heeft een ander banier; dat van de vrijheid en de zelfverantwoordelijkheid. Maar het zijn een valse vrijheid en verantwoordelijkheid die gegeven worden en niet genomen. Het is de gezondheidszorg van de opvoedkundige functionarissen en de zorgvuldig in kaart gebrachte risicogroepen die 'nog niet' voldoende gevoelig zijn voor hun programma's en aanwijzingen voor een gezond leven.

In de schaduw van dit MEDUSA hoofd is geen plaats voor politiek en economie, die zich bewust is van verschillen in gezondheid en geluk op grond van maatschappelijke positie. Het MEDUSA hoofd is zelf politieke economie die solidariteit verstikt en onmachtig maakt. De roep om participatie is dan ook nooit een uitnodiging om macht en zeggenschap over een ziek makend leven te hernemen, maar om te geloven in de vooruitgang van de geneeskunde en pedagogisch bacterievrij te leven. De hoogtezon van Ziekenzorg was een middelje in de klassenstrijd, de zonnebank een monument van consumenten slaafsheid.



# 'Ze hebben een andere cultuur'

*Buitenlandse werknemers zijn veel ziek.* Een feit dat autochtone Nederlanders onbehaaglijk maakt - we waren ons immers net hard aan het inspannen om samen kerngezond te worden. Nieuwe ziekten passen daar niet in. Er wordt daarom snel gezegd dat er wel iets mis zal zijn met de buitenlanders: hun cultuur deugt niet, ze snappen niet wat de dokter bedoelt of ze geloven nog dat rugpijn van boze geesten komt. *Het cultuur-etiket* gaat zo een eigen, bijna mythisch leven leiden. Catharina Drakapoulou inventariseert wat de feitelijke inhoud is van het culturele verschil. Bovendien wijst zij op het aspect dat in de verzorgingsstaat steeds verder is ondergesneeuwd: *het klasseverschil.* Een rijke Turk is nog altijd gezonder dan een arme, ook in Nederland.

*Catharina Drakapoulou*, werkt als ombudsvrouw/voorlichtster ten behoeve van culturele minderheden bij de gemeente Nijmegen.

## De gemakzucht van de nederlandse hulpverlener

Gezondheid is in het ik-tijdperk erg belangrijk. Met het oog op gezondheid laten mensen zich voorschrijven hoe ze behoren te leven. Het medische denken fungeert als de nieuwe moraal: te dik, dan krijg je een hartinfarct; van te veel roken krijg je kanker; van te veel sex krijg je een geslachtsziekte en zo mogelijk AIDS. De nieuwe gezonde mens, die amper eet, niet rookt, niet drinkt, matig is met sex, niet te hard werkt, en niet te veel stress meemaakt, deze nieuwe mens is er het tastbare bewijs van dat het gelukt is om gezondheid boven autonomie en vrijheid te stellen. Elke zieke mens wordt daarom gezien als een spelbreker van de gezamenlijke inspanningen. De zieke herinnert er aan dat ook binnen de verzorgingsstaat het kwaad niet uitgebannen is. De zieke confronteert de Nederlandse maatschappij met haar grenzen, haar onmacht.

Iedere zieke moet daarom, koste wat het kost, te genezen zijn. Buitenlandse werknemers blijken in de praktijk echter vaak moeilijk te genezen te zijn. Er moet met hen dan ook iets mis zijn, of anders wel met hun 'cultuur', de 'taalbarrière', het 'mythisch denken' (de waan bezeten te zijn door demomen, het boze oog).

### Mythe

Gedurende de negen jaar ervaring met buitenlandse die naar mij verwezen zijn vanwege 'psychosomatische klachten' ben ik zelden iemand tegen gekomen die dacht dat hij *bezeten* was. In eerste instantie kwamen de meesten met zeer concrete vragen over huisvesting, over het over laten komen van familie, over ontslagconflicten of conflicten met collega's. Vaak gingen zij gebukt onder eenzaamheid, voelden zich gediscrimineerd, hadden heimwee naar het land van herkomst of waren het gevoel van eigenwaarde kwijtgeraakt.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de meeste buitenlandse mannen en vrouwen veel last hebben van klachten die zich somatisch manifesteren. Het is verbazingwekkend dat steeds vaker de 'cultuur' van buitenlanders wordt aangewezen als vanzelfsprekende oorzaak van alle problemen. Er hangt een mistig waas rondom dit begrip; veel hulpverleners hebben geen flauwe notie van wat zich in de cultuur van buitenlanders afspeelt. De cultuur is gemystificeerd, in het luchtledige geplaatst en ongrijpbaar geworden.

In het werken met buitenlandse

mannen en vrouwen heeft het 'anders zijn' een overdreven accent gekregen. De overeenkomst met bijvoorbeeld Nederlandse ongeschoolde arbeiders heeft men volledig uit het oog verloren. In Nederland is de klassenstrijd helaas volledig bedekt onder de mantel der liefde van de verzorgingsstaat. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat niet de vakbonden maar de welzijnswerkers de belangen van de buitenlanders behartigen. De malaise van de buitenlanders heeft echter zowel te maken met de situatie in Nederland als met de eigen achtergronden. Nederlanders en buitenlanders hebben zo'n verschillende culturele en psychische bagage meegekregen dat het voor buitenlanders bijna onmogelijk is om het hoofd te bieden aan de Nederlandse werkelijkheid. Veel buitenlandse werknemers - de meesten zijn inmiddels werkløos - zijn afkomstig van het platteland, en dus opgegroeid binnen een agrarische samenleving. Niemand beseft eigenlijk hoe een boer of boerin het eraart om binnen een aantal dagen over te schakelen naar een bestaan als loonarbeider of huisvrouw.

### Verantwoordelijkheid

In een agrarische samenleving wordt iemand als 'groepsmens' grootgebracht. Onderlinge afhankelijkheid en hulpverlening zijn vanzelfsprekend. Individualiteit wordt - tot op zekere hoogte - ondergeschikt gemaakt aan het belang van de familie, die tevens garant staat voor opvang in slechte tijden. In geval van ziekte wordt de persoon ontheven van zijn plichten, verzorgd en vertroeteld. Zodoende krijgen lichaam en geest ruimte om te herstellen (om zo de 'tol' aan de cultuur te kunnen betalen).

Voor veel buitenlanders is het in onze 'pluiforme' samenleving onduidelijk hoe zij zich behoren te gedragen. Het ondermijnen van het gezag van de vader - die de traditionele normen vertegenwoordigt - heeft velen de mogelijkheid gegeven zelf een bewuste keuze te maken over de inrichting van het leven (mits men bereid is verantwoordelijkheid te dragen). In de ogen van veel buitenlanders betekent dit een vorm van samenleving waar niemand verantwoordelijk is voor iemand omdat de meesten denken dat de wereld bij hen ophoudt. Doordat de buitenlander gewend was aan de openlijke autoritaire macht van het feudale patriarchaat kan hij de meer geraffineerde vormen van macht die een verzorgingsstaat met zich meebrengt moeilijk doorzien.



Foto: Ine van den Broek

### Sukkel

Man en vrouw voelen zich volledig verloren in de onverschillige of zelfs discriminerende omgeving: om nog maar niet te spreken van de labyrinten van het bureaucratische of medische apparaat. Voor de man betekent het vaak dat hij zijn rol verliest van zoon, patriarch en wijze raadsman voor familieleden. Hij wordt een ongeschoolde arbeider die steeds meer zijn gezag verliest doordat zijn vrouwen kinderen zijn maatschappelijke status niet meer kunnen respecteren. Hij richt zich meer en meer op het privégeluk. Ter compensatie van de vernederingen van de buitenwereld eist hij de aandacht en verzorging van zijn vrouwen kinderen. Zo wordt hij gereduceerd tot een sukkel die verzorging nodig heeft. Het enige wat hij inbrengt is een mager gevuld loonzakje. Ook voor de vrouw verandert er veel: zij wordt gescheiden van haar familieleden en vriendinnen, van het harde werk op het land. Zij verricht minder zwaar lichamelijk werk. Ze hoeft geen angst meer te hebben voor natuurrampen. Nu bedreigen haar echter de benauwende sfeer van rijtjeshuizen, isolement en gemis aan eigen identiteit. Het moederschap krijgt een andere kwaliteit. Opvoeden wordt noodgedwongen een individuele zaak; waar vroeger meerdere familieleden een inbreng hadden in het grootbrengen van een waardige opvolger staat nu ineens de moeder alleen met een kind dat alleen maar kind is. Er ontstaat een wederzijdse afhankelijkheid die het moeilijk maakt om een kind naar rijpe volwassenheid te begeleiden.

Zij zijn genoodzaakt het verleden te idealiseren om de huidige situatie aan te kunnen. De nieuwe samenleving wordt steeds meer ongrijpbaar, de afkeer en afgunst zijn zo pijnlijk dat men wel moet geloven dat 'deze samenleving toch niet deugt, niets voorstelt', 'de eigen familie is toch beter, verhevener ...' Er ontstaat een vicieuze cirkel en vaak is ziekte de enige uitweg. Een bezoek aan de huisarts is een uitdaging en een laatste hoop. De arts wordt geacht te kunnen genezen, maar tegen deze klachten bestaat nog geen remedie.

### Bet goede doel

Het fenomeen *huisarts* bestaat nauwelijks in landen als Marokko en Turkije. Er zijn specialisten voor diverse kwalen die via mond-tot-mond reclame bekendheid krijgen. Er is wel een officieel circuit via een ziekteverzekering, maar wil je echt geholpen worden dan moet je als particulier bij dezelfde arts terugkomen en contant betalen. Het beroep arts is met minder mystiek bedekt. Je wordt geholpen en je betaalt ervoor; indien een arts niet goed helpt krijgt hij het te horen en gaat men naar een ander. In Nederland is het beroep gemystificeerd. Arts-zijn betekent voor velen, zowel artsen als leken, te allen tijde beschikbaar zijn voor het goede doel. Doordat alle betalingen via ziekenfondsen, verzekeringen en banken verlopen, ziet men niet goed meer dat een arts geen liefdadigheid maar een dienst tegen betaling verricht. Zo wordt ook de maatschappelijke macht onzichtbaar. Naarmate het begrip

'gezondheid' enger en belangrijker wordt en de onzichtbare macht groeit, verschrompelt het begrip 'welzijn'.

Gezondheidszorg wekt de verwachting dat alle problemen met professionele hulpverlening opgelost kunnen worden. Men beseft niet dat problemen deel zijn van het leven, evenals de ongelijke verdeling van die problemen. De sterke professionalisering en de groeiende vraag van patiëntenverenigingen hiernaar houden dit medische model in stand. Dankzij medische vooruitgang verwacht men gezondheid met welzijn.

Het hopeloze ziektebeeld van veel buitenlandse mannen en vrouwen is een afspiegeling van de doodlopende straat waarin de Nederlandse gezondheidszorg zich bevindt: de uitbreiding van de gezondheidszorg leidt niet tot een betere gezondheid van de mensen. Ondanks een toename van het aantal verrichtingen van internisten (met 65% tussen 1977 en 1980 (van Kampen 1983)) zijn hiervan geen resultaten merkbaar.

## Verstikkend

Vaak fungeer ik als tussenpersoon in de relatie arts-patiënt. Wat mij opvalt is de vanzelfsprekendheid waarmee Nederlandse collega's ervan uitgaan dat de buitenlander net zo denkt als zichzelf. De ander wordt niet als een ander gezien, maar als een verlengstuk van zichzelf. Dit leidt tot vervelende en onnodige misverstanden en in sommige gevallen tot verstikkende, ongelijkwaardige autoritaire verhoudingen tussen mensen. Door gebrek aan kennis over achtergronden en vooral gebrek aan inzicht in de dagelijkse werkelijkheid van buitenlanders denkt men te gemakkelijk dat mentaliteitsverandering verlichting van het lijden zal opleveren (de alom bekende kreet: 'zij moeten zich aanpassen'). Het individuele lijden wordt gebagatelliseerd. De *hulpverlener ziet cultuur als vanzelfsprekende oorzaak van alle ellende en wordt zo ontheven van de taak zich te verdiepen in het lijden van de patiënt.*

Medicijnen worden voorgeschreven, de patiënt wordt gemakkelijk het medisch kanaal ingeloodst. Ik ken buitenlandse patiënten die met alle soorten specialismen in aanraking zijn geweest en daaraan zakken vol met medicijnen overgehouden hebben - en wat erger is: een aantal nieuwe klachten. Er zijn ook artsen die

weigeren de patiënten het medisch kanaal in te loodsen. Zij willen somatische fixatie voorkomen. Maar ook zij staan machteloos, met als gevolg dat de cultuur en taalbarriere als oorzaak aangewezen worden. Zodoende blijven structurele oorzaken in stand. 'Cultuur' krijgt een steeds magischer klank, en daardoor wordt de taalbarriere groter dan zij al is. Ik ben verschillende keren met een cliënt naar de dokter geweest terwijl de cliënt gewoon Nederlands sprak.

## Verwachtingspatroon

Het verwachtingspatroon van buitenlandse mannen en vrouwen ten aanzien van gezondheidszorg is cultureel bepaald. Andersom is dat ook zo. In de dagelijkse praktijk levert dit het volgende beeld op:

De buitenlandse patiënt

Verwacht absolute kennis bij de arts, het onmiddellijk kunnen stellen van de diagnose, (na lichamelijk onderzoek uiteraard); dit heeft te maken met de verkeerde voorlichting in het thuisland over de wonderen die de westerse artsen verrichten en de medicijnen die hij ter beschikking heeft.

De patiënt is erg expressief in het uiten van klachten. Hij wil dat de dokter goed kan zien hoe erg het is. Het expressief uiten van klachten is in het thuisland geen taboe, het wordt beloofd, men krijgt aandacht en wordt vrijgesteld van de werkplicht.

