

TIJDSCHRIFT VOOR

NR. 2 1985 Losse nummers fl. 8,50

GEZONDHEID

& POLITIEK

DE ÉÉN Z'N  
DOOD..

Bedden in de  
eerste lijn

Het convenant:  
LHV sluit pijnloos  
compromis

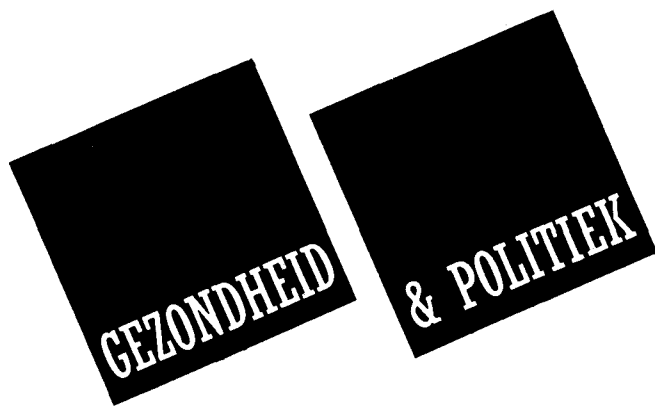
Interview  
Herman Bode  
over VNZ

Drugsbeleid en  
openbare orde

Het verhaal van een  
internist  
in opleiding







## Krankzinnigen en de Kamer

### Problemen rond de BOPZ

Gekken moeten het in Nederland al 100 jaar met de zelfde wet stellen. De rechtspositie van hen die opgenomen moeten worden is daardoor naar huidige maatstaven niet erg zonnig te noemen.

Een vervanger voor de antieke Krankzinnigenwet staat al 15 jaar lang op stapel, de BOPZ ofwel de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. In 1983 heeft de Tweede Kamer die BOPZ aangenomen. Of daarmee ook werkelijk de invoering in zicht is is echter nog maar de vraag. In de Eerste Kamer bestaat aanzienlijke kritiek op het wetsontwerp, kritiek die zich vooral richt op de reikwijdte van de wet en op de beperkte beroepsmogelijkheden die zij biedt. Het wachten is nu op de regering. Zij zal moeten reageren op de vele vragen die in de Eerste Kamer bij het wetsontwerp zijn geplaatst.

Naar verwildt zal ook met die reactie niet al te veel haast worden gemaakt. De zomervakantie zit er ook voor de bewindslieden weer aan te komen.

Pagina 43

## Knollen voor citroenen

### LBV sluit pijnloos compromis

Nog nooit leek de Landelijke Huisartsen Vereniging zó bereid zich aan regels te binden. Een wettelijke vestigingsregeling, afschaffing van de 'goodwill' bij praktijkovername en nog andere afspraken.

De overeenkomst tussen de LHVen staatssecretaris Van der Reijden, het zogenaamde convenant, houdt echter veel meer in dan een simpele afsprakenlijst. Met dit convenant drukt de LHVen duidelijk stempel op de Tweede Kamerdebatten over het vestigingsbeleid die naar verwachting in september '85 gevoerd zullen worden. [oop Dopper, vrijgevestigd huisarts en bestuurslid van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen, beschrijft de inhoud van het convenant, de mogelijke consequenties en de verbazende vrijgevigheid van de staatssecretaris.

Pagina 13

## De één z'n DOOD .....

In de artikelen binnen het thema 'DE ÉÉN Z'N DOOD' pendelt de aandacht tussen het sterven als een zeldzame, schokkende, extreme ervaring, en de omgang van mensen met elkaar. Tegelijk is de spanning tussen de macht van de hulpverlening en de maatschappelijke veranderingen aan de orde. Prof. Van Dantzig pleit voor het integreren van inzichten uit de psycho-therapie in de dagelijkse omgangsvormen, want: *'in de doodsangst openbaren zich door symptomen als straatvrees angsten die al veel langer bestaan, maar nu ondraaglijk worden'.*

Cas Wouters en Herman ten Kroode laten zien voor welke vragen wij worden gesteld nu de regulering van ons gedrag volgens strenge maatschappelijke normen meer en meer plaats maakt voor persoonlijk getint gedrag binnen zelf gekozen relatiepatronen. Gevoelens blijken nieuwe uitdrukkingvormen te moeten aannemen. Vanuit hun gezichtspunt doemt de vraag op of de intiemer wordende relaties niet hun weerslag moeten vinden in de omgang van hulpverleners met stervenden - juist in een tijd waarin medische techniek en schaalvergroting in het inrichtingswezen nieuwe angsten en onmachtgevoelens creëren.

Misschien vindt die beïnvloeding van de hulpverlening al plaats. Een kijkje in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis ruim tien jaar na het onderzoek van De Swaan en Van Dantzig doet belangrijke veranderingen vermoeden.

Pagina 19

## Nederland te klein voor bedden in de eerste lijn?

### Ervaringen met Community Bospitals

Het opzoeken van een zieke kennis is tegenwoordig een hele onderneming. Wijkgebonden ziekenhuizen zijn verdwenen of fuseren, de zieken verhuizen steeds meer naar de rand van de stad. Concentratie en schaalvergroting zijn het parool. Ron Helsloot laat de gevolgen zien: slechte bereikbaarheid, moeizame samenwerking tussen eerste en tweede lijn, grootschalige en onpersoonlijke zorg.

Op zich is het bekende kost. Heel wat minder bekend zijn alternatieven als de Engelse 'Community Hospitals', kleinschalige beddenvoorzieningen onder beheer van eerstelijns werkers. Helsloot beschrijft deze ziekenhuisjes - hij bestudeerde ze in opdracht van de gemeente Amsterdam - en schetst een perspectief voor soortgelijke 'wijkgasthuizen' in Amsterdam en Almere.

Pagina 6

# ARTSEN ALS EXPORTARTIKEL

De collegebanken zitten, ondanks het vroege uur, bomvol. Medische studenten in Amsterdam organiseren een onderwijsdag. Thema: "Als arts werken in het buitenland" (lees: de Derde Wereld). De meeste sprekers bewieroken uitvoerig het heldendom van de Nederlandse gezondheidswerker of -ster, en wel in het bijzonder dat van de arts. We doen daar levensreddend en zeer nuttig werk.

Het tandvlees kruipt spontaan bij me omhoog. Zijn er kritische vragen? Nee. Zijn er twijfels? Nee. Maar ach, in een situatie van dreigende werkloosheid en lange wachttijden voor assistentschappen is kritisch zijn niet meer zo belangrijk. Gelukkig kun je een "wel-of-niet-gaan"-map lezen van de Werkgroep Medische Ontwikkelings Samenwerking (WEMOS), en dan kun je kritisch gaan. Diepgaand stilstaan bij het klonen van afhankelijkheidsverhogende, dure, vrouwonvriendelijke westerse medische zorg in Derde Wereldlanden zou wel eens ongezond kunnen zijn.

De jonge gezondheidsdealer lonkt dus naar het buitenland. Maar liever doet men eerst wat ervaring op om te kijken of het werken in de tropen wel bevalt. Liefst niet te lang, liefst mét een onderzoekje, zodat het thuis ook nog telt. Medisch toerisme is in en het exportgedrag van de Nederlandse arts neemt toe. De International Health Development Foundation (IHDF), een exportcombinatie voor hi-tech zorg waarin onder andere het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Koninklijk Instituut voor de Tropen zitten, zendt artsen uit naar haar commerciële prestige-objecten.

En voor wie niet lang weg wil, dat kan ook. Een onlangs in Nederland opgerichte club van Artsen die hun Grenzen niet schijnen te kennen zendt je voor 6 maanden tot één jaar uit. De Nederlandse arts broederlijk naast kaas, bloembollen en Fokker op de Nederlandse handelsbalans.

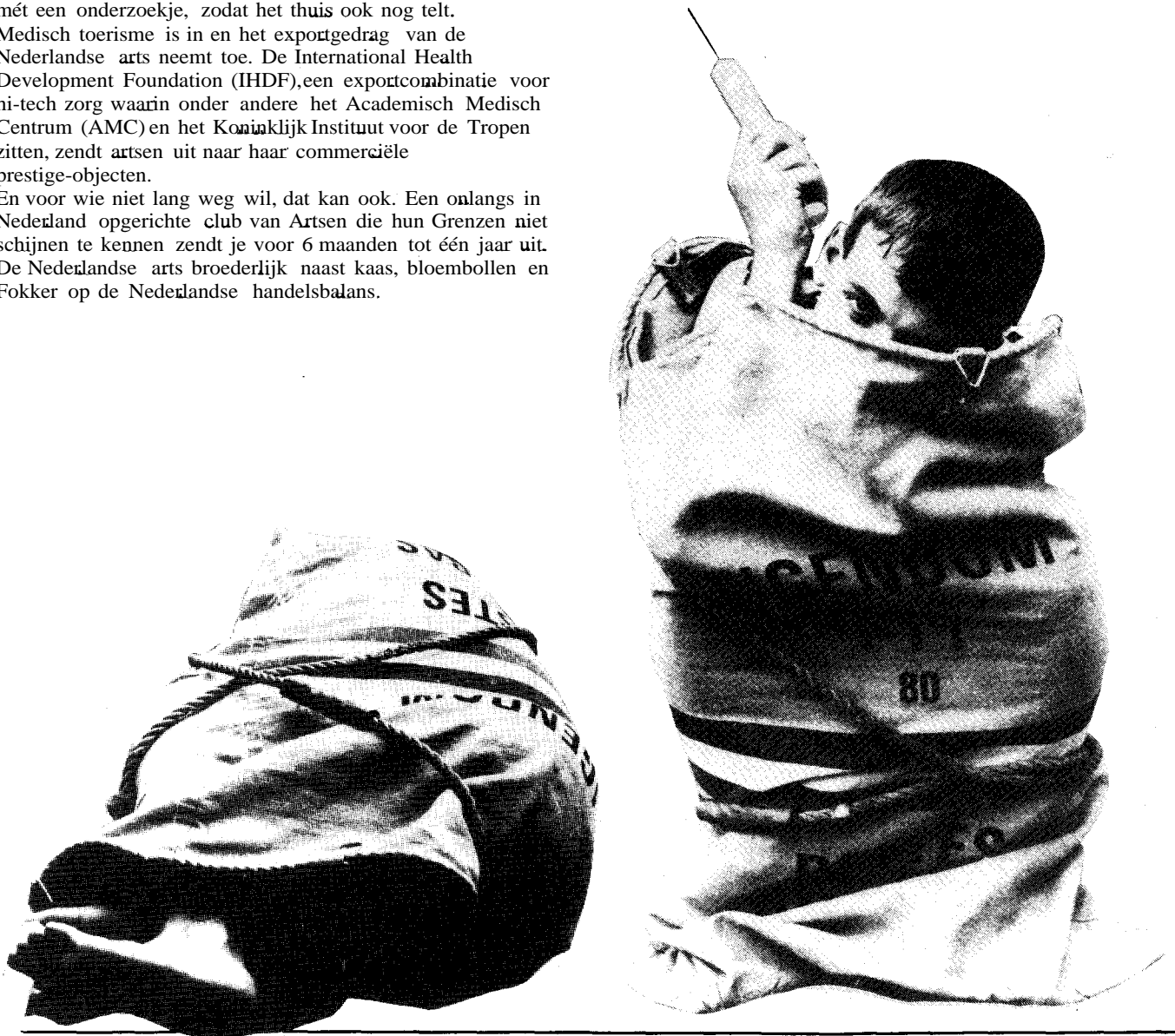
De medische stand is altijd al goed geweest in het leggen van rookgordijnen en het weven van sluiers. Het is in dit geval ook nog een tweelagige: ginds houden Nederlandse artsen de sluiers op die armoede, de politieke en economische problemen verhuult; problemen die zo vaak aan slechte gezondheid ten grondslag liggen.

In Nederland versluiert men de machtsposities van zittende artsen en specialisten. Zij krijgen uit de door hen in stand gehouden werkloosheid nog meer macht dan ze al hadden. Macht over inkomen, banen van anderen en macht op beleidsniveau.

Er is echter helemaal geen artsenoverschot, er is een banentekort.

Wie er ook allemaal voordeel bij deze versluiering hebben, gebruikers in eerste en derde wereld spinnen er in ieder geval geen garen bij.

Joost van der Meer



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

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

redactieraad: Guus Bannenberg, Paul van den Berg, Rien de Dreu, Gerard Goudriaan, Peter Groenewegen, Maria Hermesen, Erik Heydelberg, Rien Heijne, Eddy Houwaart, Paul Juffermans, André Knottnerus, Joost van der Meer, Annemarie Mol, Frits Muller, Gerrit Salemiak, Hugo Smeets, Denhard de Smit, Hans Spijker, Rein Vos, Goof van de Wijngaart en de kernredactie

ontwerp omslag: Frans Rodermans  
typografische adviezen: Victor Modderkolk  
montage: KLUS, Groningen  
tekeningen: Bert Comelius  
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 BN Nijmegen, gir.nr. 1461678

abonnements: m.i.v. komend nummer (4 nrs.): f 30,- (instellingen f 40,-).  
abonnements 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 gir.nr. 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.)

losse nummers: f 8,50; verkrijgbaar in de boekhandel of bestellen door overmaken van f 10,80 (incl. porto) aan Uitgeverij Macula.  
Oude nummers f 7,30 (incl. porto), daarbij aangeven welk nummer gewenst wordt.

Opzegging van abonnement uitsluitend schriftelijk doorgeven aan Uitgeverij Macula.

joost van der Meer

Artsen als exportartikel 4

Column

Ron Helsloot

Nederland te klein voor bedden in de eerste lijn? 6

Ervaringen met Community Hospitals

jaap Talsma

Column Opsporing verzocht 11

joop Dopper

Knollen voor citroenen 12

LHV sluit pijnloos compromis

Dorly Deeg

Bet lot der weduwen 16

Gezond oud worden is niet voor iedereen weggelegd ...



THEMA: De één z'n DOOD... 19

Cas Wouters

Geen bloemen, geen bezoek 20

Herman Ten Kroode

Over sterven en nabestaan

Sigrid Sijthoff

Column De laatste ziekte 24

Erik Heydelberg

Doodsangst 25

Gerard Goudriaan

Interview met Prof. Dr. A. van Dantzig

Denhard de Smit

"Ik ervaar niet zo dat dingen weggemoffeld worden" 29  
Werken in een kankerziekenhuis

Nadia Mazloum

Column Doodgaan in Egypte 33



Sigrid Sijthoff

"Ik ben altijd bang dat ik een afwijking over het hoofd zie" 34  
Het verhaal van een internist in opleiding

Peter Cohen

Drugsbeleid en openbare orde 31-  
Hebben opiaatgebruikers en de maatschappij tegengestelde belangen?

Ligia Hartman

"Ik heb in ieder geval onrust veroorzaakt" 40  
Herman Bode over de VNZ

Denhard de Smit

Tonny van Wassen

Krankzinnigen en de Kamer 43  
Problemen rond de BOPZ

Rón Helsloot

Congres 47  
Poverty, a crisis for babies

jos Dute

Boeken 48  
Kleinschaligheid in de psychiatrie  
Women, health and the family

Klazien Tilstra

Adri van der Bom

Reacties 50  
Strijden buiten de LHV  
Strijden binnen de LHV

Gerrit Salemiak

# Nederland te klein voor bedden in de eerste lijn?

Beddenvoorzieningen gerund door huisartsen -laat staan door de eerste lijn als geheel- zijn in ons land nooit in zwang geweest. Hét argument tegen oprichting daarvan is eenvoudig: Nederland is er te klein voor. Het heeft niet die uitgestrekte platte-landsgebieden, zoals Engeland bijvoorbeeld, waar kleine huisartsenziekenhuisjes ("Cottage Hospitals") tot op zekere hoogte in de plaatselijke behoefte konden of kunnen voorzien. Bovendien zijn we hier al overvoerd met ziekenhuisbedden. Iedereen weet zo langzamerhand, dat juist verwoede pogingen in het werk gesteld worden om het aantal bedden per 1000 inwoners naar beneden te krijgen. Enkele jaren geleden nog werd de ziekenhuiswereld opgeschrikt door een wel heel boud staaltje van overheidsbemoeienis: uit Den Haag kwam een lijst waarop met naam en toenaam stond vermeld welke ziekenhuizen zouden dienen in te krimpen,

## Ervaringen met Community Hospitals

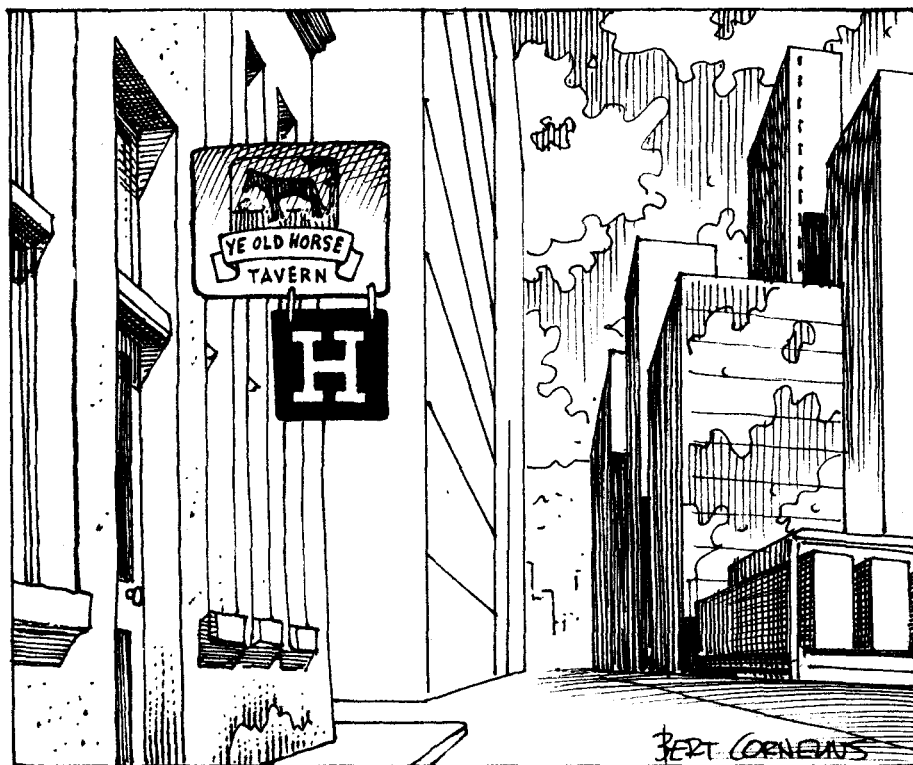
en welke geheel zouden moeten verdwijnen. Dit schot voor de boeg liep weliswaar met een sisser af, maar dat alleen wat het directe ingrijpen betrof. Het totale aantal bedden zal zeker weer omlaag moeten gaan, daaraan is geen twijfel mogelijk. Een laatste argument tegen huisartsziekenhuizen, dat ook gewone kleine ziekenhuizen betreft, is de bezorgdheid om een verminderde kwaliteit van de zorg.

Op het eerste gezicht is er weinig in te brengen tegen die argumenten

Het opzoeken van een zieke kennis is tegenwoordig een hele onderneming. Wijkgebonden ziekenhuizen zijn verdwenen of fuseren. De zieken verhuizen meer en meer naar de rand van de stad. Concentratie en schaalvergroting is het parool.

Ron Helsloot laat de gevolgen zien: slechte bereikbaarheid, moeizame samenwerking tussen eerste en tweede lijn, grootschalige en onpersoonlijke zorg. Bekende kost; heel wat minder bekend zijn alternatieven als de Engelse "Community Hospitals", kleinschalige beddenvoorzieningen onder beheer van eerstelijns werkers. Helsloot beschrijft deze ziekenhuisjes - die hij in opdracht van de gemeente Amsterdam bestudeerde - en schetst een perspectief voor soortgelijke "wijkgasthuizen" in Amsterdam en Almere.

*Ron Helsloot, socioloog, werkzaam bij de Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO) te Amsterdam*



tegen kleine dorps- of wijkigasthuizen" in de eerste lijn. Toch is dit slechts schijn. Uit mijn recente ervaringen in Londen is me gebleken, dat men daar experimenteert met een "Community Hospital" in het centrum van die stad, op een steenworp afstand van een enorm academisch ziekenhuis (St. Mary's). In ieder geval hebben ze in Londen ook bepaald niet over ziekenhuisbedden te klagen. Sluitingen zijn daar dan ook, net als hier, niet ongewoon. Dat men nu toch met een dergelijk initiatief van een door huisartsen gerund ziekenhuisje begint, wijst erop dat het hier om een ander soort bedden gaat. Heel vaak zijn er sociale gronden voor de - kortdurende - opnamen aanwezig, en de nadruk ligt op verzorging in plaats van behandeling. Deze aspecten hebben grote gevolgen voor het dagelijks leven in zo'n "Community Hospital", en voor de verhoudingen daarbinnen.

Ook het argument dat Nederland te klein is snijdt geen hout. Nederland is klein, wie zal dat durven ontkennen. Maar, net als bij Piet Hein, zijn haar daden groot, en zo ook haar ziekenhuizen, die, in dat groeiproces steeds meer excentrisch zijn komen te liggen. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de bereikbaarheid van de voorzieningen en wat is de uitwerking op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn? Juist voor deze twee aspecten zal ik de positieve gevolgen van eerstelijnsbeddenvoorzieningen proberen aan te geven. Eerst zal ik echter een beschrijving geven van de veranderingen in de ziekenhuissituatie in Nederland sinds 1945 (die overigens voor een groot deel overeenkomt met die in Engeland).

### Van klein naar groot

Ik heb het al gezegd, en iedereen heeft dat ook zelf kunnen waarnemen: onze ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren groter geworden. In vele gevallen hield dit de sluiting in van kleine(re) ziekenhuizen in binnensteden en dorpen, en de concentratie van beddenvoorzieningen aan de rand van de stad, of op één of enkele plaatsen binnen een plattelandsregio. Hoe is dit proces nu, sinds de oorlog, in z'n werk gegaan? Wat waren de aanleidingen ervan, en wat de gevolgen?

In zijn boeiende proefschrift wijst Paul Juffermans erop, dat er vlak na de oorlog enerzijds een ernstig tekort aan bedden was (de oorlogshandelingen hadden een verlies van 1.200 bedden tot gevolg gehad), terwijl er anderzijds een snelle groei van de "klinische consumptie" plaatsvond. Die groei werd ten eerste veroorzaakt

fonsbesluit: het percentage verze-kerden tegen ziekenhuisverpleging was daardoor in 1947 toegenomen tot 66% van de bevolking, vergeleken met 39% in 1940. Daarnaast nam de klinische consumptie toe, onder meer ook als gevolg van de in de oorlog opgetreden verslechtering van de volksgezondheid. De klinieken kregen zo de wind in de zeilen, en het was ook in deze jaren vlak na de oorlog, dat "het ziekenhuis zich snel van een vooral op verzorging en verpleging afgestemde instelling tot een intensief draaiend diagnostisch en therapeutisch centrum ontwikkelde." Dit was het gevolg van de snelle ontwikkeling op medisch-technisch gebied, het ontstaan van medische specialisaties en subspecialisaties, en de inschakeling van meer en meer paramedische werkers (röntgen, lab, etc.). Deze ontwikkelingen leidden ertoe, dat de klinische consumptie bleef stijgen, ook nadat de 'oorlogsmorbiditeit' grotendeels was wegge- werkt. "Door steeds meer mensen (werd) steeds frequenter van ziekenhuishulp gebruik gemaakt", en daarnaast werd "ook het onderzoek en de behandeling van deze mensen steeds intensiever."

In de vijftiger jaren - de jaren van de opbouw - werd dit proces echter nog niet ondersteund door de zo benodigde nieuwbouw. De industriële bouw kwam vooralsnog op de eerste plaats, en de bouw van voorzieningen als scholen en ziekenhuizen stond, na de woningbouw, pas als derde op de prioriteitenlijst. De ziekenhuiswereld deed in die jaren weliswaar verwoede pogingen om de overheid tot een liberaal beleid te vermurwen, vooral de invloedrijke Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen (112 van de 250 in 1950 bestaande algemene en categorale ziekenhuizen waren in katholieke handen). Maar pas in de jaren zestig werd het bouwbeleid, onder de politieke verantwoordelijkheid van de liberaal-confessionele regeringen, stap voor stap geliberaliseerd. Toen was ook direct het hek van de dam. In de zestiger jaren - vooral tegen het eind daarvan - en aan het begin van de jaren zeventig, vond een enorme groei plaats in de ziekenhuissector. Zo bedroeg tussen 1960 en 1970 het aantal in nieuwbouw gerealiseerde bedden maar liefst 20.000. Deze inhaalgroei was echter volkomen onplanmatig. In de woorden van Paul Juffermans; "Lokaal chauvinisme en interconfessionele competitiedrang kregen, tezamen met de druk van kapitaalbeleggers en bouwconcerns, een grote greep op de ziekenhuisbouw. De vraag of aan deze ziekenhuizen op deze plaatsen ook behoefte

belang."

Deze trend zette zich in het begin van de zeventiger jaren nog voort, maar vanaf 1972/1973 is er een daling in het aantal in nieuwbouw gerealiseerde bedden te bespeuren.

Tegenover de sterke groei blijkt bijvoorbeeld uit een artikel van Boot en Zuidberg dat het aantal algemene ziekenhuizen tussen 1951 en 1973 afnam, en wel van 207 tot 196 (in 1980 was dat aantal verder gedaald tot 189<sup>3</sup>). Met betrekking tot de onderliggende processen van concentratie en schaalvergroting blijken vooral de kleine(re) ziekenhuizen (tot 125 bedden) via sluiting en fusie daarbij een belangrijke rol te hebben gespeeld. De volgende tabel laat zien waar dat toe leidde.

Aantal ziekenhuizen met het aangegeven aantal bedden in Nederland

	1951	1973
kleiner dan 125	111	25
125-249	61	62
groter dan 249	35	109

Na 1973 voerde het College voor Ziekenhuisvoorzieningen een beleid dat in feite de voorgaande, vrije ontwikkelingen als onvoldoende van de hand wees. Het College streefde - op volgens Boot en Zuidberg onvoldoende gefundeerde wijze - naar een verscherpte concentratie en schaalvergroting, waarbij nu ziekenhuizen tot 250 bedden - en in stedelijke gebieden zelfs tot 450 - op de 'zwarte lijst' kwamen te staan. Het criterium van de bereikbaarheid werd hierbij opgeofferd aan bevordering van de kwaliteit van de specialistische zorg.

Stijnenbosch geeft in zijn proefschrift nog de volgende gegevens over de periode 1970-1980<sup>4</sup>

Aantal ziekenhuizen met het aangegeven aantal bedden in Nederland

	1970	1980
≤150	40	26
151-250	52	47
>250	106	116

Het nieuw beleid leidde blijkbaar tot de gewenste effecten.

Interessant is het, ten slotte, om te zien, dat de ziekenhuissluitingen in de afgelopen decennia niet samengingen met bezuinigingen in de intramurale sector, hoewel deze beide aspecten in verschillende regeringsnota's, die vanaf midden zeventiger jaren verschenen, wel in één adem genoemd worden. Uit de cijfers met betrekking tot de kostenverhouding, in percentages van de totale kosten van de gezondheidszorg, tussen extra- en intramurale zorg door de jaren heen - zie tabel 3 - blijkt dat noch de door de ziekenhuizen zelf op touw gezette

reorganisatie vóór 1973, noch het beleid van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen ná 1973, ten koste ging van de aan de intramurale sector als geheel bestede middelen, integendeel! Pas kort geleden is de onevenredige toename van de kosten van de intramurale zorg tot staan gebracht. De lobby van de grote(re) ziekenhuizen was kennelijk lange tijd goed tegen het regeringsbeleid opgewassen.

Verdeling van de gezondheidszorgkosten in procenten van het totaal

	1958	1973	1982	1983	1986
					(raming)
intra-muraal	42,8	61,9	65,7	65,5	63,8
extra-muraal	42	30,4	27,3	28,0	29,5

## Kleine ziekenhuizen onder druk

De concentratie van ziekenhuizen heeft in vele regio's tot gevolg gehad, dat veel kleinere gemeenten of bepaalde stadswijken die vroeger hun eigen ziekenhuis(je) hadden het nu zonder moeten doen. De bereikbaarheid van de ziekenhuis zorg is daardoor voor de betreffende bevolking verslechterd. In een aantal gevallen is men er vanuit een streekziekenhuis toe over gegaan om in dergelijke gedupeerde gemeenten zogenaamde buitenpoliklinieken te vestigen. Deze bieden in ieder geval een, zij het beperkte, specialistische zorg in de woonomgeving, maar kunnen het gemis aan een 24-uurs beddenvoorziening dichtbij toch niet geheel vergoeden. Daarbij komt dat ze, door hun onderschikking aan een uitgebreidere managementstructuur dan voorheen in het eigen kleine ziekenhuis bestond, sneller zullen vervallen tot een traditionele, eng-medische zorg. De kleine ziekenhuizen overigens dié nog bestaan, hebben het in het geheel niet gemakkelijk. Zo is bekend dat de Nationale Ziekenhuisraad, die alle ziekenhuizen heet te vertegenwoordigen, de grote beter gezind is en de kleine onvoldoende steunt. Een aantal jaren geleden werd daarom, ter behartiging van de belangen van de kleine ziekenhuizen, overwogen om een Landelijk Steunpunt voor Kleine Ziekenhuizen op te richten. Dit Steunpunt is echter nooit van de grond gekomen, vooral omdat de banden die de kleine ziekenhuizen - terwille van hun voortbestaan - met grotere moeten sluiten, een hinderpaal voor onderlinge solidariteit bleken te zijn.

In de nota "Landelijk Steunpunt voor Kleine Ziekenhuizen" werden

als voordelen van kleine ziekenhuizen genoemd: bereikbaarheid; korte communicatielijnen / kleinschaligheid; persoonlijke benadering van de patiënten; samenwerking met andere instellingen voor gezondheidszorg; goede relatie tussen directie, medische staf en verpleegkundigen; gericht op de behoeften van het verzorgingsgebied; minder lange wachttijden; economisch verantwoord functioneren. In grotere ziekenhuizen zullen een aantal van deze kenmerken zeer waarschijnlijk minder gemakkelijk of heel moeilijk te verwezenlijken zijn. Eén aspect wil ik er hier nog uitlechten, namelijk de relaties tussen de tweede en de eerste lijn. Tijdens de werkconferentie over het zogenaamde "Innovatieproject" in Amsterdam op 25 april j.l., vertelde Prof. Van Es hoe het aan het begin van zijn professionele loopbaan, zo'n 35 jaar geleden (in 1950 dus) nog heel gewoon was dat specialisten bij patiënten thuis op bezoek kwamen, en dat huisartsen op bezoek gingen in het ziekenhuis in de buurt. Dat is echter verleden tijd: de specialisten hebben zich in hun grote(re) ziekenhuizen teruggetrokken, en de huisartsen komen daar nauwelijks nog (hetzelfde gaat op voor de overige eerstelijns werkers). Aan goede relaties tussen eerste en tweede lijn (waarover die dag projectsgewijs werd gepraat) wordt nu weliswaar hard gewerkt om de continuïteit van de zorg te vergroten. Maar ten gevolge van een groot aantal belemmeringen - organisatorische, financiële, wettelijke - blijkt het heel moeilijk iets structureels te bereiken. Veel veelbelovende projecten van de laatste jaren, bijvoorbeeld dat in Hoogeveen en in de Werkplaats Ganzenhoef (Amsterdam-Zuidoost), hebben het dan ook helaas niet gehaald. In het volgende zal ik, op grond van een beschrijving van mijn ervaringen met kleine eerstelijns ziekenhuizen in Engeland, suggesties doen omtrent de mogelijke dichting van de kloof die ook in Nederland is ontstaan.