Vooroordelen

Door de verkeerde voorlichting overschat de buitenlandse patiënt de mogelijkheden van de westerse geneeskunst. Hij wil naar een specialist, maar wordt niet verwezen. Dan voelt hij zich gediscrimineerd, want hoe is het anders mogelijk dat hij niet beter gemaakt wordt?

De Nederlandse arts

Zodra de arts onder druk staat om een onmiddellijke genezing te moeten bewerkstelligen wordt hij huiverig. Hij voelt zich betrappt in de mythe die rondom de artspraktijk in de loop der geschiedenis is opgebouwd. Onder druk van de vraag naar medicijnen en de krappe tijd kiest de arts soms voor de weg van de minste weerstand, en dat is voorschrijven. Niet voorschrijven zonder veel tijd uit te trekken voor de patiënt betekent gezichtsverlies (geen goede dokter).

Bij de arts ontstaat irritatie doordat het klachtenpatroon niet duidelijk is. Men spreekt over *vage klachten*. De arts verwacht dat zijn

patiënt zich niet *aanstelt*, rustig over zijn klachten praat zonder al te veel expressie te gebruiken. Dit 'Nederlandse' gedrag is stoer in de ogen van buitenlanders, het expressieve gedrag is hysterisch in de ogen van de Nederlandse arts. In dit geval hecht men een medisch etiket aan een waardeoordeel.

Vooroordelen

Ook artsen zijn binnen deze samenleving gesocialiseerd. Zij hebben zich de vooroordelen en tegenstellingen eigen gemaakt. Vooroordelen ten aanzien van buitenlanders zijn er legio.

## Lang wachten

Wachten op structurele veranderingen betekent binnen deze economisch-politieke en culturele crisissituatie: lang wachten. Het welzijnswerk heeft volgens mij zijn succes te danken aan het feit dat het moeilijk is om het individuele lijden te aanschouwen zonder er iets aan te doen. In het geval van buitenlandse werknemers is het zo dat de taal en de cultuurbarriere een extra dimensie toevoegen aan de klasse-problematiek. Daarom moeten aanbevelingen op korte termijn ook gezocht worden in deze sfeer, in de hoop dat kritische werkers in de gezondheidszorg en de diverse patiëntenorganisaties niet tevreden zullen blijven met deze marginale aanpak van de problemen. Het moet gezien worden als een begin van de doorbraak in de starheid van het medisch establishment.

## 'Aanbevelingen

De gezondheidszorg dient toegankelijker gemaakt te worden door meer samenwerking met tolken en belangenorganisaties van de buitenlandse werknemers. Speciaal voor vrouwen moeten er aparte spreekuren en voorlichtingsbijeenkomsten komen, op geschikte tijden (als de kinderen naar school zijn) en op goed bereikbare plaatsen zoals eigen trefcentra.

- Als onderdeel van de opleidingen dient een deskundigheidsbevordering opgezet te worden voor Nederlanders die in de gezondheidszorg werken. Ook dgenen die al werkzaam zijn in de gezondheidszorg moeten bijgeschoold worden. Deze deskundigheidsbevordering mag niet blijven steken in alleen maar informatie over de culturele verschillen. Er moet vooral inzicht gegeven worden in de dagelijkse leefsituatie van buitenlanders en hun rechtspositie in Nederland zodat men

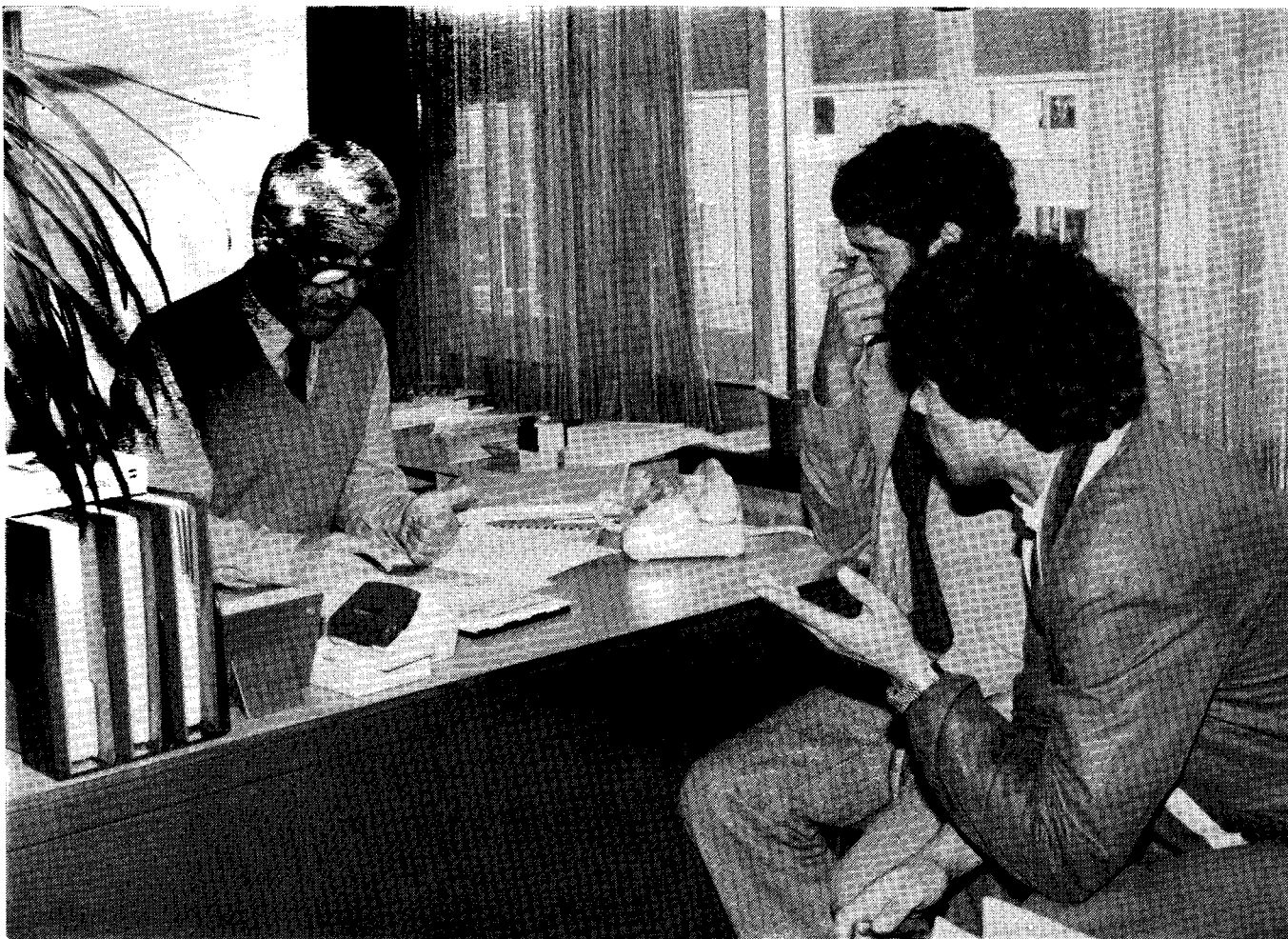


Foto: Ine van den Broek

begrijpt waar de spanningen vandaan komen en welke oplossingen mogelijk zijn. Tevens moet men het eigen doen en laten kritisch leren bekijken; bewustwording van de eigen achtergronden kan geen kwaad. Het vermogen te relativiseren en wat gevoel voor humor zijn daarvoor onmisbaar.

- Er moeten meer **kaderleden van de eigen belangenorganisaties** worden opgeleid en betrokken bij het maken van beleid, zodat men niet alleen tevreden hulpverleners, maar ook tevreden cliënten aantreft.. Op de diverse onderzoeken reageren Nederlandse werkers in de gezondheidszorg met: 'ook ik heb geen problemen met buitenlanders'. Jammer dat de cliënt daar anders over denkt.

- **Opleidingen** en functies binnen ziekenhuizen en de diverse instellingen zouden **meer open** moeten staan voor buitenlanders, bijvoorbeeld bij gezondheidscentra, huisartsen, consultatiebureaus etc.

- In ziekenhuizen en andere instellingen moeten buitenlandse mannen en vrouwen hun **eigen leesgewoontes**, die voor hen van

belang zijn, kunnen handhaven. Bijvoorbeeld geschikte menu's, boeken, kranten en films in de eigen taal en aandacht voor de eigen feestdagen. Ook informatie (via tolken) over de aard van de ziekte en de behandeling zijn zeer belangrijk. Dit natuurlijk alleen als de patiënt of zijn familie er om vraagt. Onaangename mededelingen zoals een ongeneeslijke ziekte worden in het land van herkomst nooit rechtstreeks aan de patiënt gedaan, de familie wordt erbij betrokken. Normaal gesproken zal iemand ook nooit rechtstreeks naar zijn situatie vragen. Wanneer dit wel gedaan wordt hoort er natuurlijk wel een eerlijk antwoord gegeven te worden. Ongevraagd iemand confronteren met de ernst van zijn ziekte is even wreed als zwijgen wanneer iemand er wél naar vraagt.

- Voorlichting en adviezen over preventie van ziekte dienen niet op preken te lijken. **Informatie-uitwisseling** over de leefgewoonten van buitenlandse en Nederlandse mensen is meer op zijn plaats; vertrouwend op het feit dat ook buitenlanders 'rationele wezens' zijn die uiteindelijk zelf uit kunnen

maken wat goed of slecht voor hen is.

Kortom geen 'terreur' uitoefenen in naam der 'heilige' gezondheid. Amen! ••



# Na 1984 is euthanasie een therapie

## Het arrest van de Hoge Raad

In 1985 ontbreekt nog steeds een adequate wetgeving over euthanasie. De traagheid van de politiek heeft er toe geleid dat nu de Hoge Raad de toelaatbaarheid van euthanasie beoordeelt.

In november van 1984 sprak de Hoge Raad zich uit over de handelwijze van de Alkmaarse huisarts S. die het leven van zijn patiënte Maria B. op haar verzoek beëindigde. [Os Dute en Linus Hesselink analyseren deze uitspraak en concluderen dat de Hoge Raad een unieke kans heeft laten liggen om euthanasie van een medisch tot een maatschappelijk probleem te maken. De Hoge Raad koos de weg van de minste weerstand en laat de beslissing over leven en dood weer aan de medici.]

*Jos Dute en Linus Besselink, zij studeren Rechten aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam.*

Euthanasie is verboden, maar veel Nederlanders achten euthanasie onder bepaalde voorwaarden toelaatbaar en zelfs dringend gewenst. Er zijn inmiddels drie actiegroepen voor de legalisering van euthanasie. In de medische praktijk wordt euthanasie regelmatig toegepast. Meestal stiekem. De schattingen lopen uiteen van 1000 à 2000 tot 4000 à 6000 gevallen per jaar. Een nieuwe wettelijke regeling is nodig maar het politieke kanaal functioneert niet. Na het advies van de Gezondheidsraad moet nu weer worden gewacht op het advies van de Staatscommissie Euthanasie. Het kan dus nog jaren duren voordat deze wet er is. Waarschijnlijk een moeizaam compromis. Daarom is het van belang dat op 27 november 1984 voor het eerst de hoogste rechter, de Hoge Raad, uitspraak heeft gedaan in een zaak, waarin een huisarts terecht

stond voor het toepassen van euthanasie op een hoogbejaarde vrouw. De Hoge Raad beschouwde de toepassing van euthanasie niet zo algemeen maatschappelijk aanvaard dat het alleen daarom al juridisch toelaatbaar zou zijn, maar achtte het op grond van medisch inzicht en medische ethiek wellicht geoorloofd.

In dit artikel beoordelen we, met het zelfbeschikkingsrecht als uitgangspunt, in hoeverre deze uitspraak euthanasie toelaat en wat zij betekent voor de positie van de arts.

Allereerst de vraag wat onder euthanasie moet worden verstaan. Een gezaghebbende en niet-normatieve definitie geeft Leenen. Hij omschrijft euthanasie als het opzettelijk levensverkortend handelen (of nalaten) door een ander dan de betrokkene op diens verzoek.

Euthanasie moet dus worden toegepast door een ander, anders is het zelfdoding. Bovendien moet de betrokkene om de euthanasie hebben gevraagd. Euthanasie zonder verzoek is moord of doodslag. Het onderscheid actieve en passieve euthanasie is juridisch niet relevant omdat het recht niet tussen handelen en opzettelijk nalaten onderscheidt. Voor zover het wel van belang zou worden geacht is overigens te verdedigen dat passieve euthanasie neerkomt op het weigeren van een medische behandeling, en dat is een algemeen erkend patiëntenrecht. Indirecte euthanasie (pijnvermindering door medicijnen, waarbij de arts bewust het risico van een dodelijke afloop neemt) is geen euthanasie, omdat de (zachte) dood het nevengevolg is van het doel: het verlichten van de pijn. Deze methode van pijnbestrijding is trouwens verouderd(2).

## Demagogisch

Euthanasie is een twintigste-eeuws probleem. Het is een confrontatie met de conventionele, vooral christelijke ideologie: de tegenstelling tussen de waarde van menselijk leven überhaupt en de waarde van het leven voor het individu zelf. In de bekende clichés: eerbied voor het menselijk leven tegenover de kwaliteit van het leven. De welvaart en de medische technologie maken een veel langer leven mogelijk. Sterfelijkheid en verval kunnen echter niet worden opgeheven, ook niet door de medicus. De mogelijkheid om het leven eindeloos te rekken maakt de dood noodzakelijk tot een keuze. Dit kan er overigens toe leiden dat de dood zijn eerbare plaats terugkrijgt. Het steeds meer beheersen van het lichaam heeft tot gevolg

gehad dat hij die plaats in het - maatschappelijk - leven verloor (taboe!). Lijden in een leven dat geïsoleerd is van vooral maatschappelijke zinvolheid dwingt tot een afweging. Een dergelijke afweging is in strijd met metafysische opvattingen die het menselijk leven als voor de mens onaantastbaar zien. Hij mag ook niet beslissen over zijn eigen dood. Hoewel de christelijke opvattingen (om de belangste te noemen) kan worden gezien als een belangrijke barrière tegen extreme beheersing van het menselijk lichaam, is het gebruik van het dogma 'eerbied voor het menselijk leven' kwalijk en demagogisch daar waar het de gevolgen van de technologie aan het zicht onttrekt en een legitiem doodsverlangen ontkent.

Strafrechtelijk zijn voor euthanasie twee artikelen van belang, art. 293 en 294 Wetboek van Strafrecht (WvS). Art. 293 WvS luidt: *'hij die een ander op zijn uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren'* (verbod van euthanasie). Art. 294 WvS luidt: *'hij die een ander opzettelijk tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren'* (verbod van hulp bij zelfdoding). Strikt genomen gaat het hier niet om euthanasie omdat de betrokkene zelf handelt, daartoe in staat gesteld door een ander. Omdat het doel en het resultaat echter hetzelfde zijn - slechts de methode verschilt - vinden wij dat euthanasie en hulp bij zelfdoding juridisch met dezelfde maatstaven moeten worden beoordeeld. De te gebruiken methode is afhankelijk van de concrete situatie<sup>2</sup>.

Overigens betreft de strafvervolging rond euthanasie nooit de verzoeker zelf maar altijd degenen die euthanaserend optreedt of de middelen tot zelfdoding verschaft. Toch betekent dit dat feitelijk de mogelijkheden van de euthanasievragers worden beperkt.

De beide artikelen zijn in 1886 in de wet opgenomen om *'den eerbied aan het menselijk leven in het algemeen verschuldigd'* af te dwingen<sup>3</sup>. De toenmalige wetgever kon echter de huidige ontwikkelingen onmogelijk voorzien. De rechter wordt dus geconfronteerd met verouderde wetgeving. Hij dreigt echter het terrein van de politiek te betreden als hij zelf een nieuwe regeling maakt. Een dergelijke doorbreking van de machtenscheiding kan alleen in zeer uitzonderlijke gevallen door de beugel. Nu de kloof tussen wet en maatschappelijke realiteit zo groot is geworden en

een nieuwe wettelijke regeling nog lang niet in zicht is, hoeft om een doorbreking van de machtenscheiding slechts kort te worden getreurd. Overigens grijpt de rechter wel vaker in bij een dergelijke impasse (bijvoorbeeld met stakingsrecht).

Een volgend juridisch probleem is het meningsverschil over de vraag of er een zelfbeschikkingsrecht ten aanzien van het eigen leven bestaat en of dit dan ook inhoudt dat men een beroep kan doen op een ander om dat leven te (helpen) beëindigen. Wij gaan er van uit dat een dergelijk zelfbeschikkingsrecht bestaat omdat we menen dat er niets of niemand is die een werkelijk vrijwillige keuze voor de dood mag tegenhouden. Van het grootste belang is dat dwang van anderen, hoe subtiel ook, uitgesloten is en dat de euthanasievragers inzicht heeft in zijn eigen situatie. Vaak wordt tegen euthanasie gepleit omdat de druk van de omgeving erg groot

*'Als ik gestorven ben zal men nog redenen vinden om aan te tonen dat ik niet gestorven ben zoals het hoorde'*  
Henry de Montherlant

zou kunnen zijn (de naaste als wolf). Familieleden zouden hun geduld verliezen of het leed niet meer aan kunnen zien. Verder wordt er gespeculeerd over artsen en verplegers die te snel over euthanasie zouden beginnen en tegenwoordig wordt zelfs de slechte sociaal-economische situatie genoemd. Hoewel over deze dwang weinig bekend is vormt ze een van de grootste problemen van euthanasie. Daarom dient er een regeling te komen die voldoende zekerheid biedt tegen misbruik en onjuiste toepassing van euthanasie. Het maken van een dergelijke regeling vormt het fundamentele probleem van euthanasie.

## Maria B.

Twee lagere rechters, de rechtbank Leeuwarden in 1973 en vooral de rechtbank Rotterdam in 1981, achtten euthanasie onder bepaalde voorwaarden toelaatbaar. De beide vonnissen kregen een verderstreckende beteke-

nis, toen begin 1982 het Openbaar Ministerie bekend maakte dat het voortaan zou beslissen over de vervolging van euthanasiegevallen aan de hand van de criteria van Leeuwarden en Rotterdam. Daarom was het vreemd dat begin 1983 de huisarts S. terecht stond voor de rechtbank Alkmaar, omdat hij op 16 juli 1982 euthanasie had toegepast op de 94-jarige Maria B. Zijn handelwijze leek te voldoen aan de criteria van Leeuwarden en Rotterdam. Het was deze kwestie die uiteindelijk aan de Hoge Raad werd voorgelegd.

Maria B. wordt in 1977 patiënte van de huisarts S. In de loop der jaren gaan haar lichaamsfuncties sterk achteruit, maar haar geestelijke vermogens blijven intact. Verschillende keren vraagt zij aan S. of hij haar leven wil beëindigen, maar S. gaat daar nooit op in. Al dertig jaar eerder heeft zij, volgens haar zoon, te kennen gegeven hulp bij zelfdoding te willen als zij in een situatie zou komen te verkeren die zij menonwaardig achtte. Op 14 april 1980 ondertekent zij een euthanasieverklaring, die ze een jaar later aan haar huisarts overhandigt. Op 16 september 1981 maakt ze een val en breekt haar linkerheup. Van operatie wordt afgezien omdat ze alleen geopereerd wil worden als ze de operatie niet overleeft. Lopen gaat niet meer en na enige maanden kan ze ook niet meer zitten. Horen en zien nemen snel af, spreken is van tijd tot tijd onmogelijk. Geestelijk evenwel blijft ze helder en de verzoeken om euthanasie worden steeds dringender. Een week voor haar overlijden krijgt ze een inzinking, waarbij ze enige tijd buiten bewustzijn raakt. Als ze hiervan weer enigszins is hersteld verzoekt zij haar zoon dringend om euthanasie te bewerkstelligen. Het verzoek wordt herhaald aan S. en zijn arts-assistent B. Na een aantal gesprekken tussen Maria B., haar zoon en de beide artsen besluit S. het verzoek van de vrouw in te willigen. Op de afgesproken ochtend vragen de huisarts en zijn assistent aan Maria B. of zij bij haar uitdrukkelijke wens blijft. *'Als het mogelijk is, graag onmiddellijk'*. Na de familie de gelegenheid te hebben gegeven tot een laatste afscheid, dient de huisarts een serie injecties toe, tengevolge waarvan zij overlijdt.

De huisarts wordt door de Rechtbank Alkmaar ontslagen van alle rechtsvervolging maar, in hoger beroep, door het Gerechtshof Amsterdam strafbaar geoordeeld, evenwel zonder oplegging van straf of maatregel. Wel stelt het Hof vast dat het aannemelijk is geworden dat M.B. sterk leed onder de gestage achteruitgang van haar gezondheid, terwijl uitzicht

op wezenlijke verbetering ontbrak. Bovendien stelde het Hof vast dat M.B. in het weekeinde dat aan haar dood voorafging een belangrijke inzinking kreeg, waar zij ernstig onder heeft geleden; dat zij dit niet nog eens wilde meemaken en dat zij opnieuw met klem op euthanasie aandrong. Tenslotte vond het Hof aanneemelijk dat de huisarts besloot aan haar wens tegemoet te komen *'omdat zij naar zijn oordeel elke dag dat zij nog leefde als een zware taak ervoer waaronder zij op ondraaglijke wijze leed'*. Tegen deze uitspraak gaat de huisarts in beroep bij de Hoge Raad.

Naar aanleiding van de door het Hof vastgestelde feiten acht de hoogste rechter het mogelijk dat er 'naar verantwoord medisch inzicht, getoetst aan in de medisch ethiek geldende normen' sprake was van een toelaatbare euthanasie. In situaties als de onderhavige is de beantwoording van evenbedoelde vraag afhankelijk van diverse factoren, welke van geval tot geval kunnen verschillen. In dit geval had het Hof bijvoorbeeld naast de (...) weergegeven omstandigheden (zie boven, [d/lh] - onder meer van belang kunnen achten) of, en zo ja in hoeverre, naar vakkundig medisch inzicht een steeds verdergaande ontluistering van de persoon van M.B. - en/of een nog verdere verergering van haar toch reeds als ondraaglijk ervaren lijden moest worden gevreesd, (2) of, mede in verband met de mogelijkheid van nieuwe ernstige inzinkingen, viel te voorzien dat zij - anders dan op 16 juli 1982 nog mogelijk was - weldra niet meer in staat zou zijn op waardige wijze te sterven, en (3) of, en zo ja in hoeverre, nog mogelijkheden bestonden tot verzachting van haar lijden'.

### Arts als zedenmeester

De Hoge Raad houdt het dus voor mogelijk dat de toepassing van euthanasie kan worden gerechtvaardigd op grond van medisch inzicht (dat dat verantwoord moet zijn spreekt voor zich en is dus een overbodige toevoeging), dat moet worden getoetst aan de medische ethiek. De grondslag voor euthanasie is niet de *'eerbiediging van het zelfbeschikkingsrecht'* of de *'hulpverlening aan de mens in nood, het behoeden van diens waardigheid en het verlichten of beëindigen van zijn ondraaglijk lijden'*, want een beroep daarop wordt door de Hoge Raad expliciet afgewezen (zonder hiervoor overigens ook maar één argument aan te dragen). De rechter plaatst euthanasie geheel in het kader van het medisch handelen. Maar op een verkeerde manier.

De Hoge Raad doelt met de *'in de medische ethiek geldende normen'*

niet op een ethiek aangaande medische kwesties, waarbij iedereen vrij is om welk standpunt dan ook in te nemen, want de normen moeten immers gelden. Maar evenmin zijn de maatschappelijk heersende normen bedoeld, die worden toegepast op specifieke medische situaties. Maatschappelijk was euthanasie immers nog niet voldoende aanvaard. Blijkbaar doelt het hoogste rechtscollege op de feitelijk geldende normen binnen de medische beroepsgroep. Wat maatschappelijk niet wordt aanvaard, is aan medici toegestaan. De medici worden blijkbaar beschouwd als een maatschappelijke voorhoede en onder omstandigheden boven de wet geplaatst. En wat erger is: degene die euthanasie wil wordt afhankelijk van wat de gemiddelde medicus daarover allemaal denkt. De arts als de nieuwe zedenmeester.

Op zichzelf is het niet vreemd om bij de beslissing over euthanasie de arts te betrekken. Doorgaans doet de vraag naar euthanasie zich voor bij ernstig zieke mensen, die lang onder medische behandeling staan. Bij het verzoek om euthanasie komen vragen op (prognose ziekte, mogelijkheden van pijnbestrijding etc.) die het beste kunnen worden beantwoord door een arts. Bovendien behoort de keuze van de juiste middelen om het leven te beëindigen bij uitstek tot de competentie van de arts. Op grond van deze nauwe betrokkenheid is het goed verdedigbaar om de arts niet alleen de medische, maar ook de niet-medische voorwaarden (zoals vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek) voor aanvaardbare euthanasie te laten toetsen (met natuurlijk de mogelijkheid van controle achteraf door de rechter)(5). Maar het gaat te ver om de toelaatbaarheid van euthanasie te laten afhangen van medisch inzicht: een soort euthanasie op medische indicatie. Beslissen over je eigen dood is een existentiële kwestie en geen medische. Dat de omgeving waarin die keuze moet worden gemaakt (steeds vaker) een medische is doet daar niet aan af. De mogelijkheid van euthanasie mag niet afhankelijk zijn van de aanvaarding door artsen.

### Vage opening

Alsof de Hoge Raad het zwakke van zijn standpunt inziet, somt hij een aantal vragen op die dit medisch inzicht nader moeten bepalen. De status van deze vragen wordt echter niet duidelijk. Wat de Hoge Raad had moeten doen is het opstellen van een aantal voorwaarden zoals de Rechterbanken Leeuwarden, Rotterdam en Alkmaar deden. Op deze voorwaarden was steeds wel wat te dingen, maar ze schiepen in ieder geval duide-

lijkheid. Bij de Hoge Raad echter zijn de voorwaarden *'afhankelijk van diverse factoren, die van geval tot geval kunnen verschillen'*. Hoeveel factoren en waarom verschillen van geval tot geval? Bovendien zijn de voorwaarden, die de Hoge Raad noemt, niet beslissend, maar zij klaren het voorbeeld onder meer van belang zijn.

Alsof dit niet vaag genoeg is verwijst de Hoge Raad ook nog eens naar een aantal omstandigheden die het Hof heeft vastgesteld. Het betreft hier echter een mengsel van feitelijke en normatieve bestanddelen, zodat niet duidelijk is welke harde voorwaarden hieraan zijn te ontleunen. Tenslotte is de opsomming van de criteria niet uitsluitend zodat de Hoge Raad, ook al alle voorwaarden zijn vervuld (wat de zaak van Maria B. zeker het geval zal zijn), alsnog euthanasie kan weigeren. Een arrest van de Hoge Raad moet duidelijkheid scheppen en niet de rechtszekerheid verminderen. Misschien wilde de Hoge Raad een vage opening maken en de reacties eerbiedig afwachten. Hij kan zijn standpunt dan later makkelijker toespitsen. De voorwaarden voor euthanasie kunnen doorgaans worden onderverdeeld in drie groepen:

1. waarborgen rondom het verzoek
2. eisen met betrekking tot het lijden (ondraaglijkheid, duurzaamheid, uitzichtloosheid);
3. zorgvuldigheidseisen rond beslissing en uitvoering van euthanasie

De eerste elf derde categorie zijn verreweg het belangrijkste, maar hierop hebben de vragen van de Hoge Raad geen betrekking. Voor een deel vallen zij in de tweede categorie en voor een deel zijn zij nieuw. Deze nieuwe criteria zijn echter nauwelijks objectiveerbaar. Hoe kan - naar vakkundig medisch inzicht nog wel worden beoordeeld of voor een steeds verdergaande ontluistering van de persoon moet worden gevreesd. Dit dient toch met name deze persoon zelf aan te geven; beantwoordt mijn leven nu aan de maatstaven die ik zelf daar aan stel. Nog sterker geldt dit voor de tweede vraag: wat een waardige wijze van sterven is maakt ieder voor zichzelf uit.