## Huisartsenziekenhuizen in Engeland

Zoals de naam huisartsenziekenhuis (*General Practitioner Hospital*) al zegt, is een van de essentiële kenmerken van deze ziekenhuizen, dat zij worden "gedragen" door de huisartsen uit de omgeving ervan. Alleen zij kunnen daarin patiënten doen opnemen. Uiteraard na overleg vooraf, vooral met de verpleegkundige staf, die de vaste kern van de verzorging uitmaakt. Het concept is niet nieuw: het eerste zogenaamde *Cottage Hospital* - een ziekenhuisje in

een plattelandswoning - werd in 1859 geopend in Cranleigh, in het Engelse graafschap Surrey. De Cottage Hospitals werden snel populair op het uitgestrekte platteland van Groot-Brittannië: in 1895 waren er al 600. Deze hadden in 1934 naar schatting 10.000 bedden. De plaatselijke huisartsen konden daarin hun patiënten voor kortere of langere tijd opnemen voor medische zorg, maar vooral continue verpleging; ze voerden er ook bijvoorbeeld zelf operaties uit. De ziekenhuizen waren erg populair in de lokale gemeenschappen waaruit de staf en een aanzienlijk aantal vrijwilligers gerecruteerd werden. De mensen werden liever dáár verzorgd, dan in de grotere ziekenhuizen ver weg; alles was er minder formeel en meer geïntegreerd in het dagelijkse leven van de bevolking.

In 1948 werden de Cottage Hospitals onderdeel van de in dat jaar opgerichte National Health Service (NHS). Dit ging niet zonder problemen, want de NHS werd onderverdeeld in (toen): ziekenhuisvoorzieningen, gemeentelijke gezondheidsdiensten en algemeen medische diensten (huisartsen, tandartsen, apothekers). Hierdoor kwamen de huisartsenziekenhuizen in een ongemakkelijke tussenpositie terecht. Deze situatie bestaat overigens nog steeds.

De centraliseringstendensen in het ziekenhuiswezen in de zestiger jaren leken de doodsklap te gaan betekenen voor de kleine huisartsenziekenhuizen: hun aantal verminderde snel tot rond de 350. Ironisch genoeg was het echter het slechte financieel-economische klimaat in de zeventiger jaren dat hen voor de totale ondergang behoeftte. Er was geen geld voor alle geplande grote *District General Hospitals* (centrumziekenhuizen), en de overheid zag zich gedwongen haar beleid te wijzigen. Hoewel niet van harte, nam ze het in de (platteland-)regio Oxford ontwikkelde *Community Hospital-concept* op in haar plannen voor de toekomst.

## Eerstelijnsbedden

De Engelse huisartsziekenhuizen maken organisatorisch en planmatig onderdeel uit van de tweede lijn. Er is daarom geen sprake van extra bedden: huisartsbedden zullen ten koste moeten gaan van de - volgens de normen voor een bepaald gebied - toegestane algemene ziekenhuisbedden. Onderzoek heeft dan ook uitgewezen, dat de toegang tot huisartsbedden in een bepaald gebied niet leidt tot een algehele toename van ziekenhuisopnamen daar. Ook is gebleken, dat de gemiddelde verpleegduur bij overeenkomstige klachten gelijk is in algemene en huisartsziekenhuizen.

Functioneel echter vormen de huisartsziekenhuizen géén onderdeel van de tweede lijn, maar zijn uitdrukkelijk bedoeld als een uitbreiding van de eerste. Dit wordt, tussen haakjes, naar mijn idee nog veel te veel beperkt tot de huisartsen, maar waarschijnlijk ligt dat ook voor een groot deel aan de manier waarop de eerste lijn zelf is georganiseerd. Er is een grote variëteit in de vormen die huisartsziekenhuizen aannemen, mede afhankelijk van hun geografische ligging. Hun beddenaantal varieert van 10 tot over de 100. Het gemiddelde aantal acute bedden is ongeveer 25. Verschillende verpleegafdelingen zijn mogelijk, met acute, geriatrische en verloskundige bedden; en er kunnen faciliteiten aan verbonden zijn als chirurgie en anaesthesie, röntgen- en laboratoriumonderzoek, eerste-hulp, poliklinieken en dagbehandeling. Specialisten komen op bezoek, voor verrichtingen en/of consultatie. Het door mij bezochte huisartsziekenhuis in Londen heeft alleen 24 acute bedden, en daarnaast bestaan er plannen voor dagbehandeling.

Gemiddeld hebben de Engelse huisartsziekenhuizen een verzorgingsgebied van tussen de 33.000 en 34.000 mensen. Gedeeld door het gemiddeld aantal acute bedden van ongeveer 25, levert dit een cijfer op van één bed per ongeveer 1.400 verzorgde bewoners. Dat is echter inclusief die gebieden waar het huisartsziekenhuis de enige ziekenhuisvoorziening vormt in een soms wijde omtrek. Voor stedelijke gebieden is één bed per 4.000 of 5.000 verzorgde bewoners daarom een realistischer getal.

## Aanvulling

Huisartsziekenhuizen hebben niet de pretentie een vervanging te vormen voor zorg in algemene ziekenhuizen, zij zijn **aanvullend**. Dat wil zeggen, dat het algemene ziekenhuis de meest geschikte plaats blijft voor de behandeling van min of meer ernstige ziekten, die deskundige, dat wil zeggen specialistische, diagnostisering en behandeling behoeven. Onderzoek wijst echter uit, dat tussen de 33 en 70 procent van de patiënten in algemene ziekenhuizen die deskundigheid - en de daaraan verbonden hoogtechnologische faciliteiten - niet of niet langer nodig hebben. Voor een deel van deze groep kunnen de huisartsziekenhuizen een uitkomst bieden, wanneer de betreffende patiënten niet of niet volledig thuis kunnen worden verzorgd. Zo gezien, kunnen huisartsziekenhuizen een vermindering opleveren van de vraag naar bedden in algemene ziekenhuizen, waardoor een verschuiving optreedt van tweede naar eerste lijn.



Foto: Ine van de Broek

De patiëntenpopulatie van het Londense huisartsziekenhuis bestaat voor het merendeel van de patiënten uit bejaarden. Tweederde van de opnamen is acuut, maar het gaat niet om ernstige ziekten. De meest voorkomende diagnoses zijn: ziekten van hart en bloedvaten (bijvoorbeeld lichte beroertes); van spieren, botten en gewrichten (bijvoorbeeld heupklachten) en van de luchtwegen en ademhalingsorganen (bijvoorbeeld longontsteking). In deze gevallen is intensieve verpleegkundige, fysiotherapeutische en medicamenteuze behandeling vereist, maar geen vergaande diagnostische of operationele verrichtingen. De huisartsziekenhuizen worden ook geschikt bevonden voor de zorg aan post-operatieve en terminale patiënten, en voor de zogenaamde "vakantie-opnamen" (dit zijn regelmatige opnamen om verzorgers thuis de gelegenheid te geven eens op adem te komen).

De gemiddelde verblijfsduur is landelijk gezien ongeveer 20 dagen; voor het Londense huisartsziekenhuis 13 dagen. In veel gevallen wordt een limiet gesteld, in het Londense geval is die bepaald op 4 weken. Heropnamen zijn wel mogelijk.

Samengevat bieden huisartsziekenhuizen, of liever gezegd Community Hospitals (of dorps- of wijk-gasthuizen), goede mogelijkheden voor een kwalitatief nieuwe zorg, via interdisciplinaire samenwerking en een buurt- of wijkgerichte aanpak. Met name de verpleging heeft wat dit betreft in het Londense geval al veel bereikt. Een paar voorbeelden zijn het noemen waard.

## Samenwerking

Zo wordt iedere opname voorafgegaan door een bezoek van een ver-

pleegkundige, soms vergezeld door de ziekenhuisfysiotherapeut of maatschappelijk werker, aan de patiënt om haar of zijn toestand en thuissituatie te beoordelen. Dit in verband met het opstellen van een verpleegplan en het uit te stippelen beleid voor de terugkeer naar huis later. Tegelijkertijd kan zo de eventuele opname worden voorbereid. Wanneer deze plaatsvindt, kent de patiënt in ieder geval al een of twee bekende gezichten.

Zowel bij de voor- als nazorg werkt men samen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers in de wijk. Het registratieformulier dat wordt gebruikt, is hetzelfde als dat van de wijkverpleging. En 's nachts fungeert het ziekenhuisje als basis voor de dienstdoende wijkverpleegkundigen. Wat de zorg intern betreft, is, zowel voor patiënten, als voor bezoekers, als (mede als gevolg daarvan) voor staf en huisartsen ernaar gestreefd om beperkingen naar tijd en plaats consequent op te heffen. Dat heeft de continuïteit van de zorg ten opzichte van de woonomgeving in de wijk vergroot. De patiënten staat het bijvoorbeeld vrij op hun eigen tijd op te staan, te gaan slapen, en - indien mogelijk - uit te gaan. Er wordt zoveel mogelijk naar gestreefd dat de mensen weer zichzelf leren te redden, onder andere door begeleiding bij zelfmedicatie, met het oog op de terugkeer naar huis. Bezoekers kunnen komen en gaan wanneer ze willen, ja zelfs blijven logeren, bijvoorbeeld in het geval van een ernstig ziek of op sterven liggend familielid. Dat kunnen ze, met steun van de verpleging, zelf blijven verzorgen. Behandeling en verzorging vinden plaats naar gelang de behoefte daaraan, en niet gedirigeerd door strakke tijdschema's of andere formele eisen. Dit



alles heeft een menselijke, huiselijke sfeer gecreëerd. En in een groter verband gezien, betekent het een afwijking van de traditionele zorg, door de zorg zoveel mogelijk onderdeel te maken van de gezondheidszorg in de eigen woonomgeving van de mensen.

## Community Hospitals . in Nederland

Het is nooit eenvoudig de stap te maken van de beschrijving van interessant ogende experimenten in het buitenland naar aanbevelingen voor eigen experimenten, op grond van de opgedane ervaringen. Immers, zijn de verschillende (gezondheids)zorgsystemen wel vergelijkbaar? En hoe staat het met de problematiek waarvoor het bestudeerde experiment een oplossing probeert te geven: bestaat die ook hier, en, zo ja, slagen we er misschien al in daar op een andere manier aan te werken? Ten slotte is er dan het kostenaspect: is het buitenlandse voorbeeld - waarvan je misschien het idee hebt gekregen dat het best ook in Nederland zou kunnen worden uitgewerkt - wel financieel haalbaar, en de meest effectieve besteding van schaarse middelen; of zouden toch niet op een andere wijze met dezelfde middelen betere resultaten bereikt kunnen worden? In het bestek van dit artikel kan ik onmogelijk op al deze vragen ingaan. Voor een wat uitgebreidere verhandeling over de (gezondheids)zorgsystemen in Nederland en Engeland en over de kostenaspecten kan ik naar mijn rapport verwijzen U.

Ik zal me hier beperken tot mijn conclusie met betrekking tot de vergelijkbaarheid van de systemen, maar wel iets uitvoeriger stilstaan bij de problematiek en eventuele andere oplossingen daarvoor. Voor een goed begrip van een en ander zij gesteld dat, omdat een groot deel van de patiënten in een grootstedelijk huisartsziekenhuis uit alleenwonenden - en vooral alleenwonende ouderen - blijkt te bestaan, het volgende metname op deze categorie zal zijn toegepast. Daarbij dient echter niet uit het oog te worden verloren, dat ook "jongeren" (bijvoorbeeld post-operatief of bij wijze van "vakantie-opname") in het huisartsziekenhuis een plaats (kunnen) vinden.

Wat betreft de (gezondheids)zorgsystemen bestaan er weliswaar verschillen in de filosofie omtrent en, daarmee samenhangend, de opzet van de zorg voor ouderen in Nederland en Engeland. Deze verschillen worden echter steeds kleiner, en hoeven dan ook voor eventuele toepassing van het Community Hospital-concept in Nederland geen grote belemmering te vormen.

Vervolgens de problematiek en eventuele andere oplossingen daarvoor, vooral: waarom geen versterking van de eerste lijn, en betekenen Community Hospitals geen verschrapping (substitutie) daarvan? Nederland verschilt niet van Engeland wat betreft problemen in oude stadswijken verbonden aan alleen wonen en gebrekkige huisvesting, noch wat betreft de toename van de categorie van ouderen. In de praktijk leidt die toename er ook toe dat het beleid om ouderen zoveel mogelijk in verzorgings- en verpleegtehuizen te plaatsen, wanneer daar maar enigszins aanleiding toe was, wordt verlaten. Het geld raakt op, en daarnaast geldt er ook in Nederland in toenemende mate de filosofie van "eigen verantwoordelijkheid" en het zolang mogelijk verzorgen in de eigen woonomgeving.

De kern van de zaak is nu echter, dat je mensen wel zo veel mogelijk thuis kunt willen houden, maar dat er vaak (en reëel gesproken) niet de mensen en de faciliteiten zijn om ze **volledig** te verzorgen en te "behandelen". Bij acute ziekte en herstel bij meerdere aandoeningen tegelijkertijd, en bij gebrek aan andere vormen van verzorging/verpleging, zou dat inhouden:

- verpleegkundige verzorging, 24 uur lang, dat wil zeggen 5 verpleegkundigen (3 voor de werkdagen en 2 voor vrije dagen en vakanties) op 1 persoon;
- huishoudelijke hulp;
- maaltijden aan huis;
- fysiotherapie;
- bezigheidstherapie, voor het scheppen van voorwaarden in huis voor een goed herstel, en voor de reactivering zelf, via regelmatige training;
- overige hulp, van arbeidstherapie, maatschappelijk werk, geestelijke verzorgers, diëtisten en vaak logopedisten.

Omdat het praktisch (qua faciliteiten) en financieel (qua faciliteiten en menskracht) onmogelijk is dit hele zorgpakket thuis aan te bieden, worden dergelijke patiënten, ook in Nederland, nu opgenomen in de intramurale zorg. Dat biedt mogelijkheden voor intensieve observatie, verpleging/verzorging en reactivering. Naast de duidelijke efficiëntie hebben deze intramurale voorzieningen echter ook een aantal (overbeken-de) nadelen:

- communicatielijnen, indien aanwezig, naar de thuissituatie (familieleden, kennissen) en de eerste lijn zijn lang: het is vaak geheel willekeurig - afhankelijk van gemotiveerde individuen - of het ziekenhuis bericht geeft van ontwikkelingen; het is moeilijk van

zo'n afstand uit te zoeken wat de <ituatie thuis is, wat demogelijkheden voor hulp zijn, welke voorwaarden gecreëerd moeten worden, voordat de patiënt op verantwoorde wijze kan worden ontslagen;

- terugkomen voor nazorg - bijvoorbeeld via dagbehandeling - legt veel beslag op tijd en op (duur) transport, wegens de grote afstanden die vaak bestaan tussen de intramurale voorzieningen en de thuissituatie;
- oude en zwakke mensen zullen, veel meer nog dan jongere, moeite hebben met de onpersoonlijke sfeer en de grootschaligheid van de huidige intramurale voorzieningen.

Gezien het voorgaande, zouden mogelijkheden voor **kortdurende opname in kleinschalige voorzieningen in de woonwijk** - bij voorkeur met daaraan verbonden faciliteiten voor dagbehandeling - als onderdeel van een buurt-/wijkgerichte eerste lijn, een ideale oplossing betekenen. Zo wordt tegemoetgekomen aan het feit dat de eerste lijn het soms gewoon niet aankan (noch de verzorgers thuis, die af en toe ook rust behoeven), terwijl anderzijds de nadelen van opnamen in grote, intramurale voorzieningen kunnen worden voorkomen. Kleine Community Hospitals bieden bovendien het voordeel dat huisartsen en andere eerstelijns werkers in Nederland, zoals wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten, de patiënten en hun thuissituatie (inclusief familie en kennissen) door jarenlange contacten kennen. Opname in een eerstelijns "ziekenhuis" wordt in zulke gevallen geen enorme ingreep, met een overgang naar een geheel ander niveau van zorg, maar blijft ingebed in de thuiszorg in brede zin.

## Het Amsterdamse WG-terrein en Almere

Voorjaar 1984 werd op het Amsterdamse WG-terrein (Wilhelminagasthuis - overgegaan naar het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam-ZO) begonnen aan de invulling van de zogenaamde Overgangsvoorziening<sup>6</sup>. Deze zou volgens plan de volgende onderdelen moeten gaan omvatten:

- eerstehulp;
- eersteharthonderzoek;
- een aantal poliklinieken;
- 50 bedden.

Met betrekking tot deze geplande beddenvoorziening heb ik een Advies aan de gemeente uitgebracht. De beddenvoorziening heeft echter geen prioriteit; momenteel wordt hard - en niet zonder problemen - gewerkt aan

de door huisartsen te runnen eerste-hulp. Onder meer ook in verband met de uitspraak van de wethouder, Tineke van de Klinkenberg, over de wenselijkheid van een eigen ziekenhuis voor ieder stadsdeel (zie Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1984, nr. 4), zal ik op de Amsterdamse ontwikkelingen in een later nummer uitgebreid terugkomen.

Vanuit mijn betrokkenheid bij (de Studiegroep) Almere, heb ik, ten slotte, een poging gedaan om mijn in Engeland opgedane ervaringen ook daar van toepassing te laten zijn. Omdat al eerder was gebleken, dat huisartsziekenhuisjes naar Engels model in Almere geen reële mogelijkheid waren, heb ik het Community Hospital-concept tijdens een toespraak begin februari j.l. "geconfronteerd" met het in Almere ontwikkelde *combi-huis-concept*. Ter bereiking van een grotere integratie en wijkgerichtheid van de gezondheidszorg, streeft men daar naar een combinatie van verpleeghuis en verzorgingshuis per wijk (van ongeveer 20.000 inwoners). Zo'n combi-huis zal bestemd zijn voor de zwaar verzorging- en verpleegbehoevenden, met in de laatste categorie somatische en licht psychogeriatrische patiënten. Het zal volgens de plannen belangrijke ondersteunende en aanvullende functies ten aanzien van de eerstelijns zorg in de buurten vervullen, bijvoorbeeld als meldpunt van alarmering, voor maaltijdvoorziening aan thuiswonende bejaarden en voor dag-, nacht- en tijdelijke opvang. Het combihuis zou anderzijds voor bepaalde functies - zoals huisartshulp en fysiotherapie - een beroep kunnen doen op de drie gezondheidscentra in de wijk.

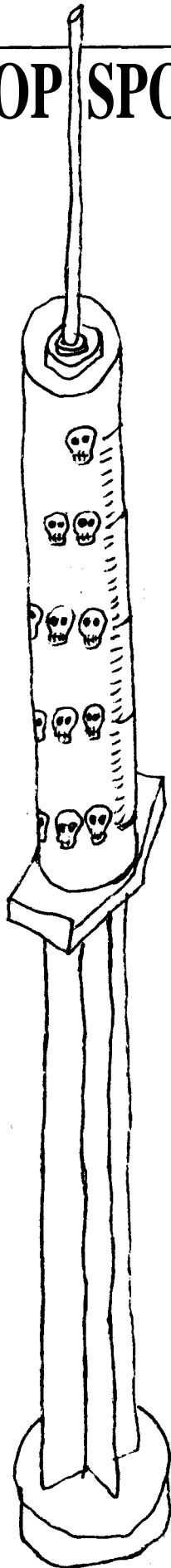
Ik suggereerde nu om aan deze combihuizen eerstelijnsseenheden te koppelen met vier eerstelijnsbedden per wijk, vooral bestemd voor kortdurende opnamen door de eerstelijns-hulpverleners zelf, in de trant van de Engelse Community Hospitals.

Door sommigen werd dit niet zinnig gevonden, omdat volgens hen het combihuis al precies hetzelfde zou zijn als het door mij voorgestelde "wijkgasthuis". Volgens mij zijn er echter op twee punten essentiële verschillen:

a. de betrokkenheid van de eerste lijn bij het combi-huis zal er vooral "op afroep" zijn. Uit discussies naderhand bleek me dat huisartsen weliswaar hun eigen (acute?) patiënten zullen kunnen doen opnemen, maar alleen na toestemming van de directie en de indicatiecommissie van het combi-huis. Dit is natuurlijk geheel verschillend van het eerstelijns "gasthuis", waar de eerste lijn zelf de eigen patiënten voor korte duur kan opnemen; waarbij ik het dan nog niet eens

Vervolg op pagina 53

## OPSPORING-VERZOCHT



Nederland huivert, bejaard Nederland in het bijzonder. Slinks stopt de arts de injectienaald in de verweerde arm, terwijl de verpleegkundige van het verzorgingshuis op de achtergrond toekijkt en instemmend knikt.

Er is daar in verzorgingshuis de Terp in Den Haag nogal wat aan de hand. Ofeigenlijk: er moet iets vreselijks aan de hand zijn. Anders worden toch geen huisarts, verpleegkundige en ziekenverzorgeren 's ochtends vroeg omsingeld door politiemannen, van hun bed gelicht en wekenlang opgesloten?

De informatie is zeer schaars. Toch schrijven de kranten over valsheid in geschrifte, moord met voorbedachten rade en medewerking daaraan, en diefstal. Zo neemt het criminele beeld steeds vastere vormen aan. Dat, terwijl ik, en velen met mij, er op basis van de berichten *alleerst* van overtuigd ben dat het hier om iets anders gaat dan de "gewone" toepassing van euthanasie.

Op Pinkstermaandag bouwt Karel van de Graaf voor de AVRO-camera op dit thema voort. Hij brengt zijn eigen "opsporing verzocht" ten tonele als hij de inmiddels vrijgelaten verpleegkundige interviewt.

"Die bejaarden zullen nu wel denken: welke medicijnen worden er nu weer binnengebracht"; is de sfeerbepalende inleiding. Zonder ook maar één keer inhoudelijk te worden stelt hij z'n vragen. "Stel nu dat de rechter vindt dat er sprake is van moord, dan bent U daar toch medeplichtig aan?" En vervolgens: "Uwas in die kamer aanwezig, Uhad die arts toch makkelijk tegen kunnen houden, bijvoorbeeld door z'n hand vast te pakken?"

De sfeer van misdaad wordt steeds sterker, niemand kent de feiten. Maar de feiten, daar gaat het niet meer om. De beeldvorming, heeft de belangrijkste plaats ingenomen. Of het in het geval van de Haagse hulpverleners nu gaat om moordenaars; uit op geld en goed van weerloze ouderen of om mensen die na zorgvuldig overleg en gewetensvolle afweging op verzoek van de betrokkene en diens omgeving de moeilijke stap tot euthanasie hebben genomen, dat is voor de beeldvorming niet meer van belang.

De gebeurtenissen in Den Haag krijgen een algemene uitstraling. De ouderen in de verzorgingshuizen zijn bang voor de misdadige medicijn. En al diegenen die als hulpverlener geconfronteerd worden met een oprecht verzoek om euthanasie zijn bang. En die confrontatie met de vraag om euthanasie te willen plegen komt nogal eens voor, dat weet iedereen.

De goede dood, volop in discussie, is nog steeds een strafbare zaak. De gang van zaken rond de Terp geeft de toch al beladen discussie een dimensie die voor iedereen die bij euthanasie betrokken is, bedreigend is. Bedreigend voor de hulpverleners en zeker voor de tallozen, die per levenstestament of anderszins hun wensen kenbaar hebben gemaakt.

Ik ben verwontwaardigd over het feit dat de gebeurtenissen in Den Haag zulke verstrekkende gevolgen krijgen. Justitie heeft zich dat onvoldoende gerealiseerd toen ze tot deze krachtdadige arrestaties overging. Hoe duidelijk waren de aanwijzingen, die tot deze actie leidden, eigenlijk? Het is toch merkwaardig dat het vervolg bestaat uit wekenlange opsluiting, verbod op contact met de buitenwereld en onduidelijkheid over de aanklacht tegen de betrokkenen.

Justitie heeft zich de uitstraling van haar actie onvoldoende gerealiseerd. Tenzij deze actie is ingegeven door tegenstanders van euthanasie in politieke kringen. Als dát het geval zou zijn, dan is de aanpak rond de Terp een geslaagd scenario.

Jaa;>Talsma, mei '85

# Knollen voor citroenen

Een wettelijke regeling voor de vestiging van huisartsen, afschaffing van de "goodwill" bij praktijkovername en andere afspraken. Nog nooit leek de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zo bereid zich aan regels te binden.

De overeenkomst tussen de LHV en de staatssecretaris van de Reijden, het zogenaamde convenant, houdt echter veel meer in dan een simpele afsprakenlijst: met dit convenant drukt de LHV een duidelijk stempel op de uitkomst van de Tweede Kamer-debat over het vestigingsbeleid voor huisartsen, dat naar verwachting in september '85 gevoerd zal worden.

[oop Dopper beschrijft de inhoud van het convenant, de mogelijke consequenties ervan en de verbazende vrijgevigheid van een staatssecretaris.

**Joop Dopper**, vrij-gevestigd huisarts en bestuurslid van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen (IPH)

## LKV sluit een pijnloos compromis

Begin 1985 werd voor velen de woordenschat verrijkt: het woord *convenant* deed zijn intrede in huisartsenkringen. Het convenant is een overeenkomst tussen de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). De overeenkomst betreft een aantal samenhangende zaken, waaronder het vestigingsbeleid van huisartsen, de afschaffing van de goodwill en de vastlegging van de honoreringsstructuur.

Het blote feit dat er met de huisartsen plotseling zoveel afspraken zijn te maken, is al een prikkelend gegeven. De overduidelijke bedoeling van dit convenant is de kamerbehandeling over het vestigingsbeleid te beïnvloeden. Dat maakt het ook politiek gezien interessant eens te bekijken welke consequenties deze nieuwe manoeuvre kan hebben voor het *vestigingsbeleid*, de *praktijkverkleining* en de *werkloosheid* onder huisartsen.

Om in de complexe materie overeind te blijven, lijkt het nuttig twee thema's aan te geven die bij de beoordeling van de verschillende regelingen een rol

waarin de lokale overheid en de gebruikers invloed krijgen op het vestigingsbeleid.

### Praktijkgrootte

Een tweede thema is de praktijkverkleining.

Sinds de tweede helft van de jaren '70 is een duidelijke groei zichtbaar in het totaal aantal gevestigde huisartsen, met als gevolg dat de gemiddelde praktijkgrootte is gedaald tot 2450 patiënten.

Een opsomming van motieven om de praktijkverkleining niet af te stoppen, wordt gegeven door Henk de Vries 1). In het kort zijn te noemen: de *kwaliteitsverbetering* van de door de huisarts geleverde zorg, de *werkloosheid* onder de huisartsen, de normalisering van de *werktijden* en de behoefte aan *deeltijd-werk*.

De LHV, die op grond van het destijds vastgestelde takenpakket van de huisarts een praktijkomvang van 2000 patiënten wenselijk achtte, krabt zich inmiddels achter de oren. De vooruitzichten dat bij een doorzettende praktijkverkleining het huidige inkomen gehandhaafd kan blijven, zijn somber. Dat de LHV streeft naar handhaving van dat inkomen, blijkt uit de koppeling van de rekenormpraktijk (de praktijkomvang waarop het norminkomen is gebaseerd) en de vestigingsnorm (de praktijkomvang die als norm wordt gebruikt om het maximale aantal huisartsen per aantal inwoners te berekenen). Bij deze opstelling rest de LHV slechts het voortgaande proces van praktijkverkleining af te stoppen middels een *vestigingsbeleid*.

De LHV voerde in 1983 haar eigen vestigingsregeling in. Men wilde ervaring opdoen nu er een wettelijke regeling in het vooruitzicht was gesteld, en presenteerde de regeling als een positieverbetering van de nog niet gevestigde huisartsen, suggererend dat er een groter aantal vestigingen mogelijk zou worden.

In het artikel "Een jaar vestigingsbeleid van de LHV" is de voorzichtige conclusie te lezen "dat het er op lijkt dat het vestigingsbeleid van de LHV weinig invloed heeft gehad op het aantal vestigingen" 2). Weliswaar is het aantal huisartsen dat zich netto vestigde gestegen met 53, maar deze toename wordt grotendeels verklaard door de toegenomen omzetting van assistentschappen in associaties, waarschijnlijk onder invloed van het naderende wettelijke vestigingsbeleid. Opvallend is dat, waarschijnlijk daardoor, het aantal *vrouwelijke huisartsen* dat zich dat jaar vestigde, verdubbelde in vergelijking met het jaar daarvoor. Opvallend is ook het aantal "wilde", niet door andere huisartsen gesteunde, vestigingen.

spelen. Deze thema's zijn: de *democratisering van het vestigingsbeleid* en de *praktijkverkleining*.

De vervanging van vertrekkende huisartsen en de komst van nieuwe praktijken is tot nog toe steeds in handen van de huisartsen zelf geweest. Invloed van gebruikers is er niet, met uitzondering van gezondheidscentra, waar de patiëntenvereniging invloed heeft bij de sollicitaties van nieuwe huisartsen.

Aan die invloed van gebruikers kan een ideologisch motief ten grondslag liggen: de gebruikers moeten mee kunnen praten over de planning en verdere invulling van de voorzieningen. Ook uit het oogpunt van afstemming van vraag en aanbod is een dergelijke inspraak nuttig.

Een derde argument is de gebleken noodzaak een vestigingsbeleid niet uitsluitend over te laten aan de beroepsgroep: het nakomen van afgesproken regelingen komt al te zeer onder druk te staan van de eigen financiële belangen die in het geding zijn.

Opvallend is dat de twee voorliggende regelingen in het convenant belangrijk verschillen in de mate



De LHV beweert dat de gemiddelde praktijkgrootte al ver onder de 2400 ligt (hetgeen waarschijnlijk niet correct is) en spreekt af per 1 oktober 1985 als vestigingsnorm 2400 te gaan hanteren. Daarmee doet ze weinig moeite om te verbloemen dat het gemiddelde weer omhoog moet. Volgens de LHV is immers ook per 1 oktober de gemiddelde huisarts niet in staat het hem toebedachte norminkomen te verdienen.

## De Tweede Kamer

Met beide bovenstaande thema's in het achterhoofd, kunnen we ons gaan richten op wat er zich in de Tweede Kamer kan gaan afspelen.

De situatie die ontstaan is lijkt enigszins complex. Dat complexe zit hem in de verschillende regelingen en in de bijzondere situatie dat de staatssecretaris een afspraak heeft gemaakt die betrekking heeft op de afloop van de Kamerbehandeling.

Op 31 januari 1985 kwam tussen de LHV en de staatssecretaris van WVC het convenant tot stand. Het wellicht belangrijkste punt uit deze overeenkomst is de belofte van de staatssecretaris om, wanneer in de totstandkoming van een vestigingsbeleid middels de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vertraging optreedt, als overgangmaatregel een regeling op basis van artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet te bevorderen. De LHV komt daarmee rond uit voor de wens zo snel mogelijk greep te krijgen op de ontwikkelingen op de huisartsenmarkt. Waarom de staatssecretaris zich tot deze belofte liet verleiden is onduidelijk. Of het moet het feit geweest zijn dat er nu eindelijk iets te regelen leek te zijn met de LHV. Wie de afspraken in het convenant bestudeert, vindt nauwelijks grond voor de mogelijke veronderstelling dat het hier zou gaan om een compromis. In sporttermen gesproken heeft het meer weg van een *weggevertje* van de staatssecretaris. Maar daarover later.