Wat de Hoge Raad met de derde vraag bedoelt - waren er nog mogelijkheden tot verzachting van het lijden - is niet duidelijk. Hoe kan het lijden worden verzacht? Of bedoelt de Hoge Raad pijn? Maar pijn is iets anders dan lijden en bovendien heeft Maria B. geen pijn (althans dat blijft niet). Met psychofarmaca is veel bereikbaar, maar dat zal de Hoge Raad vast niet bedoelen.



Foto: Ine van den Broek

## Gemiste kans

Omdat de Hoge Raad alleen zuiver juridische vragen beoordeelt, moet nu het Gerechtshof Den Haag een nieuwe beslissing nemen. Het Hof zal, gezien het standpunt van de beroepsgroep, de euthanasie in het geval van Maria B. waarschijnlijk toelaten. Dit betekent toch een royale opening voor euthanasie, waarmee we aan de goede kanten van dit arrest zijn toegekomen. Belangrijk is ook dat de Hoge Raad zich niet heeft gewaagd aan onderscheidingen als actieve en passieve, directe en indirecte euthanasie. Dergelijke onderscheidingen vergroten slechts de kans op misbruik en onjuiste toepassing van euthanasie. Tenslotte is het belangrijk dat de Hoge Raad ook een aantal voor het zelfbeschikkingsrecht irrelevante voorwaarden niet heeft genoemd: de patiënt moet ongeneeslijk ziek zijn, hij moet zich in de stervensfase bevinden, er mag geen onnodig leed aan andere worden toegebracht.

De Hoge Raad maakt euthanasie mogelijk, maar nam de verkeerde weg door het te baseren op medisch inzicht. Bovendien heeft hij het belangrijkste nagelaten: het formuleren van enkele toetsbare eisen aan het verzoek en de zorgvuldigheid van de procedure. De uitspraak van de Hoge Raad is een vage kwestie van misshien, wellicht, onder meer en bijvoorbeeld. Pas volgend jaar verschijnt het advies van de Staatscommissie Euthanasie. Daarna moet de wetgever nog in actie komen, kortom: net als bij abortus kan de praktijk het zelf weer oplossen. De rechter had een unieke kans, maar in plaats van het zelfbeschikkingsrecht te erkennen, versterkte hij de macht van de medicus.♦♦

## Tuchtcollege

Afgezien van deze kritiek is het de vraag wat het vakkundig medisch inzicht en de normen van de beroepsgroep opleveren. Hierin kunnen de medische tuchtrechter en het hoofdbestuur van de KNMG inzicht geven.

Het Medische Tuchtcollege van Amsterdam oordeelde in 1977 dat beslissend waren 'de omstandigheden waarin de patiënte verkeerde' en het feit dat de dodelijke geneesmiddelen waren toegediend 'op uitdrukkelijk verzoek van de patiënte, met wie de waarschijnlijke gevolgen daarvan amper waren besproken'. De arts had 'niet onjuist' gehandeld door euthanasie toe te passen. Deze uitspraak werd bevestigd door het Centraal Medisch Tuchtcollege. Naar aanleiding daarvan stelde Prof. Muntendam dat euthanasie volgens de tuchtrechter 'normaal medisch handelen' is (6).

Het hoofdbestuur van de KNMG stelt in haar 'STANDPUNT INZAKE EUTHANASIE' (1984) dat 'de toepassing van euthanasie uitsluitend in de arts-patiënt relatie thuishoort'. De arts moet nagaan 'of het verzoek in alle vrijheid tot stand kwam, of er sprake is van een onaanvaardbaar en uitzichtloos lijden dat voor de patiënt niet meer dragelijk is te maken en of het verlangen naar de dood duurzaam is en weloverwogen'. Bovendien pleit het hoofdbestuur voor een toetsing vooraf door een uit drie tot vijf personen bestaande commissie van artsen(7).

Naar de normen van de beroepsgroep is euthanasie onder bepaalde voorwaarden dus toelaatbaar. Hiermee is bepaald niet gezegd dat alle voorwaarden naar 'ons oordeel even zinvol zijn. De toetsingscommissies van de KNMG kunnen bijvoorbeeld beter achterwege blijven.

### Noten:

1. H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1978, p. 213.
2. J.J. Rasker en G. van Hellemond, Euthanasie, een stap terug?, Nederlands Juristenblad 1984, p. 824.
3. H.J.J. Leenen, Euthanasie en hulp bij zelfdoding, Van Leeuwarden naar Rotterdam, Nedexlands Juristenblad 1982, p.103-104.
4. Memorie van Toelichting op art. 293 WvS.
5. Ethisch gezien impliceert de normatieve keuze voor vrijwillige euthanasie, indien de medici het alleenrecht op euthanasie krijgen, voor de arts zelfs een plicht om deze toe te passen, welke zich oplost in een verwijzingsplicht.
6. Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 8-2-1977, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1978, p. 1264-1266.
7. Medisch Contact 1984, p. 990-997.

## SPORT

Een kleine 10 jaar geleden was ik lid van de Nederlandse zwemploeg. Het jaar 1974 was de doorbraak van de Oostduitse dames, die tijdens de Europese Kampioenschappen in Wenen, bijna alle gouden en zilveren medailles wegsleepten. Maar of zij nog wel 'dames' waren werd door vele omstanders in twijfel getrokken. Alle publiciteit rond deze EK richtte zich op het vermeende dopinggebruik van de Oostduitse zwemsters. Iedereen, ook ingewijden, veroordeelde deze vorm van sportbedrijven. De ethiek in de sport vierde hoogtij. De sensatieverhalen van de heren journalisten over het uiterlijk van de zwemsters bevestigden de vooroordelen bij het publiek ten aanzien van dopinggebruik. Nu, 10 jaar later, staan de kranten nog steeds vol over dopinggebruik bij atleten. Ook van Nederlandse atleten. Het schijnt steeds gebruikelijker te worden om één of ander preparaat te slikken ter stimulering van de sportprestaties. In een onderzoek vlak voor de Olympische Spelen in Los Angeles werd aan alle Amerikaanse sportlieden die deelnamen gevraagd: 'Wat zou je doen als je een medicament zou kunnen krijgen dat de gouden medaille garandeert, maar je was wel binnen 10 jaar dood?' Het bleek dat meer dan de helft antwoordde: 'Ja, dat zou ik nemen'. Wat bezielt sportmensen om op een dergelijke onverantwoorde manier om te gaan met zijn of haar gezondheid?

Acht jaar oud was ik, toen ik begon met een dagelijks trainingsuurtje. Ik had aanleg en ging meer uren trainen. Het zwemmen werd steeds belangrijker en al gauw bestond er niets anders meer dan het zwembad, mijn trainer en mijn sportvriendjes. 's Ochtends om 5 uur opstaan, trainen, snel naar school, huiswerk maken, trainen, eten en naar bed. Als 12-jarige zat ik aan de televisie gekluisterd toen Mark Spitz tijdens de Olympische Spelen 1972, 7 gouden medailles in de wacht sleepte. Dat was het! Dat zou ik bereiken: Olympische kampioene en de beste van de wereld. Alles had ik ervoor over. Mijn wereld was klein ondanks buitenlandse reises en ontvangsten door burgemeesters. Voor zowel de pers als mijn omgeving, die alleen nog maar over mijn sport praatte, was ik wat ik presteerde. Steeds meer en steeds harder ging ik trainen; ieder jaar stelde ik nieuwe doelen vast om uiteindelijk dat ene doel te bereiken.

Als er toen iemand in mijn omgeving was geweest, die mij spierversterkende middelen had gegeven, waardoor ik in staat zou zijn geweest nog harder te trainen, zou ik ze ongetwijfeld hebben genomen. Jarenlang offer je alles op aan het behalen van een doel, zelfs als dit ten koste zou zijn gegaan van mijn lichamelijke gezondheid. Je kijkt niet verder dan die gouden plak.

Bij een aantal takken van sport wordt anno 1985, meer uren getraind dan ik toentertijd deed. Studie en werk worden voor enkele jaren opzij gezet om prestaties te verbeteren. Iemand die de beste wil worden zal altijd naar betere wegen zoeken om het hoogste resultaat te bereiken. Anabole steroïden is één van de middelen om prestaties te verhogen.

Sportbestuurders geven tonnen uit voor controlesystemen om het dopinggebruik tegen te gaan. Maar een topsporter die zijn doel wil bereiken is niet tegen te houden. Vele groepen in de samenleving (inclusief de artsen) menen dat een topsporter een gek is die zijn eigen gezonde lichaam kapot maakt. Maar zijn topsporters dan zo anders dan musici, operazangers, of balletina's, die ook hun toevallig aangeboren talenten tot het uiterste willen ontwikkelen??

Het geld voor die controlesystemen zou naar mijn mening gebruikt moeten worden voor degelijk onderzoek naar de gevaren van (ondeskundig) dopinggebruik. Ik vind dat hier een taak voor artsen ligt. Die weten welke middelen je het beste kunt gebruiken en hoe. Waarom zouden artsen geen medicamenten mogen voorschrijven aan (nu nog) gezonde mensen ...?!

Paula van Eijk



# & PILLEN

Zonder anabolen kun je niet meer winnen. Een hele reeks min of meer bekende fysiologen en farmacologen heeft de afgelopen tijd overal in de media mogen uitleggen wat er met je lichaam gebeurt als je topsport beoefent. Steroïd-hormonen zijn noodzakelijk om spierweefsel snel te laten herstellen na forse krachtsinspanningen. Hartslagmeters en bloedproeven worden gebruikt om de training te doseren en de prestaties te maximaliseren. Dokters, farmacologen en chemici zijn noodzakelijk geworden om wereldkampioen te kunnen worden. De medicalisering van de topsport is een feit.

Het is al weer jaren geleden dat de Britse wielrenner Simpson de beklimming van een berg in de Tour de France met de dood moest bekopen omdat hij amfetamine doping had gebruikt. De wereld sprak schande. In dezelfde tijd begon de Oost-europese vrouwensport furor te maken. Verslaggevers vroegen zich af of deze krachtig gespierde lichamen nog wel vrouwelijk waren. De geneeskunde werd te hulp geroepen: dopingcontrole moest een eind maken aan het ongewenste slikken en spuiten.

Amfetaminen zijn gemakkelijk aan te tonen in de urine van gebruikers en het gebruik van deze middelen kon dan ook snel en doeltreffend teruggedrongen worden. Bij de anabole steroïden ligt dat even anders. Deze zijn afgeleid van het mannelijke geslachtshormoon: testosteron, een stof die door zowel het mannelijke als het vrouwelijke lichaam (zij het in kleinere hoeveelheden) zelf gemaakt wordt. Afbraakproducten van deze stof verschijnen in de urine. Afbraakproducten van natuurlijke steroïden en toegediende anabole steroïden lijken heel veel op elkaar en sommige zijn zelfs gelijk. Om te kunnen bepalen of iemand anabolen heeft gebruikt, is een goed inzicht in de stofwisseling van natuurlijke steroïden noodzakelijk. Tegenwoordig wordt uit de

verhouding tussen verschillende afbraakproducten geconcludeerd dat iemand anabolen heeft gebruikt.

Dergelijke verfijnde meetmethoden konden alleen ontwikkeld worden door uitgebreide metingen te doen bij vrijwilligers, zowel 'gewone' mensen als topsporters. Daarbij werd ontdekt dat de natuurlijke hormoonconcentraties veranderen door zware training. Bij vrouwen kan daardoor zelfs de menstruatie achterwege blijven. En dan wordt het toedienen van anabole steroïden bijna noodzaak om de natuurlijke hormoonwerking weer op een normaal niveau te brengen.

De cirkel van de medische bemoeienis is rond: bedoeld om het gebruik van anabole steroïden uit te bannen, maakt zij het gebruik van deze middelen - maar dan wel onder medisch toezicht - noodzakelijk. Nu alleen nog even wat wijzigen in de doping-reglementen van de internationale sportorganisaties, en iedereen is gelukkig. De topsporters, omdat ze beter kunnen presteren, de dokters omdat ze noodzakelijk zijn geworden voor de medische begeleiding van de topsporters, en de farmaceutische industrie, omdat er nu eindelijk een goed afzetgebied komt voor de anabole steroïden.

Toch zijn er wel enkele vraagtekens te zetten bij deze ontwikkeling. Dat anabolen de nodige bijwerkingen kunnen veroorzaken, vind ik nog niet eens zo belangrijk. Topsporters moeten zelf maar afwegen of ze kans willen lopen op leverbeschading, vermannelijking (vrouwen) of impotentie (mannen) en kanker. Belangrijker vind ik de vraag naar de rechtvaardiging van de medische bemoeienis met de topsport.

Elke goede huisarts zal tegen de jogger of recreatiesporter die zich weer eens geblesseerd heeft zeggen, dat hij het maar een tijdje kalm aan moet doen en de beperkingen van zijn eigen lichaam beter in acht moet nemen. Het geforceerd snel oplappen van blessures is al zeer dubieus, omdat mensen er later blijvende schade aan kunnen overhouden. De intensieve bemoeienis van de medici met topsporters heeft al helemaal niets meer met geneeskunde te maken. Dokters die zich hiermee bezig houden, ook als ze zich fysioloog of farmacoloog noemen, zouden uit hun vak verstoten moeten worden.



In de tijd dat de geslachtshormonen ontdekt werden (de dertiger jaren) dacht men dat testosteron het agressie-hormoon was (want mannetjes zijn van nature agressief en vrouwtjes niet). Deze hypothese bleek onjuist maar moet nu misschien weer herzien worden. Het collectieve chauvinisme en nationalisme dat ontstaat bij het winnen van enkele topsporters, daar word ik bang van. De anabolen, aan enkelen gegeven, leiden tot een hysterie bij velen. Ik kan me de beelden van de Amerikaanse successen bij de Olympische Spelen nog goed voer de geest halen.

Topsport is verdwazing geworden. Het Griekse Olympische ideaal om goed te zijn, is vervangen door de wil om beter te zijn. Beter dan de rest, beter dan degenen die geen anabolen gebruiken of die dat niet slim genoeg gedaan hebben. En wanneer je dan de beste bent, kun je misschien zeggen dat je een goede dokter hebt.

Voor mij hoeft topsport niet meer.

Paul van den Berg

# Het net sluit zich

## LHV en VNZ contra 'wilde' vestigingen

Gevestigde huisartsen voelen zich behoorlijk in het nauw gedreven door het groeiend aantal 'wilde' vestigingen. Werkloze huisartsen maken dankbaar gebruik van het ontbreken van een wettelijk vestigingsbeleid.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) die zich steeds meer ontpopt als een éézijdige belangenbehartiger voor de gevestigden, doet verwoede pogingen weer greep te krijgen op de ontwikkelingen. Dit lukt niet zo best.. Het jongste plan van de LHV is een bondgenootschap met de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), met als doel het beperken van het aantal *nieuwkomers*. Bert Doomekamp en Ferdinand Schreuder beschrijven de achtergronden van deze LHV-VNZ-truc. De broodnijd onder huisartsen.

**Bert Doomekamp**, vrij gevestigd huisarts en secretaris van de I.P.H. ..  
**Ferdinand Schreuder**, praktijkzoekend huisarts en bestuurslid van de I.P.H.,

Er ligt een conflict in huisartsenland. De sterk toegenomen werkloosheid onder huisartsen heeft een belangentegenstelling tussen gevestigde en werkzoekende huisartsen aan het licht gebracht, die de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG) met haar huisartsen'poot', de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), steeds slechter kan verhullen. De gevestigde huisartsen zien hun belangen meer en meer bedreigd door tal van werkwillige collega's, die zich - tegen alle 'collegiale' verdrukking in - zogenaamd wild vestigen in plaatsen, waar de huisartsen óf voorlopig geen nieuwe collega erbij willen óf zelf hun toekomstige collega-concurrent willen uitzoeken.

Reeds jaren is men bezig om te komen tot een verantwoord beleid voor de vestiging van huisartsen en met de toestroom van nieuwe huisartsen wordt die noodzaak ook steeds groter. De LHV heeft zich van meet af aan op deze zaak geworpen onder druk van: *'als wij het zelf niet doen, dan doet de overheid het straks voor ons'*.

### 'Wilde' huisartsen

De LHV werpt zich nog altijd op als de organisatie van huisartsen, hoewel een steeds groter wordende groep (veelal niet gevestigde) huisartsen uit wélbegrepen eigenbelang

geen lid meer is van deze club. Als zodanig was de eerste stap de ontwikkeling van een, naar eigen zeggen, *evenwichtig vestigingsbeleid*, waarin enerzijds de gevestigden bijna perfect van ongewenste nieuwe vestigingen worden gevrijwaard, maar anderzijds de praktijkzoekenden het *recht* krijgen om zich te vestigen, als er ruimte is.

Op het eerste gezicht een redelijk evenwichtig beleid, maar in de praktijk komt het erop neer dat alle machtsmiddelen en sanctiemogelijkheden bij één partij liggen, te weten de gevestigde huisartsen. Zij kunnen de nieuwkomer uitsluiten van de onderlinge waarneming (zonder welke moeilijk te werken valt) en hem/haar via de burgerrechter terugfluiten bij een overtreding van de regels van de club. De praktijkzoekende is in de rol gedrukt van een soort sollicitant zonder rechten: als hij of zij vóór vestiging op een of andere manier een conflict aangaat, zullen de plaatselijke huisartsen altijd een ander als nieuwe collega binnenhalen.

Het systeem lijkt waterdicht: de plaatselijke huisartsen maken uit óf er iemand bijkomt en zo ja, wie dat zal zijn. Eventueel hebben zij de rechter achter zich als iemand hun regels aan de laars lapt. Er is echter één ontsnapingsmogelijkheid voor de werkloze huisarts: als hij of zij geen lid is van de LHV of dat langer dan een half jaar niet meer is en als hij

bovendien niet onderhandeld heeft (in de praktijk: contact heeft gehad) met de plaatselijke huisartsen, kan hem juridisch niets ten laste gelegd worden. Zo zijn er de afgelopen twee jaar in toenemende mate 'wilde' vestigingen gerealiseerd.

### Lobby

Een tweede poging van de LHV om de eigen belangen veilig te stellen was om het ontwikkelde vestigingsbeleid onder te brengen in de *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg*. Deze WVG is een moeizaam tot stand gekomen 'raamwet', waarin allerlei zaken in de gezondheidszorg kunnen worden geregeld. De vestiging van huisartsen zou als eerste geregeld worden middels een zogenaamde **Algemene Maatregel van Bestuur**. De bedoeling van de LHV was om haar vestigingsbeleid als Algemene Maatregel wetskracht te geven. Dit beleid zou dan gelden voor elke 'huisarts, ook voor hen die uit principe geen LHV-lid zijn.

Middels uitvoerige lobby-activiteiten en effectief onderhandelen leek het de LHV inderdaad te lukken het eigen vestigingsbeleid vrijwel ongeschonden door te voeren. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur publiceerde zelfs een ontwerp-besluit met als voorwaarde dat nieuwe huisartsen de 'ter plaatse gebruikelijke procedure' moeten doorlopen om in aanmerking te komen voor een, door de gemeente te verstrekken vestigingsvergunning. Dit betekent dat het LHV-vestigingsbeleid een niet te omzeilen klip zou vormen. Aan deze Algemene Maatregel van Bestuur blijken evenwel zoveel juridische, politieke en bestuurlijke haken en ogen te zitten dat de invoering ervan steeds maar weer wordt uitgesteld en uiteindelijk wellicht geheel niet doorgevoerd zal worden. Dit zeer tot verdriet van de LHV.

Legalisering van hun vestigingsbeleid duurde op deze manier veel te lang en dat was reden voor de LHV om middels het voeren van enkele processen een uitspraak te ontlokken aan de *burgerrechter*. Hieraan zou dan de algemene geldigheid van het

LHV-vestigingsbeleid kunnen worden ontleend. De diverse rechters bleven de zaken evenwel in hun juiste proporties zien en alle gevoerde processen zijn dan ook verloren door de LHV. Ook een heilloze weg dus. Evenals de pogingen tot beïnvloeding van 'bevriende' **financieringsinstanties** of bemiddelaars om wilde vestigingen te dwarsbomen.

Het ziet er naar uit dat binnenkort ook de Tweede Kamer zal vragen om een wettelijke regeling voor de vestiging van huisartsen, en de LHV acht het nu tijd om haast te maken met een laatste mogelijkheid om haar eigen beleid te voeren: de *LHV-VNZ-variant*.

## Wachlijsten

Hoewel de artsenorganisaties nogal huiverig staan ten opzichte van de toenemende (bureaucratische) macht van de ziekenfondsen, zag men een gemeenschappelijk doel: door middel van een sluitend vestigingsbeleid een inperking van het aantal huisartsen bewerkstelligen. De LHV moet daarvoor een kleine veer laten, want uiteindelijk zullen de ziekenfondsen de uitvoerende instantie zijn van hun beleid.

De ziekenfondsen zelf worden in toenemende mate geconfronteerd met contract-aanvragen van nieuw te vestigen huisartsen. Veel druk wordt uitgeoefend op die ziekenfondsen door de plaatselijke huisartsen, die zelf machteloos staan. Een tweede reden voor de ziekenfondsen om te komen tot een vestigingsregeling is het kostenaspect; hoe meer hulpverleners, hoe hoger de kosten. De VNZ meent kennelijk dat daartoe het aantal werkzame huisartsen aan een maximum gebonden moet zijn.

Net als voor de fysiotherapeuten en de tandartsen wil de VNZ dan ook aan de minister vragen om *artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet* te mogen toepassen voor huisartsen, dat wil zeggen een ontheffing te verkrijgen van de zogenaamde contractplicht. De ziekenfondsen zijn dan niet meer gedwongen een contract af te sluiten met elke zich aandienende huisarts die aan de eisen van een goed praktijkvoering voldoet, als het betreffende gebied 'voldoende bezet' is. De VNZ zal dit doen in overleg met de LHV. Het zal er dan op neer komen dat er een, niet-discriminerende, landelijke wachtlijst zal worden aangelegd. Voorts zal er een inventarisatie moeten plaatsvinden van de 'witte plekken' (lees: *mogelijke vestigingsplaatsen*). Voor overname of nieuwe vestiging zullen dan steeds de vijf kandidaten die boven aan de lijst vertoeven worden benaderd. Hieruit dient te worden gekozen, waarbij

beargumenteerd zou moeten worden waarom iemand wordt overgeslagen. Deze blijft overigens wel bovenaan staan. Zogenaamde Regionale Paritaire Commissies (RPC's), bestaande uit plaatselijke huisartsen en ziekenfondsen, zullen belast worden met de uitvoering. Het beheer van de landelijke wachtlijst blijft natuurlijk ook een LHV-VNZ-aangelegenheid.

En een ander betekent dat nieuwkomende huisartsen nog steeds met handen en voeten gebonden zijn aan de plaatselijke huisartsen en willekeur. Slechts vestiging voor alleen particuliere patiënten blijft over als weinig reële mogelijkheid. Dat betekent overigens, dat ook deze regeling nog steeds geen sluitend beleid oplevert!

## Drogredenen

Wat door de LHV ook zal worden aangevoerd als reden voor de combinatie met de VNZ zijn drogredenen, tenzij zij beweren dat het louter en alleen gaat om de bescherming van de gevestigde belangen. Het feit dat er nu ineens zoveel haast gemaakt wordt met deze zaak geeft duidelijk aan wiens belangen de LHV ter harte gaan, als je dat bijvoorbeeld vergelijkt met de reeds jaren slepende goodwill-problematiek. Overigens heeft de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur het laatste woord, want hij is degene die, wellicht bij monde van zijn staatssecretaris, de ontheffing van de contractplicht moet verlenen. Het lijkt overduidelijk dat de minister of staatssecretaris niet anders kan dan deze aanvraag naast zich neer te leggen. Immers, bij serieuze overweging maakt hij zichzelf en zijn ambtenaren, die reeds jaren aan de vestigingsregeling voor huisartsen werken, min of meer belachelijk door deze uiteindelijk in te leveren voor een beleid via artikel 47 van de Ziekenfondswet. Inmiddels zal ook duidelijk zijn dat een goedkeuring betekent dat hij nieuwkomende huisartsen bindt aan LHV-regels. Daarmee kiest hij voor het belang van één groep in plaats van het algemeen belang.

Zaken als kwaliteitsverbetering, werkelijke praktijkverkleining, medezeggenschap van gebruikers, gelijke kansen voor traditionele huisartsen, progressieve huisartsen, vrouwelijke huisartsen, alternatief werkende huisartsen en ga zo maar door, zouden volkomen ondergesneeuwd raken. En wanneer zal het dan pas weer gaan dooiën?

Door de **LHV-VNZ-truc** worden de juridische en politieke bezwaren, die er aan de Algemene Maatregel van Bestuur als onderdeel van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

kleefden en nog kleven, natuurlijk in het geheel niet opgelost. In feite worden alle moeilijke zaken gemakshalve aan de kant geschoven. Wanneer je de LHV-VNZ-variant serieus neemt en bekijkt of er op die manier verantwoord beleid gevoerd kan worden, stuit je onmiddellijk weer op alle problemen die zich ook voordeden bij de ontwikkeling van de vestigingsregeling door de overheid.

## Banenplan

Of deze schijnoplossing de ziekenfondsen ook inderdaad financieel voordeel oplevert is zeer de vraag. De VNZ is wel heel snel vergeten hoe ze buiten spel werd gezet toen een ander LHV-belang aan de orde was, te weten de normverlaging van 2600 naar 2500 patiënten per huisarts. Deze rekennormverlaging betekent dat een huisarts nu bij 2600 patiënten verdient wat hij voorheen pas bij 2500 patiënten verdiende. In feite is het niet meer dan een verhoging van het honorarium, met terugwerkende kracht notabene, omdat de gemiddelde nederlandse dokterspraktijk op het moment niet meer dan 2500 patiënten telt. En dan beweren dat deze regeling meer banen oplevert: het zogenaamde '*banenplan*' van de LHV! Zeker ook met terugwerkende kracht!

Het ziet er nu ook weer naar uit dat de VNZ er met open ogen in loopt en zich voor een uiterst yubieus LHV-karretje laat spannen, daarmee de ondoorzichtige, ondemocratische en onrechtvaardige selectieprocedure van de gevestigde huisartsen sanctionerend.

Hoe de vestigingsprocedure er wel zou moeten uitzien, valt buiten het bestek van dit artikel. In het kort zouden de uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen moeten zijn: ont koppeling van de hulpverlening en de directe financiële belangen zoals goodwill, zwart geld, te hoge prijzen voor onroerend goed en zelfondernemerschap; kleinschalige en overzichtelijke samenwerkingsverbanden gericht op wijk of buurt; meer democratische verhoudingen met name ten aanzien van de hulpvrager.

Willen we echter de huidige gang van zaken nog wat bijsturen, dan zal er voor gezorgd moeten worden dat de ziekenfondsen, als zij dan toch die ontheffing krijgen, **uitsluitend een getalscriterium** hanteren en dus niet het oordeel van de plaatselijke huisartsen en al evenmin de wachtlijsten, die bij de fysiotherapeuten al tot een onwerkbaar situatie leiden, zoals blijkt.