Een tweede complicerende factor is het feit dat staatsrechtelijk gezien een AMvB niet gemeendeerd behoort te worden. Daardoor lijkt de situatie te ontstaan dat de Kamer moet kiezen tussen de AMvB en toepassing van artikel 47.3.

De AMvB is een uitvoeringsregeling in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) die in september '82 tot stand kwam. In de WVG is een artikel opgenomen dat bepaalt, dat de AMvB vervalt wanneer meer dan 30 kamerleden een aparte wet willen. Motief daarvoor kan zijn dat een wetsvoorstel gemeendeerd kan worden en een AMvB niet, wat betekent dat de kamer meer invloed heeft op de totstandkoming van een wet. De VVD



heeft reeds bedreigd om een wet te zullen vragen.

## De AMvB

De inhoud van de AMvB komt samengevat op het volgende neer:

- Burgemeester en Wethouders kunnen een vergunning afgeven voor een nieuwe huisartsenvestiging en bepalen wie zich waar vestigt.
- Kandidaten melden zich bij een Wettelijke Adviescommissie, waarin huisartsen, andere eerstelijns werkers, gebruikers, financiers en de inspecteur zitting hebben.
- Er is ruimte voor een vestiging wanneer de gemiddelde praktijkgrootte in de regio ligt op 2500 patiënten (per 1 oktober '85 wordt dit 2400) en er een surplus is van 1250 patiënten. Het aantal inwoners van een regio wordt gelijkgesteld aan het totaal aantal patiënten.

In vergelijking met een vorige versie van de AMvB zijn recent twee verbeteringen aangebracht: de kandidaat hoeft niet meer de 'plaatselijk gebruikelijke vestigingsprocedure' (lees: de LHV-vestigingsprocedure) te doorlopen, en de gelijkstelling van het aantal inwoners aan het aantal patiënten verhindert gesjoemel met patiënten-aantallen.

Bij een doorvoering van deze AMvB kan het vestigingsbeleid er *demonstratief* op worden, echter alleen indien de gemeentepolitiek de geboden kans grijpt: gebruikers en politici dienen voldoende in de materie thuis te raken om werkelijk invloed uit te kunnen oefenen.

Wat betreft de *praktijkverkleining* leidt deze AMvB tot een stabilisering van het aantal praktijken en wel op korte termijn. Dit volgt direct uit de gekozen vestigingsnorm van 2500. De maatregel zou zelfs kunnen leiden tot

een afname van het aantal praktijken, wanneer gebruik wordt gemaakt van de **forse leemtes** in de regeling.

Een voorbeeld: Er zijn huisartsen die met een kleine praktijk genoeg nemen. Zij kunnen opgeven dat zij de omvang van hun praktijk onder de norm willen houden, zodat er in de telling rekening mee kan worden gehouden. Gebeurt dat niet, dan wordt de gemiddelde praktijkgrootte in dat gebied aanzienlijk lager, waardoor er geen ruimte lijkt te zijn voor een nieuwe vestiging. Te vreezen valt dat de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen (de onderafdelingen van de LHV) haar leden deze opgave - natuurlijk niet officieel - zal afraden, wanneer zij geen nieuwe vestigingen in hun gebied wensen.

Een tweede leemte heeft hetzelfde effect; de onvoldoende afgeschermd mogelijke mogelijkheid om partners die ook huisarts zijn mee te tellen alsof zij een volle praktijk wensen. Hetzelfde geldt voor part-time associé's. Hieruit blijkt dus enerzijds het belang van een democratische controle op het beleid en anderzijds blijkt dat de AMvB geen sluitende regeling vormt.

Een verandering daarin zou wenselijk zijn, evenals een snellere verlaging van de vestigingsnorm tot 2000 patiënten. Verlaging van de norm zal uiteraard op financiële bezwaren van de huisartsen stuiten. Maar waarschijnlijk ook bij de ziekenfondsen: de bijdrage van het ziekenfonds per patiënt ligt voor de eerste 1600 patiënten beduidend hoger dan voor de overigen (de zogenaamde **ziekenfondsknik**), zodat praktijkverkleining het ziekenfonds geld kost en tot verhoging van de ziekenfondspremie kan leiden. Hier wreekt zich het bestaan van de ziekenfondsknik, die nog wel bedoeld was om tot praktijkverkleining te komen. Voor de toekomst is van belang om te onderzoeken of de extra kosten die praktijkverkleining met zich meebringt, ook worden goedge maakt door extra baten.

Welnu, met deze AMvB zou er weliswaar eindelijk sprake zijn van een wettelijke regeling, maar de prijs zou zijn dat de praktijkverkleining stopt. Reden genoeg om deze AMvB te verwerpen en te vragen om een wet, zodat een en ander bijgesteld kan worden in de gewenste richting.

Maar, zo bedisselde de immer inventieve en vooruitziende LHV, dan treedt het convenant in werking. En dat betekent een overgangsregeling op basis van artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet.

### Artikel 47 lid 3

Wat de regeling op basis van artikel 47 lid 3 van de ziekenfondswet gaat inhouden is niet volledig bekend 3). In

het kort gaat het om het volgende:

Momenteel bestaat de verplichting voor de ziekenfondsen om aan huisartsen die zich willen vestigen een **medewerkerscontract** te verschaffen. De regeling in het convenant houdt in dat de minister de ziekenfondsen van deze verplichting ontheft. Het ziekenfonds kan dan, zoals dat bij fysiotherapeuten en tandartsen al gebeurt, regelend optreden, en wel in samenspraak met de LHV. Er komt een landelijke **wachttijst** van kandidaten waarvan steeds de vijf hoogstgenoteerden mee mogen solliciteren. Zij solliciteren mee tot ze succes hebben.

Dat het *democratische* gehalte van deze regeling onderdoet voor de regeling volgens de AMvB moge duidelijk zijn. De huisartsen hebben traditioneel al een sterke invloed op de ziekenfondsen. Bij het paritair samenvoegen van de LHV en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) kan dit gemakkelijk leiden tot een te machtige positie van de huisartsen. En zo zijn we dan weer bijna terug bij af: niks gebruikers of andere eerstelijns werkers. Wat betreft de *praktijkverkleining* lijkt men uit te gaan van dezelfde getallen die in de AMvB gehanteerd worden, met waarschijnlijk hetzelfde resultaat.

### De goodwill

Een en ander overziend vraag je je af welke andere 'waardevolle' zaken in het convenant worden geregeld. Wat hebben de huisartsen ingeleverd dat maakte dat de staatssecretaris zich gedwongen voelde om tot de bovengenoemde afspraak te komen?

Om te beginnen is in het convenant een regeling voor de afbouw van de **goodwill** opgenomen. Een huisarts die een praktijk verkoopt, rekent naast bedragen voor het onroerend goed en de inventaris ook een prijs voor de verzameling van ingeschreven patiënten. Immers deze vormen in economische zin een goed zonder welk geen inkomen verworven kan worden. Wie een praktijk start moet een aantal jaren werken om tot deze verzameling te komen, en dat kost geld. De prijs voor de overdracht van de verzameling patiënten wordt de goodwill genoemd. In vroeger jaren werd deze goodwill steeds als een *oudedagsreserve* gezien. Sinds de invoering van het pensioen kan de goodwill niet meer als zodanig worden beschouwd. Bovendien bestaat al tien jaar van verschillende zijden de roep om de goodwill af te schaffen. De vaststelling van de *hoogte* van de goodwill liep nogal eens, uit de hand, onder invloed van de grote vraag naar over te nemen praktijken. De patiënten vinden het niet allemaal een behaaglijk gevoel als een soort *koopwaar* te fungeren. Maar ook de

huisartsen zien dat bij invoering van een wettelijk vestigingsbeleid de onderhandelingspositie van de verkoper wordt ondermijnd. Een aanzet tot een regeling werd opgenomen in het convenant.

Er komt een fonds waarin alle huisartsen gedurende de komende 16 jaar verplicht ongeveer vijf gulden per patiënt per jaar storten.

Huisartsen die zich met de aankoop van een praktijk in de schulden hebben gestoken, worden waarschijnlijk vrijgesteld van deze bijdrage aan het fonds totdat ze de goodwill-schuld hebben afgelost.

Op een nader te bepalen datum van dit jaar stellen de huisartsen de hoogte van de goodwill op dat moment vast (90% van het bruto jaarinkomen). Vanaf die datum zal er dus geen goodwill meer bij een praktijkovername gevraagd mogen worden. Wanneer de huisarts vertrekt, krijgt hij het vastgestelde bedrag uit het fonds uitbetaald. Kortom: alle huisartsen krijgen op deze wijze de normale goodwill-som uitbetaald. Daar tegenover staat dat zij jaarlijks zo'n 10.000 gulden afdragen gedurende 16 jaar. Voor een *modale* praktijk geen slechte ruil. Voor *kleine* praktijken echter, die in de toekomst tot de norm groeien, pakt de regeling minder gunstig uit. De goodwill-hoogte die dit jaar bepaald wordt zal laag zijn door het gering aantal patiënten, de bijdrage aan het fonds kan een meervoud daarvan bedragen doordat voor elke nieuwe patiënt weer vijf gulden extra moet worden afgedragen.

Heel precies te berekenen is een en ander nog niet, maar op het eerste gezicht komt een regeling tevoorschijn die voor huisartsen met een volgroeiende praktijk zeker niet slecht uitpakt, alle anderen zullen beduidend meer betalen dan ontvangen.

Opvallend is verder nog dat een post uit de ziekenfondsvergoeding aan de huisarts - het zogenaamde beroepsrisico - dreigde te worden afgeschaft; via de voorgestelde regeling blijft deze post van circa vijf gulden nog 16 jaar aan de huisartsen ten goede komen.

### Verlaging van de normpraktijk

Vervolgen we het convenant dan stuiten we op de verlaging van de normpraktijk. De (reken-)normpraktijk geeft aan bij hoeveel patiënten een huisarts het norminkomen, vergelijkbaar met een bepaalde ambtenarschaal, verdient. Per 1 oktober '85 wordt de normpraktijk verlaagd van 2500 naar 2400, hetgeen een inkomensverbetering voor de huisartsen betekent. Bedacht moet worden dat de gemiddelde praktijkgrootte op 2450

patiënten ligt. De gemiddelde huisarts verdient dus nu te weinig, maar na 1 oktober te veel.

Gaat de praktijkverkleining door, dan lijkt deze wijziging billijk, maar bij stabilisering of zelfs stijging van de gemiddelde praktijkgrootte ligt dat anders.

Een nog verdere normverlaging zal pas worden doorgevoerd wanneer middels het meten en controleren van de door de huisartsen verleende zorg is gebleken dat de praktijkverkleining een redelijk resultaat heeft 'opgeleverd'.

Dergelijk onderzoek is zeker nuttig, maar ook uiterst moeilijk. Wie enigszins op de hoogte is met *kwaliteitsmeting* in de gezondheidszorg en de vele factoren die met de kwaliteit samenhangen, weet dat. Met alle onzekerheden die bovenkomen bij de interpretatie van dergelijk onderzoek, kunnen de resultaten gemakkelijk ondergeschikt raken aan de belangenstrijd van voor- en tegenstanders van praktijkverkleining.

## De overige afspraken

Nog enkele punten in het convenant zijn een korte bespreking waard.

- er zullen verzekeringsgelden aangewend worden voor de nascholing van huisartsen.
- het definitieve norminkomen van de huisarts wordt vastgelegd.
- Ziekenfondsverzekerden kunnen niet vrij kiezen tussen verloskundigen en huisartsen wat verloskundige hulp betreft. De staatssecretaris zal bekijken of ook de hulp door de huisarts vergoed kan worden.
- De staatssecretaris zal toezien op de voortgang in het overleg tussen de LHV en de financiers over de honoreringsstructuur. Het gaat hier om het verschil in honorering tussen particulieren en ziekenfondspatiënten. De LHV stelt dat de huisarts *niet commercieel genoeg* is ingesteld en daardoor te weinig verdient aan verrichtingen voor particulieren in vergelijking met ziekenfondsverzekerden. Het is de vraag of die niet-commerciële instelling daarvan de oorzaak is. Maar de staatssecretaris zal stimuleren dat dit verschil wordt rechtgetrokken.
- De beroepsopleiding tot huisarts zal worden uitgebreid van 1 naar 2 jaar. Overleg over de financiering wordt afgewacht, de rechtspositie van de aspirant-huisarts en de opleider wordt onder de loep genomen, evenals de 'inverdienregeling', die 'door maatschappelijke ontwikkelingen achterhaald is'.

Tenslotte een onderwerp, en voor zover ik kan zien het enige, waarbij sprake kan zijn van enige pijn aan Vervolg op pagina S3

# Het lot der weduwen

Sociale ongelijkheid is een verschijnsel dat zich uitstrekt tot in de ouderdom. Vooral geslacht en huwelijk spelen daarbij een grote rol. Weduwen blijken aanzienlijk slechter af te zijn dan vrouwen die nooit zijn getrouwd, en gehuwde mannen komen er in velelei opzicht het best af.

Dorly Deeg zet in dit artikel een aantal onderzoeksresultaten naast elkaar die duidelijk maken dat ongelijkheid en de invloed daarvan op de gezondheid niet beperkt blijven tot de leeftijdsfase van werken en kinderen krijgen. Er blijken verschillen in gezondheid en gezondheidsgevoel te bestaan tussen bejaarde mannen en vrouwen, en vooral tussen hen die gehuwd zijn, verweduwd zijn en nooit gehuwd zijn geweest.

Voor oude mensen speelt uiteraard een grote rol of zij zichzelf in het dagelijks leven kunnen redden. De sexe(-rol)verschillen blijken op dat punt enorm te zijn.

Deeg komt tot de conclusie dat extra aandacht noodzakelijk is om de meest getroffen groepen bejaarden een zinvol en onafhankelijk bestaan te verschaffen.

*Dorly Deeg*, werkzaam aan het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

## Gezond oud worden is niet voor iedereen weggelegd

Het is een bekend feit dat vrouwen een langer leven beschoren is dan mannen. Vanaf de geboorte hebben vrouwen gemiddeld zeven jaar meer te verwachten dan mannen. Ook op latere leeftijd is dat verschil nog steeds fors: vrouwen van 65 jaar hebben nog zo'n 17 jaar in het vooruitzicht tegen mannen 13 jaar.

Vrouwen mogen dan gemiddeld ouder worden, dat betekent nog niet dat ze daarmee ook gemiddeld gezonder zijn. Tijdens hun hele volwassen leven maken vrouwen meer gebruik van de gezondheidszorg dan mannen. Ze gaan vaker naar de dokter en slikken meer geneesmiddelen.

Vooral in de periode van het kinderen krijgen en in de leeftijd boven de 65 jaar zijn vrouwen in het algemeen minder gezond dan mannen(1). Kinderen krijgen levert van tijd tot tijd complicaties op; in de laatste levensfase

hebben vrouwen veel (meer dan mannen) te lijden van chronische ziekten als reuma en hypertensie die dan wel niet direkt levensbedreigend zijn, maar de kwaliteit van het leven wel degelijk ernstig kunnen aantasten(2).

Een opvallend gegeven is ook, dat vrouwen vaker psychosomatische klachten hebben dan mannen. Naar mate de leeftijd vordert komen zulke klachten vaker voor, en bovendien hebben mensen wier huwelijk is afgebroken meer psychosomatische klachten. Doordat vrouwen ouder worden dan mannen en op jongere leeftijd hun partner verliezen zijn zij vatbaarder voor psychosomatische klachten.

### Smadelijke toestand

Vrouwen gaan anders om met ziekte dan mannen. Zij beschouwen ziekte en het raadplegen van een dokter meer als behorend tot het dagelijks leven,



en niet zo zeer als een smadelijke uitzonderingstoestand. Een dergelijke houding heeft ook lichamelijk een duidelijke achtergrond - pijn en ongemak zijn immers bij vrouwen niet alleen verbonden met ziekte, maar ook met bijvoorbeeld menstruatie en bevaling. Ook zijn vrouwen gewend makkelijker over (psychische en lichamelijke) problemen te praten dan mannen. Mannen is dat in hun jeugd afgeleerd: 'een flinke jongen zeurt niet'. Het aantal problemen dat mannen hebben kan daardoor kleiner lijken dan in werkelijkheid, terwijl dat bij vrouwen andersom kan zijn.

Vrouwen uiten hun problemen eerder, maar achter zich minder goed in staat die op te lossen dan mannen. Ze doen daardoor eerder een beroep op de gezondheidszorg. Eenmaal in de spreekkamer van de dokter beland doen zich nieuwe problemen voor. Vrouwen drukken zich anders uit dan mannen. Ze betrekken hun ziekzijn meer op hun persoonlijke situatie, zodat het lijkt alsof zij niet met een duidelijke klacht komen. Vooral bij mannelijke artsen kan dat ertoe leiden dat zij hun vrouwelijke patiënten minder serieus nemen en aan het lijntje houden. Mogelijke ziekten kunnen dan over het hoofd gezien worden.

Dat -en dergelijk onderschattingsmechanisme ook op hogere leeftijd geldt blijkt uit een landelijk onderzoek van TNO waarbij bejaarden door hun huisarts op verschillende aspecten werden onderzocht volgens een vast protocol(3). Na afloop van het lichamelijk onderzoek werd aan de artsen gevraagd, of zij nog afwijkingen hadden gevonden die hen tevoren onbekend waren. Dat bleek inderdaad het geval te zijn bij 30% van de onderzochte bejaarden. Bij de vrouwen bleken duidelijk meer ernstige afwijkingen te zijn ontdekt dan bij de mannen.

## Convergentie of ver-starring

Het is de vraag of alle hier genoemde verschillen tussen vrouwen en mannen blijven voortbestaan tot in de hoge ouderdom. Over deze vraag bestaan twee tegengestelde theorieën. De eerste stelt dat sekseverschillen in de persoonlijkheid afnemen met het vorderen van de leeftijd(4). Zowel vrouwen als mannen zouden eigenschappen van het andere geslacht overnemen (zgn. convergentie naar de androgyne persoonlijkheid). De tweede theorie houdt vol dat in de ouderdom de karaktereigenschappen en gedragswijzen uit de voorgaande levensjaren worden voortgezet, en mogelijk zelfs worden versterkt(5).

Vooralsnog lijkt mij de tweede theorie aannemelijker. Persoonlijke eigenschappen ontstaan natuurlijk in en variëren met de (objectieve) maatschappelijke situatie. Zowel bij vrouwen als bij mannen hebben bijvoorbeeld inkomens- en opleidingsniveau

niet alleen invloed op de hoeveelheid en soort ziekte, maar ook op het gebruik van de gezondheidszorg. Terwijl de gezondheid van mannen echter sterk verband houdt met hun beroepsactiviteit wordt de gezondheid van vrouwen vooral door de gezinssituatie bepaald(6). Bij vrouwen zijn de maatschappelijke invloeden op de gezondheid daardoor complexer dan bij mannen.

Doordat bij bejaarden het arbeidsleven steeds meer op de achtergrond raakt zullen hun leefomstandigheden meer gewicht in de schaal gaan leggen - ook bij mannen.

Het is zinvoller eerst de gevolgen van de globale gezinssituatie na te gaan voor zowel vrouwen als mannen dan om persoonlijkheidsverschillen verder te onderzoeken.

# Onderzoek

'De' gehuwde tegenover 'de' ongehuwde vrouw of man stellen kan inzicht geven in de effecten van leefomstandigheden op de gezondheid en de kwaliteit van het leven. Een onderzoek dat in de jaren '50 door TNO werd gedaan onder 3000 bejaarden in Nederland kan ons daarover iets leren. Daarbij werden zowel lichamelijke als sociale en psychische gegevens verzameld. Wanneer gegevens uit dit onderzoek in verband worden gebracht met de levensduur, wordt duidelijk

	vrouwen	mannen
gehuwd	39%	61%
(waarvan bij overlijden verweduwd)	25%	16%
weduwe/-naar	50%	33%
nooit gehuwd	11%	6%

delijk welke factoren bejaarden die relatief vroeg overlijden onderscheiden van bejaarden die relatief laat overlijden(7).

Het blijkt dat het huwelijk een voorname rol speelt. Gehuwde vrouwen overlijden gemiddeld vroeger dan andere vrouwen, terwijl gehuwde mannen juist later overlijden dan andere mannen. Een feit blijft hoe dan ook dat alle vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen. Een gevolg van dat laatste is dat oudere vrouwen vaker dan mannen alleen komen te staan.

## Maatschappelijke situatie

De nooit-gehuwden zijn gelijkelijk verdeeld over de leeftijdsgroepen. De gehuwden zijn relatief jong, de verwe-

duwden relatief oud. In een tehuis of inrichting leven ongeveer evenveel mannen als vrouwen (8 à 9%); dit betreft, vooral verwevden en nooitgehuwden. Nooitgehuwde vrouwen wonen vaker zelfstandig dan nooitgehuwde mannen.

De inkomens van mannen en vrouwen vertonen de nodige verschillen. Vrouwen hebben gemiddeld een lager inkomen dan mannen. Ook weduwen hebben een lager inkomen dan weduwnaren. Weduwen zijn qua inkomen trouwens het slechtst af van alle vrouwen, gevolgd door nooit-gehuwde vrouwen. Gehuwden, zowel mannen als vrouwen, zijn het best af. Wel is vast te stellen dat vrouwen tevredener zijn met hun - gemiddeld dus lagere - inkomen.

Al met al springt bij het bekijken van de maatschappelijke situatie dus in het oog dat vrouwen op latere leeftijd vaker dan mannen hun partner verloren hebben, vaker alleen wonen, en gemiddeld een lager inkomen hebben - vooral de weduwen(8,9).

## Gezondheidstoestand bij bejaarden

Zoals gezegd betekent de langere levensverwachting van vrouwen nog niet dat zij zich daarmee ook gezonder voelen dan mannen.

Verwevden hebben met hart en bloedvaten de meeste problemen, zij het niet zo vaak ernstige.

De verschillen treden het duidelijkst naar voren tussen gehuwde vrouwen en mannen. Nooitgehuwde vrouwen merken het meest iets van een verminderde gezondheid. Anderzijds staan zij er aanvaardender tegenover dan andere vrouwen. Nooit-gehuwde mannen staan juist het minst aanvaardend van allen tegenover een achteruitgaande gezondheid. Het oordeel van de arts komt overeen met de eigen mening van de bejaarden.

Ook de arts oordeelt de gezondheid van bejaarde vrouwen minder goed dan die van de mannen (59% tegen 74%). Het is opmerkelijk dat de bejaarden een iets hogere waardering voor hun gezondheid hebben dan hun artsen; vooral bij oudere bejaarden komt dit naar voren.

De aanvaarding van een gebrekkige gezondheid is - naast die gezondheid op zich natuurlijk - belangrijk voor de kwaliteit van het leven. Het is zelfs zo dat hoe slechter men de lichamelijke gebreken aanvaardt, des te minder kans men heeft, nog veel ouder te worden.

## Gezondheidszorggebruik

Zoals te verwachten is, maken bejaarde vrouwen meer gebruik van gezondheids-

## Het lot der weduwen

Niet alleen zijn en voelen bejaarde vrouwen zich dus minder gezond dan bejaarde mannen (hetgeen weerspiegeld wordt in hun gebruik van de gezondheidszorg), maar ook wordt hun dagelijkse leven meer bemoeilijkt door hun ziekten. Deze verschillen tussen man en vrouw zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op hun maatschappelijke positie (burgerlijke staat). Veelmeer mannen dan vrouwen zijn nog gehuwd, terwijl juist voor mannen het huwelijk een beschermende werking blijkt te hebben. Vrouwen profiteren slechts tot op zekere hoogte van die beschermende werking. Nooit-gehuwde vrouwen brengen het er in sommige opzichten beter af - in tegenstelling tot nooit-gehuwde mannen.

Zodra bejaarde gehuwde vrouwen alleen komen te staan gaat hun gezondheid verder achteruit. Daar komt nog bij dat weduwen in vergelijking met andere bejaarden een vrij

	vrouwen	mannen
vindt zich gezond	63%	79%
merkt een verminderde gezondheid	35%	26%
volgens arts goed gezond	59%	74%
hart- en vaatziekten	48%	32%

zorg-voorzieningen dan bejaarde mannen.

Zowel weduwen als weduwnaren krijgen de meeste geneesmiddelen op recept. Naast het feit dat vrouwen meer gebruik maken van de gezondheidszorg valt al met al op, dat zowel vrouwen als mannen die hun partners verloren hebben relatief veel gebruik maken van de gezondheidszorg.

Ook op het gebied van de dagelijkse activiteiten is het leven van bejaarde vrouwen eveneens tamelijk anders ingericht dan dat van bejaarde mannen. Hier komt een duidelijk onderscheid in rollatronen naar voren.

Voor het huishouden is van drie huishoudelijke taken nagegaan door wie ze worden verricht.

### Koken

Bij het boodschappen doen ligt de taakverdeling binnen het huwelijk iets evenwichtiger, zeker bij echtparen boven de 75. Hier zal de man vaker de traditionele rolverdeling loslaten en inspringen als zijn vrouw het niet meer kan. Voor het merendeel der verweduwen doen derden de boodschappen, evenals voor nooit-gehuwden (met name bij mannen).

Het regelen van geldzaken wordt eveneens iets meer door vrouwen dan door mannen gedaan, ook binnen het huwelijk. Onder verweduwen en nooit-gehuwden doet 2/3 van de bejaarden dit zelf, met uitzondering van de nooit-gehuwde mannen, van wie maar de helft zijn geldzaken zelf regelt.

Op het punt van het koken is het duidelijk dat meer mannen hulpbehoevend zijn dan vrouwen: veel mannen die nu niet koken zouden het ook niet kunnen als het zou moeten. Bij boodschappen doen en geldzaken afhandelen ligt dat andersom: als vrouwen deze taken nu niet zelf verrichten zouden ze dat vaak ook niet kunnen als het zou moeten, terwijl mannen die dit nu niet zelf doen het zonnodig van hun vrouw zouden kunnen overnemen.

Gerekend over alle drie de taken blijken nooit-gehuwden, en met name de mannen, het meest hulpbehoevend. Zij moeten het vaakst een beroep doen op

derden. Gehuwden zijn uiteraard het minst hulpbehoevend.

Wat de andere dagelijkse levensverrichtingen betreft. (wassen, kleden, traplopen en honderd meter lopen) brengen vrouwen het er minder goed af dan mannen. Van de vrouwen heeft 43% problemen met één of meer van deze activiteiten tegen 21% van de mannen. Weduwen hebben er het vaakst moeite mee, en gehuwde mannen het minst. Bij 24% van de vrouwen is de voornaamste oorzaak kortademigheid en hartklachten, bij 19% been- en armklachten (reuma!) en bij 10% algehele zwakte.

	mannen	vrouwen
kookt voor partner	3%	85%
zelf kokende verweduwde	13%	57%
zelf kokende nooit-gehuwde	15%	51%



Foto: Ine van de Broek

laag inkomen genieten, waardoor ze minder in staat zijn zich die dingen aan te schaffen waar ze behoefte aan hebben. Uit gegevens van het onderzoek blijkt ook dat de weduwen het minst actief hun vrije tijd besteden; de nooit-gehuwde vrouwen zijn juist het meest actief, net zo actief als gehuwde mannen. Voorts blijkt uit een geheugentest dat vrouwen minder presteren dan mannen - en vrouwen scoren met name zo laag doordat weduwen het er zo slecht afbrengen (de test bestaat uit deeltests op persoonlijke, tijds- en algemene oriëntatie, denkvermogen, auditief en visueel geheugen). Nooitgehuwden halen bij de vrouwen de beste resultaten, soms

	vrouwen	mannen
gaat geregeld naar de arts	56%	36%
specialistenbezoek vanaf 65jaar	55%	51%
ziekenhuisopname	33%	33%
(nooit gehuwden gaan het minst)		

even goed als gehuwde mannen. De laatste score van alle bejaarden het hoogst.

De hier genoemde punten worden ook elders voor met name weduwen opgesomd (10): slechte financiële situatie, verstandelijke achteruitgang, ontbreken van enige activiteit en zelfstandigheid, en voorts gebrekkige sociale contacten en interesses. Deze problemen ontstaan niet zomaar ineens bij het wegvallen van de echtgenoot. Ze worden veroorzaakt door een levenslang afleren van initiatief, waarvan de gevolgen bij verweduwing versterkt naar voren komen.

## De toekomst

De globale maatschappelijke situatie van bejaarden blijkt dus mede bepalend te zijn voor hun gezondheid en gezondheidszorggebruik. Algemene culturele en maatschappelijke verschillen tussen mannen en vrouwen missen hun uitwerking in de ouderdom niet. Vrouwen leven langer dan mannen, en het verband tussen de maatschappelijke situatie van vrouwen (in termen van burgerlijke staat) en hun gezondheid is vaak omgekeerd aan het verband dat bij mannen bestaat.

Gehuwde mannen leven gemiddeld langer dan andere mannen; gehuwde vrouwen juist relatief kort. Nooit-gehuwde mannen zijn ten opzichte van andere mannen minder gezond; nooit-gehuwde vrouwen juist gezonder.

Voor de vele weduwen geldt dat zij voor de jaren die ze langer leven dan hun man maar slecht zijn toegerust om lichamelijk en sociaal te functioneren. Een werkelijkgezonde hogeouderdom lijkt maar voor weinigen weggelegd.

Dat de toenemende vergrijping inmiddels de bezorgdheid van beleidsmakers op gang heeft gebracht blijkt uit verschillende ontwikkelingen. Zo heeft de overheid in 1982 de zogenaamde Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens (SOOM) ingesteld, die gedurende vijf jaar het gerontologisch onderzoek moet stimuleren (overigens heeft onderzoek naar de toestand bij vrouwen geen expliciete prioriteit in het programma). Al eerder had de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO) gerontologisch onderzoek tot 'stimuleringsgebied' verklaard. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg heeft één van haar vier scenario's aan de vergrijping gewijd (1984). En aan de Rijksuniversiteit Limburg, één van de twee universiteiten die een zwaartepunt toegewezen hebben gekregen op het eerstelijns onderzoek, is men een multidisciplinair onderzoeksprogramma aan het

opstarten waarin de nadruk ligt op dementie.

Het is te hopen dat bij al deze onderzoeksinspanningen de consequenties voor het dagelijks leven van de meest duidelijk herkenbare groepen niet worden vergeten: van de vrouwen en de alleenstaanden. De praktische zorg zou erop gericht moeten zijn dat zij een zinvol, zo onafhankelijk mogelijk bestaan leiden. Daartoe zouden niet alleen de bestaande eerstelijnsvoorzieningen versterkt moeten worden. Ook zouden 'resocialiserings'-programma's van de grond moeten komen die - rekening houdend met eventuele invaliditeit - leren hoe de bejaarden initiatieven kunnen ontplooiën om tot een zinvolle tijdsbesteding te komen. Vooral voor de vele weduwen zou zo'n programma geen overbodige inspanning zijn. Dan komt gezond oud worden wellicht nog binnen hun bereik.

## NOTEN

1) Tenzij anders vermeld komt de informatie uit het eerste deel van dit artikel uit: Oudijk, Corrine, "Sociale Atlas van de Vrouw 1983", Sociale en Culturele Studies - 3, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 1983.

2) Centraal Bureau voor de Statistiek, "Hart- en vaatziekten. Een statistische verkenning van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de Nederlandse Hartstichting", Voorburg, maart 1983.

3) Voornaamste publicaties: Zonneveld, R.J. van, "The health of the aged", Van Gorcum, Assen 1961; Beek, A. & R.J. van Zonneveld, "De gezondheid in de voortschrijdende ouderdom", Gezondheidsorganisatie TNO, Den Haag, 1976;

Deeg, D.J.H. e.a., "Levensverwachting en lichamelijke, psychische en sociale kenmerken bij bejaarden", Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, mei 1985.

4) Eysma, L.D. & N.L. Stevens, "De invloed van het geslacht en de geslachtsrol op latere leeftijd", Ned. T. Geront. 10 (1979), pp. 2-17.

5) Palmore, E., "Social patterns in normal aging: findings from the Duke Longitudinal Study", Duke University Press, Durham N.C., 1981.

6) Schneider, Ulrike (Hg.), "Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischer Gesundheitsforschung", Campus Verlag, Frankfurt 1981, Publicaties: zie noot 3.

7) In de onderzochte steekproef zijn de verschillende leeftijdsgroepen boven de 65 in gelijke mate vertegenwoordigd, om deze goed met elkaar te kunnen vergelijken. Ook zijn binnen iedere leeftijdsgroep mannen en vrouwen even sterk vertegenwoordigd. De steekproef is dus geen afspiegeling van de nederlandse bejaarde bevolking, waarin jongere bejaarden en vrouwen de overhand hebben. Wel is de steekproef per sexe-leeftijdsgroep in grote lijnen representatief voor de nederlandse bejaarde bevolking. Hierop is één uitzondering: bejaarden in (psychiatrische) ziekenhuizen en verpleeginrichtingen zijn ondervertegenwoordigd.

8) Het hier aangehaalde onderzoek heeft enkele voordelen ten opzichte van meer recent onderzoek (bijvoorbeeld de Leefsituatie-onderzoeken van het CBS), waarvan overigens de resultaten, voor zover vergelijkbaar, redelijk met de hier gepresenteerde overeenstemmen. Ten eerste zijn de in de jaren '50 onderzochte bejaarden nu vrijwel allemaal overleden, waardoor achteraf vastgesteld kon worden, welke van de vele onderzochte factoren van invloed waren op de overlevingsduur en dus "kritischer" zijn dan andere factoren. In dit artikel worden alleen deze "kritische" factoren behandeld. Ten tweede wordt de gezondheidstoestand hier niet alleen bepaald door de antwoorden van de onderzochten zelf, maar ook op een objectieve wijze, nl. door de huisarts van de onderzochten. Ten derde is hier bij het beschouwen van alle factoren onderscheid gemaakt naar zowel sexe als burgerlijke staat, hetgeen in andere publicaties niet het geval is.

9) De verdere gegevens die hier worden besproken zijn apart onderzocht voor jongere (65-74-jarige) en oudere bejaarden (75 jaar en ouder). Er moet in het oog worden gehouden dat de onderzochte steekproef gelijk verdeeld is naar leeftijd en geslacht, dus dat ouderen en mannen oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van de totale bejaarde bevolking.

10) Lehr, Ursula (Hg.), "Seniorinnen. zur Situation der älteren Frau", Praxis der Sozialpsychologie Band 9, Steinkopff Verlag, Darmstadt 1978.



# De één z' n DOOD

Als een goede vriend gestorven is zou je over de doodgezwegen ruzies en je buien van verliefdheid willen praten. Je kunt het nu niet, want je kon het vroeger ook niet. Je ontdekt de onhandelbaarheid van je eigen emoties.

*'Flink zijn en kiezen op elkaar'* is wat er doorgaans van patiënten verwacht wordt, terwijl de hulpverleners een blijmoedige opgewektheid uitstralen.

De onverwachte angstaanvallen van patiënten maken pas duidelijk, dat hulpverleners vaak met geen enkele angst hebben leren omgaan.

Extreme voorvallen verhelderen de betekenis van dagelijkse gebeurtenissen. Omgekeerd maken sociologische en culturele analyses de extreme voorvallen voor ons begrijpelijk, door de gewone dingen te ontrafelen. In het thema over de dood pendelt de aandacht tussen het sterven als een zeldzame, schokkende, extreme ervaring en de omgang van mensen met elkaar in het dagelijks leven. Tegelijk is de wederkerige beïnvloeding van hulpverlening en samenleving aan de orde.

Prof. van Dantzig pleit voor het integreren van inzichten uit de psychotherapie in de dagelijkse omgangsvormen, want: *'In de doodsangst openbaren zich door symptomen als bijvoorbeeld strataates, angsten die al veel langer bestaan, maar nu ondraaglijk worden'*. Cas Wouters en Herman ten Kroode laten zien hoe ons gedrag steeds minder door stringente maatschappelijke normen wordt bepaald. Daardoor is individueel gedrag binnen zelfgekozen en intiemere relaties mogelijk geworden. Vooral nog lijkt dat meer vragen dan werkelijke veranderingen met zich mee te brengen. Gevoelens blijken nog nieuwe uitdrukkingsvormen te moeten aannemen. Vanuit hun gezichtspunt rijst wel de vraag of die intiemere wordende relaties niet hun weerslag moeten vinden in de omgang van hulpverleners met stervenden. Juist in een tijd waarin medische techniek en schaalvergroting in het inrichtingswezen nieuwe angsten en onmachtgevoelens creëren. Een kijkje in het Antoni van Leeuwenhoekhuis, ruim 10 jaar na het onderzoek van de Swaan en van Dantzig, doet belangrijke veranderingen vermoeden. De hulpverlening lijkt de angsten van patiënten inmiddels serieus te nemen.

Bestrijding van taboes en ethische verhandelingen over 'De Ware Dood' of de 'Kunst van Het Sterven' hebben in dit thema geen plaats gekregen. De maatschappelijke beheersing van onze emoties en gedrag verdwijnt; taboes en voorschriften brokkelen als vanzelf af.

Daarmee is het geroep om opheffing daarvan overbodig geworden. Maar wat komt er voor in de plaats? Door hulpverleners of kerk van bovenaf opgelegde spelregels? Als uiting van onmacht om emoties de ruimte te geven of andere dan de eigen omgangsvormen te accepteren? Of om oude waarden in ere te herstellen zoals de conservatieve bisschoppen in Nederland proberen met hun ethisch reveil?

Normatieve ethiek verstikt bij voorbaat de ruimte die er ontstaan is voor een verandering van de doodscultuur. Dergelijke ethiek biedt een doodlopend perspectief. Een nieuwe cultuur moet kunnen groeien en de mogelijkheden en grenzen ervan zijn nog onbekend. De gekozen artikelen maken iets zichtbaar van ons zoeken naar nieuwe omgangsvormen rond sterven en nabestaan. De opgelegde zelfbeheersing stelt ons voor de keus om zelf iets te doen met angst en agressie, verliefdheid en verdriet of deze gevoelens voorgoed te verdringen. Het is de moeite waard de worsteling rond die keus te volgen. Zullen we alsmaar killer worden jegens elkaar of juist niet? En hoe kunnen ervaringen uit de psychotherapie, de begeleiding van hulpverleners en het verpleegverlof van Wouters en ten Kroode ons in die worsteling helpen? De bewuste keus om van onderaf iets nieuws op te bouwen lijkt tegelijk een weg te zijn om nieuwe zedenprekerij, de doorbraak te verhinderen. Pogingen om vast te stellen wat menswaardig sterven is en wat goede stervensbegeleiding zou zijn om vandaan te handelen, gaan licht voorbij aan de grote verschillen die er zijn. War mensen er echter in slagen in de praktijk openlijk op hun eigen manier te leven, zal het moeilijker zijn dat tijdens het sterven of na de dood te verdrücken. Haat kan in een 'goed doorgemaakt' rouwproces niet overgaan in liefde. Openlijke liefde tussen mannen hoeft 'om Simones' wil' op de begraafplaats niet te veranderen in vriendschap.

Thema redactie

# Geen bloemen, geen bezoek

Hoe beleven en verwerken mensen de dood van een naast familielid of een goede vriend? De toegenomen belangstelling hiervoor suggereert dat het "taboe" van de dood langzamerhand doorbroken wordt.. Alhoewel ..

Cas Wouters en Herman ten Kroode schetsen in dit artikel het leven rondom sterven. De geromantiseerde openbare rouwrituelen van weleer hebben plaats gemaakt voor een steriel sterfbed op kamer 375 bed 2. Ondanks alle "openheid" trekken de naast betrokkenen zich terug rondom het sterfbed. Een paradox?

*Cas Wouten en Herman ten Kroode, sociologen, werkzaam aan het Instituut voor Medische Psychologie te Utrecht..*

## Over sterven en nahestaan

Van sterven en dood wordt nu al meer dan 15 jaar herhaaldelijk gezegd dat zij een onderwerp vormen dat taboe is in de samenleving. Volgens degenen die over dit onderwerp schrijven of er op conferenties en symposia uitspraken over doen, denken mensen te weinig aan hun sterfelijkheid en wordt in onze cultuur niets zó verdrongen en ontkend. In vrijwel identieke zinnen is er in die 15 jaar in talloze boeken en tijdschriftartikelen op gehamerd dat we in een doodsvreemde cultuur zijn terechtgekomen. Bijvoorbeeld: "de dood is in een taboesfeer komen te verkeren en dat heeft niet geringe consequenties voor degenen die direct met de dood van een familielid of partner te maken krijgen." 1)

Sommige auteurs merken al spoedig op dat de openbare belangstelling voor sterven en dood is toegenomen, terwijl anderen daaraan voorbij gaan. Zo kunnen in hetzelfde boek, een bundel lezingen, tegenstrijdige beweringen worden aangetroffen: "In onze tijd wordt de dood veelal doodgezwegen" en "Lange tijd heeft men vermeden veel over de dood te spreken of te schrijven, maar gelukkig is hierin verandering gekomen." 2).

In 1975, opnieuw in een bundel, signaleren sommige auteurs deze paradox: "In onze cultuur staat het taboe van sterven en dood nog recht overeind, ondanks de groeiende aandacht voor deze thema's in tal van publicaties." 3).

De bagatellisering van de mogelijke betekenis van deze gegroeide aandacht klinkt nog stelliger in het voor-

woord: "De dood, en alles wat ermee samenhangt, ligt nog altijd in een taboesfeer, ondanks alle modieuze actualiteit welke wij de laatste jaren verkregen heeft." 4).

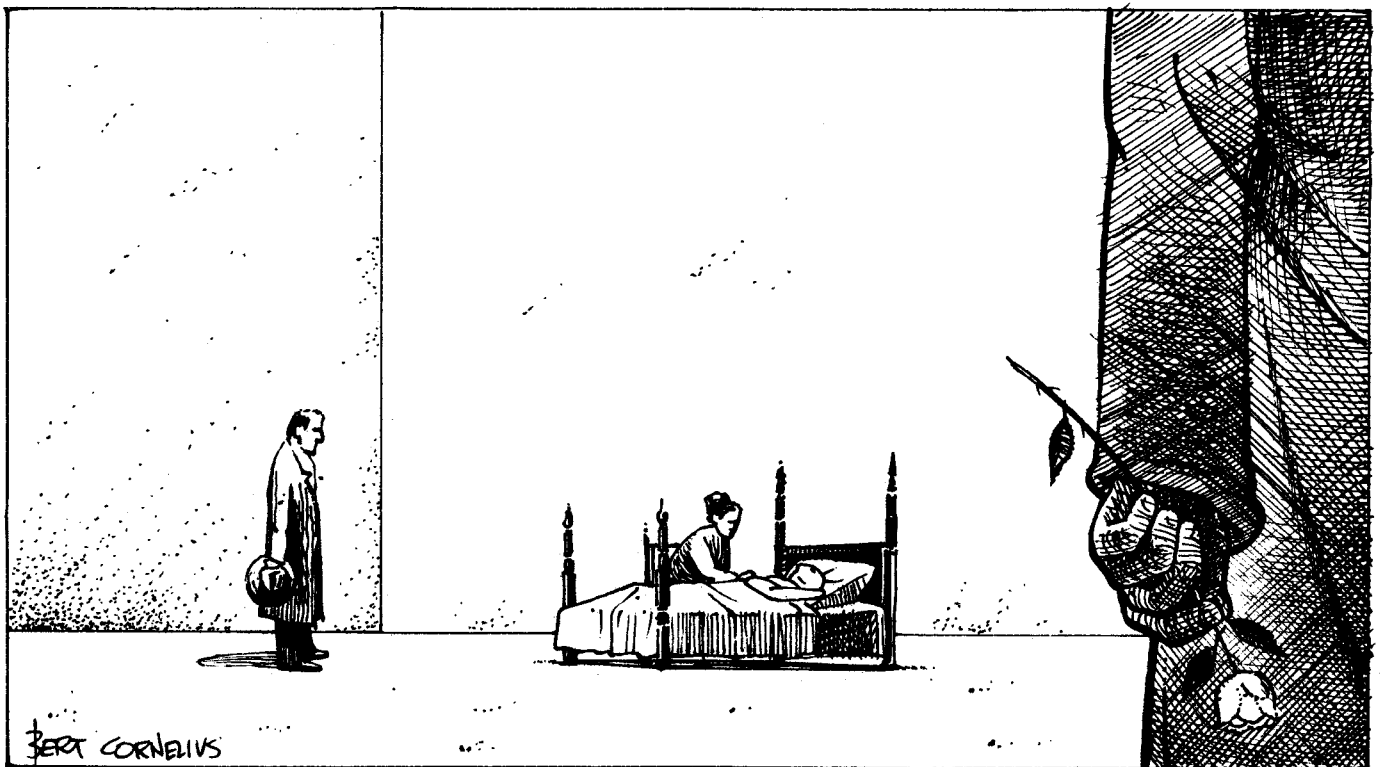
Deze paradox geeft aanleiding tot de volgende vragen:

1. Wat betekenen deze stellige constatering dat sterven en dood **taboe** zijn en wat houdt dat taboe precies in?
2. Wat betekent de **gegroeide openbare belangstelling** voor het onderwerp sterven, dood en nabestaan?

### Het ideale verleden

De toon waarop auteurs en causeurs het taboe meestal beschrijven is beschuldigend. Naast het aanwijzen van artsen en verpleegkundigen als voor de hand liggende zondebokken komen zij als regel niet verder dan "de samenleving, de moderne mens, de cultuur" aan te klagen. Zij willen de "verstoting" van sterven en rouwen uit de huidige samenleving aan de kaak stellen om ze weer "meer in de huidige samenleving te integreren" 5).

Kortom, zij verzetten zich tegen de verschuiving van sterven en rouwen achter sociale coulissen. Zij zijn er tegen dat mensen tegenwoordig te gevoels die door sterven en nabestaan worden opgeroepen slechts thuis, binnen de beperkte kring van intimi met elkaar dragen en delen, dus tegen de intimisering en privatisering van dit leed. Dit verzet wordt meestal geschraagd door het idealiseren en romantiseren van een ver verleden,



toen het sterven en nabestaan wél beter in de samenleving zouden zijn geïntegreerd. Inderdaad, enkele eeuwen geleden waren de levenden sterker met de dood vertrouwd. Het leven was korter, de gevaren groter, de angsten onverhulder, het sterven ruwer en pijnlijker, maar de kring van betrokkenen bij deze gebeurtenissen was groter. Honger, epidemieën en andere ziekten, oorlogen en andere vormen van geweld leidden tot een kort leven met daarin talrijke confrontaties met sterven en nabestaan, een leed dat gezamenlijker werd gedragen en gedempt in collectieve, magische en religieuze rituelen. Het geloof in een leven na de dood bood hoop en troost, maar wekte ook angsten op: de voorstellingen van een eeuwig branden in de hel waren gruwelijk en de angst voor zo'n straf was groot.

Al vanaf het begin van deze eeuw zijn de levenden steeds minder met sterven vertrouwd. Het leven duurt langer, de gevaren zijn geringer, de angsten verhulder en het sterven zachter. De kring van betrokkenen bij deze gebeurtenissen is kleiner geworden en de collectieve religieuze voorstellingen en rituelen zijn verbleekt. Binnen die kleinere kring zijn de banden hechter, intiemer en exclusiever geworden.

Uit deze grove vergelijking in de tijd blijkt dat zowel de idealisering van het verleden als de aanklacht van het heden zich vooral richten tegen een onderdeel van deze historische ontwikkeling, tegen het kleiner worden van de kring van betrokkenen bij het

sterven. De aanklagers willen een grotere openheid en openbaarheid rond het sterven. Ze verlangen naar een ruimere kring van betrokkenen en een sterkere identificatie van mensen met elkaar. Velen zijn er kennelijk van overtuigd dat de gegroeide scheiding tussen het openbare leven en het privéleven de bevrediging van dit verlangen in de weg staat. Maar tegelijkertijd blijkt uit hun gedrag dat zij deze intimisering en privatisering niet alleen respecteren maar onwillekeurig verder dragen door met meer zorg dan ooit, zoveel mogelijk zelf hun intimi te selecteren. Op dezelfde bladzijde van een cursusboek voor hulpverleners staat bijvoorbeeld: "*samen leven is samen sterven*" en "*sterven is een strikt individueel, zeer persoonlijk gebeuren*" 6). Om deze paradox beter te kunnen begrijpen is een schets van de ontwikkeling van intimisering en privatisering geboden.

## Zelfbeheersing en verdriet

Vanaf de 18e eeuw wordt het sterven meer en meer als een breuk, als een verlating ervaren, doordat de banden tussen mensen intiemer zijn geworden. De sterfkamer houdt dan op openbaar te zijn, minder mensen worden tot die kamer toegelaten; het laatste nieuws wordt aan de voordeur uitgewisseld. Uit het grotere familieverband ontwikkelt zich de huidige gezinsvorm en overeenkomstig de hechtere bindingen tussen de gezinsleden wordt het sterven van één van hen

als pijnlijker ervaren. Op schilderijen wordt voor het eerst intieme droefenis afgebeeld, bijvoorbeeld van een man die met zijn drie kinderen treurt bij de lijkstaf daarin zijn vrouw. Een volgende stap in het proces van privatisering is dat men in het sterfhuis, waar de dode is opgebaard, geen ander bezoek meer ontvangt dan intimi: "*Geen bezoek aan huis*". Vervolgens vervalt de gewoonte om een stoet van mensen uit de buurt te vormen die gezamenlijk het dode lichaam uit het sterfhuis komen halen. Het collectieve ritueel begint dan pas in de kerk. Na de laatste oorlog vindt het privatiseringsproces een hoogtepunt in het "*in stilte*" begraven of cremen. Ook emotionele uitingen van rouw horen dan vooral in de privékring thuis en in het openbaar daaraan uiting geven kan alleen nog als het zeer beheerst en niet al te gedetailleerd gebeurt, zoals dat ook hoort bij het in de openbaarheid brengen van seksuele ervaringen of andere zaken uit de privé sfeer.

Philippe Ariès, de bekendste deskundige op dit terrein, spreekt van "*het mijdingsgedrag van de samenleving tegenover de familie van de dode*." Na de laatste oorlog, zo klaagt hij, "*breidde het privégebied haast onbegrensd uit en de publieke ruimte smolt weg als sneeuw voor de zon*." 7) De dood is volgens hem niet langer "getemd" zoals destijds toen sterven nog een openbaar gebeuren was: "*Nu is het een wilde aanwezigheid. Daarmee bedoel ik dat de dood niet langer onderworpen is aan de een of andere vorm van beheersing door de samenle-*

ving." R).

Wat in deze en soortgelijke aanvallen op de "uitsluiting van de dood uit de samenleving" over het hoofd wordt gezien is dat de gevoelens die worden opgeroepen bij sterven en nabestaan tegenwoordig vooral onder controle worden gebracht door zelfbeheersing en steun uit de intieme kring. De dood is dus niet wild aanwezig, maar integendeel, zij is nog nooit zo getemd geweest. Niet alleen met behulp van medische techniek, maar vooral met behulp van zelfbeheersing en privé-beheersing.

Hoezeer zelfbeheersing tegenwoordig wordt vereist, blijkt uit een boekje waarin gedragsaanwijzingen worden gegeven aan mensen van wie zojuist een naaste is overleden: *"U hoeft zich niet te schamen als de emoties U even de baas worden, aan de andere kant moet U proberen anderen niet in verlegenheid te brengen door Uw verdriet. Als Ubang bent het niet aan te kunnen, vraag Uw arts of hij een onschuldig middelje heeft voor die ene dag."* 9)

## Mijdingsgedrag

Wie worden eigenlijk precies bedoeld met "de samenleving" die de dode en zijn familie mijdt? Is het mijdingsgedrag van de stervende en de familie van de dode niet minstens van gelijke kracht! Het zijn toch immers de mensen zelf die niet-intimi mijden wanneer ze door intense en intieme emoties worden overvallen. In tegenstelling tot vroeger kunnen mensen zich ook terugtrekken, omdat zij door eigen financiële reserves, door verzekeringen en door staatsvoorzieningen minder direct afhankelijk zijn geworden van niet-intimi zoals (verdere) familieleden en bureu. Het gezamenlijke dragen van leed berustte vooral op een sterkere en directe onderlinge afhankelijkheid en vormde derhalve tevens een sociale controle die nu als onverdraaglijk zou worden ervaren. Het zichzelf terugtrekken om wonden te likken is steeds algemener geworden en het openlijk tonen ervan wordt onsmakelijk gevonden. De reactie die het bij niet-intimi oproept is medelijden, op zijn best. Wie zou er tegen zijn om intimi, de politie of de GG&GD te waarschuwen wanneer iemand zich in het openbaar ongeremd wanhopig gedraagt? In die gevallen wordt ieder teruggewezen naar intimi of professionele hulpverleners. De vraag op wie men in moeilijke omstandigheden het liefst zou willen terugvallen krijgt tegenwoordig ongeveer hetzelfde antwoord als de vragen wie men aan zijn sterfbed zou kunnen verdragen of bij wie men zou willen onderduiken. Kortom, wie zich verzet tegen het 'ta-hoe op de dood' door de samenleving aan te klagen, dient tegelijkertijd een aanklacht in tegen het eigen gedrag en

formuleert een schijnprobleem.

## Reële problemen

De reële problemen waar een stervende en zijn intimi tegenwoordig mee te maken krijgen zijn de volgende:

1. De verpleegkundige en medische verzorging die stervenden voor een pijnloze dood nodig hebben kan vaak niet door hun dierbaren worden geleverd. Opname in een ziekenhuis of verpleeghuis volgt. De stervende verkeert dan buiten de intieme kring op een ogenblik dat hij zich het meest in die kring aanwezig wenst. De "vreemden" die hem verzorgen zijn beroepsbeoefenaars die voortdurend onder de spanning staan zich te moeten begeven in een door henzelf als intiem gedefinieerde situatie, waarin ze eigenlijk niet thuishoren, terwijl de intimi onder de spanning staan betrokken te zijn bij een intieme gebeurtenis in een niet intieme, een vreemde omgeving. Alle betrokkenen worden door die spanningen geremd, het vergroot de eenzaamheid van stervenden.
2. Veel stervenden maken mee dat zij op een vroeg moment al het contact kwijt raken met familie, vrienden en relaties die niet direct tot hun kring van intimi behoren. Het ogenblik waarop de stervende zich verder terugtrekt en geen behoefte meer heeft aan contact met hen, ligt vaak later dan het ogenblik waarop deze "buitenste kringen" zich terugtrekken. In deze gevallen blijkt de discretie die zowel intimi als niet-intimi verwachten niet goed op elkaar te zijn afgestemd.
3. Ook in de intieme kring zijn mensen vaak onvoldoende in staat elkaar bij te staan in problemen van sterven en nabestaan. Tegenwoordig kennen mensen nog weinig vaste manieren waarop ze de intense emoties die bij deze problemen horen met elkaar kunnen delen, terwijl de vormen waarin dat vroeger gebeurde inmiddels als cliché's, als pijnlijk en gênant worden ervaren. De tegenwoordig gangbare terughoudendheid in het uiten van emoties maakt dat deze nogal moeizaam worden omgezet in genegenheid en troost. Er bestaan een zekere verlegenheid en een tekort aan vindingrijkheid om aan die emoties een eigen uitdrukking te geven, terwijl die tegelijkertijd wordt verwacht en gewenst. 10) Hoe is dit zo gekomen?

## Regels en rituelen

Aan intense emoties kunnen mensen ten prooi vallen. Ze kunnen leiden tot onmatig en onhanteerbaar gedrag, waardoor ze een potentieel gevaar vormen voor het sociale verkeer. Om dat gevaar in te dammen zijn alle gebeurtenissen die intense emoties oproepen - zoals sterven en nabestaan,

maar ook vrijen en kinderen krijgen - in de loop van de geschiedenis aan steeds uitgebreider en gedetailleerder sociale regulering onderworpen, dus aan dwang van mensen op elkaar. De uitgebreide stervens- en rouwrituelen vormen een voorbeeld; ze houden angst, woede en wanhoop in toom. Sociale regulering is een voorwaarde voor individuele regulering, en nog meer: zij vormt een maatschappelijke dwang tot zelfdwang. 11)

Wanneer mensen zichzelf eenmaal dwingen hun emoties in toom te houden en dat ook zodanig kunnen dat zij die zelfdwang haast als vanzelfsprekend opbrengen, dan wordt een versoepeling van en een grotere variatie op de bestaande sociale regulering mogelijk, vooropgesteld dat de heersende machtsverhoudingen dit toelaten. In de loop van dit informaliseringsproces 12) worden die regels en rituelen geleidelijk aan ervaren als overbodige dwang, als een dwangbuis dat persoonlijke uitingsvormen en nuances uitsluit. Niet alleen de status-effecten die de machtigen er destijds mee behaalden - denk aan praalbegrafenissen - maar ook de ontkenning, verdringing en verschuiving, kortom de afweer die erin lag besloten, wordt dan onderkend en afgewezen. De oude vormen met hun als hypocriet ervaren statusbejag en afweer staan meer oprechte en persoonlijke uitingsvormen in de weg, ze worden tevens ervaren als onderschatting van de eigen zelfbeheersing. Die wordt krachtig genoeg gevonden om de intense emoties die door sterven en nabestaan worden opgeroepen minder af te weren en daarbij toch niemand pijnlijk te treffen.

Sinds de jaren zestig zijn steeds meer mensen deze nieuwe uitingsvormen ook van elkaar gaan verwachten. Dit proces is nog gaande. Daarom is nog lang niet iedereen even goed in staat zich op een dergelijke manier te gedragen, vooral niet omdat de situaties van sterven en nabestaan relatief weinig voorkomen. Mensen die ermee te maken krijgen verliezen weliswaar hun zelfbeheersing niet, maar zijn toch ook niet in staat geheel en al aan de eigen verwachtingen en aan die van hun naasten te voldoen.

## Het recente verleden

Er is nog een reden waarom naasten zo verlegen tegenover elkaar kunnen zijn. Sinds het einde van de vorige eeuw zijn welvaart en medische mogelijkheden zo toegenomen, dat het voor het eerst mogelijk werd om gedurende de langere perioden in een mensenleven alles wat met sterven en nabestaan te maken heeft uit het gedachtenleven te weren; een verdergaande sociale en



psychische verdringing dan ooit tevoren mogelijk was.

Nog in de jaren vijftig waren de Algemeen Beschaafde Omgangsvormen met betrekking tot sterven en nabestaan op ontkenning en verdringing daarvan gericht. Overeenkomstig die ABO beletten dokters zichzelf en elkaar om patiënten te vertellen dat ze aan een terminale ziekte leden. Over een chirurg die een verpleegster vertelde dat zij kanker had met een slechte prognose werd geschreven: "Dit gezegde deed natuurlijk veel stof opwaaien onder de doktoren, die de chirurg dit antwoord zeer kwalijk namen." 13) Er bestonden talrijke maatregelen om ontkenning en verdringing te stimuleren. In een kankerziekenhuis bijvoorbeeld gold de regel: "Het is de patiënten verboden over hun kwalen te spreken en een 'boete'potje, als zij hierop betrapt worden, doet goede diensten. Het is ook de taak van de verpleegsters hierop een wakend oog te houden." Verder bestond er een 'damescomité' waarvan de leden rondgingen met koffie, zeep, chocola, etc. : "Zodoende kan ... enige controle op de conversatie worden uitgeoefend." 14)

Destijds wordt al voorzichtig gepleit voor de meer tolerante opstelling: "Zeker is, dat de toenemende beschaving en zelfdiscipline in alle bevolkingslagen het mogelijk maken ook in algemene ziekenhuizen de patiënten veel meer vrijheid toe te staan dan vroeger, zonder dat men hoeft te vrezen dat daarvan een ongepast gebruik wordt gemaakt. (...) Een tolerante houding behoeft volstrekt niet een slappe houding te zijn." 15) Maar pas in de jaren zestig worden de hiërarchische verhoudingen zoals die uit bovenstaande citaten duidelijk blijken krachtiger aangevallen, en met succes. De voorheen heersende machtsverhoudingen én de daarop afgestemde sociale code die verdringing en ontkenning van angstgevoelens vereiste, werden aangetast en omgezet in minder ongelijke machtsverhoudingen en een minder distingerende sociale code die tevens informeler werd.

## Kinderen

Deze ontwikkeling komt ook tot uiting in de opvoeding van kinderen. Nog in de eerste helft van de negentiende eeuw wordt de dood in de opvoeding van kinderen gebruikt als pedagogisch instrument, zo blijkt uit literatuur over de dood in kinderboeken, en wel om kinderen aan te sporen tot deugdzaamheid en godsdienstigheid, als dreigement bij ongehoorzaamheid. In de tweede helft van de 19e eeuw wordt de dood steeds minder gebruikt als pedagogisch instrument; het verband met deugdzaamheid

brokkelt af. "Daarnaast stelt de 'verlichte' opvoeder zich ten doel angst bij kinderen tegen te gaan; de middelen daartoe zijn 'kennis' en 'zelfbeheersing'." 16). Rond 1900 worden kinderen niet meer bang gemaakt met de dood en worden zij er ook niet meer tegen 'gehard': "De dood is 'onkinderlijk' geworden en verdwijnt geleidelijk zo ver mogelijk uit zijn gezichtsveld." 17) De conclusie luidt: "Tot voor kort was de dood een voor kinderen ongeschikt onderwerp. Een kind hoorde een gelukkige jeugd te hebben en niet te worden lastig gevallen met iets waar volwassenen zelf liever ook niet teveel aan wilden denken. Wie de zeer recente kinderliteratuur bekijkt, krijgt de indruk, dat er een kentering gaande is." 18)

Zowel in hun jeugd als later in hun leven zijn nu al vele generaties eraan gewend geraakt dood en nabestaan sterk uit hun gedachtenleven te weren. Allicht dat velen zich onhandig en verlegen voelen wanneer ze elkaar in zo'n situatie willen troosten.

## Toenemend sterfelijksheidsbesef

De gegroeide belangstelling voor sterven en nabestaan kan niet alleen worden geïnterpreteerd als een verlangen naar een grotere identificatie van mensen met elkaar, maar ook als een uiting van een gestegen sterfelijksheidsbesef.

Religieuze onsterfelijksheidsfantasieën, rituele en magische bezweringen van angsten - zoals het door de nabestaanden afdekken van spiegels, het stilzetten van klokken en het sluiten van de blinden - verloren hun overtuigingskracht. Magische en religieuze voorstellingen over hemel en hel na het menselijk leven vervagen en verdwijnen, sterven en nabestaan komen er onverhulder door naar voren. Ook aan het begin van het leven is de mythe van de ooievaar of de kool vervangen door realistischer voorstellingen.