Moeten progressieve en werkloze artsen proberen de KNMG van binnen uit te veranderen? Of is het zinvoller de krachten te bundelen in eigen organisaties, buiten de reeds bestaande? Gerrit Salemi pleit voor het bijstellen van de behoudende koers van de Landelijke Huisartsen Vereniging. *'Werkende progressieve artsen moeten zich in principe daar organiseren, waar de massa van de artsen zich bevindt: in de standsorganisatie.'*

Omdat de gevestigde dokters met name het eigen belang behartigen, ziet hij voor werkloze artsen toch meer perspectief in eigen organisaties. De Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen is zo'n organisatie. Haar voorzitter, Adri van der Bom pleit voor een bundeling van progressieve organisaties naast de KNMG. *'Ik vrees dat ik (anders) met pensioen ben voordat ik ook maar iets verwezenlijkt heb van mijn idealen'*. Daarmee is hij het in grote lijnen eens met Henk de Vries, die het debat over de strategie voor andersdenkende dokters in het vorige nummer opende. Het dilemma: de lange weg door de instituties óf de misschien nog langere er links omheen?

## Strijden tegen ...

**Jldi van der Bom**, voorzitter van de Landelijke Belangenvereniging van Basisartsen; hij schrijft dit artikel op persoonlijke titel,

De LHV kent een sterke interne democratie! Maar wanneer het lukt, heb je ook een stevige basis voor je beleid in de beroepsgroep en een krachtige, invloedrijke organisatie om het te realiseren.

### MET DE LHV ZIJN WE NIET SLECHT AF

Aan de andere kant wil ik niet verhelen dat voor mij - als huisarts in zelfstandige beroepsuitoefening met nog de nodige goodwillschuld op mijn nek - de LHV toch ook een soort garantie is dat structuurveranderingen, die voor verbetering van de kwaliteit van de zorg nodig zijn, niet altijd ten koste van mijn portemonnee zullen worden doorgevoerd. Bij alle mooie plannen, bijvoorbeeld betreffende rayonnering en afstemming van "doelpopulaties" op die van andere disciplines, wordt vaak geklaagd over het taai verzet van die onwillige, conservatieve beroepsgroep. Maar er wordt vaak vergeten, dat die er wel het bedrijfsrisico van draagt. Over het idee dat dat ook makkelijk kan, omdat ze zo schandelijk veel verdienen, is al zoveel heen en weer gepraat,

dat ik dat nu maar laat rusten. Laat ik er alleen dit van zeggen: vooral de mensen die bij de huidige normen voor inkomen en praktijkgrootte, hebben geprobeerd om gunstiger omstandigheden in de zorgverlening te schaffen, bijvoorbeeld door marginale mogelijkheden tot associatie te benutten, of samenwerkingsprojecten op te zetten zonder de inkomenscompensatie uit de AWBZ daarvoor te kunnen toucheren, die mensen zijn het meest kwetsbaar. Dit is een belangrijke rechtvaardiging voor de stelling van de LHV dat de gewenste praktijkverkleining door middel van reknorm-verlaging moet worden bereikt. De praktijken moeten kleiner in het belang van kwaliteitsverbetering van de zorg. Daar zijn LHV, IPH, ziektekostenverzekeraars en overheid het over eens. Door nu het patiëntenaantal, waarbij de huisartsen hun overeengekomen norminkomen bereiken, te verlagen en de mogelijkheden om boven dat aantal nog veel patiënten te hebben, te beperken, kan dat worden bereikt op een manier die de financieel-economische positie van de huisartsen

overeind laat, en die van de mensen die al kleinere praktijken hadden, versterkt. Door het getal van de dalende reknorm ook als norm in het kader van het vestigingsbeleid vast te leggen, kan worden bereikt dat de instroom van nieuwe huisartsen gereguleerd plaatsvindt.

Nu zegt Henk de Vries: dit beleid wordt met de mond beleden door de LHV, maar door vast te houden aan het inkomensniveau dat op dit moment bestaat, blokkeert zij zelf een verwezenlijking binnen afzienbare tijd. Mijn overtuiging is dat de LHV al haar kracht inzet om het hierboven weergegeven beleid te realiseren. Kan men van een vakbond anders verwachten dan dat zij het inkomen van haar leden verdedigt? De dagtaak van de huisartsen blijft gevuld, zij het met gedeeltelijk andere zaken dan vroeger, dus daar vloeit geen argument tot inkomensachteruitgang uit voort. En bij de reknormverlaging van 2600 naar 2500 die vorig jaar kon worden doorgevoerd, hebben de huisartsen wel degelijk inkomen ingeleverd. Dus die afweging tussen kwaliteitsverbetering en financieel belang wordt in de LHV wel degelijk gemaakt. Ook over de noodzaak van een herziening van het financieringsstelsel van de gezondheidszorg bestaat geen verschil van mening tussen Henk de Vries en de LHV en van de goodwill wil de LHV al een aantal jaren heel graag af. Maar ook hier zal ze weer proberen een regeling te treffen die zo gunstig mogelijk voor de beroepsgroep uitpakt, hetgeen ik persoonlijk een geruststellend idee vind.

Over het geheel genomen vind ik als progressieve huisarts dat we met een beroepsorganisatie met zo'n programma nog niet zo slecht af zijn. Mijn voornaamste doel binnen die club is om haar in dat spoor te houden. Daarbij denk ik dat ook voor werkloze artsen dit beleid uiteindelijk de beste perspectieven biedt. Een beleid dat de vestigingsmogelijkheden vergroot op zodanige manier, dat er als je je dan kan vestigen, er ook nog een boterham met beleg te verdienen valt. Dat echter het werkloosheidsprobleem en de belangenbehartiging van de werklozen van dit moment een wat confronterender benadering van KNMG en LHV wenselijk maken in de vorm bijvoorbeeld van eigen organisaties en pressiegroepen van werkloze huisartsen en basisartsen -zonder-enig-perspectief, dat wil ik Henk de Vries niet bestrijden. Het zou zeker kunnen helpen om het beleid van de standsorganisaties meer op de nood van deze groepen af te stemmen.

## OP NAAR EEN PROGRESSIEVE VERENIGING VAN ARTSEN EN MEDISCH STUDENTEN

Het mag verwonderlijk heten dat het tot 14 april 1984 heeft moeten duren voordat er eindelijk een progressieve vereniging van artsen, de LP.H. niet meegeteld, werd opgericht, onder de naam Landelijk Belangen vereniging voor Basisartsen. In progressieve artsenkring leeft al jaren grote onvrede over de manier waarop de standsorganisatie, de KN.M.G., spreekbuis is van "de" artsen in Nederland. Maar-vooral nu de markt de laatste jaren krapper is geworden en men veelal slechts kan kiezen tussen werken volgens het systeem, of helemaal niet werken, is een situatie ontstaan waarin, pijnlijk duidelijk wordt dat "onze" organisatie de KN.M.G., slechts de onze is als we behoren tot de groep van gevestigde artsen. Voor mij kunnen er twee redenen zijn om lid te worden van een beroepsorganisatie. Indien er voor mij, vanuit mijn materiële positie gedacht, een goede belangen- c.q. vakorganisatie bestaat, zal ik mij daarbij aansluiten. Ook kan het zijn dat ik sympathiseer met de ideologie van de organisatie, dat ik het idee heb dat de betreffende organisatie mijn mening weerspiegelt wat betreft haar visie op (de toekomst van) mijn beroep. Voor beide redenen zal ik proberen duidelijk te maken wat ik daaronder versta. Daarna zal ik ingaan op een mogelijke strategie om tot 'n organisatie te komen.

### SNIJTIJDENBESLUIT

Bij het punt *belangenbehartiging* denk ik aan een drietal hoofdpunten. Het eerste is op dit moment de werkloosheid. Dit is een algemeen probleem, maar de scheefheid van de verdeling van het bestaande werk onder artsen is uniek. Aan de ene kant werken artsen zich ongezond met werkweken tot 100 uur. Aan de andere kant staan honderden artsen te dringen om alsjeblieft iets van deze werklast over te mogen nemen. De inkomensverdeling is minstens zo scheef. Hoe simpel lijkt de oplossing, gewoon een betere verdeling van arbeid en inkomen. Als één van de zovele werkloze artsen, artsen met een baan op grond van een vijfde keus, moet ik helaas constateren dat het probleem van werkloosheid onder artsen niet opgelost zal worden dankzij de KN.M.G.

Een tweede belang vind ik goede arbeidsomstandigheden, geregeld in een C.A.O., met controle op de naleving ervan. Daartoe zouden artsen moeten vallen onder de Arbeidswet,

waarbij een wettelijke werkweek van 40 uur moet worden vastgelegd hetgeen controle door de arbeidsinspectie mogelijk maakt (het zogenaamde snijtijdenbesluit).

Een derde belang ligt in het scheppen van goede en eerlijke mogelijkheden om het beroep van arts uit te oefenen, zonder eerst kapitale bedragen over of onder de tafel te moeten overhandigen. Afschaffen van de huidige goodwillpraktijken is daarvoor een eerste, het afschaffen van het kleine middenstanderschap een laatste stap.

Een algemene opmerking over belangenbehartiging moet ook gemaakt worden. Mijn belang wil ik altijd proberen te zien in het kader van de maatschappelijke verhoudingen. Als mijn belang zie ik op dit moment niet een uitbreiding van het terrein van de gezondheidszorg. Juist een betere verdeling van het werk, en daaraan gekoppeld ook inkomen, leidt mijns inziens tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg. De lange werktijden van met name assistenten leiden er namelijk toe, dat zoveel mogelijk patiënten zo routinematig mogelijk worden verwerkt. Vaak is er veel te weinig tijd en energie om voldoende aandacht te schenken aan de individuele patiënt. Dit geldt zowel voor het medisch-technisch gebied, als voor het "bejegeningaspect".

Op *ideologisch terrein* vind ik het veel moeilijker om aan te geven wat ik van een vereniging van artsen verwacht. Hier volgen een aantal punten waaraan in elk geval voldaan zal moeten worden. Er moet met spoed een goede en volledige volksverzekering voor de dekking van ziektekosten komen. Vanuit een solidariteitsbeginsel gedacht, moet het huidige financieringsstelsel op de helling. Daaraan gekoppeld zal ook het honoreringssysteem voor artsen moeten veranderen. Zonder direct te willen spreken over nationalisering van de gezondheidszorg, vindt ik wel dat een verrichtingsvergoeding een slechte zaak is. Je mag van artsen toch verwachten dat ze proberen kwalitatief zo goed mogelijk te werken, zonder een dergelijke prikkel... Een dienstverband spreekt me meer aan. Veel fundamenteeler nog moet er gewerkt worden aan veranderingen in de gezondheidszorg. Zowel in het ziekenhuis als in de eerste lijn moet de té centrale plaats van "de dokter" ter discussie gesteld worden. Samenwerking van alle disciplines vanuit een gelijke inbreng, zij het met verschillende deskundigheid, moet het ouderwetse, hiërarchische systeem vervangen.

## MAATSCHAPPELIJK MONSTRUM

In het voorafgaande heb ik proberen duidelijk te maken op grond waarvan ik zou willen kiezen voor een beroepsorganisatie. Daarbij heb ik voorbeelden proberen te geven die ook duidelijk maken waarom ik me niet echt thuis voer in de bestaande artsenorganisatie, de KN.M.G. en wel in de L.B.B., of liever nog een breder vervolg daarvan. Ik wil mij nadrukkelijk niet afzetten tegen de KN.M.G. en haar onderorganisaties. Ik denk alleen dat één organisatie van artsen een maatschappelijk monstrum is. Die verhuult de ideologische en politieke verschillen tussen progressieve en meer behoudende artsen. De inschatting, dat een ruime meerderheid van de artsen tot juist die behoudende groep behoort, zelfs relatief behoudend is ten opzichte van maatschappelijke verhoudingen speelt hierin ook een rol. Ik vrees dat ik met pensioen ben, voordat ik binnen de KN.M.G. ook maar iets verwezenlijkt zou hebben van mijn idealen.

Het probleem is echter, *hoe organiseer je het progressieve deel van de artsen en medisch studenten*. Eensgezindheid is nooit een sterke kant van deze groep geweest. Versplintering is meestal troef, op grond van al dan niet subtiele meningsverschillen. Ook bij de oprichting van de L.B.B. leek het mis te gaan. Er waren harde tegenstellingen tussen "belangenbehartigers" en "ideologen". Gelukkig waren beide kampen doordrongen van de noodzaak van één sterke vereniging. Een gevolg van die discussie is wel geweest dat de L.B.B. zich vooralsnog alleen op basisartsen richt. Huisartsen en specialisten kunnen slechts ondersteunend lid worden, waardoor ook de L.B.B. moeilijk als spreekbuis op kan treden van "de" progressieve artsen. En het is juist zo noodzakelijk dat er een sterke en grote vereniging komt, die dat wel kan! Nog steeds vindt slechts de KN.M.G. erkenning als beroepsorganisatie, als het gaat om contacten met de overheid, financiers en instellingen in de gezondheidszorg. Eén van de belangrijke beleidspunten van de L.B.B. is het streven naar erkenning als gesprekspartner, maar eigenlijk zou ze zich dan om moeten vormen in een "LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN" om die pretentie waar te kunnen maken. Ik ben er van overtuigd dat het mogelijk is om daar langzamerhand naar toe te groeien. Op korte termijn hoopt de L.B.B. rond de tafel te zitten met een aantal andere progressieve organisaties zoals onder andere LAMBDA, LP.H.

en Stop de Artsenstop. Het initiatief tot een gesprek is inmiddels genomen, met het doel om tot een regelmatig overleg te komen. Het is te hopen dat al deze organisaties, de L.B.B. inclusief, ook met het oog op een langere termijn serieus willen nadenken over de mogelijkheid van een structureel contact. Een goede mogelijkheid daarvoor is het instellen van een platform. Dan kunnen alle organisaties aan het overleg deelnemen, zonder dat ze bang behoeven te zijn om iets van de eigen identiteit te verliezen. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor de L.B.B. Als jong(st)e organisatie heeft zij zich nog niet vastgelegd in al te detaillistische standpunten. Het is tenslotte niet de bedoeling om te verzanden in eenzelfde discussie als die rond de samenwerking van "klein links". Ook de uiteindelijke plaats van de L.B.B. in een bredere

organisatie staat niet bij voorbaat vast. Zij heeft als doelstelling in de statuten opgenomen:

*"te komen tot de oprichting van een organisatie van artsen en medisch studenten met als doelstelling 'de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg'".* Hiermee wordt in het midden gelaten of de L.B.B. een afzonderlijke plaats nastreeft, of daar in op wil gaan. Slechts de noodzaak van één vereniging van progressieve artsen moet duidelijk zijn. Daarmee kan druk op het overheidsbeleid worden uitgeoefend, als tegenwicht tegen alle behoudende krachten in de gezondheidszorg. Bovendien kan binnen zo'n vereniging mogelijk gewerkt worden aan kwalitatief goede alternatieven voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Samenwerking heeft de toekomst! ••

mogelijk in het geval van praktijkverkleining), dan kies ik voor kwaliteit, en de LHV meestal voor de centen. Maar die keus vloeit niet automatisch uit de doelstellingen van de organisatie voort en het gaat er nu maar om dat er voldoende leden actief worden, die erop wijzen dat het ook anders kan. Natuurlijk kan de "functionele" tweede doelstelling van de LHV (bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening - red.) heel goed een legitimatiefunctie vervullen, die de materiële belangenbehartiging alleen maar effectiever maakt. Maar zij kan ook benut worden om het idee, dat er nog andere waarden zijn na te streven dan een goede financieel-economische positie van de huisarts, in brede kring door te laten dringen, inclusief de consequentie dat er weleens keuzes gemaakt moeten worden die niet (helemaal) stroken met dit materiële belang.