Al twee decennia lang worden problemen van samenleven door een groeiend en gevarieerd publiek steeds dwingend teruggebracht tot aardse problemen van sociale arrangering. Steeds meer mensen blijken er sterker rekening mee te houden dat ze voor het eerst en voor het laatst leven en datzelfde, dierbaren, landgenoten en op alle mensen samen. Deze instelling komt onder meer tot uitdrukking in de stijgende waardering voor een goede gezondheid, een gegeven medegedeeld door het Sociaal Cultureel Planbureau: "Een geleidelijke emancipatie van het individuele bestaan lijkt zich ook uit te drukken in een

steeds belangrijker gevonden gezondheid, het meest individuele kapitaal." 19) Inspanningen zoals joggen, trimmen, gezond eten, tanden poetsen moeten (sexuele) aantrekkelijkheid en jeugd zo lang mogelijk continueren en ouderdom en dood op afstand houden; dit betekent dat ouderdom en dood als bestrijdbare - zij het onoverwinbare - vijanden worden beschouwd, zowel op een onbewust als op een bewust niveau. Waarom anders zou er zoveel over sterven en nabestaan worden gesproken en geschreven? De belangstelling is groot. Bijvoorbeeld, een open dag van een crematorium trok in 1980 25.000 bezoekers. 20) En op 20 april van dit jaar werd voor het eerst een landelijke open dag gehouden in alle 23 Nederlandse crematoria.

Kinderen worden niet meer zo lang mogelijk onwetend gehouden, maar krijgen al jong te horen dat alle levende wezens sterven. Onlangs schreef Nicolaas Matsier in een dagblad over zijn ruim vijfjarig dochtertje: "De dood is nog niet alomtegenwoordig voor R. Helemaal een incident is hij ook niet meer. Er tussen in: de dood hoort bij de gebieden waarvan ze weet dat de antwoorden er tot nog meer vragen leiden." 21)

Zowel in de privésector als in het openbaar worden de gevoelens die sterven en nabestaan oproepen directer onder ogen gezien en sterker onder emotionele en intellectuele controle gebracht. Verwijzingen naar het menselijke einde hebben nog zelden de bedoeling daarmee stichtelijke of medelijdende reacties op te roepen. Freek de Jonge bijvoorbeeld brengt rauwe verhalen over de dood van intimi, die diepe angstlagen raken, maar doet dat op een manier die een toonbeeld van zelfbeheersing is en daardoor respect afdwingt en opluchting teweeg kan brengen. De bedekte toon van vroeger, met ver sluieren van doodsangsten en verlatingspaniek, werkt tegenwoordig eerder averechts; het wordt als verstikkend ervaren. Het openlijk aan de orde stellen van deze angsten en zorgen werkt steeds vaker opluchtend; het zijn oefeningen in het verdragen van gevoelens van machteloosheid.

## Een pleidooi tot slot.

De grotere informaliteit en openheid in het bespreken van sterven en nabestaan in het openbaar zijn van grote betekenis voor de mensen die zich in intieme kring terugtrekken als ze sterven of met een sterfgeval worden geconfronteerd. Zij kunnen zich daardoor gesteund voelen in het besef dat hun intense gevoelens, hoe persoonlijk ook, deel uitmaken van en geschraagd worden door een collectieve ervaringswereld. Mensen toetsen hun

ervaringen in de beslotenheid van de intieme kring aan hetgeen in de openbaarheid over dergelijke ervaringen wordt gezegd en geschreven. Verzet tegen individualisering, intimisering en privatisering lijkt verspilde energie. Dit zijn namelijk maatschappelijke ontwikkelingen waar niemand zich aan kan onttrekken.

Er zijn veel manieren om te proberen de eenzaamheid van stervenden en nabestaanden te verminderen. Eén manier die in de huidige maatschappelijke ontwikkelingen past, willen we hier in het kort onder de aandacht brengen. Door het de naasten mogelijk te maken thuis of in het ziekenhuis hun stervende man, vrouw, kind, vriend(in) of ouder te helpen, kan aan een intens verlangen van de stervende worden voldaan en kunnen de naasten de betekenis die deze voor hen heeft tot uiting brengen. Dit kan niet alleen

diepe voldoening schenken, maar ook de rouw sterk vergemakkelijken. In veel gevallen kan aan dit belang beter worden voldaan door een verpleegverlof in de sociale wetgeving op te nemen. De instelling van zo'n verpleegverlof vormt een collectieve bekrachtiging van een manier van optreden die iedereen persoonlijk als ideaal nastreeft, in een situatie waarin iedereen terecht komt. Het is een publieke erkenning van het grote belang dat mensen tegenwoordig hechten aan intieme bindingen, aan sterven en nabestaan. Een verpleegverlof houdt in dat mensen hun dierbaren zullen kunnen bijstaan zonder hun baan te verliezen en zonder zich 'ziek' te hoeven melden. De mogelijkheid om van een dergelijk verlof gebruik te maken zou ook het aantal noodgedwongen opnamen in zieken- en verpleeghuizen terug kunnen drin-

gen. Maar, het zou vooral uitdrukking geven aan de verbondenheid tussen mensen, zowel privé als in het openbare leven.♦♦

## NOTEN

- 1) Jan Derksen e.a., *Begeleiden van stervenden*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976, op de omslag
- 2) In het voorwoord van prof. dr. W.P. Plate in; dr. M. Plooij e.a., *Op de drempel van de dood*, Stafleu, Leiden, 1973, p. 3
- 3) J.M.A. Munnichs, *Eigen eindigheid - (voor)verwerking van de dood*, in: E. van der Wolk (red.), *Het naderende einde*, Intermediair, Amsterdam, 1975, p. 15
- 4) In de 'Inleiding en verantwoording' van E. van der Wolk, *ibid.*, p. 9
- 5) In de inleiding van de catalogus *Dood en begraven: sterven en rouwen, 1700-1900*, Centraal Museum, Utrecht, 1980
- 6) N. van de Brake e.a., *Sterven bij het leven*, Bosch en Keuning, Baarn, 1974, p. 52 Vervolg op pagina 53

## DE LAATSTE ZIEKTE

De voor kritische onderzoekers, hulpverleners en toekomstige zieken zo drukke jaren zeventig zijn voorbij. Het is nu alweer een hele poos geleden dat we hebben geleerd op een bewuste manier met lichaam en geest om te gaan. Wie weet nog hoe we ontdekten dat we collectief seksueel onderdrukt waren, en dat we leerden uit boekjes, in groepjes of therapie dat homoseksuelen ook mensen zijn; dat van voren, van achteren of op je kop allemaal prima is, als je er maar over kunt praten? We leerden een jargon om over onszelf te kunnen praten en aan onszelf te werken. Of we er, behalve in woorden, zoveel wijzer en vrijer op zijn geworden, is de vraag.

Hoe dat ook zij: in de jaren tachtig hebben kritische onderzoekers, hulpverleners en toekomstige doden een nieuw terrein gevonden waarop we door onszelf, de westerse cultuur of van hogerhand onderdrukt worden. Als ik afga op de kooitsige drukte van praatgroepjes voor kankerpatiënten, terminale thuiszorgenden en stervensbegeleidingscursisten zijn we toe aan Bet Grote Stervensgebeuren. Dood is niet gewoon, heel eng of juist een opluchting, maar een probleem dat op te lossen valt.

Onderzoekers hebben zo'n beetje het volgende idee ontwikkeld over wat er met ons aan de hand is: onze samenleving kenmerkt zich door een toenemende scheiding van het openbare en het privé-leven. "Geen bloemen, geen toespraken". Eén van de gevolgen hiervan is, dat we in de loop van ons leven minder doden tegenkomen dan vroeger, zodat het Goede Omgaan met het Gevoel dat de Dood oproept uit ons gedragsrepertoire is verdwenen.

Voor we wéér in therapie gaan, lijkt het me verstandig bij een paar vragen stil te staan. Stel dat we inderdaad met Het Gevoel rond De Dood geen kant meer uit kunnen, is dat dan geen reden voor de allergrootste paniek? Een volk voor wie een zo veel voorkomende gebeurtenis als het nabestaan: een aanslag op de gezondheid betekent, is niet te genezen door een simpel legerijde hulpverleners. Paniek dan maar - of nog een vraag: is het wel zo dat er sprake is van verdringing, gefrustreerde doodsbewering, of schort er iets heel anders aan? Wie beslist eigenlijk wat Het Gevoel is dat bij De Dood past; is er wel een "goede" en een "foute" doodsbewering en tenslotte: is er wel zoiets als De Dood en wat voor ding is dat dan?

Volgens mij bestaat De Dood niet. Er zijn duizend soorten dood en doden. Afgemeten aan artikelen, wijze woorden in de media en boekjes van hun hand zijn echter bij hulpverleners sommige soorten populairder dan andere. Zo is de eigen dood een stuk minder in trek dan die van een ander. Doodgaan aan vies of slecht werk is tegenwoordig minder populair, dan de zelfdoding van een werkloze. Aan een hartstilstand op vierentachtigjarige leeftijd worden veel minder woorden vuilgemaakt, dan aan jong doodgaan aan De Slepde Ziekte. De heldhaftig stervende wordt verre geprefereerd boven de sjagrijnige, en Derde Wereld-doden zijn alleen de moeite waard als het er heel veel tegelijk zijn.

Wat is dus De Dood? De dood is een samenraapsel van de populaire soorten. Deze lijken goed te passen in het nieuwe probleemgebied, en vatbaar voor het Goede Gevoel. Het is nog even afwachten hoe dat Goede Gevoel er precies uit gaat zien. Misschien hoeft je binnenkort niet meer alles in de door Kübler-Ross gedefinieerde fasen te voelen. Hulpverleners gaan ons leren dat je op je kop, van achteren of van voren, wat je maar voelt, het is allemaal prima. Als je maar soms een beetje huilt, je kwaadheid toont, en vooral: als je er maar over praat...

Als je maar een verhaal hebt... Wat je zegt, is niet belangrijk. Of je op de dokters moppert of niet, hoort niemand. Of je het onverantwoorde gedrag van kemkoppen en cadmium nu wel of niet ter sprake brengt... geeft niet... zeg wat je op het hart hebt. Denk niet dat angstig zwijgen ook op zijn plaats kan zijn.

Wat gebeurt er precies? Hulpverleners krijgen er weer een nieuw werkterrein bij, dat is één ding. Sommige emoties worden Emotie genoemd en meer beloofd dan andere, dat is nog een ding.

Maar er is meer: met het bespreekbaar maken van De Dood, verdwijnen er heel veel soorten dood en doden achter het lawaai van het open-en-eerlijk praten. En zolang we bezig zijn met het bespreken van De Dood zijn we door de hulpverleners geëxcuseerd, hoeven we niet over de verschillen tussen de doden, over doodsoorzaken en over levens na te denken. Laat staan over het voorkomen van massale doden.

Willen hulpverleners ons leren de dood normaal te vinden, juist in een tijd dat de dood alom en griezelig dichtbij lijkt te zijn?

Sigrid Sijthoff

De psycho-analyticus Prof. Dr. A. van Dantzig is één van de grondleggers van de na-oorlogse psycho-therapie in Nederland. Hij was mede-oprichter en jarenlang directeur van het Instituut voor Medische Psycho-therapie in Amsterdam. Met onder andere Bram de Swaan nam hij begin jaren zeventig deel aan het inmiddels beruchte onderzoek naar de medisch-psychologische hulpverlening in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Het daaruit voortgekomen verslag "Omgang met angst in een kankerziekenhuis" mag nog steeds niet gepubliceerd worden.

In een vraaggesprek met Gerard Goudriaan en Erik Heydelberg spreekt van Dantzig zich uit voor de "gevoelige samenleving", waarin opener over emotionele problemen gepraat kan worden. Is psycho-analyse de Haarlemmer olie die dit kan bewerkstelligen?

Een gesprek over psycho-analyse vóór het huwelijk, over doodgaan zoals het hoort en over het emotionele harnas van dokter en verpleegkundige in het zicht van de aangezegde dood.

**Gerard Goudriaan**, medisch socioloog  
**Erik Beydelberg**, andragoog



# Doodsangst

Wat is doodsangst?

Het gevoel dat mensen krijgen als ze merken dat ze binnenkort dood zullen gaan. Ik denk dat doodsangst een algemeen woord is dat de indruk wekt dat het voor iedereen het zelfde verschijnsel is. Als je goed gaat kijken merk je dat waar mensen dan bang voor zijn, dat dat voor iedereen verschillend is.

Is angst als reactie op een naderende dood van alle tijden? Om doodsangst te kennen moet je weet hebben van dood. Er moet je verteld zijn wat dood is, daarom hebben dieren denk ik ook geen doodsangst zoals wij die kennen. Je moet je leven als eindig hebben leren zien. Dood is een reflectoir begrip, het besef van de dood ontstaat door er over na te denken. Het is geen vitale kennisname, geen met het leven gegeven kennis. Je moet ergens weten dat je sterfelijk bent, dat het allemaal één keer ophoudt, en dat ophouden heeft ook een persoonlijke betekenis. Specifieke angst voor het idee dood te gaan is iets specifiek menselijks en daarom ook per individu verschillend. Het kan voor mensen heel verschillende betekenissen hebben. Denk maar aan iemand die er vrijwillig een einde aan maakt of aan de

**Interview met**  
**Prof. Dr.**  
**A. van Dantzig**

grote verschillen tussen de doodsbewering tussen verschillende culturen.

Gaat de doodsangst voor mensen pas echt bestaan wanneer de dood op één of andere manier aangezegd wordt?

Ja, en op zichzelf is dat iets merkwaardigs. Alsof we niet weten dat we doodgaan. Zoals we hier zitten is ons de dood aangezegd. Maar toch is het zo dat pas als u met dat zwarte plekje op uw hand naar de dokter gaat, en die zegt, ja ik geef u nog een half jaar, dat het pas dan heel anders wordt.

Heb je in onze cultuur een soort aanzegging van de dood nodig, van een dokter bijvoorbeeld, voordat het reëel voor je wordt? Je hebt natuurlijk culturen waarin het aan de dood denken een onderdeel van het dagelijks menu is. Ik weet niet zo goed of je in onze cultuur nu een definitieve toezegging nodig hebt dat de dood er aan komt om er bang voor te zijn, bijvoorbeeld wanneer je weet dat je nog maar een paar maanden te leven hebt. Ik zou bijvoorbeeld wel eens willen weten of met het toenemen van de ouderdom bij mensen de angst voor de dood toeneemt. Maar als je in ogenschouw neemt dat we allemaal weten dat we sterfelijk zijn, zie je dat we er toch niet altijd bang voor zijn. Heidegger zegt dat we dat eigenlijk wel zouden moeten zijn, als je voortdurend in de eigenlijkheid leeft zou je ook voortdurend in de doodsangst moeten leven. Dat vind ik niet juist. Ik zie niet in waarom een bepaalde wijze van naar de dood kijken essentieel te prefereren zou zijn boven een andere. Maar het is de uitkomst van denken. Als je er over gaat denken dan zeg je: hé ja, eigenlijk zou ik altijd bang moeten zijn. En dan word je ook bang. "Denken over de dood" is al gauw een vervreemdende bezigheid - het is alsof je van buiten af naar je leven kijkt. In de praktijk is het zo dat de dood nadert en dan word je bang. En daar zijn grote individuele verschillen in. Wanneer je bijvoorbeeld is verteld dat je dood zult gaan aan kanker dan reageren mensen daar heel verschillend op. Er zijn mensen die dan opgelucht zijn dat ze niet meer hoeven.

Waar ben je nou eigenlijk bang voor wanneer je doodsangst hebt?

Alles kan, als je gaat kijken waar iemand bang voor is dan krijg je een persoonlijk antwoord. Het kan zijn voor eenzaamheid, verlies van geliefden, voor schuldgevoelens, van alles kan het zijn. En dat is mij in de praktijk ook gebleken. Van mensen die in het zicht van het aangezegde sterven verkeren krijg je steeds een ander verhaal te horen. Je zou in het algemeen kunnen zeggen dat doodgaan betekent dat iets waardevols ophoudt. Maar wat de waarden van dat waardevolle waren dat is van persoon tot persoon verschillend.

Kun je zeggen dat in onze cultuur de dood achter de coulissen wordt gestopt, en dat pas na de aanzegging het rijk van de dood, en het rijk van de hulpverlener begint?

Ik vind het feit dat je mensen pas op hun sterfbed zou gaan behandelen een goed voorbeeld van de verwaarlozing van de geestelijke gezondheid. Het zou niet zo moeten zijn dat iemand pas op het eind van zijn dagen geconfronteerd wordt met zijn wezenlijke angsten.

-Mensen zouden zó met elkaar en met zichzelf moeten omgaan, dat je daar al veel eerder weet van hebt, dat het een onderwerp is waarover je met elkaar van gedachten wisselt, en waar iemand je - als het nodig is - bij helpt. Het is een teken van de armzaligheid van de psychische hygiëne dat dat pas op het sterfbed kan. Je kunt natuurlijk zeggen dat onze cultuur leeft bij de gratie van het feit dat we geen aandacht schenken aan emotionele problematiek. Dat is een persoonlijke zaak die aan het individu toevalt, of hoogstens aan het gezin. En maatschappelijk val je pas uit de boot als je niet meer mee kan draaien, als je

symptomen krijgt. En als je iemand behandelt die symptomen heeft, dan blijkt dat hij al jaren lang met emotionele problemen zat, waar noch hij, noch zijn omgeving of zijn huisarts raad mee wist. Mensen die jarenlang komen met klachten over duizeligheid, een beetje hoofdpijn, en dan breekt de straatangst uit. Maar vóór die tijd waren de problemen die zo'n spanning hebben opgeleverd er al heel uitgebreid. Men weet dat gewoon niet, het is blijkbaar een voorrecht van de psychotherapie om die dingen te weten. Dat geldt ook voor de doodsangst, je bent verbaasd dat mensen zo rustig dood gaan. Je weet hoe je dood hoort te gaan, en dat doe je dan. Ik denk dat een heleboel mensen dood gaan in dezelfde geïsoleerdheid waarmee ze met hun psychische problematiek geleefd hebben.

Wordt dat door veel artsen en verpleegkundigen niet juist bevorderd?

Herkenning van de doodsangst is een noodzakelijke stap in het *emancipatieproces van emotionele problematiek*. Wanneer deze op het beperkte terrein van de doodsangst heel sterk geprofileerd wordt, zal de erkenning van emotionele problematiek in de dagelijkse omgangsvormen misschien langzaam volgen. De psychotherapie begint daar, waar symptomen er aanleiding toe geven. Persoonlijk denk ik dat de psychotherapie pas zijn doel heeft bereikt, wanneer haar benadering is opgegaan in omgangsvormen. Wat een hulpverlener, een dokter, een verpleegkundige rond het sterfbed doet, als mensen echt angstig zijn, is dan niet meer zo nodig. Omdat mensen gedurende hun hele leven al op zo'n andere manier met elkaar omgaan, dat de gevoelens daarbij gewoon hun plaats tussen mensen hebben gekregen. De hulpverlening bij doodsangst dient nu twee dingen, de hulpverlening bij doodsangst én het in stand houden van het idee, dat er dáárvoor niet over angsten gepraat hoeft te worden.

Brengt de hulpverlening een proces op gang waarbij de emotionele problematiek van mensen geleidelijk aan zichtbaarder wordt gemaakt?

Ja, ik vergelijk het vaak met de toestand van de gezondheid pakweg tweehonderd jaar geleden, toen de medische techniek nog niet zo ver gevorderd was. Toen was het gewoon, als je tanden uitvielen en aan galstenen had je pijn. Dat was gewoon, daar leefde je mee en het viel je niet op als iets waarover je je vuisten ten hemel balde.

In uw proefschrift zegt u over hulpverlening bij doodsangst, dat een systeem van hulpverlening machtig is en mensen tot topprestaties van aanpassing brengt.

Ja, en een ziekenhuis is daar een goed voorbeeld van, mensen schamen zich voor elkaar en ze houden elkaar in bedwang, je doet daar vanzelf aan mee. Met de beste bedoelingen van de wereld is het toch zo dat je in een ziekenhuis in een regiem terecht komt, waarbij je erg veel in moet slikken en voor je zelf moet houden.

Wordt de dood daar dan niet weggedrongen?

Ja, dat is natuurlijk ook zo, dokter worden, verpleegster worden is ook een training in het minimaliseren van je gevoelens. Dat is niet alleen maar gewenning, het heeft ook te maken met het feit dat je zelf door de wereld moet. En de manier om in een ziekenhuis, binnen de medische stand door de wereld te komen is distantie en verzakelijking, je gevoelens minimaliseren. Toen ik zelf een aantal jaren in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis onderzoek deed, na jaren als psychiater gewerkt te hebben, schrok ik heel erg van wat ik daar zag. Het duurde zeker een week voor ik mijn oude doktershouding weer had. Je mist het medeleven met degenen die de dood is aangezegd.



Dat is dan een soort systeem waarin de patiënt een training krijgt om te hopen, en de hulpverlener een training om zijn gevoel te minimaliseren?

Ja, en dat geldt niet alleen voor zo'n kankerziekenhuis, dat geldt natuurlijk voor alle ziekenhuizen. In alle ziekenhuizen gebeuren vreselijke dingen. Mensen verliezen ledematen, er gaan kinderen dood, noem maar op. Dat is de routine van ziekenhuizen.

Wat is het wederzijds belang voor hulpverleners en patiënten om in zo'n situatie de dood onzichtbaar te houden?

Dat vind ik een hele moeilijke vraag. L.: denk dat emoties zo individueel zijn dat - willen ze maatschappelijk tolerabel zijn - ze in een maatschappelijke vorm ingepast moeten worden. Dat zijn rituelen, een maatschappelijk aangepaste vorm om emotieste uit te laten. En in onze cultuur worden de rituelen gekenmerkt door emotiebeheersing. Elias ziet de oorzaak daarvan in het ingewikkelder worden van de samenleving, die leidt tot toenemende beheersing. Als hij gelijk heeft, zou dat betekenen dat een samenleving die zich van dat proces bewust is, ook beseft dat de prijs die daarvoor wordt betaald, de beheersing van emoties is.

Het meta-probleem dat daarmee is gesteld is de vraag: Hoe beheers ik de beheersing. Ieder individu betaalt uiteindelijk de prijs in beheersing, voor het deelnemen aan een steeds ingewikkelder samenleving. Maar die samenleving als geheel zou zich er misschien op kunnen bezinnen hoe die prijs geminimaliseerd kan worden. De hulpverlening op het gevoelsvlak, waarover we hier praten, zou je kunnen zien als een maatschappelijke poging om de prijs die de maatschappij aan beheersing betaalt, te verminderen. Je maakt de samenleving dan wel weer ingewikkelder door er een dimensie aan toe te voegen: de beheersing van de gevoelshouding. Met als doel een meer overwogen, een beter gekozen evenwicht te vinden tussen persoonlijke uiting en maatschappelijke eisen.

Wat voor prijs betalen de arts en de stervende patiënt die wederzijds de naderende dood ontkennen en een systeem van de hoop levend houden?

Ze bieden elkaar wat, en ze nemen elkaar wat af. Ze bieden elkaar een mogelijkheid om een situatie te beheersen in een soort professionele saamhorigheid. Dat vervult een gronddrift "ergens bij te horen", en dat heb je nodig om de wereld aan te kunnen. En wat ze elkaar ontnemen is het praten over wat het je doet in het aangezicht van de dood te staan. En ik denk dat dat juist door veel mensen als een verrijking zou worden gevoeld.

Vindt u die prijs die men in dat systeem van de hoop betaalt, te hoog?

Zo wil ik dat eigenlijk niet zien. Wat goed of slecht is dat weet toch eigenlijk geen sterveling? Ik wil het probleem veel praktischer benaderen. Het is prima als zo'n systeem van de hoop werkt, je moet alleen uitkijken dat je er geen mensen in meetrekt, voor wie het niet werkt. En dat is binnen zo'n systeem, dat de neiging heeft zichzelf te verabsoluteren, heel erg moeilijk. Iemand die daar duidelijk uit de boot valt, wordt in zo'n systeem al gauw gepsychiatriseerd. Voor de angsten van die mensen zou wat meer gevoel moeten ontstaan, vooral ook in de dagelijkse hulpverlening. Onze ervaring, ook in het Antoni van Leeuwenhoekhuis, was dat angstige mensen zich anders steeds meer aanpassen, met grote angstige ogen zeggen "het gaat goed" en zich tegen hun gevoel in, in dat systeem van de hoop voegen. De ervaring is dat degenen die daar het beste kunnen helpen de jongste verpleegsters zijn, die zelf nog niet zo enorm in dat systeem zijn opgenomen. De hoofdzusters en de specialisten die komen er niet meer toe. Die moeten het systeem met overtuiging

in stand kunnen houden; het zijn de twijfelaars in de schaduw, die de menselijke uitwisseling aan kunnen gaan. Dat zie je ook in grote psychiatrische ziekenhuizen waar het de verpleging is die de menselijke hand toe steekt. En dat hangt natuurlijk ook af van de menselijke begaafdheid van de betrokkenen. Maar daarnaast zou de medische psychologie ook een belangrijk onderdeel moeten zijn van de verpleegkundige opleidingen. Mensen storten bij verpleegkundigen eerder dan bij artsen hun hart uit. Verpleegkundigen staan veeldichter bij de mensen en als een erkenning van het feit dat een groot deel van hun takenpakket op het emotionele terrein ligt, zou daar in de opleiding ook meer aandacht aan moeten worden besteed.

Maar de praktijk leert dat hoe hoger de opleiding is, des te verder de hulpverlener van de patiënt af staat. Het zijn toch niet voor niets de leerlingen en soms zelfs het schoonmaakpersoneel bij wie de patiënt soms nog wat emoties kwijt kan?

Ja, dat is ergens wel zo. Maar de inzichten uit de medische psychologie kunnen dat juist doorbreken. Ik vind dat in een ziekenhuis iedereen, tot de portier aan toe, in zijn opleiding iets van medische psychologie zou moeten krijgen.

Kan die portier dan nog spontaan reageren?

Als kennis de eigen emotionele vaardigheden doodslaat, dan wordt die kennis niet goed overgebracht. Het hangt natuurlijk erg van iemands eigen mogelijkheden af wat hij op dat terrein kan. Maar het moet toch mogelijk zijn om met een opleiding die mogelijkheden te vergroten, in plaats van te verkleinen. Het is niet makkelijk om met een stervende de praten, er zijn veel mensen die zelf bang worden, of die toch gaan troosten, zeggen van "het valt wel mee". Ik vind het al heel wat als het bestaan van het probleem herkend wordt. Dan ben je al een stap verder dan nu het niet herkend wordt en het daardoor gedelegeerd wordt naar vrijwilligers die het ergens in een hoekje doen.

Het doel van zo'n opleiding zou in ieder geval zijn om mensen te laten zien dat hun manier van het probleem oplossen er maar één is van de vele mogelijke manieren, en niet altijd de beste. De stervende patiënten die nu in het zicht van de psychologische hulpverlening komen, zijn de mensen die duidelijk uit de boot vallen. Maar naarmate je daar meer oog voor krijgt, ga je ook eerder zien wanneer iemand het moeilijk heeft. Bijvoorbeeld toen ik medisch student was, konden ze nog vuistgrote atheroom-cysten laten zien, mensen met zulke kwabben in hun nek. Dat zie je nu nooit meer. Dat komt omdat mensen nu al bij zo'n klein knobbeltje naar de dokter gaan. Men laat het niet meer zo ver komen. En als de patiënt het al niet zegt, dan zegt zijn omgeving of de huisarts het wel. "Jou, dat soort sensibilisering van de problematiek komt steeds meer op, juist door er over te praten en er aandacht aan te schenken. En die sensibilisering zie je in onze cultuur de laatste twintig jaar ook heel sterk voor emotionele problemen.

Spelen deskundigen daar geen overheersende rol in? Wat dan nog? In de somatiek is wat nu doodgewone hygiëne is een uitvloeisel geweest van professionele kennis. Dat je kinderen sla geeft, ze in de zon stuurt, dat zijn puur hygiënische maatregelen die een gewone moeder neemt. Dat is ook allemaal overdracht van professionele kennis naar leken toe. Dat is zo vanzelfsprekend dat je er niet eens meer over nadenkt, en dat zou met emoties ook zo kunnen zijn. Dat het bijvoorbeeld vanzelfsprekend wordt dat als iemand een verhaal vertelt, en hij schiet vol, dat je er dan niet overheen praat. Dat het tot de gewone omgangsvormen gaat behoren dat je dan zo'n gesprek stil zet en er op in gaat.

Maar hoe weet je wat je moet doen, emoties zijn toch nog veel minder eenduidig dan somatische aandoeningen?

Wat moet je tegen iemand zeggen die dood gaat? Er bestaat verschil van mening over of je hem op het eeuwig leven moet wijzen of op de onvermijdelijke eindigheid. Dat hangt van levensbeschouwing af. Daar is ook in mijn eigen vak, de psychotherapie, niemand het met zijn buurman over eens. Dat is een reëel probleem, dat zie ik in. En van daaruit zou je kunnen zeggen "laat maar zitten, laat iedereen maar aanmodderen, want niemand weet het beter dan een ander en die hele professionaliteit bestaat niet." Dat kan je zeggen, en daarmee is een oplossing verdwenen, maar het probleem niet.

Wat ik persoonlijk vanuit het professionele als waardevol zie voor de dagelijkse omgangsvormen is de vooronderstelling, de ervaring dat mensen zich beter voelen als ze hun gevoel toelaten, dan wanneer ze hun gevoel wegmaken. Dal is de basisregel van de psycho-analyse, die bestaat daar eigenlijk uit. En ik ben altijd weer verbaasd, als ik zie hoe waar dat is, ik ben er in mijn werk steeds meer van overtuigd geraakt. Dat is ook de kern waar we hier over praten. De prijs die we betalen voor de beheersing in de samenleving, is dat we ons gevoel soms wegmaken en dat is niet alleen maar gunstig. In sommige gevallen kan dat een oplossing zijn, en dan hoeft je niet altijd iets te doen. Ik ga uit van die situatie waar mensen last van hebben, en dan moet je wel iets doen. En dan doel ik niet alleen op situaties waar mensen een grote paniekaanval hebben, maar ook op stille, geheime angsten. Het hangt er maar van af in hoeverre de omgeving in staat en bereid is om daar een antwoord op te geven. Geef je rond een sterfbed alleen aandacht aan mensen die een paniekaanval hebben, of geef je ook een antwoord op mensen die zeggen "ik voel me zo bang". Als je voor de psychologische weg kiest, dan vraag je wat voor angstige gevoelens iemand dan heeft. Het andere antwoord is tranquilizers geven. Als je kiest voor een gesprek kun je je voordeel doen met de kennis die de psychoanalyse de afgelopen halve eeuw heeft opgedaan. En dat geldt natuurlijk in de eerste plaats voor de mensen die vakmatig met doodsangst in aanraking komen, maar ik zou het ook plezierig vinden als het bijvoorbeeld in oudercursussen werd gegeven, of als het bij de uitrusting hoorde die nodig is om in het huwelijk te treden. Voor mijn part, op de kleuterschool. Men doet maar of iedereen vanzelf weet hoe hij met angsten moet omgaan, en dat dan kan. Er wordt dan wel eens vergeten dat mensen werkelijk de vreselijkste dingen met elkaar doen, en nog goed bedoeld ook. Mensen oefenen een regime over elkaar uit dat het moeilijk, en zelfs gevaarlijk maakt om over intieme dingen te praten. Om dat regime te doorbreken is moed nodig. Maar dat regime zou ook anders kunnen zijn. Je kunt je ook voorstellen dat een samenleving faciliterend werkt op het uiten van gevoelens.

Is dat niet juist een verdere beheersing van gevoelens?

Voor mij is heel essentieel dat ik niet bezig ben met anthropologie maar met hulpverlening. Wanneer mensen angstig zijn, depressief zijn, vervreemd zijn of dwangverschijnselen hebben, dan is naar mijn mening de basisvooronderstelling van de psycho-analyse juist, dat die mensen nogal eens geholpen worden door helderheid te krijgen over hun gevoelens. Daarmee zeg ik niet dat ik het voor de samenleving noodzakelijk vind dat dat voor iedereen gaat gelden. Maar als je last hebt van je angsten, is verheldering een goed antwoord. En dan is de volgende vraag natuurlijk, wat is last? Nou, een ziekenhuis is een plaats waar mensen veel last hebben van hun angsten, omdat mensen daar vaak in extreme situaties zijn. En daar dienen de problemen zich dan ook aan. Daar kun je beginnen.

Krijgen mensen juist in het ziekenhuis niet steeds méér angst door de enorme toename van verrichtingen en onderzoeken? Ik heb liever een dokter die mijn kanker juist diagnosticeert zonder één menselijk woord tot mij te richten, dan iemand die heel menselijk praat over mijn buikpijn en mijn kanker mist. Als ik gedwongen werd te kiezen, dan lagen mijn prioriteiten ook bij de technische kant. Maar het zou mooier zijn als je niet hoefde te kiezen en je ze allebei kon krijgen. De somatiek wordt langzamerhand wel erkend, maar de andere kant, de psychologische, die toch ook tot veel lijden aanleiding kan geven, daar is dat toch altijd veel minder geweest. Neem nou de steen die op het ogenblik wordt opgelicht, waar de incest, de kindermishandeling en de vrouwenmishandeling, onder vandaan kruipen. Dat heeft toch maar altijd bestaan, en het is allemaal ontkend terwijl hele straten het weten. Iedereen weet: in dat huis wordt geslagen, een hele winkel weet dat mevrouw Jansen weer een blauw oog heeft. Het is kennelijk altijd mogelijk geweest om dat onbekend te houden. Dat is onvoorstelbaar, achter al die voordeuren werd dat door iedereen helemaal in z'n eentje verwerkt. Je schaamde je voor wat je overkomen was. Het systeem maakte dat het iemand die aan dat soort lijden werd blootgesteld, onmogelijk werd om er over te praten. Dat het ideaalbeeld van het liefdevolle gezin doorbroken wordt en getoond wordt wat daarin kan plaatsvinden, dat daar over gesproken kan worden, dat is een revolutie. Ook de doodsangst is lang een strikt persoonlijke zaak geweest, daar praat je niet over, dat houd je apart in de beslotenheid van het gezin. Dat mevrouw Zeldenrust in het openbaar opstaat en daarover gaat praten is heel dapper omdat ze daarmee een algemeen aanvaarde oplossing doorbreekt en laat zien dat er in die beslotenheid ook gruwelijke dingen gebeuren. In de doodsangst openbaren zich door symptomen, als bijvoorbeeld straatvrees, angsten die al veel langer bestaan, maar nu ondraaglijk worden. Die angsten zijn altijd gezien, maar ontkend. Het bewustzijn dat ze er zijn en dat ze problemen opleveren dat neemt toe. Neem een zaal in een ziekenhuis, waar alles prima georganiseerd is in een vaste routine. De visites van de artsen, de verpleging, de gipskamer. Die zaal zou er heel anders uit zien als alle betrokkenen zich realiseerden wat het betekent dat er een been wordt afgezet. Het niet zien van het afgezette been is het zelfde als het niet zien van de incest of vrouwenmishandeling. Dat lukt, en als dat niet meer zou lukken zou in zo'n ziekenhuis de behandeling heel anders verlopen. Maar het systeem is zo dwingend dat vragen daarover niet opkomen. Als je er niet bij stil staat zie je de wereld van ellende achter zo'n afgezet been ook niet. Dat is een bij-effect van die uitgebreide somatische zorg, het is er niet mee in strijd maar je kunt er aan merken dat dit gebied van persoonlijk lijden in het maatschappelijk verkeer weinig aandacht heeft gekregen. De eersten die er door heen breken zijn de extremen, de doodsangst, de incest, de homo-seksuelen, maar naarmate het proces zich voortzet zal het zich voortzetten naar de steeds gewonere dingen.

Ontstaat er dan niet een steeds grotere onverdraagzaamheid tegenover lijden en de dood? Mag je nog wel lijden, je ziekte niet overwinnen?

Machteloosheid ten opzichte van lijden is voor hulpverleners vaak moeilijk te verdragen. Ook het klagen van een patiënt die niet meer verder wil moet begrip baar worden. Een hulpverlener kan het zich niet permitteren zijn eigen onmacht te verbloemen door de patiënt moreel aansprakelijk te stellen. Door het invoeren van magische principes als flinkheid, geen zelfbeklag en wilskracht wordt een patiënt alleen maar verder geïsoleerd in een onbegrijpelijke situatie.

# Werken in een kankerziekenhuis

**"Ik ervaar niet zo  
dat dingen  
weggemoffeld  
worden"**

*"De Swaan komt in een wereld terecht, die hij niet kent. Hij komt van buitenaf kijken. Mensen vanuit onze eigen beroepsgroep zouden kunnen onderzoeken hoe de verzorging en begeleiding van terminale patiënten in zijn werk gaat. Je moet zoiets vanuit de wereld van de verpleegkundigen uitdiepen en plaatsen."*

Harrie werkt in het ADtom van Leeuwenhoekziekenhuis (AVL) in Amsterdam. De Swaan verrichtte daar in de 70-er jaren samen met van Dantzig (zie elders in dit nummer) een onderzoek waaruit geconcludeerd werd, dat de werkwijze in het ziekenhuis er onbewust op gericht was om de hoop op leven in stand te houden en de angst voor de dood te verdringen.

*"Als er gelachen wordt op een afdeling waar iemand die dag overleden is, is dat precies het moment waarop De Swaan langskomt. En in de koffiekamer zal wel eens een opmerking vallen die niet past, maar dat komt ook doordat niet iedereen op de afdeling bij alle patiënten betrokken is. Ik ervaar niet zo dat dingen weggepoetst en weggemoffeld worden. Ook niet dat wij onbewust een bepaald gedrag ten toon zouden spreiden om het aan te kunnen."*

Volgens De Swaan worden angsten van kankerpatiënten door de behandeling bezworen. Angsten worden niet rechtstreeks geuit en er wordt door het personeel niet op ingegaan.

*"Je kan niet zeggen dat men blijft behandelen om de uiteindelijke uitkomst, de dood, niet onder ogen te hoeven zien. Als er alleen nog sprake is van symptoombestrijding, vertellen we dat. Tijdens een behandeling die op genezing is gericht hebben patiënten ook emoties en zijn ze onzeker en verdrietig. Als zo iemand opgenomen is kun je naar hem of haar luisteren, een klankbord zijn en begeleiding*

Ongeveer tien jaar geleden onderzochten van Dantzig en de Swaan de omgang met de dood en de angsthuishouding daarbij van hulpverleners van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. In hun nimmer gepubliceerde rapport oordelen de onderzoekers negatief over het professioneel omgaan met de dood.

Harrie, die als verpleegkundige in dit "kankerziekenhuis" werkt, schets een heel ander beeld: de hulpverleners omzeilen de problemen juist niet. Harrie beschrijft de dagelijkse praktijk en stelt dat de hulpverleners zelf het beste onderzoek naar stervensprocessen kunnen verrichten.

Zaten van Dantzig en de Swaan te ver van hun onderzoeksobject af of zitten de hulpverleners er te dicht op?

*Denlaard de Smit* is afgestudeerd in de vrije studierichting Sociale Geneeskunde.

*vanuit medemenselijkheid geven. Je probeert je in te leven in die ander. De zaak wordt niet gesust of afgedaan met 'waar maakt U zich druk over'."*

Flinkheid zou een sleutelbegrip zijn om mensen aan te zetten, te dwingen zichzelf in de hand te houden.

*"Nee, een patiënt mag zijn emoties uiten. Je maakt vaak huilende mensen mee bij de artsenvisites. Dan wordt nooit gezegd dat ze nu flink moeten zijn. Integendeel, het verdriet van die mensen wordt erkend en bevestigd. Iedere arts en verpleegkundige is zich bewust van die emoties en angsten bij patiënten. Misschien is dat ook wel wat er de laatste jaren veranderd is."*

*"Als je ervoor kiest om kankerpatiënten te verzorgen, dan kies je ook voor het verzorgen en bijstaan van de patiënten die zullen sterven. En natuurlijk loopt niet iedereen met een raamwerk van Kübler-Ross in zijn hoofd rond, hoe je moet reageren op iemand die depressief is of kwaad, maar het spreekt verpleegkundigen wel meer aan dan het verhaal van De Swaan. Zij geeft een beter inzicht in de gevoelswereld van stervende mensen."*

## BETROKKENHEID

De verpleegkundigen in het AVL komen vaak met stervende mensen in aanraking. Jaarlijks overlijden er ruim 200 mensen binnen de muren van het AVL. Daarnaast gaan veel mensen thuis dood, die regelmatig voor behandeling opgenomen worden en waar verpleegkundigen ook een band mee hebben gekregen. Al die verpleegkundigen zijn gediplomeerd. Dit ziekenhuis heeft geen in-service opleiding voor verpleegkundigen. Als je met een HBO-V opleiding hier wilt werken moet je enige jaren ervaring hebben en voor iedereen die hier begint

...blijken te  
doen. Wijkve  
jaren om ervaring  
krijgen. Daarna gaan ze  
in die 9 jaar nooit ziek gew  
dat hij er tegenop ziet om naar te  
"Dingen die je meemaakt werke  
leven; dat het hele weekend door je  
and er aan toe zal zijn. Ik bedank  
riet na je vrije dagen pas wat er g  
voorbeeld een keer met iemand  
handeld, die kon niet mee  
leen werd hij to  
de pijn in  
to te maken.  
teek dat hij d  
as aan het eind  
s gegaan en wist  
n ik terug en toen  
ereerd aan dat be  
ij die mensen in hun  
ak, maar als het da  
neel door getroffen. Ik  
t bij een sterfbed gesta  
ordt ook openlijk gehuil  
jonge mensen sterven.. Da  
naar begravenissen. Ik stuu  
nd thuis overleden is. Als i  
mand dat komende einde v  
aan de partner die achter

TOONT VERBORVENHEID DAARSO-  
LUOP DAETP DOKTEREN EN NIE KIEN  
GEROOSTHELEZEN DANK PERSOEN NU  
BIEVAARTADEDEE PONDERSZIEKE  
BIDRAMEDADEES ERG KANZKANTEN  
KSEITTEBIKODERBEELDIBROUSE  
DANKROEINERKUSTEINAGOLSEEN  
TIDJENANKREBZVANTBOGELZEN

**ARMISTROUS**



**FELIJK**

...ch ben ik niet o  
bek nest en vond dat  
e ook zou moeten verzette  
aarom heb ik dienst geweiger  
e voor jezelf, dat je er vrede mee  
jouw leven zou nemen. In mijn tiener  
ik een wereldwink in Maastricht  
vergelijk met mensen in ontwikkel  
een lotje uit de loterij. Na de twee  
welaarende Nederland geboren  
nehad en in een beroep gerold d  
wat ik al geleefd heb, dat is s  
dag van."  
ook bij sommige patiënten zo  
afwijzen, als ze weten dat het  
denk dat ik heel bewust zo  
gebeuren als mij iets zo  
doen wat volgens de artsen  
de hand liggend is. Laatst  
meer te opereren kan dan al  
van 5 weken dat geweiger  
hij heeft dat geweiger  
zou gebeuren. Toen h  
een buisje in de slo  
bediend te zijn. H  
galeke dingen mo  
kreeg. Aan de a  
die op zoek is  
niemand uit ee  
al-behandel  
achter kom  
worden."

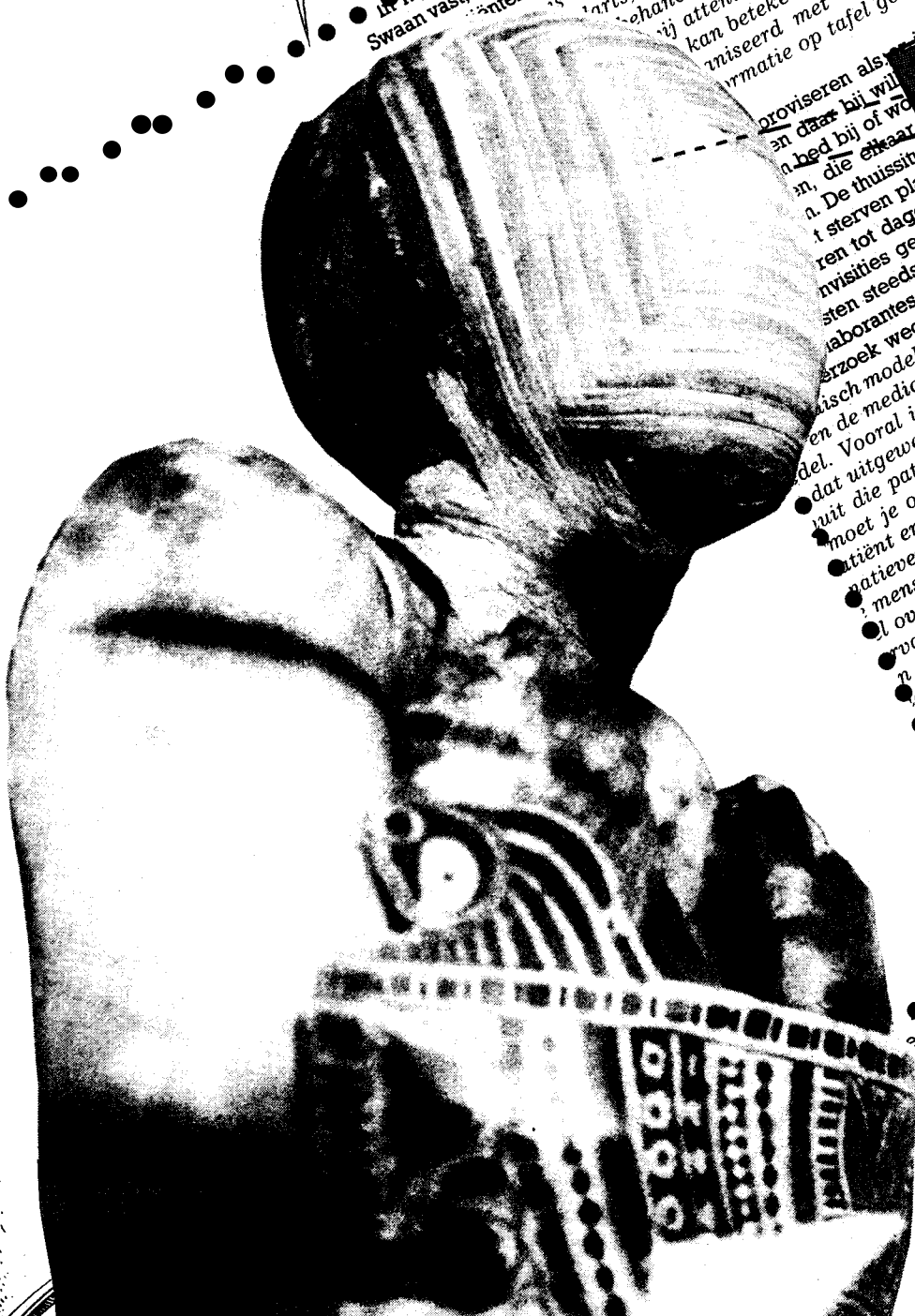
**INFORMATIE**

...in het onderzoek naar angst bij kankerpatiënten stelde Dr  
Swaan vast, dat de verantwoordelijkheid voor steun en informa  
patiënten niet geregeld was in het ziekenhuis.  
is er overleg over patiënten tussen ver-  
arts, pastor en sociaal verpleegkundi-  
behandeling en over hoe de patiënt  
ij attent genoeg zijn en wat een  
kan betekenen voor iemand. Er  
miseerd met de familieleden  
informatie op tafel gelegd."

**UNIE**

...proviseren als  
en daar hij wil  
n bed bij of wo  
n, die ekeaat  
n. De thuisstua  
t sterven plaats  
ren tot dagen o  
missies gewoo  
sten steeds nieu  
laborantes komen  
erzoek weg.  
isch model, waarin h  
en de medicus de centrale figuur, staat  
del. Vooral in moderne verpleegkundige  
dat uitgewerkt. Je probeert te denken en  
moet je patiënt. Maar om te weten of wij  
patiënt en zijn familie de emotionele bege-  
patieverstreking ervaart. Nu kun je da  
mensen daaraan stellen? Voldoet dat wel  
l over hebben. Verpleegkundigen hebt  
varing, weten veel van de achtergrond  
n daarom zouden mensen die uit de  
en, daar heel goed behandelen om  
nst, de dood, niet onder ogen t  
n nog sprake is van symptoomb  
Tijdens een behandeling heb  
patiënten ook emoties en zi  
ls zo iemand opgenomen i  
teren, een klankbord zijn  
selijkheid geven. Je prob  
zaak wordt niet gesus  
ich druk over."  
n sleutelbegrip zijn om  
dwingen zichzelf in de hand te hou  
"Nee, een patiënt mag zijn emoti  
hulende mensen mee bij de artsen  
gezegd dat ze nu flink moeten z  
driet van die mensen worden z  
arts en verpleegkundige is z  
de laatste jaren veranderd  
"Als je ervoor kiest om  
dan kies je ook voor h  
patiënten die zullen ster

TCP besteedt aandacht aan. Eerste en tweede lijn Overheidspolitiek en politiek Normen  
Hulpverleners en werksituatie Vrouwen en gezondheid Wetenschap en technologie Verpleegkunde  
Geestelijke gezondheidszorg Buitenland Opleidingen.





# BETROKKENHEID

De verpleegkundigen in mensens in aanraking. Jaar binnen de muren van het thuis dood, die regelmatig den en waar verpleegkun gekregen. Al die verpleeg kenhuis heeft geen in-serv gen. Als je met een HBO-V enige jaren ervaring hebbe is er een cursus kankerve

"Ik heb vaak veel bewo ermee omgaan, vooral de gen en moeten ook nog v graag meer horen over ste digheden. Ze weten niet willen een recept hoe ze gaat overlijden. Toch zul sterven van patiënten m afdeling met hoofd-hals operaties te maken die v Vaak kunnen mensen niet banden kwijt zijn. Dan moet de jes."

... Als dan veldoorlog onbezorgde ak vind. Dan d, daar geniet  
... beslissen wat somen. Ik zie dat at een behandeling og maar symptoom- eel bewust om niet te moment het meest voor gen patiënt met een niet Een bestralingskuur mplicaties beperken, maar it gewoon afgewacht wat er kwam voor een opname om e laten plaatsen, bleek hij al eel duidelijk als hij een hartstilstand ant zie je een categorie patiënten e beste behandeling. Dan krijg je deel van het land die daar en elders er via het bureau voor de statistiek e het beste in het AVL behandeld kunt

... geschiedenis van ieder mens is weer anders. Maar rschillen na opname in dit ziekenhuis niet minder eeren moet zich immers inpassen in het ritme en aatie van het ziekenhuis. Allemaal gebonden aan agindeling en hetzelfde gebouw en dat voor velen rest van het leven. Daardoor wordt het laatste stukje geschiedenis voor hen gelijkgetrokken. rief daarover: "Het doodgaan wordt heel sterk per- genomen door een bepaalde en door de mensen die Wij kunnen een bepaalde deskundige beleving wordt niet uiteindelijk blijft de patiënt de patiënt blijft zichzelf. lichaam en hij kan ook alleen de patiënt blijft zichzelf. lichaamsvereld. Daar moeten wij die artsen vertellen. Wij hebben functie daarin, omdat de verpleg en alle signalen kan opvangen. Na de dood zijn we gelijk, vóór uniek."

... kan te zetten.  
... maakt vaak an wordt nooit gendeel, het ver- bevestigd. Iedere van die emoties dat ook wel wat er  
... patiënten te verzorgen, gen en bijstaan van de atuurlijk loopt niet ieder-

# WORT G BUAD



# GEZONDHEID

# & POLITIEK

... maakt een en ik vermoed dschrift zich ook als ng wil zien; maar ook nu eer blijkt, dat links in de gezondheidszorg toch eigenlijk wat rechtser is dan links in - ik noem maar wat - de sociale wetenschappen. Het tijdschrift is kritisch, dat zeker, maar per saldo niet zozeer links als wel verstandig.

## Kwaliteit

Elke aflevering driemaand...  
thema...  
en... interviews.

## Redactie

Redactie en redactiesecreta... naat van het tijdschrift... zijn samengesteld uit sociale wetenschappers, huisartsen, nogal wat (huis-)artsen die als wetenschappelijke medewerker aan een universiteit verbonden zijn en medische doctorandi, die niet de praktijk zijn ingegaan. Kortom: mensen die het medisch bedrijf van dichtbij kennen, maar er toch enige afstand van hebben genomen. Een afstand, die het perspectief geeft dat Medisch Contact gewoonlijk mist.

Het tijdschrift voor Gezondheid en Politiek lijkt op geen ander in deze branche; daarom besteed ik er ook aandacht aan. Bijzonder is verder, dat er geen advertenties voor geneesmiddelen in staan; vandaar misschien dat het nog steeds een wat noodlijdend bestaan heeft. Jammer, want het is zeker het lezen waard.

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. Prijs f 37,50 per jaar. Uitg.: Macula, Boskoop. Tel.nr. 01727-4381.

Nieuw

# Neem NU een abonnement!

... militair appu...  
... conse-  
... and

Vervolg van pagina 29 -

is er een cursus kankerzorg, die 16 maanden duurt.

"Ik heb vaak veel bewondering voor hoe andere collega's ermee omgaan, vooral de jongere. Die zitten met veel vragen en moeten ook nog veel leren. Op de cursus willen ze graag meer horen over stervensbegeleiding en sociale vaardigheden. Ze weten niet wat hen te wachten staat en ze willen een recept hoe ze moeten handelen als een patiënt gaat overlijden. Toch zullen ze dat moeten leren door het sterven van patiënten mee te maken. Zelf ben ik op de afdeling met hoofd-hals aandoeningen begonnen. Dat is een zware afdeling, want je hebt daar met verminkende operaties te maken die voor iedereen goed zichtbaar zijn. Vaak kunnen mensen niet meer praten, omdat ze hun stembanden kwijt zijn. Dan moet de communicatie via briefjes."

Ruim 9 jaar werkt Harrie al op deze afdeling. Veel mensen blijken net als hij dit werk lang, soms hun hele leven, te blijven doen. Wijkverpleegkundigen komen hier wel eens een aantal jaren om ervaring met de verzorging van kankerpatiënten te krijgen. Daarna gaan ze terug naar hun oude functie. Harrie is in die 9 jaar nooit ziek geweest. De druk is ook niet zó zwaar, dat hij er tegenop ziet om naar het ziekenhuis te gaan.

"Dingen die je meemaakt werken wel dóór in je privéleven; dat het hele weekend door je hoofd speelt hoe iemand er aan toe zal zijn. Ik bel dan niet naar de afdeling, nee, je ziet na je vrije dagen pas wat er gebeurd is. Dat gebeurde bijvoorbeeld een keer met iemand die was, wat we noemen, uitbehandeld, die kon niet meer genezen. Die man was thuis en kwam alleen bij ons voor poliklinische bestraling tegen de pijn. Toen werd hij toch opgenomen, want hij kon niet stilliggen van de pijn in zijn been. Hij was niet te hanteren om een foto te maken. Toen er uiteindelijk toch een foto kwam, bleek dat hij de kop van zijn dijbeen gebroken had. Dat was aan het eind van de vrijdagmiddag en ik ben naar huis gegaan en wist niet wat er zou gebeuren. Dinsdags kwam ik terug en toen liep hij weer rond. Hij was toch geopereerd aan dat been."

"Je bent betrokken bij die mensen in hun laatste levensfase. Dat is ook je taak, maar als het dan afgelopen is, word je daar emotioneel door getroffen. Ik heb wel eens met betrouwe ogen bij een sterfbed gestaan en dat mag iedereen zien. Er wordt ook openlijk gehuild door het personeel, vooral als jonge mensen sterven. Dat moet kunnen. Zelf ga ik nooit naar begravenissen. Ik stuur wel eens een brief als er iemand thuis overleden is. Als ik bewondering had voor hoe iemand dat komende einde verdroeg, wil ik dat laten blijken aan de partner die achterblijft."

## STEUN EN INFORMATIE

In het onderzoek naar angst bij kankerpatiënten stelde De Swaan vast, dat de verantwoordelijkheid voor steun en informatie aan patiënten niet geregeld was in het ziekenhuis.

"Iedere week is er overleg over patiënten tussen verpleegkundigen, zaalarts, pastor en sociaal verpleegkundige. Dat gaat over de behandeling en over hoe depatiënt zijn ziekte ervaart. Of wij attent genoeg zijn en wat een verpleegkundige of pastor kan betekenen voor iemand. Er worden gesprekken georganiseerd met de familieleden erbij. Daarin wordt alle informatie op tafel gelegd."

Vooral de verpleging moet improviseren als er iemand gaat sterven en de familie of anderen daar bij willen zijn. Op een éénpersoonkamer komt er een bed bij of wordt een dagverblijf ontworpen waar familieleden, die elkaar aflösen bij het sterfbed, zich kunnen ophouden. De thuissituatie wordt zo niet vervangen. De sfeer waarin het sterven plaatsvindt is voor de aanwezigen eigenlijk bizar. Uren tot dagen op een paar vierkante meter terwijl de artsenvisities gewoon doorgaan en je door de wisseling van diensten steeds nieuwe gezichten ziet. Om 8 uur komt het ontbijt, laborantes komen bloedprikken en patiënten gaan voor onderzoek weg.



Foto: Ine van de Broek

"Tegenover het medisch model, waarin het medisch handelen richtsnoer is en de medicus de centrale figuur, staat het patiëntenmodel. Vooral in moderne verpleegkundige theorieën wordt dat uitgewerkt. Je probeert te denken en te handelen vanuit die patiënt. Maar om te weten of wij het goed doen, moet je onderzoek doen. Om erachter te komen hoe de patiënt en zijn familie de emotionele begeleiding en informatieverstrekking ervaart. Voldoet dat wel aan de eisen die mensen daaraan stellen? Nu kun je daar alleen een gevoel over hebben. Verpleegkundigen hebben natuurlijk veel ervaring, weten veel van de achtergronden van patiënten en daarom zouden mensen die uit de verpleegkunde komen, daar heel goed onderzoek naar kunnen doen."

## STERFELIJKHEID

"Op zich ben ik niet bang voor de dood. Ik kom uit een katholiek nest en vond dat je vanuit de christelijke boodschap je ook zou moeten verzetten tegen een militair apparaat. Daarom heb ik dienst geweigerd. Dat heeft de consequentie voor jezelf, dat je er vrede mee hebt als iemand anders jouw leven zou nemen. In mijn tienerperiode in de 60-er jaren begon ik met activiteiten voor de derde wereld en heb ik een wereldwinkel in Maastricht opgezet. Als ik mezelf vergelijk met mensen in ontwikkelingslanden, dan ben ik een lotje uit de loterij. Na de tweede wereldoorlog in het welvarende Nederland geboren, een onbezorgde jeugd gehad en in een beroep gerold dat ik leuk vind. Dan zeg ik: wat ik al geleefd heb, dat is schitterend, daar geniet ik elke dag van."

"Ik denk dat ik heel bewust zou kunnen beslissen wat er moet gebeuren als mij iets zou overkomen. Ik zie dat ook bij sommige patiënten die resoluut een behandeling afwijzen, als ze weten dat het alleen nog maar symptoombestrijding is. Die mensen kiezen heel bewust om niet te doen wat volgens de artsen op dat moment het meest voor de hand liggend is. Laatst was er een patiënt met een niet meer te opereren slokdarmkanker. Een bestralingsskuur van 5 weken kan dan allerlei complicaties beperken, maar hij heeft dat geweigerd en heeft gewoon afgewacht wat er zou gebeuren. Toen hij terugkwam voor een opname om een buisje in de slokdarm te laten plaatsen, bleek hij al

Vervolg op pagina 52

# DOODGAAN IN EGYPTE

In Cairo, op de EHBO afdeling van een groot ziekenhuis, kwam een man binnen van middelbare leeftijd, zo te zien een boer van het platteland. Hij brakte grote hoeveelheden bloed, en hij was in shock. Ik was alleen in de ruimte. Toen ik hem begon te onderzoeken, stierf hij. De mensen die hem gebracht hadden begonnen hard te schreeuwen en te huilen. Vrouwen sloegen zich op het gezicht, lammerden en scheurden hun kleren als uiting van verdriet.

Volgens de richtlijnen moesten er drie dingen gebeuren om deze situatie af te ronden. Ik moest een doodsverklaring afleggen. Vervolgens moest ik aan de afdeling Pathologische Anatomie doorgeven dat er sectie moest worden verricht. Tenslotte werd van mij verwacht dat ik de nabestaanden versect te wachten tot de doodsoorzaak bekend zou zijn, waarna ze het lichaam zouden mogen meenemen om het te begraven ... Toen ik dat gedaan had was de situatie afgehandeld. De mensen gingen weg en ik zou hen nooit meer terug zien.

Het bovenbeschreven sterfgeval laat drie belangrijke verschillen zien met de Nederlandse situatie. De arts speelt geen enkele rol in de begeleiding van terminale patiënten; de arts is niet betrokken bij de nazorg aan nabestaanden; patiënten en familie verwachten geen speciale begeleiding van de arts.

Dat wil niet zeggen dat mensen in Egypte of een ander Derde Wereld-land geen behoefte aan begeleiding zouden hebben wanneer zij ernstig ziek zijn of op sterven liggen. Het westerse beeld is, dat mensen uit andere culturen hun verdriet zo goed kunnen verwerken. Ze uiten zich zo bijzonder, ze verwerken hun emoties met exotische ceremoniële gebruiken, het lezen van de koran, en het begraven volgens heilige voorschriften. De rouwen gaan in het zwart gekleed en er wordt hard geschreeuwd. Het zijn toch zulke spontane mensen ...

Dit verklaart niet de afwezigheid van stervensbegeleiding. Het zijn de politiek en de economie van de gezondheidszorg die sterke invloed hebben op de dood en sterven en die de situatie daaromheen bepalen. Het vraagstuk van stervensbegeleiding, zoals dat in Nederland leeft, speelt absoluut niet in Egypte. En dat komt niet zozeer door een andere sociaal-culturele werkelijkheid, maar vooral ook omdat er andere problemen spelen in een ander gezondheidszorg systeem. Dat maakt, dat verwachtingen van mensen anders zijn, net als ije taken van de arts.

De gezondheidszorg is opgebouwd uit enerzijds een door de overheid georganiseerde tak (public sector), anderzijds zijn er vrij gevestigde artsen en particuliere ziekenhuizen. De laatsten zijn er voor de welgestelde mensen. Het grootste deel van de mensen maakt gebruik van de in principe kosteloze "public sector". Dit betekent dat zij worden geconfronteerd met een tekort aan artsen en medicijnen. De contacten met een arts zijn meestal eenmalige consulten. Er is geen registratiesysteem en overleg over een patiënt wordt vrijwel nooit gevoerd. Wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en huisartsen zijn niet bekend in Egypte.

Als partner of familielid van een overledene krijg je hulp van de mensen omje heen, zoals familie, burens en kennissen. Met hen deel je het verdriet, krijg je de kans erover te praten en je emoties te uiten. Ook de praktische hulp krijg je van hen. Van de dokter kun je wat dit betreft niets verwachten.