Uit de tweede doelstelling van de LHV zijn al de activiteiten op het gebied van nascholing en toetsing en het basistakenpakket van de huisarts voortgekomen, alsmede de relaties met de organisaties van de andere disciplines in de eerste lijn. Ook het LHV-vestigingsbeleid bevat in oorsprong voornamelijk "functionele" elementen (dagtaakprincipe, praktijkverkleining, part-time werken, het aan banden leggen van goodwill en andere financiële aspecten van praktijkoverdrachten, maar dit is later overwoekerd door de behoefte aan bescherming van de gevestigde belangen. Verder schept de functionele doelstelling de mogelijkheid om duidelijk te maken dat niet alle huisartsen hetzelfde zijn, niet allemaal op dezelfde wijze het vak willen beoefenen, en derhalve ook niet allemaal dezelfde kijk hebben op elementen van materiële belangenbehartiging. In de prioriteitsstelling binnen de LHV is nog wel de dominantie te onderkennen van de wat ouder wordende, solistisch werkende, mannelijke plattelandsartsen. Maar specifiek beleid voor samenwerkers, dienstverbanders, vrouwen en praktijkzoekenden, wordt door de LHV gevoerd, of is in ontwikkeling. De bijbehorende speciale beïnvloedingskanalen voor die groepen binnen de club zijn of worden geschapen. Tot voor kort kende de LHV dat nog uitsluitend voor de slinkende groep der apothekhoudende huisartsen. Uiteraard is dit "vakbondswerk" onder artsen een kwestie van geduldig handwerk en compromissen sluiten, omdat voor nieuwe en afwijkende beleidslijnen niet makkelijk meerderheden worden bereikt. ••

## Strijden met...

**Gerret Salemink, huisarts en L.H.V.-bestuurslid; hij schrijft dit artikel op persoonlijke titel.**

De strategiediscussie voor "andersdenkende" dokters is bij deze geopend, schrijft de redactie in de inleiding bij het artikel "Progressief of praktijkzoekend" van Henk de Vries in het vorige nummer van dit tijdschrift. In feite is het artikel niet zo duidelijk over de vraag of het nu om dit andersdenkend-zijn gaat, of om iets anders. In de titel al, is het dilemma weergegeven waar Henk de Vries zich voor gesteld ziet; het dilemma van de P van IPH zal ik maar zeggen. De vraag dus, of je je nu op het criterium van werkloos-zijn organiseert, of op het criterium van andersdenkend-zijn, progressief met name. Wanneer je de stelling wilt verdedigen - en dat doet Henk de Vries - dat je je vooralsnog niet in de KNMG/LHV moet organiseren, is het door elkaar halen van beide criteria een handicap, vind ik. Anders gezegd: zou je als progressieve arts ook voldoende reden hebben om je buiten de KNMG/LHV te organiseren, als je niet óók nog werkloos was en geconstateerd had dat de standsorganisatie van artsen vooral de gevestigde belangen behartigt en zich te weinig aan het werkloosheidsprobleem gelegen laat liggen?

### OPEREREN BINNEN DE LIJF

Ik vind dat je als progressieve arts in principe daar moet gaan werken

waar de massa zich bevindt en dat is wat de artsen betreft: in de standsorganisatie. Dit betekent niet dat ik het nut van organisaties, of actiegroepen van progressieve artsen als zodanig, of rond een bepaalde problematiek (dat kan werkloosheid zijn, maar ook oorlog en vrede bijvoorbeeld) niet zou zien. Maar in mijn ogen zou het werken in de standorganisatie ook altijd onderdeel van de strategie van progressieve artsen moeten zijn. In het geval van de KNMG biedt juist de *combinatie* van belangenbehartiging met beleid op het punt van de ethiek van het vak, daartoe goede mogelijkheden. En wat de LHV betreft: in de loop van de jaren zeventig veranderde ook van de huisartsenorganisatie de doelstelling van pure materiële belangenbehartiging, naar de combinatie van belangenbehartiging en bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Bevorderen van het functioneren van de huisarts noemt men dat. Daardoor zijn ook hier naar mijn idee goede mogelijkheden ontstaan voor progressieve huisartsen, om binnen de beroepsorganisatie te opereren. Het is doodzonde dat dit niet méér gebeurt.

Je kunt wel zeggen, zoals Henk de Vries doet: als er spanning of tegenstrijdigheid ontstaat tussen de doelstelling van kwaliteitsbevordering en die van belangenbehartiging (zoals

Vervolg vu: pag. 29  
Voor de dood is iedereen ongelijk

dan gezondheidszorg, als aan mogelijkheden om te komen tot normdifferentiatie voor de toewijzing van middelen. Zo is er de vraag of de normen voor het aantal ziekenhuisbedden per regio aangepast moeten worden ten behoeve bevolkingsgroepen waarvan 'bekend' is dat zij meer dan andere groepen gebruik maken van ziekenhuisvoorzieningen (bijv. lagere sociale klassen, etnische minderheden)(12J. Mogelijk wordt als gevolg hierop een-onderzoek naar regionale gezondheidsverschillen in de provincie gestart. Daarmee raken sociale ongelijkheid voor de dood, voetangels en klemmen en andere problemen de wereld nog niet uit. Het is echter wel een stapje in de goede richting. ••

Noten:

1. Zie voor een systematisch literatuur-overzicht: I. Jansen, P.J. van der Maas, J.D.F. Habbema en G.A. de Jong. 'Medische en maatschappelijke determinanten van sterfte in hoogontwikkelde landen, 1870-1980'. NPDO-rapport nr. 17, Voorburg 1983.
2. Er is vooralsnog geen aanleiding om te veronderstellen dat de beschreven onderzoeksresultaten niet ook voor Nederland zouden gelden. Zo heeft het vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam uitgewezen dat over de periode 1971-1976 de zuigelingensterfte in arme buurten hoger was dan in rijke buurten, en dat er tussen inwoners van de meest welvarende wijk en die van de meest gedeprievde wijk een verschil in (gemiddelde) levensverwachting van 5 jaar bestond. Zie hiervoor: 'Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam', Amsterdam 1980.
3. Een uitzondering is bijv. de stijging van sterfte aan ischaemische hartziekten bij mannen, vanaf ± 1950, en later ook voor vrouwen. Voor mannen heeft dit voor het eerst in deze eeuw tot een daling van de gemiddelde levensverwachting geleid.
4. Met economische positie wordt hier bedoeld: het al dan niet hebben van betaald werk, en de verschillende groepen zonder betaald werk (huisvrouwen, zieken, langdurig zieken en gehandicapten, werkzoekenden).
5. Tot op heden betreft veel onderzoek naar sociaal-economische sterfteverschillen vooral de relatie tussen sterfte en beroep c.q. op beroep gebaseerde sociale klasse voor mannen en gehuwde vrouwen. Gehuwde vrouwen worden op grond van het beroep van de echtgenoot in sociale klassen ingedeeld. Veel minder vaak wordt óók gebruik gemaakt van het beroep en de sociaal-economische positie van vrouwen.
6. Dit heeft ongetwijfeld ook te maken met leeftijds- en oorzaaksspecifieke sterftekansen. Tot de leeftijd van 35 jaar is 'ongevallen, vergiftiging en geweld' de meest voorkomende oorzaak van overlijden; op hogere leeftijd is kanker een veel belangrijker doodsoorzaak. En de sociaal-economische sterfteverschillen zijn voor ouderen kleiner dan voor jongeren. Dat laatste is mogelijk mede een gevolg van kleinere sociaal-economische verschillen c.q. minder sociale ongelijkheid bij ouderen? Bovendien speelt de invloed van verouderingsprocessen daarbij een rol.
7. Eind 19e en begin 20e eeuw zijn in Nederland verschillende onderzoeken naar sterfte en beroep, en naar zuigelingensterfte, sociaal-economische en demografische factoren verricht (zie bijv.: F. van Poppel 'Sociale ongelijkheid voor de dood; het verband tussen sociaal-economische positie en zuigelingen- en kindersterfte in Nederland in de periode 1850-1940'. T.v.Soe. Gesch. 8 (27), 231-282, 1982).  
Zie verder voor een overzicht: Frans van Poppel 'A review of research into the socio-economie determinants of mortality in the Netherlands since the second world war'. CICRED, Socio-economie differential mortality in industrialized societies, nr. 1, 67-76, Parijs 1981.
8. A.J. Fox, P.O. Goldblatt 'Socio-demographic differentials in mortality'. Longitudinal Study, serie LS nr. 1, HMSO Londen 1982.
9. 'Onderzoek naar de mogelijkheden van een doodsoorzakenstatistiek, gedifferentieerd naar sociaal-economische kenmerken'. CBS 1983.
10. Voor ref. zie noot 2.
11. J.P. Mackenbach, M. Engels 'Regionale gezondheidsverschillen'. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg. NIPG/TNO Leiden, oktober 1984.
12. In verband met beantwoording van die vraag werd gewezen op een (mogelijk) verband tussen een hoger gebruik van tweedelijnsvoorzieningen en een lager gebruik van preventieve en eerstelijnsvoorzieningen door genoemde groepen, hetgeen nader onderzocht zou moeten worden.

Vervolg van pag. -49  
Bet net sluit zich

Voordat je als nummer hondervijftig op de wachtlijst aan de beurt bent, is je registratie als huisarts al verlopen. Te meer daar het getal 2500 zal worden gehanteerd, hetgeen nu al hoger ligt dan het gemiddelde aantal patiënten per huisarts.

En die 'witte plekken', waarover wordt gesproken? 'Die kunnen toch

het best worden opgezocht door de mensen die daar een belang bij hebben! ••

Noot:

1. (Zie voor uitgebreide informatie over deze wet het artikel van Peter van Lieshout en George Freriks in dit nummer, red.).

# Fotoreportage: Zwakzinnigenzorg



Het is 8 december 1984, in Nijmegen wordt feest gevierd. Ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de LOMZ wordt een manifestatie gehouden onder het motto 'Zelf aan Zet'. Zet(Z) heeft alles te maken met zwakzinnige mensen, mensen die niet betutteld willen worden maar heel goed zelf weten wat ze willen.

Het werd een heel gezellige dag met hier en daar doller pret, afgewisseld met door ogenblikken van ontroering en tederheid. De bordjes zwakzinnig waren voor de gelegenheid eens niet omgehangen. 'Om te dansen hoef je die rolstoel helemaal niet uit, dat gaat ook heel goed als je erin blijft zitten. Laten we elkaar J71001 gaan schilderen, de gezichten schminken; hé, daar maken ze een videofilm en ginds vertelt iemand hoe moeilijk het is om met anderen samen te leven'.



Eén van de hoogtepunten op deze dag was de overhandiging van het eerste exemplaar van het fotoboek 'Ongewoon? Gewoon! (1) 'Eigenlijk zou het doodgewoon moeten zijn dat zwakzinnige mensen in de samenleving wonen en recreëren. Op sommige plaatsen is het ook al heel gewoon. Maar dat gaat niet vanzelf. Zwakzinnige mensen moeten hard werken om hun eigen plekje in de samenleving te bevechten. En de samenleving moet een handje uitsteken om ze erbij te helpen', aldus de samenstellers van het boek. Rob Huibers en Jos Lammers zijn met hun camera's op pad geweest om het bevechten van dat eigen plekje vast te leggen. Op plaatsen als Huize Den Berg in Goes, De Hafakker in Noordwijkerhout, Het Kruispunt in Middelburg en 't Zand in Utrecht staan 'emancipatie' en 'integratie' al jarenlang hoog in het vaandel. Geen foto's dus van sombere inrichtingen, geen verhalen over isoleercellen, geen beelden van machteloos huilende ouders en weggevoerde pupillen. Het boek laat zien hoe het wél kan.

## LOMZ

Wat is dat, die LOMZ? 'De LOMZ is een samewoepet van allerlei men-



Foto: Rob Huibers.

sen, dat vind ik het leuke ervan. Het is een samenspel van ouders, werkers en belangstellenden. De LOMZ is een vriendenclub met progressieve ideeën over gezondheidszorg. Officieel staat LOMZ voor Landelijke Organisatie Moderne Zwakzinnigenzorg en zij heeft haar wortels in Nieuw Denedal. De LOMZ beweest zich op de golven van de tijd en probeert zelf beroering te weeg te brengen(2).