Pas in Nederland heb ik ervaring opgedaan met stervensbegeleiding. Toen ik in Egypte was heb ik nooit gedacht over de rol van de arts bij het sterven. Je staat er eenvoudig niet bij stil. Het is vanzelfsprekend voor de patiënt, voor de familie en ook voor de arts dat deze niet bij het doodgaan betrokken is. Het komt gewoon niet in je hoofd op om je er mee te bemoeien, dat is een luxe, iets om alleen maar over te filosoferen.

Mensen uit de hoge economische klassen kunnen rekenen op een goede verzorging. Mensen uit de lage inkomensklassen, en met name die van het platteland, houden zich vooral bezig met volgende problemen: hoe kom ik aan een arts als ik ziek ben? Hoe krijg ik een goede behandeling? Kan ik m'n medicijnen betalen? En vooral: hoe zorg ik dat ik NIET doodga?

Nadia Mazloum



**I**rts-assistenten klagen de laatste paar jaar veel. Terecht, maar ze wekken een beetje de indruk dat de problemen die ze met hun werk hebben exclusief voor hun beroep zouden zijn, alsof zij het recht hebben om "extra" ontevreden te zijn. Veel patiënten die bij mij komen, zeggen dat hun klachten voortkomen uit hun werk; als ik ze daarnaar vraag, blijken ze veel meer ellende mee te maken dan ik in mijn werk kan terugvinden.

De verschillende soorten werk vergelijkend, denk ik dat de organisatie van het werk van artsen vijftig jaar achterligt. CAO's worden met voeten getreden, het lijkt wel alsof ze niet bestaan; ik kan zonder opgave van redenen ontslagen worden als ik de specialisten niet aansta. Bovendien is de hiërarchie absoluut en ernstig ziek. Het meest opvallend vind ik de werktijden, dat zal iedereen zeggen. Ook ik werk tachtig uur per week. Het is heel normaal dat ik, als ik dienst heb, van vrijdagochtend tot maandagmiddag continu doorwerk, ook 's nachts. Als er maar weinig arts-assistenten zijn, heb ik om de week zo'n dienst. Ik denk dat het alleszins gerechtvaardigd is om vraagtekens te zetten bij de beslissingen die ik op maandagochtend neem. Het zijn, omdat je met mensen werkt, uiteindelijk beslissingen op leven en dood of beslissingen die een leven lang gelden, zoals het voorschrijven van een geneesmiddel tegen een hoge bloeddruk dat een leven lang geslikt moet worden.

Er is eigenlijk geen beroep met zoveel directe verantwoordelijkheid, vliegeniers hebben tenminste nog een automatische piloot. En van Den Haag mag het allemaal, onbegrijpelijk..

**E**r zijn standaard argumenten vóór het handhaven van deze situatie, waar ook wel wat inzit. Om een goede internist te kunnen zijn, moet je waanzinnig veel weten. Het ritself van de ziektes en van de kleine lettertjes, de uitzonderingen op de regel.. Als een patiënt bij jou komt, moet je heel analytisch denken: wat zijn nu de acht belangrijkste ziektes die ik moet checken en welke van de vijftig meer zeldzame ziektes mag ik beslist niet vergeten, omdat die goed te behandelen zouden zijn. De enige manier om dat allemaal te leren, is veel zien, veel doen en meemaken. Gedeeltelijk komen die lange werktijden ook doordat je als assistent je werk nog niet zo efficiënt doet; een specialist heeft in twintig uur hetzelfde gedaan als jij in tachtig. Bovendien moet je de heroïek van het vak in je vingers zien te krijgen. Je moet in staat zijn om bij de grootste calamiteiten doodrelaxed door te werken, zonder fouten te maken. Tegelijk is het juist het puzzelen en de dynamiek wat het werk voor mij zo leuk maakt.

'En al dat werk moet gesuperviseerd worden, door de specialist. Ik kan mijn baas wanneer ik maar wil, bellen om hem iets te vragen; als er grote problemen zijn, komt hij en helpt me. Dat doet zo'n specialist natuurlijk niet jarenlang, dus er is wel wat voor te zeggen om een aantal jaren hard en veel te werken., zodat je het vak tenminste goed-gesuperviseerd in een beperkte tijd onder de knie krijgt. Ik dan dat hetzelfde geldt voor een kunstenaar of voor het schrijven van een proefschrift. Het bezeten dag en nacht doorwerken als enige methode om goed werk af te leveren.

Een heel ander effect van die lange werktijd is dat je sociaal geïsoleerd raakt. Artsen raken vervreemd van het leven buiten het ziekenhuis, het zijn vaak eenzame mensen. De enige plek waar ze zich nog thuis voelen wordt dan het ziekenhuis; bij vrouwen kinderen voelen ze zich ook niet prettig, ze zijn er nooit en kennen hun kinderen dus nauwelijks. Vriendinnen van arts-assistenten compenseren die afwezigheid door snel te willen trouwen en een nestje te bouwen. Zo is het na een aantal jaren

# "Ik ben altijd bang dat ik een afwijking over het hoortje"

normaal voor de arts oni zulke lange werktijden te maken. Je zou bijna kunnen zeggen dat een specialist die heel veel uren maakt, er zelf voor kiest.

Een assistent verdient rond de tweeduizend gulden schoon per maand, de bazen tenminste twee ton bruto per jaar. Wat dat schoon oplevert, hangt van de handigheid van de specialist af. De één werkt daarvoor tachtig uur, de ander dertig, dat is een kwestie van organiseren. Zorgen dat je genoeg assistenten hebt.

**H**et vak op zich is niet menselijk. Ik krijg zoveel ellende over me heen gestort, waar ik zoveel, 'beslisbomen', in moet uitzetten, waar steeds zoveel lijntjes, belangen en consequenties aan vastzitten. Maar om zó te handelen dat de patiënt er echt iets aan heeft, is meer nodig dan alleen een juiste diagnose en behandeling. Het veronderstelt een menselijk contact.. Dat contact is niet makkelijk om vol te houden; voor je het weet, ben je onvriendelijk. Hoe dat komt? Artsen hebben altijd haast, en ik ben sneller af als ik bijvoorbeeld aan iemand die iets ergs heeft direct vertel wat er aan de hand is. Het allersnelst is natuurlijk helemaal niks vertellen, dan heb ik in eerste instantie geen enkel probleem met diegene, maar pas veel later en dat zie ik dan wel weer...

Het "menselijke" in het werk vasthouden vereist echter niet per definitie, zoals vaak wordt gedacht, dat je uren met iemand moet praten. Je kunt vaak door juist kort en zakelijk te zijn het probleem op een zinnige manier bespreken, als je maar helder bent.. Mensen vermoeden toch meestal wel wat ze hebben als het iets ergs is. Ik vraag mensen dan ook vaak wat ze zelf denken dat er aan de hand



"Ik denk dat de organisatie van het werk van artsen vijftig jaar achter ligt". Arënd, een arts-assistent in opleiding voor internist, doet een boekje open over het reilen en zeilen van het ziekenhuis. Hoe werkt de hiërarchie en hoe pakken de ruzies tussen specialisten uit?

De angst om fouten te maken zit er diep in en heeft twijfelachtige gevolgen: "Uiteindelijk is het goedkoper om iets goed uit te zoeken, ook al moet ik daarvoor alle registers opentrekken en dat kan inderdaad heel indrukwekkend zijn". De sociale controle van artsen onderling in een academisch ziekenhuis blijkt ook problemen op te leveren wanneer er besloten moet worden over reanimatie. "Wat er uiteindelijk met die patiënt gebeurt, hangt af van wie er wint".

De cynische praktijk in het ziekenhuis, een arts-assistent op de drempel.

*Sigrid Sijthoff*

## Het verhaal van een internist in opleiding

Als ze me niet het juiste antwoord geven, wacht ik een dagje, neem ze op en vraag het de volgende dag nog een keer. Als ze het dan nog niet vermoeden, vertel ik ze: "dat het er allemaal toch niet zo goed uitziet, en dat we toch wel een beetje met het ernstigste rekening moeten houden; ik weet niet waar U aan denkt ..." Zo lukt het me meestal wel om iemand er in zijn eigen tempo achter te laten komen, en een prettig contact op te bouwen. Ik doe het zo, omdat er veel voetangels en klemmen aan dergelijke boodschappen zitten. Sommige mensen willen niet weten wat ze hebben en worden kwaad als ik het ze wel zeg, anderen sla je met onvoorbereide berichten dood. Die raken vreselijk depressief of plegen acuut zelfmoord, en ja, dat voert toch wat ver als het naderend onheil nog in het verschiet ligt.

Ons ziekenhuis werken de artsen niet in dienstverband, maar in hun eigen praktijk, ze zijn dus hun eigen en mijn werkgevers. Zo'n praktijk waarin meerdere specialisten met eenzelfde specialisatie samenwerken, heet een maatschap.

Onderling hebben deze maatschappen nogal eens ruzie, beroepsmatig of omdat ze elkaar gewoon niet mogen. De nierspecialist kan bijvoorbeeld heibel hebben met de cardioloog en/of de algemene internist. Dat is een heel traditionele patstelling. De cardioloog schrijft plaspillen voor, die zijn go-edtegen een te hoge bloeddruk; teveel, vindt de nierspecialist, want van plaspillen gaan de nieren eraan. En de internist heeft weer een geheel andere kijk op de zaak: die ziet het probleem op een heel andere plaats in het lichaam. Er is te weinig redelijk overleg tussen de specialisten: ja, je zal daar een beetje je vijand opbellen ...

Als arts-assistent val ik onder één specialist uit een maatschap. Het gebeurt dat een arts-assistent ruzie krijgt met een specialist uit een andere maatschap. Terwijl jouw eigen baas vindt dat jij gelijk hebt, krijgt hij dus ook ruzie met die andere specialist. Het is slim om er in ieder geval voor te zorgen dat je goede maatjes blijft met je baas en degenen die ook tot zijn kamp behoren. Ik kan ook naar mijn baas toestappen en uithuilen. Dan gaat hij voor jou naar de specialist waar je ruzie mee hebt. Het feest komt dan pas goed op gang, maar jij bent tenminste van het probleem af. Je kunt dat niet te vaak doen, want dan zegt je baas: wat een zak, die jongen kan niet eens z'n eigen problemen oplossen. Zo ontstaan enorm ingewikkelde kongsies en constructies, waar patiënten geen weet van hebben. Toen ik pas begon, lag ik er nachten van wakker. Ik had geen enkel medisch-inhoudelijk probleem, nooit had ik het idee dat ik fouten maakte. Alleen die ruzies, vreselijk. Moest ik bij iemand komen, op een stoel zitten en werd een half uur lang uitgescholden, waarna ik weer mocht gaan. Steeds was ik bang: nu ga ik de laan uit, hoe krijg ik dit ooit weer goed!

Maar ook over zaken als wanneer je vindt dat iemand dood mag gaan, bestaan grote verschillen van mening tussen specialisten. Er lopen enorme neuroten onder de artsen rond, die, ook al is het zonneklaar dat iemand geen vijf dagen meer te leven heeft, rücksichtloos door gaan met onderzoeken en behandelen. Staat er één te reanimeren, roept een ander: "Oh, hou toch op". Wat er dan uiteindelijk met die patiënt gebeurt, hangt af van wie er wint.

Ik ben altijd bang dat ik iets mis, dat ik een afwijking over het hoofd zie. Ik ben al snel een kwartier bezig als ik iemand echt goed wil nakijken, terwijl ik een globaal onderzoek ook in drie minuten af kan hebben; dat is twaalf minuten winst en daar zit ik vaak om te springen. Als ik het bij iemand bij zo'n drie minuten onderzoek gelaten heb - omdat ik bijvoorbeeld naar een bespreking moet - ga ik later altijd weer terug, ook al vind ik dat niet gemakkelijk. Anders blijft het in mijn hoofd rondzingen. Het rotte is, dat je als je in zulke dingen niét wat neurotisch bent, je fouten maakt. Het is waanzinnig belangrijk dat het lichamelijk onderzoek goed gebeurt, want na jou gebeurt het bijna nooit weer gedegen. Zelfs voor academische ziekenhuizen geldt: je kunt ritsen adviseurs bij je probleem halen, maar als het niet goed gedefinieerd is, wordt het nooit opgelost.

Hoe meer je als arts onderzoekt, hoe makkelijker je het voor jezelf maakt. Want hoe meer je weet, des te meer heb je in handen aan analytisch juiste gegevens en hoe minder je op je eigen brein en gevoelens hoeft te vertrouwen. Ik denk dat het erg belangrijk is om dat laatste juist wel te doen en niet teveel toe te geven aan de eisen van de bewijsvoering; of te zoeken naar iets wat voor de patiënt geen nut heeft.

Ik heb mazzel gehad, er is tot nu toe nog niet iemand onder mijn handen dood gegaan waarvan ik het niet verwacht had of waarbij het niet de bedoeling was. Het is sommige collega's van mij al wel overkomen. Jonge mensen, dat is het ergste, pats boem, dood.

Ik denk dat je, als het je overkomt, het niet per definitie als jouw falen moet zien, behalve natuurlijk als je een duidelijke fout hebt gemaakt. Het probleem van het doodgaan ligt aan de andere kant, bij die patiënt, niet bij jouzelf.

Arts zijn betekent niet dat je de volledige controle en verantwoordelijkheid over leven en dood hebt. Mensen gaan gewoon dood, ondanks jou.

Ik laat altijd een obductie doen, als iemand aan iets onbegrepen is overleden. Er gaan verhalen over artsen die, nadat de familie een obductie geweigerd had, alsnog het lijk gaan onderzoeken. Bijkans huilend proberen ze

er achter te komen wat er met hun patiënt aan de hand was. Uit frustratie en angst dat ze iets vreselijks gemist hebben.

De verantwoordelijkheid, die de arts-assistent draagt, is groot. Ieder laboratoriumonderzoek op mijn afdeling, dat vergeten wordt, iedere ontlasting die nagekeken had moeten worden, maar is weggespoeld, krijg ik op m'n brood. Als je er niet nauwlettend op toeziet dat al die details stipt gebeuren, is je afdeling binnen de kortst mogelijke tijd een chaos.

Vrouwelijke arts-assistenten hebben we hier zelden. Als ze er zijn, lijkt het wel alsof er een frisse wind door het ziekenhuis waait. Vrouwen zijn doorgaans heel goed in hun vak en moedig, ze durven meer voor uit te komen als ze het ergens niet mee eens zijn of als ze vinden dat er iets veranderen moet.

**Z**e zeggen wel eens dat je naar de derde wereld moet om echte afwijkingen te zien. Nou, dat is beslist niet waar. Het is ongelofelijk hoe slecht sommige mensen er aan toe zijn die hier binnen worden gebracht. Die komen dan van de huisarts of zelfs uit een ander ziekenhuis - niet dat huisartsen nou zo slecht zijn, ik wist van een heleboel ziektes ook niks toen ik net was afgestudeerd - Of een man komt hier aanfietsen met een hartfilmpje waarop een daverend hartinfarct te zien is. Hartfilmpjes zijn tegenwoordig erg "in", maar er zijn weinig huisartsen die ze goed kunnen interpreteren. De huisarts die het filmpje gemaakt had, dacht dat het met het hart wel meeviel, maar had gezegd dat die man voor de zekerheid maar even langs het ziekenhuis moest gaan. "Mijn God", denk ik dan, ..die man had wel tien keer dood kunnen vallen onderweg".

Het vak is dynamisch, en vaak spectaculair. Bovendien maak ik mensen vaak tevreden, ik maak zelfs some mensen tevreden als ik tegen ze moet zeggen dat er niks meer aan te doen valt. Soms is het ook wel zo dat het voornamelijk mijn gevoel is dat ik iets nuttigs heb gedaan. Dan hoor ik later dat een patiënt toch na mij naar een ander is gegaan.

**S**tel, iemand komt op de polikliniek bij mij met buikpijn. Dan ga ik onderhandelen, ik spreek met de patiënt af "dat we eerst alle organen in de buik, het hart, de rug en het bewegingsapparaat zullen doormeten, lijkt U dat wat". Zegt de ander "ja", dan hebben we een deal. Soms blijkt na de onderzoeken dat er niets te vinden is, en praten de patiënt en ik weer: "Tja, dat is nou vervelend, blijft alleen de dikke darm nog over. Wat mij betreft zetten we die ook nog op de foto, maar daarna scheiden we er toch mee uit". De patiënt kan daar wel of niet mee accoord gaan. Doet hij het niet, omdat hij denkt dat er toch iets lichamelijks mis is, zeg ik: "Ja, dan hebben we een probleem. Ik kan nog wel met een slang uw maag en dikke darm bekijken en de neuroloog en gynaecoloog erbij halen, maar als die ook niks vinden stel ik voor dat we er dan toch echt een punt achter zetten". Wat mij betreft, is het dan voor een maand of wat afmars, daarna moeten we maar weer zien. Ik plak er een etiket op, of als iemand dat niet accepteert, plak ik er geen etiket op, maar het blijft afmars. Ik kan wel aan de gang blijven. Trouwens, alsof wij altijd in staat zouden zijn te ontdekken wat er aan scheelt... Het gebeurt dat ik denk: iets is er niet goed, maar wát...

Uiteindelijk is het goedkoper om iets goed uit te zoeken, ook al moet ik daarvoor alle registers opentrekken en dat kan inderdaad heel indrukwekkend zijn.

Vanmiddag had ik op de poli-kliniek een stroom jongedames die allemaal gezien moesten worden wegens moeheid. Volgens mij hadden ze ze expres bij mij

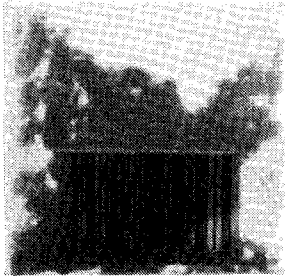
neergezet. Het lijkt wel aardig, een hele middag met allemaal van die leuke juffrouwen, maar dat is het absoluut niet; die hebben geen van allen wat, dat zie ik al aan de leeftijd en hoe blakend gezond ze er uitzien. Ik zeg dan dat ik ze grondig na zal kijken en maak een bloedbeeldje, een thoraxfoto, en check de schildklier omdat ze op interne zijn. Zulke mensen kosten veel tijd, ik moet ze heel vriendelijk heel duidelijk maken dat ze de verkeerde weg aan het inslaan zijn.

**V**ooral voor mensen die al snel zullen komen te overlijden en niet veel tijd hebben om erover na te denken" is het doodgaan erg gecompliceerd. Ook voor mijzelf is het dan moeilijker, ik moet in zo'n geval zaken doen over het doodgaan met mensen die er nog niet aan toe zijn. Ik probeer dan tijd te winnen zodat zowel de patiënt als de familie de kans krijgen om met het gegeven klaar te komen. Het tijdstip van overlijden wordt uiteindelijk vaak bepaald door de acceptatie van de familie. De wet verplicht de arts alles te doen wat hij kan, en dus kan de familie je aanklagen als je het niet doet. Bij zulke patiënten breng ik meer tijd bij de familie door, dan bij de patiënt zelf. Ik begeleid de patiënt vooral in technisch opzicht, of iemand goed ligt of pijn heeft; de geestelijke verzorging vind ik meer tot de taak van de familie horen. Ik denk dat die dat ook beter kunnen dan ik, ik ben niet zo open.

Het doodgaan zelf in het ziekenhuis is rot, zowel voor de patiënt als voor de familie: ze moeten alsmaar op een redelijke toon met artsen en verpleegkundigen door blijven ouwehoeren, want de communicatie in de gezondheidszorg moet altijd redelijk zijn. Ze mogen wel een beetje geëmotioneerd zijn en ze mogen best een beetje huilen, het moet zelfs een beetje - hulpverleners mogen dat tegenwoordig ook - maar het is eigenlijk onmogelijk om in het ziekenhuis van het doodgaan een verdiepende familiesessie te maken. Als het enigszins kan, stuur ik stervende mensen naar huis. Als het niet kan, komen ze op een aparte kamer waar de familie permanent toegang tot heeft. Het is een absurde situatie, constant lopen de artsen en verpleging binnen; dat doe je maar, want het is ook raar als je niet eens informeert of een praatje maakt, dan denken de mensen dat we niet meer geïnteresseerd zijn. Maar dat in- en uitloop heeft weer tot gevolg dat mensen hun emoties minder vrij kunnen laten gaan.

Ik doe euthanasie, maar ik ben heel voorzichtig. Ik overleg altijd met de andere artsen, de patiënt zelf, de familie en de verpleging. Al die gesprekken leg ik vast. Ik vraag niet iedere willekeurige arts om advies; artsen die bij voorbaat tegen zijn en artsen die naar mijn gevoel te makkelijk zijn, sla ik over. Ik zorg er voor dat ik van iedere patiënt op mijn afdeling een verklaring heb of hij wel of niet gereanimeerd wil worden als hij een hartstilstand mocht krijgen, dus of hij tot het uiterste in leven wil worden gehouden of niet. Ik zou het vreselijk vinden als één van mijn patiënten tegen zijn wens gereanimeerd zou worden.

Deze afspraken zijn een notoire bron van ellendige discussies, want eigenlijk betekenen ze het eventueel toepassen van passieve euthanasie. Het tegenargument is: "Stel dat iemand een hartstilstand krijgt door een eenvoudig ritmestoornisje, waarbij je de machine in na time weer aan de gang hebt, en de patiënt heeft wel zo'n afspraak gemaakt..." Artsen die zulke argumenten aanvoeren, vormen een potentieel gevaar voor artsen die wel bereid zijn om in voorkomende gevallen tot euthanasie over te gaan; ze zijn in staat om je aan te klagen. En helemaal als het één van de artsen is waar je toch al niet een heel beste relatie hebt, kan hij je griezelig dicht op de hielen gaan **zitten**..•



# Drugsbeleid en Openbare Orde

'Versjacheren van de belangen van de verslaafden', 'drugshulpverlening als instrument voor het handhaven van de openbare orde': zo luidde een deel van de kritiek die losbarstte na het plan van de gemeente Amsterdam om over te gaan tot vrije heroïneverstrekking. Peter Cohen, voorstander van dit beleid, meent dat de discussie over vrije verstrekking vertroebeld wordt door misverstanden en onjuiste vooronderstellingen. Hij stelt dat het uit de criminele sfeer halen van druggebruik zowel de verslaafde als de maatschappij ten goede komt.

*Peter Cohen*, werkt als sociaal-psycholoog aan de universiteit van Amsterdam en is adviseur van Ben W in zake het drugsbeleid.

## Hebben opiaatgebruikers ende maatschappij tegengestelde belangen?

Het drugbeleid van de Gemeente Amsterdam en met name het voorstel tot gereuleerde verstrekking van heroïne, is geconfronteerd met een lawine aan kritiek. 'Het belang' van de verslaafde zou opgeofferd worden aan het belang van de 'openbare orde'.

Is de tegenstelling tussen die beide belangen inderdaad zo onvermijdelijk als de critici van het Amsterdamse drugbeleid doen geloven?

### Bet Amsterdamse drugbeleid

Het Amsterdamse gemeentebestuur heeft de laatste tijd verschillende drugnota's het licht doen zien. De doelstellingen van de nota's zijn in grote lijnen de volgende.

1. het bevorderen van de leefbaarheid in die gebieden waar zich een concentratie voordoet van drugshandel en druggebruik;
2. het bestrijden van overlast die een gevolg is van geconstateerde vormen van handel in harddrugs en van drugsgebonden criminaliteit
3. het treffen van maatregelen "op het vlak van de volksgezondheid en de drugshulpverlening die voorwaarden kunnen scheppen voor gebruikers van harddrugs om een meer menswaardig bestaan op te bouwen, dat geen bedreiging vormt voor

de volksgezondheid en kan leiden tot een grotere sociale acceptatie van gebruikers;

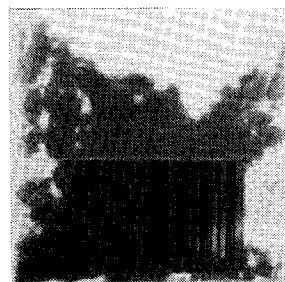
4. evaluatie van bestaande vormen van de verstrekking van vervangende middelen, en het op wetenschappelijk verantwoorde wijze experimenteren met nieuwe vormen van verstrekking van harddrugs.

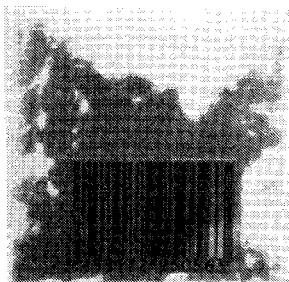
De eerste twee doelen zijn duidelijk te herkennen als gericht op bescherming van de openbare orde. Ook de laatste twee kunnen als zodanig geïnterpreteerd worden, namelijk als manieren om de confrontatie te vermijden met bepaalde vormen van druggebruik die strijdig zijn met wat men als openbare orde beschouwt.

### Kritiek op het beleid

Niet alleen van medische zijde, ook van andere deskundigen binnen de hulpverlening voor verslaafden kwam kritiek op het verstrekkingsplan van de gemeente Amsterdam: de stad zou de belangen van de verslaafden versjacheren. Een keurige verzameling van dit soort uitspraken kan men lezen in de bundel 'Verstrekken van harddrugs'U), een verslag van een themadag van de Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs.

De meest heldere verwoording van deze kritiek kwam van de filosofe Judith Oost. In





een, op het eerste gezicht lucide argumentatie, laat zij zien dat *'de moraal ten behoeve van de verslaafde is omgeslagen in een moraal ten behoeve van de maatschappij'* (zie de genoemde bundel blz. 47). Aan de hand van doelstelling drie van het Amsterdamse harddrugbeleid, toont zij aan dat *'kennelijk de wijze van bestaan van verslaafden niet menswaardig is'*. (blz. 44) en dus afkeurenswaardig vanuit een conventionele opvatting over wat maatschappelijk wel en niet acceptabel is. Juist het primaat van dat conventionele maakt duidelijk dat de belangen van de maatschappij de boventoon zijn gaan voeren. Zij geeft als voorbeeld de methadonverstrekking waarvan het doel is *'de regulering van het druggebruik, om tot een meer aanvaardbare levenswijze te komen die minder overlast geeft aan de directe omgeving'* (blz. 45).

Volgens Oost staan dus telkens de belangen van de omgeving, de maatschappij, de openbare orde, centraal, zodat de belangen van de verslaafde secundair zijn geworden. Het plan voor heroïneverstrekking versterkt die tendens: alleen maar, zo'n verstrekking *'is eigenlijk hypocriet, want het lijkt nu meer dan ooit of de verslaafde geaccepteerd wordt door de maatschappij. De verslaafde wordt echter niet geaccepteerd in de betekenis van erkend, maar hij wordt gereguleerd'*. (blz. 46) In feite, zo stelt Oost, wordt de hulpverlening daarmee *'tot een instrument van de maatschappelijke orde'*.

Voor de hand ligt natuurlijk de vraag of de hulpverlening aan drugverslaafden dat niet reeds altijd al was en of deze hulpsoort niet vele politietaken en disciplinerings-taken heeft, aanvaard, net als grote delen van de institutionele psychiatrie.

### De openbare orde

Interessant in de discussie is, welke impliciete vooronderstellingen zo vanzelfsprekend leiden tot de opvatting dat de belangen van de verslaafden strijdig zijn met de belangen van de maatschappij.

Het belang van de maatschappij wordt algemeen omschreven als handhaving van 'de openbare orde', de beperking van overlast.

Foto: Ine van de Broek



Veel mensen hebben om verschillende redenen last van het verschijnsel van illegale verslaving. Verslaafden zijn aansprakelijk voor een deel van de kleine criminaliteit en ze zijn een makkelijk doelwit voor het idee dat verslaafden de gehele kleine criminaliteit op hun conto dragen. Op die wijze tasten zij het gevoel van veiligheid aan. De kleine criminaliteit, waaronder de drugsgebonden versies, stelt het politie- en justitieapparaat voor zeer grote moeilijkheden. Concentratie van verslaafden in oude buurten versnelt daar het proces van verloedering. Bovendien zijn verslaafden in sommige gevallen esthetisch onaantrekkelijk en verpersoonlijken ze de diepe angst voor sociale teruggang en verlies van status.

Het belang van de maatschappij, de openbare orde dus, is gediend met een vermindering van deze fenomenen.

### Bet belang van de verslaafde

De crux van de hele discussie is de formulering van het belang van de verslaafde. De wijze waarop ik dat belang omschrijf, is bepaald niet willekeurig.

Ik neem als uitgangspunt een gebruiker van illegale drugs, daarvan lichamelijk afhankelijk of niet, die met zijn (illegale) druggebruik wenst door te gaan. Zijn belang is, heel eenvoudig, zo te leven als hij het meest wenselijk vindt. Zoals bij iedereen heeft hij daarvoor een aantal dingen nodig: dat hij een huis heeft, voldoende inkomen, een sociale kring waarin allerlei sociale behoeften bevredigd kunnen worden, dat hij wat om handen heeft, en in voldoende mate toegang tot de eigen selectie van drugs. De variatie in manieren om deze belangen in te vullen is immens, en voor gebruikers van illegale drugs niet geringer dan voor gebruikers van legale drugs.

Uit deze banale omschrijving blijkt op geen enkele wijze dat het belang van illegale druggebruikers de belangen van de openbare orde zou moeten schaden.

Blijkbaar ligt een belangrijke bron van misverstand in de overtuiging, dat verslaving aan illegale drugs per definitie leidt tot criminaliteit en tot lichamelijke dan wel sociale teloorgang. Dat houdt in, dat een verslaafde zich niet anders wil (of kan) gedragen dan stelend, er belazerd uitziend, oude dames en kinderen schrikaanjagend en onmachtig gewone relaties aan te knopen met niet-gebruikers van illegale drugs. Door het aanvaarden van het druggebruik of van de druggebruiker, op de wijze waarop Oost daarover spreekt, zou men die gedragingen accepteren.

Vanuit dat misverstand is het begrijpelijk, dat men het belang van de verslaafde druggebruiker identiek maakt aan abstinentie, het opgeven van dat zo destructieve druggebruik. Het volharden in de verslaving maakt, in die visie, de belangen van de verslaafde per definitie contrair aan de belangen van de maatschappij. Vanuit het oogpunt van de persoonlijke gezondheid van een drugverslaafde is dezelfde redenering op te bouwen. Indien druggebruik en drugverslaving moet leiden tot een slechte gezondheidstoestand.

van de betrokkene, heeft deze er het meeste belang bij, dat hij dit druggebruik staakt. Het verstrekken van het verslavende middel zelf is dan op het eerste gezicht niets anders dan het bestendigen van de verslaafde in een gedrag dat hem uiteindelijk zijn gezondheid of zijn leven kost. Binnen een bredere context van idealen over hoe een maatschappij als collectief moet omgaan met haar individuele leden, is dan de besteding van een (destructieve) verslaving eveneens contrair aan overkoepelende ideologische belangen.

Met recht kan men dan spreken van een versjacheren van het belang van de verslaafde ten gunste van de korte termijn belangen van de openbare orde. Deze deterministische analyse van het druggebruik, die inhoudt dat dit moet leiden tot criminaliteit (tegen het belang van de maatschappij) en tot lichamelijke teloorgang (tegen het belang van de verslaafde en van de maatschappij) is echter onjuist. Zowel de psychische afhankelijkheid van drugs als cocaïne en de lichamelijke plus psychische afhankelijkheid van opiaten, zijn goed vol te houden zonder dat criminaliteit of lichamelijke teloorgang optreden. Dat ze vaak wél optreden is minder afhankelijk van de farmacologische eigenschappen van de drugs zelf, dan van de omstandigheden waarin deze drugs worden verkregen en geconsumeerd. Dit wordt algemeen aangeduid als de 'secundaire effecten' van het illegale druggebruik. Een uitvoerige beschrijving van deze secundaire effecten is te vinden in een artikel van Leuw, (2) en het proces waarin deze effecten hun tol gaan eisen heb ik zelf uitvoerig aan de orde gesteld. (1)

Met andere woorden, de fenomenen die wij nu gewend zijn te associëren met illegaal druggebruik zijn in hoge mate te zien als de sociale gevolgen van een specifieke setting, gekenmerkt door illegaliteit. Die fenomenen, kleine criminaliteit van vele illegale druggebruikers en behoorlijke gezondheidsrisico's bij een minderheid onder hen, zijn zowel nadelig vanuit de belangen van de maatschappij, als vanuit de belangen van de verslaafde zelf. Het opheffen van die fenomenen door de setting van het druggebruik te wijzigen, is dus in het belang van beide..