Noten

1. 'Ongewoon? Gewoon'; Rob Huibers, Jos Lammers, Hans van der Wielen. Utrecht (STICHTING MAANDBLAD KLIK, 1984 ISBN 90-71177-01-7).
2. Aldus Frans van der Past, bestuurslid LOMZ, in het boek 'Na Denkendal... Op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg'; Hans Spijker en Goof van de Wijngaart, Utrecht (Trezzo).



Goof van de Wijngaart



Foto: Rob Huibers

# KORT & GOED

## Kort en Goed

Stuur scripties, folders, nota's en boeken die u signaleerd wilt zien; aankondigingen die u wereldkundig wilt maken; opmerkingen die u op het hart hebt; bondige berichten en andere informatie op naar: Kort en Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, postbus 275, 3500 AG Utrecht.

## Grenzen

Onder de titel 'Gekte zonder grenzen, hoe de gekkenbeweging de psychiatrie overbodig maakt' hebben een Nederlander, een Deen, en een Amerikaanse een boek geschreven over de internationale gekkenbeweging. 'De gekkenbevrijdingsbeweging is voor mij - en voor vele anderen - in zichzelf een alternatief voor de psychiatrie geweest. Soms was het hard werken, maar met resultaat', schrijft één van hen. In het boek een verslag van de stand van zaken in de bewegingen in de drie verschillende landen, en een beschrijving van een flink aantal alternatieve projecten. Het boek is te bestellen bij uitgeverij Haktol (die het heeft uitgebracht, omdat de oorspronkelijke uitgever, Lont en Raket, een proces aan haar broek gekregen heeft en het risico niet wilde lopen dat 'Gekte zonder grenzen' daar de dupe van zou worden). Adres: postbus 1252, Nijmegen. Giro: 2221311. Prijs: f 15,- + f 4,25 porto. Inlichtingen: 080-229838.

## STELSEL

De ziekenfondsen roeren zich. Nu is er één, het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland, die een nota heeft uitgebracht met voorstellen voor een ziekenfondsregeling waarin zowel werkenden als niet-werkenden zijn ondergebracht. 'Naar een sociaal ziekenfondsstelsel' heet de nota. 'Het plan herstelt enerzijds de solidariteit en laat anderzijds voldoende ruimte voor een individuele benadering', zo prijst het zichzelf aan. Ook zou het evenwichtiger en goedkoper zijn dan de plannen die momenteel op het ministerie circuleren. De oplossing die het RZMN aandraagt is een integratie van de gehele vrijwillige en bejaardenziekenfondsverzekering in de verplichte verzekering. Daarin worden bovendien overige categorieën van personen bijvoorbeeld ambtenaren, met een inkomen beneden de loongrens ondergebracht. Men heeft zich gehouden aan series randvoorwaarden en het zaakje door laten rekenen door mensen van de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Inlichtingen: RZMN, postbus 8125, 3503 RC Utrecht; tel. 030-322244.

## HIT ZWIJGEN

'Het zwijgen achter het spreken' is de titel van de doctoraalscriptie van Riky van Og, en de ondertitel luidt: 'Een analyse van een feministische hulpverleningsvorm'. Deze scriptie is uitgegeven in de serie Marge-teksten: en niet voor niets. Ze is het waard gelezen te worden. Om te beginnen een schets van de achtergronden van het ontstaan van feministische hulpverlening: volgens Riky van Og valt die niet te begrijpen met een term als 'bewustwording'. Het is niet zo dat er in de eerste plaats iets in het bewustzijn van vrouwen veranderde: er veranderde iets in haar situatie. Alle tegenstrijdige eisen en verwachtingen daarin leverde onzekerheid op. (Psycho)therapie leek een geschikte manier om die onzekerheid te lijf te gaan. De therapie zoals die in de instituties van de AGGZ voorhanden was, kwam echter niet aan de wensen tegemoet. Riky van Og sympathiseert volledig met de zoektocht naar feministische alternatieven. Als ze zich verdiept in één van die alternatieven, de FORT (Feministische Oefengroepen Radicale Therapie), krijgt ze echter gaandeweg een gevoel van onbehagen. In haar scriptie gaat ze daar zorgvuldig mee om. Ze geeft eerst de visie waar men in de FORT vanuit gaat weer, en illustreert die op een overzichtelijke manier met citaten uit een aantal interviews. Daarna volgt een evaluatie. Daarin zet ze haar eigen, lang diffuus geleven, onbehagen met FORT in een aantal stappen uiteen. Ze vraagt zich af of er niet iets mis is met de strenge eis die FORT aan vrouwen stelt om zichzelf ter hand te nemen, aan zichzelf te willen werken, zichzelf helemaal uit te spreken - alsof dat allemaal zomaar gaat, moet kunnen gaan. Ze keert zich tegen het eindeloze optimisme en de stelligheid waarmee elk probleem 'bespreekbaar' wordt geacht, en van iedereen verwacht wordt dat ze 'keuzes' maakt. Riky van Og draagt geen nieuwe therapie aan: ze probeert 'twijfel te zaaien waar jullie stellig zijn'. Met die stelligheid worden immers al te makkelijk oplossingen gesuggereerd waar ze niet zijn, en worden vrouwen die zwijgen weggestuurd. 'Bewust kiezen', 'geborgenheid in de groep', 'communicatie', zijn misschien al te kunstmatig, al te klassiek vrouwelijk ook.

Misschien, zo besluit de epiloog, een 'brief aan een hulpverleenster', gaat er juist achter het zwijgen een werkelijkheid schuil waar we nog geen woorden voor hebben. Te bestellen door f 11,- over te maken op: giro 1576676, t.n.v. penningmeester SMP, Havensingel8, 5211 TX Den Bosch, o.v.v. Margetekst nummer 8. Inlichtingen 073-137295.

# Medica

Op de vakbeurs Medica zal dit jaar ook een stand te vinden zijn waar men het materiaal dat gemaakt wordt door het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders kan bekijken, en wel stand nummer 5150. Tal van folders in Turks of Marokkaans gesteld, een voedingsadviespakket, pakketten voor groepsvoorlichting, videomateriaal en ga zo maar door.. Medewerkers van het bureau zijn aanwezig om een en ander mee te bespreken.

In dezelfde stand zijn bovendien mensen van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen aanwezig, met voorlichtingsmateriaal gemaakt voor Vietnamezen, en graag bereid tot het uitwisselen van informatie.

# PREMENSTRUEEI

'In populaire vrouwenbladen en medische bladen is het PMS (premenstrueel syndroom) vaak onderwerp van een artikel of van een advertentie voor een geneesmiddel tegen de klachten. Uit deze artikelen komt naar voren dat heel veel vrouwen last moeten hebben van het PMS; er worden percentages genoemd van 70-90% van alle vrouwen en 20-40% die er zelfs tijdelijk lichamelijk of geestelijk door uitgeschakeld zijn... Het idee dat bijna 70% van alle vrouwen aan een ziekte lijden, en behandeling nodig zouden hebben, lijkt een vreemd idee.'

Vanuit haar verwondering over dit vreemde idee kwam Marja Kuijpers ertoe de medische en farmacologische literatuur met betrekking tot PMS nauwkeurig door te lezen. Ze doet daarvan verslag in haar scriptie 'Het premenstrueel syndroom: een farmacotherapeutisch behandelbare ziekte?' De verschillende definiëringen van PMS staan overzichtelijk bij elkaar zodat goed naar voren komt hoeveel onderlinge tegenstrijdigheden ze vertonen. De onderzoeken naar mogelijke geneesmiddelen tegen 'PMS' worden aan de toets van de officiële richtlijnen voor geneesmiddelenonderzoek onderworpen en vallen daarbij haast allemaal door de mand. Die onderzoeken die methodisch verantwoord lijken te zijn uitgevoerd, leveren geen van alle een middel op dat beter werkt dan een placebo. Marja Kuijpers kwam tot haar preciese vraagstelling in samenwerking met vrouwen van het Vrouwengezondheidscentrum in Utrecht.. Dat zal op grond van deze resultaten vast niet besluiten hormonen-toediening bij premenstruele klachten als nieuwe verworvenheid voor vrouwen aan te gaan prijzen: integendeel! Wie dit heldere, zakelijke werk zelf na wil lezen kan het bestellen door f 7,50 over te maken op giro 1412 van de ABN-bank, op banknummer 55.54.98.379 t.n.v. Social Pharmacy Utrecht, met vermelding van 'literatuuronderzoek premenstrueel syndroom'. Voor meer informatie: Sociale Farmacie, Rijksuniversiteit Utrecht, tel. 030-332316, toestel 249, L. Blom.

De Medica wordt gehouden van 19 tot en met 22 maart in de Jaarbeurs in Utrecht.. Open van 9.30 tot 17.00 uur; donderdag van 9.30 tot 21.00 uur.

# Dilemma's

Op 22 maart vindt er in Nijmegen een symposium plaats met als titel: 'In dubio, ethische dilemma's in de zorgverlening'. In de ochtend zijn er een aantal inleidingen, waarbij ethische dilemma's vanuit het gezichtspunt van de verpleegkundige en vanuit dat van patiënten belicht zullen worden. 's Middags kan men zich in workshops buigen over vragen met betrekking tot euthanasie, dwangbehandeling of privacy. De dag wordt afgesloten met een forum. Inlichtingen: 030-512321.

# De komma

Op vrijdag 29 maart a.s. vindt er een symposium plaats over de (dreigende) opkomst van de commercie in de gezondheidszorg. 'Gezondheidszorg achter de komma' krijgt het als titel mee, en het wordt georganiseerd door De Aemstelhorn en de Stichting Sympoz. Na een algemene inleiding en twee bijdragen onder het kopje 'Op naar de commercie?', wordt de zaak belicht vanuit achtereenvolgens het management, de patiëntenkant, en de verpleegkundige praktijk. 'Zal vanaf 1985 het roer in de gezondheidszorg radicaal omgegooid worden? Zal de gezondheidszorg een groot commercieel bedrijf worden, waarbinnen openlijke concurrentiestrijd en het maken van winst plaats gaan vinden? Zullen werkers in de gezondheidszorg zich om economische redenen, meer dan tot nu toe, moeten richten op de vraag van de patiënt?' Om dergelijke vragen zal het gaan, de 2ge in Amsterdam, in de aula van de Vrije Universiteit. Wie er bij wil zijn kan een inschrijvingsformulier aanvragen: tel. 020-447803.



## ZEVEN WEKEN GRATIS DE GROENE IN DE BUS

### Weet wel wat u daarmee in huis haalt

Een eigenzinnig opinieweekblad, dat nooit of te nimmer de mensen naar de mond zal praten.

Met De Groene valt niet te marchanderen. Het blijft een blad dat soms veel eist van zijn lezers.

De Groene is links, graaft diep, analyseert helder. Doet dat zonder dogma's te hanteren, groepen te ontzien of vooroordelen te bevestigen.

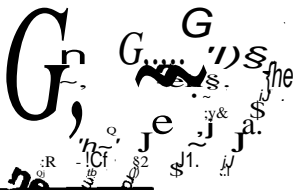
De Groene is voor alle mensen, links en iets minder links, mensen die bereid zijn hun mening te toetsen aan opinies van anderen.

De Groene is onafhankelijk, al 108 jaar.

Een massablad is De Groene nooit geweest, zal het ook nooit worden.

Dat hoeft ook niet. Maar nieuwe abonnees zijn vanzelfsprekend altijd welkom!

De eerste zeven weken gratis. Als u nu abonnee wordt, krijgt u het eigenzinnigste en meest dwarse blad van Nederland de eerste zeven weken gratis. Daarna gaat het abonnement in.



## BON

Bon in open enveloppe sturen naar De Groene Amsterdammer, Antwoordnummer 26, U100 P.A. Amsterdam. Een postzegel is niet nodig.

Ik word abonnee van De Groene

Ik betaal na ontvangst van een acceptgirokaart (de eerste keer minus zeven nummers):

Naam .....

u f 32,- per kwartaal

Adres .....

o f 62,- per half jaar

Postcode en plaats .....

o f 120,- per jaar

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

### Aanmeldingen en inlichtingen:

Denhard de Smit, Taandwarsstraat 27, 1013 BV Amsterdam, tel. 020-241685

## EEN EIGENZINNIG VAKTIJDSCHRIFT

### PSYCHOLOGIE EN MAATSCHAPPIJ

P & M informeert, signaleert en probeert op het grensgebied van psychologie, cultuur en politiek

P & M 30, maart 1985 gaat over VERNIEUWING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Bijdragen over deinstitutionalisering in Amsterdam, beleving van dementie in het verpleeghuis, de angel van de preventie in de RIAGG, de architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis

Verder aandacht voor Sovjetpsychologie

Interview, de vernieuwingsdrang van de *therapeutische gemeenschap*

Diskussie, *kindermacht, homoseksuele psychologie, ontzielde psychologie*

Opinie, Trimbos over de GGZ-Nota

Van der Reyden

P & M 31, juni 1985: DE HAAT-LIEFDE VERHOUDING TUSSEN PSYCHOANALYSE EN POLITIEK

P & M, 150 p. voor f 16,50

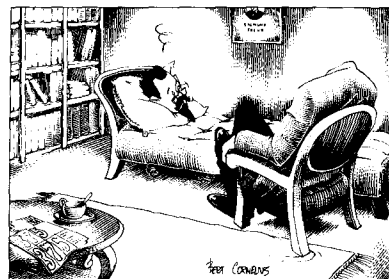
Abonnement: SUN-Uitgeverij, 080-221700

4 x P & M voor f 48,50 (of f 38,50)

Voor snelle beslissers twee gratis nummers 'uit 1983

### BIJ Macula:

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



U kunt een setje kaarten van 8 stuks bestellen door het bedrag over te maken OP giro nr. 5441758 t.n.v. uitg. Maquette Boskoop. (1 setje kaarten f 4,- plus f 1,40 porto/ bij 2 t/m 3 setjes f 2.10 porto/ bij 2 t/m 8 setjes f 2,80 porto) of u kunt gebruik maken van de bestelbon in dit nummer.