**Aanvaardingsmiddel**

Indien het zou lukken om in praktische zin de illegaliteit van zowel heroïne als cocaïne te verkleinen en uiteindelijk weg te werken, komt men zowel tegemoet aan de belangen van de verslaafden als aan die van de maatschappij. De problematiek die men overhoudt zal dan lijken op de alcoholproblematiek of die van de psychofarmaca. Gebruik en gewinning, maar slechts bij een minderheid van de betrokkenen een zodanig gebruikspatroon dat niet-integreerbaar dysfunctioneren optreedt..

Daarbij komt nog, dat opiaten een zo lichaamsnabijevē werking hebben, dat ze ook bij hoge niveaus van gewinning geen ontregelende invloed hebben op organische functies (in tegenstelling tot alcohol en vele psychofarmaca) en waarbij een complete beschikbaarheid van alle cognitieve func-

ties blijft bestaan. Alleen net als bij andere drugs moet men leren ermee om te gaan en men moet een ongestoorde toegang ertoe hebben.

Net zomin als het optreden van AIDS een noodzakelijk gevolg is van homosexualiteit, is het optreden van hartklepinfecties of van nierfunctieproblemen een noodzakelijk gevolg van het intraveneus toedienen van heroïne(5). Zoals de Gemeente Amsterdam een uitgebreide informatiecampagne heeft opgezet om de gevaren van specifieke patronen van homoseksuele activiteit in verband met AIDS te laten zien (en niet het illegaal maken van homosexualiteit bepleit), zo kan men gevaren van druggebruik koppelen aan de specifieke gebruikspatronen die nu vaak ontstaan ten gevolge van illegaliteit.

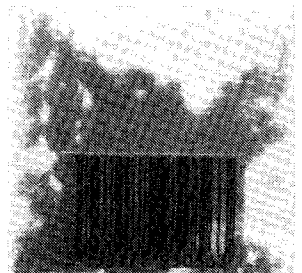
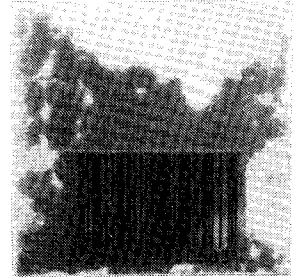
De voorstellen tot een gereguleerde verstreking van de opiaten waaraan men is gewend, die de Gemeente Amsterdam in december 1983 het licht deed zien, zijn dan ook ontworpen vanuit een visie, waarin de belangen van de verslaafde en die van de maatschappij even belangrijk zijn en niet tegenstrijdig. Dit is een logische consequentie van het aanvaardingsmodel, waarmee men sinds de verstreking van een kunstpilaat (methadon) in zee is gegaan. In Amsterdam wordt ongeveer een derde van de opiaatgebruikers aangetrokken door het methadonaanbod, en het staat vast dat de subjectieve werking van oraal ingenomen methadon voor de meerderheid van de gebruikers niet voldoet. Het is dan slechts logisch om de methadon aan te vullen met het opiaat van keuze. Slechts op deze wijze creëert men de kans voor een opiaatgebruiker zich te onttrekken aan die settingen, die het geïntegreerd gebruiken van een drug van keuze onmogelijk maken.

Een bespreking van de praktische en politieke bezwaren, die tegen de invoering van zulke uitbreidingen van het verstrekkingspakket zijn ingebracht (zoals het vermeende aantrekkingseffect, of internationale verdragen), valt buiten het bestek van dit artikel.

De principiële stellingname, dat heroïneverstreking de verslaafde in de kou laat staan ten gunste van de maatschappij, is mijns inziens niet houdbaar ..

Noten:

1. 'Verstrekken van harddrugs'. Verslag van een themadag van de FZA op 25 mei 1984 te Amersfoort, Redactie M. Hoekstra.
2. 'Een criminelogische visie op deviant druggebruik' Ed Leuw.
3. 'Druggebruiken, verslaving en hulpverlening' van der Wal e.a., 1981.
4. 'De gereguleerde verstreking van heroïne: poging tot verheldering van een verwarrende discussie': P. Cohen in Tijdschrift voor Criminologie, maart/april. 1984.
5. De werking van opiaten lijkt zeer sterk op de werking van, door het lichaam zelf geproduceerde stoffen, de zogenaamde endorfines.
6. In Amsterdam is overigens de meest gepractiseerde vorm van toediening het z.g. 'chinezen', het inhaleren van heroïnedamp. Hoewel oneconomischer, laat deze toedieningswijze betere dosering toe in de bestaande condities van illegaliteit..





De inmiddels gepensioneerde vice-voorzitter van de FNV, Herman Bode, heeft jarenlang gevochten voor de belangen van de verzekerden in de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). Bode's gevecht vóór de belangen van de verzekerden was gedeeltelijk een gevecht tegen de specialisten. Vanaf 2 mei is Bode verplicht met de VUT en daardoor is hij ook zijn stem in de VNZ kwijt geraakt. Hij wilde zijn strijd voortzetten als voorzitter van de VNZ, maar de ziekenfondsen hebben Jaap de Vries (oud-algemeen secretaris van de VNZ) tot voorzitter gekozen. In een interview met het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek vertelt Bode over die verkiezingen, over de specialisten-lobby, over hoe het komt dat ondernemers zijn kandidaatstelling hebben gesteund en hoe de VNZ eigenlijk zou moeten functioneren.

## Herman Bode over de VNZ

# "Ik heb in ieder geval onrust veroorzaakt"

*Ligia Hartman*, studente aan de School voor de Journalistiek te Utrecht

*Dehard de Smit*, afgestudeerd in de vrije studierichting Sociale Geneeskunde

Herman Bode: "Ik had geen hoog gespannen verwachtingen van mijn verkiezing tot voorzitter van de VNZ. Tot mijn opperste verbazing had het VNZ-bestuur mij kandidaat gesteld. Niet omdat ze mij zo verschrikkelijk graag wilden hebben, maar omdat ze nu eenmaal geen argumenten konden vinden om mij niet kandidaat te stellen. Het bestuur probeerde in een gesprek met mij allerlei argumenten te vinden waaruit zou blijken dat ik geen geschikte voorzitter zou zijn. Dat ik bijvoorbeeld teveel aan de FNV-visie zou zijn gebonden, terwijl je als voorzitter met een algemene visie te maken hebt. Ik ontliep die valkuilen, door te zeggen dat ik niets anders wilde dan de belangen van de verzekerden behartigen en dat ik altijd begrepen had dat de VNZ daarvoor was".

"Er zijn trouwens wonderlijke dingen gebeurd tijdens de voorbereidingen voor de verkiezingen. In het district van Gelderland en Twente bijvoorbeeld, hebben ze op voorstel van de directeur al in augustus tijdens een rondvraag besloten, dat ze J. de Vries zouden voordragen als voorzitter, hoewel het VNZ-bestuur pas in april de kandidaten heeft gesteld.

Ik heb natuurlijk niet alles in de gaten kunnen houden, maar enkele signalen wijzen er op, dat deze verkiezing niet een gouden medaille voor democratisch handelen heeft verdiend. Zoals bij de Haaglanden: daar heeft het bestuur een formeel advies van de ledenraad naast zich

neer gelegd. Bij de fondsen waar ze wel echt hebben gestemd, hebben de beroepsbeoefenaars meegestemd. Die hebben natuurlijk ook stemrecht, maar als het om zo'n belangrijke zaak gaat als om het beleid van de ziekenfondsen, dan moeten de stemmen van de verzekerden zwaarder wegen dan die van de medewerkers. De ziekenfondsen zijn voor de verzekerden. Toch wegen de stemmen van de specialisten even zwaar als die van de verzekerden. Eén arts heeft dus net zoveel te vertellen als vier- à vijfhonderd verzekerden. Als dat democratisch is."

### Lobby

De specialisten weten iedere keer de bezuinigingsdrift van het kabinet te ontwijken. De macht van de beroepsbeoefenaars in de ziekenfondsen is één van de belangrijkste strijdpunten van Bode geweest. Hij heeft er nooit een geheim van gemaakt, dat de specialisten principieel niet in de ziekenfondsrada en in de VNZ thuishoren. De ex-bondsbestuurder heeft een paar jaar geleden (samen met het Verband van Nederlandse Ondernemers) geprobeerd de macht van de specialisten te doorbreken. Hij heeft toen de sterke lobby van de artsen aan den lijve ondervonden.

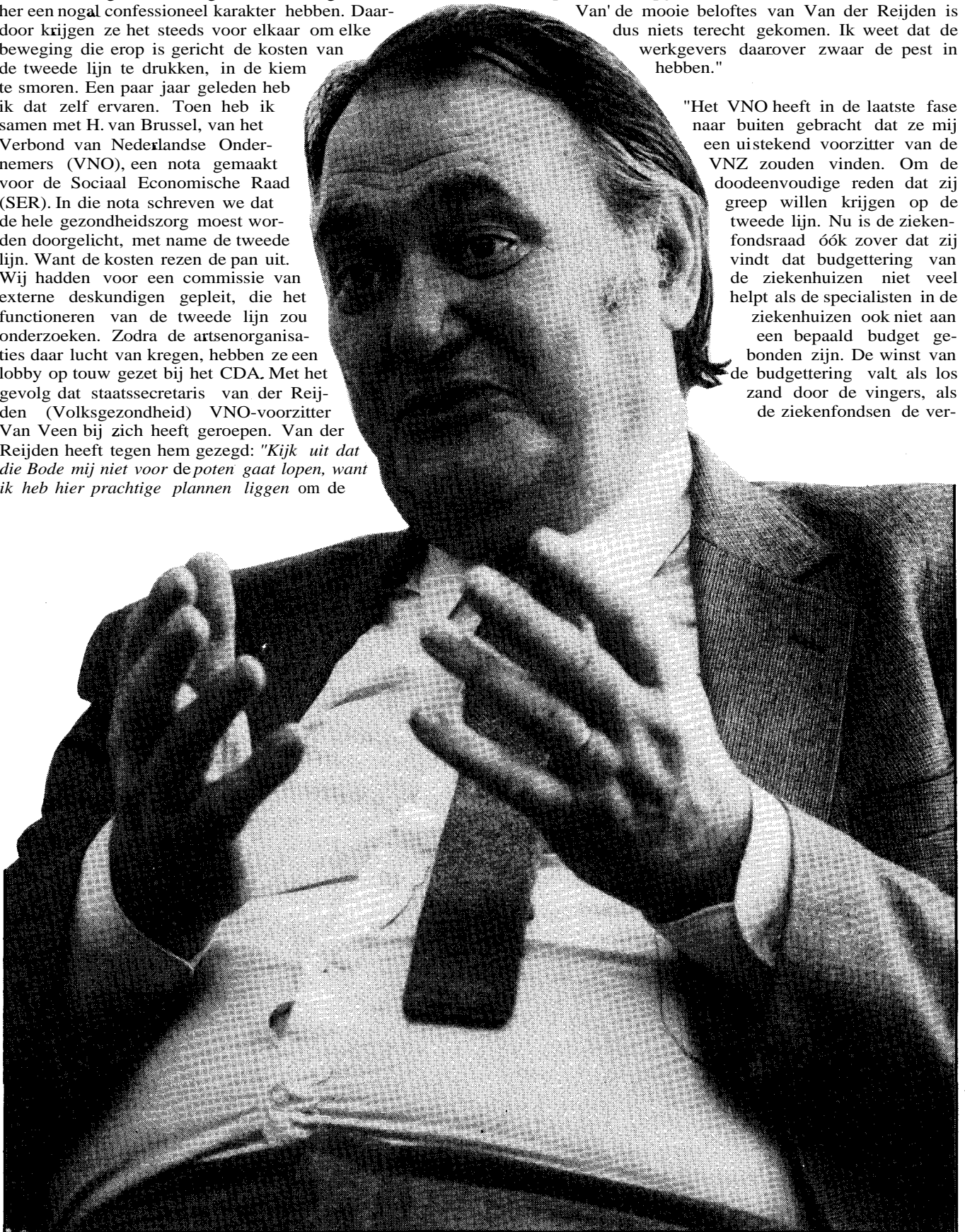
Herman Bode: "Verschillende kabinetten hebben gezegd dat de kosten van de tweede lijn omlaag moeten. Toch zijn

die sinds 1974 sterk toegenomen. Onder andere ontbreekt de politieke wil van de Tweede Kamer en met name die van het CDA. Verder hebben de specialisten een sterke positie. Die hebben van alle kanten een grote invloed op het CDA. Vanuit de artsenorganisaties, de ziekenfondsen en de instellingen voor de gezondheidszorg, die van oudsher een nogal confessioneel karakter hebben. Daardoor krijgen ze het steeds voor elkaar om elke beweging die erop is gericht de kosten van de tweede lijn te drukken, in de kiem te smoren. Een paar jaar geleden heb ik dat zelf ervaren. Toen heb ik samen met H. van Brussel, van het Verbond van Nederlandse Ondernemers (VNO), een nota gemaakt voor de Sociaal Economische Raad (SER). In die nota schreven we dat de hele gezondheidszorg moest worden doorgelicht, met name de tweede lijn. Want de kosten rezen de pan uit. Wij hadden voor een commissie van externe deskundigen gepleit, die het functioneren van de tweede lijn zou onderzoeken. Zodra de artsenorganisaties daar lucht van kregen, hebben ze een lobby op touw gezet bij het CDA. Met het gevolg dat staatssecretaris van der Reijden (Volksgezondheid) VNO-voorzitter Van Veen bij zich heeft geroepen. Van der Reijden heeft tegen hem gezegd: *"Kijk uit dat die Bode mij niet voor de poten gaat lopen, want ik heb hier prachtige plannen liggen om de*

*kosten van de tweede lijn te beheersen."* Nou dat bleek het Generaal Accoord te zijn, waarover de ziekenfondsen vernietigend hebben geoordeeld. In dat accoord is een minimale inkomstenbeheersing van de specialisten vastgelegd. In ruil daarvoor is in het Accoord geregeld dat meer specialisten opgeleid kunnen worden dan voorheen.

Van' de mooie beloftes van Van der Reijden is dus niets terecht gekomen. Ik weet dat de werkgevers daarover zwaar de pest in hebben."

"Het VNO heeft in de laatste fase naar buiten gebracht dat ze mij een uitstekend voorzitter van de VNZ zouden vinden. Om de doodeenvoudige reden dat zij greep willen krijgen op de tweede lijn. Nu is de ziekenfondsradaad óók zover dat zij vindt dat budgettering van de ziekenhuizen niet veel helpt als de specialisten in de ziekenhuizen ook niet aan een bepaald budget gebonden zijn. De winst van de budgettering valt als los zand door de vingers, als de ziekenfondsen de ver-



richtingen van de "specialisten niet kunnen beheersen. Want de specialisten zijn de grote kostenveroorzakers in de ziekenhuizen, doordat zij vrij verrichtingen kunnen doen. De kosten van de tweede lijn kun je alleen in de hand houden als de specialisten in loondienst van het ziekenhuis werken. Nu opereren ze als vrije boeren in een bedrijfstak met geavanceerde middelen.

In feite zijn de ziekenhuizen een hele dure industrie geworden. Zoals het nu gaat moeten de ziekenhuizen de kosten drukken door verpleegkundigen te ontslaan. Terwijl de specialisten bepalen hoeveel bedden in het ziekenhuis worden bezet: hoe meer verrichtingen door de specialisten, des te meer bedden zijn er bezet en des te minder verpleegkundigen zijn er in het ziekenhuis om de patiënten te verzorgen. Dat is gewoon van de gekke."

### Kunstgreep

De kosten van de gezondheidszorg zullen in 1985 zo hoog zijn, dat de ziekenfondsen een tekort van één miljard gulden verwachten. Er zijn drie mogelijkheden om het tekort op te vangen: of de ziekenfondspremie gaat omhoog, of het ziekenfonds moet minder gaan vergoeden, of de overheid moet ondanks het huidige financieringstekort bijspringen. Wat verwacht Bode? Herman Bode: "De politiek is het korten op de voorzieningen een beetje beu geworden. Zelfs minister Ruding van Financiën vond het geen goed idee om de eerste twee ziektedagen uit het ziekenfondspakket te halen. Hij vindt dat teveel gedonder en spanningen geven. De regering zal ook geen hogere belastingen of premies willen invoeren omdat de verkiezingen volgens jaar mei alweer voor de deur staan.

De regering kan dan natuurlijk bepaalde zaken uit de algemene middelen gaan financieren, maar dan moeten de werkgevers een hogere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten-premie gaan betalen. (De AWBZ-premie wordt alleen door de werkgevers betaald, red.) Dat lijkt mij geen goed idee, alleen al omdat de werkgevers er de laatste tijd heel goed in zijn om hun hogere premies door de werknemers te laten betalen. Toch kan de regering meer zaken uit de algemene middelen financieren zonder een hogere AWBZ-premie te vragen en zonder het financieringstekort te laten stijgen. Als de regering gaat schuiven binnen de collectieve sector heeft dat natuurlijk geen invloed op het financieringstekort. Een mogelijkheid die ik wel zie zitten, is dat ze een deel van de zes miljard gulden van de Wet Investerings Rekening (WIR) gebruiken als compensatie voor een hogere AWBZ-premie. Een gedeelte van de WIR-premie gaat dan gewoon gericht naar de werkgever in plaats van ongericht. Ze zullen wel een één of andere kunstgreep vinden.

Vanuit Sociale Zaken hadden ze mij al benaderd of het Algemeen Werkloosheidsfonds niet bereid was één miljard gulden aan het ziekenfonds te lenen. Het Algemeen Werkloosheidsfonds AWF regelt de financiële kant van de werkloosheidswet, in het fonds zitten werkgevers, werknemers en kroonleden. Met die lening zou de overheid haar aandeel kunnen beperken. Daar voelden wij niet zoveel voor. Wat eenmaal in de ziekenfondspot zit, komt er nooit meer uit."

### Kracht

Herman Bode heeft voor de FNV de post gezondheidszorg gedaan, en had derhalve een stem in de VNZ. De zetels van de vakbonden in de VNZ, zogenaamde kwaliteitszetels, staan momenteel ter discussie. Bode heeft daar zo zijn gedachten over. Hij noemt de VNZ een vereniging die prachtige plannen heeft, maar die nooit uitvoert:

Herman Bode: "De machthebbers in de gezondheidszorg zijn behoorlijk bezig om dat beetje invloed van de vakbeweging in de gezondheidszorg weg te masseren. Ook De Vries, die nu voorzitter van de VNZ is, heeft uitgekraaid dat de kwaliteitszetels uit de VNZ moeten. Daar bedoelt hij alleen de zetels van de vakbeweging mee, want hij durft niet te zeggen dat de artsen ook kwaliteitszetels bezetten.

Op zichzelf is het een goede zaak dat alle ziekenfondsen zijn verenigd in de VNZ, omdat een democratisch zieken-

fonds een goed instrument is om de belangen van de verzekerden te behartigen. Maar dan moet de VNZ ook daadwerkelijk het beleid voeren dat ze zeggen te willen voeren. Ik heb geen moeite met het beleid van de VNZ, maar wel met de manier waarop het in de praktijk functioneert. Daarom wilde ik voorzitter worden. Dan had ik met het beleidsplan in de hand kunnen zeggen: dat en dat moet er gebeuren. De VNZ zegt voor een volksverzekering te zijn. Maar ik verwacht De Vries niet op 14 juni in Krasnapolsky waar de groep "Stop het eigen risico" een bijeenkomst over de volksverzekering organiseert. Hoewel, je weet natuurlijk nooit.

Als je nu kijkt wat er in Zeist gebeurt: de leden van de VNZ zitten daar bijeen, zeggen de mooiste dingen, schrijven die ook op en bergen het vervolgens op in een la. En de heren secretarissen van de VNZ gaan op verschillende punten zomaar hun gang. Zoals secretaris Landsheer, die heeft, „namens de VNZ" een brief over de medicijnenknaak geschreven aan staatssecretaris Van der Reijden. Maar geen bestuurder heeft die brief ooit gezien. Dat deugt van geen kant. Eenheid kan een kracht zijn, als het goed wordt gebruikt."

### Fiasco

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) heeft als doel de planning in de gezondheidszorg te democratiseren door lagere bestuursorganen meer macht te geven. Herman Bode denkt echter dat de WVG niet goed zal werken.

Herman Bode: "De doelstellingen van de WVG heb ik onderschreven en zal ik blijven onderschrijven. Want decentralisatie in de gezondheidszorg vind ik een goede zaak. Maar de wet is in de proefgebieden een volledig fiasco geworden doordat de onderlinge verantwoordelijkheden onvoldoende zijn geregeld. Eigenlijk zouden de ziekenfondsen de plannen van de gemeentelijke overheden moeten toetsen op doelmatigheid en controleren of de belangen van de verzekerden wel voldoende tot hun recht komen. De werkgevers kunnen daarin ook een stem hebben, omdat het grote consequenties heeft voor de financiële kant van de zaak. Dat kan natuurlijk door de werkgevers een plaats te geven in het beheer van de ziekenfondsen. Of dat bestuursplaatsen moeten zijn of een plaats in een raad van advies, dat zou nog nader bekenen moeten worden. Maar de beroepsbeoefenaars horen daar nadrukkelijk zriet in. Werkgevers en werknemers moeten er gezamenlijk bij de politiek op aandringen om de bestuursstructuur van de ziekenfondsen te veranderen. Gebruikers en premiebetalers als één macht tegen de beroepsbeoefenaars die de diensten leveren en die ook door de ziekenfondsen worden betaald.

Als je in die richting denkt, zie ik wel wat in het idee van Hendriks om van de ziekenfondsen regionale bureaus voor de gezondheidszorg te maken. Maar dan moeten de beroepsbeoefenaars niet in de fondsbesturen zitten."

### Onrust

De FNV heeft geen sterke positie in de ziekenfondsen. Bode vertelt wat hij in ieder geval als vakbondsbestuurder heeft kunnen doen binnen de gezondheidszorg.

Herman Bode: "Ik heb niet zo bar veel bereikt in de gezondheidszorg. Maar je weet natuurlijk niet wat er gebeurd zou zijn als ik er niet had gezeten. Ik elk geval ben ik een onrustfactor geweest. De bestuurders van de VNZ wisten dat ik aan de bel zou hangen, als ze iets van plan waren dat niet in het belang van de verzekerden zou zijn. Dat heeft de zorgzaamheid weliswaar iets vergroot, maar niet voldoende. De FNV zal in het bestuur van de VNZ nog moeten knokken om van de VNZ een krachtdadige organisatie te maken, die de belangen van de verzekerden hoog in het vaandel heeft staan.

Toen ik nog in de FNV zat, kon ik tenminste in wat organen mijn mond roeren. Die mogelijkheid ben ik nu kwijt. Ik had hoop mijn invloed te behouden door het voorzitterschap van de VNZ, nou dat is dus niet gelukt. Er komen mogelijk andere taken. Ik zal roeien met de riemen die ik krijg. Ik heb het gevoel dat ik nog wel ergens een voet tussen de deur kan krijgen." ••

# Krankzinnigen en de Kamer

Mentorsc

Be- hap

me

Het lijkt steeds onwaarschijnlijker te worden dat de BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) de honderd jaar oude Krankzinnigenwet zal gaan vervangen. Na bijna 15 jaar van voorbereiding werd dit wetsontwerp tenslotte in het najaar van 1983 door de Tweede Kamer aanvaard.

Nu ook de Eerste Kamer haar licht over dit wetsontwerp heeft laten schijnen en de regering uitgebreid op de hoogte heeft gesteld van haar verontrusting, krijgt zelfs de grootste optimist twijfels over de haalbaarheid van dit wetsontwerp.

De kritiek van de Eerste Kamer richt zich met name op de reikwijdte van deze wet en op de beperkte beroepsmogelijkheden die in de wet aangegeven worden. Het wachten is nu op een reactie van de regering op de vele vraagtekens die de Eerste Kamer bij het wetsontwerp heeft geplaatst. Naar verluidt zal die reactie pas na de zomer te verwachten zijn.

*Tonny van Winssen*, studente aan de School voor de Journalistiek te Utrecht.

## Problemen rond de BOPZ

Voor John Legemaate, als jurist werkzaam bij de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon, is het vrijwel zeker dat de BOPZ niet door de Eerste Kamer komt: "In elk geval niet de BOPZ in haar huidige vorm. Er moet in elk geval iets gebeuren. De enige mogelijkheid is dat de regering alsnog bereid is een onderdeel van de wet te wijzigen." Dat betreft de reikwijdte van de BOPZ, op grond waarvan ook zwakzinnigen en psychogeriatrische patiënten onder deze wet zullen vallen. Dit punt ontmoette veel kritiek in de Eerste Kamer, die daarbij zeker ook geïnspireerd werd door de vele heftige reacties uit het veld: ouderverenigingen, ouderenverenigingen, verpleegtehuizen.

Onder de BOPZ zou de rechter jaarlijks moeten nagaan of zwakzinnigen of psychogeriatrische patiënten terecht opgenomen zijn. Binnen de BOPZ - die oorspronkelijk zich beperkte tot psychiatrische patiënten - wordt daarbij het *gevaarscriterium* gehanteerd. Ook de verschillende fracties van de Eerste Kamer wijzen er nadrukkelijk op dat dit gevaarscriterium niet bruikbaar is bij deze categorieën patiënten. "...niet het afwenden van gevaar en ook niet zozeer de behandeling, maar het bieden van een verantwoord woon- en leefmilieu ..." is bij deze mensen de reden om ze op te nemen, aldus bijvoorbeeld de D'66-fractie in haar reactie. Legemaate is het met het principe van de reikwijdte van het wetsvoorstel wel eens: "Ook in deze sectoren bestaat grote behoefte aan rechtsbescherming. Je kunt je afvragen of dat met dergelijke uitgebreide procedures moet als in de BOPZ. Maar je kunt ook zeggen: zolang er nog niks anders is, moet je dat toch maar doen." Wat de onbruikbaarheid van het gevaarscriterium bij deze categorieën patiënten betreft, merkt Legemaate op: "Je moet niet vergeten dat het veelal om mensen gaat die niet in staat zijn zich in hun eerste levensbehoeften te voorzien. En dat is duidelijk een gevaar in de zin van die wet".

## Mentorschap

Binnen de BOPZ wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen die nog in staat zijn hun wil te bepalen en mensen die dat niet meer kunnen. Dit wordt vastgesteld door een psychiater. Mensen die nog hun wil kunnen bepalen mogen na een gedwongen opname de behandeling weigeren. Bij mensen die niet meer in staat worden geacht hun wil te kunnen bepalen, moet de naaste familie toestemming geven voor behandeling. Legemaate: "Bij demente bejaarden en zwakzinnigen gaat het om mensen die hun wil niet kunnen bepalen. Binnen de BOPZ betekent dat dat de vertegenwoordigers van die categorieën patiënten zeggenschap krijgen over wat in dergelijke instituten - zwakzinnigeninrichtingen, verpleegtehuizen - gebeurt."

Interessant in de discussie over de reikwijdte dit verband is dat de regering heeft aangekondigd nog dit jaar met de Wet op het Mentorschap te komen. Deze wet voorziet in een belangenbehartiger (mentor) voor mensen die niet handelingsbekwaam zijn en die verblijven in een verpleeghuis, zwakzinnigeninrichting of psychiatrisch ziekenhuis. Deze mentor is de immateriële tegenhanger van de al bestaande 'bewindvoerder' die de materiële belangen van mensen die niet voor hun eigen belangen kunnen opkomen. Deze wet zou een alternatief voor de BOPZ in die sectoren kunnen zijn. Dat geeft de regering de mogelijkheid de reikwijdte van de BOPZ te beperken en tegelijkertijd met een alternatief te komen. De nu bestaande reikwijdte van de BOPZ is immers wel aanvaard door de Tweede Kamer. Door middel van een zogenoemde novelle kan de regering op een onderdeel van deze door de Tweede Kamer reeds aanvaardde wet nog een verandering aanbrengen. Ook de VVD-fractie in de Eerste Kamer noemt dat in haar reactie als een mogelijkheid om de werkingssfeer van de BOPZ te beperken. Legemaate relativeert dit mogelijke 'ei van Columbus': "De novelle is een staatsrechtelijke procedure die meer bedoeld is voor fouten in een wetsvoorstel die door de Tweede Kamer over het hoofd gezien zijn. En wat betreft de reikwijdte van dit wetsvoorstel: dat is natuurlijk geen fout maar een bewuste keuze van de regering."

## Beroepsmogelijkheden

In tegenstelling tot de reikwijdte zijn de beperkte beroepsmogelijkheden pas in een heel laat stadium in de BOPZ terecht gekomen: vlak voor de behandeling van dit wetsontwerp in de Tweede Kamer. Met de beperkte beroepsmogelijkheden van de BOPZ is de jurist Legemaate duidelijk ook niet gelukkig. Anders dan bij de bestaande Krankzinnigenwet is onder de BOPZ geen *cassatie* meer mogelijk; uitspraken van de rechter kunnen dus niet meer voorgelegd worden aan de Hoge Raad (het hoogste rechtscollege in Nederland). Legemaate: "Dat is eigenlijk heel gek. Het argument van de minister van justitie was dat, als dat wel zou kunnen, het aantal rechterlijke procedures maar zou toenemen en dat dat niet gewenst is in een tijd van bezuinigingen. Dezelfde minister stemde echter wel in met de reikwijdte van de BOPZ. Het is evident dat de rechterlijke macht behoorlijk moet worden uitgebreid bij handhaving van de nu gehanteerde werkingssfeer van de BOPZ." Er is slechts één beroepsmogelijkheid onder de BOPZ: als de voorlopige rechterlijke machtiging wordt omgezet in een machtiging tot voortgezet verblijf kan beroep aange tekend worden bij de Bijzondere Kamer van het gerechtshof in Arnhem. Door de vele bepalingen en gestelde termijnen betekent dat in de praktijk dat pas na op zijn minst acht weken voor beroep vatbare beslissingen genomen worden; onder de Krankzinnigenwet was dat op veel kortere termijn al mogelijk. Legemaate wijst er nog op dat de Bijzondere Kamer voor een deel uit juristen en voor een deel uit deskundigen bestaat: "Het is zelfs mogelijk dat er een samenstelling komt van een jurist en twee gedragsdeskundigen. Dat is dus meer een tuchtcollege dan een hoger beroepscollege." Ook de Eerste Kamer beschouwt deze beperkte beroepsmogelijkheden duidelijk als een achteruitgang.

## Klachtenbehandeling

Voor de behandeling van klachten van psychiatrische patiënten is er een aparte procedure. Zo'n klacht komt in eerste instantie terecht bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Legemaate: "Dat is natuurlijk al niet juist omdat zo'n bestuur geen onafhankelijke instelling is." Dat bestuur kan een bindende uitspraak doen waartegen beroep mogelijk is bij de rechter; daarna is er geen cassatie meer mogelijk. Ook als een patiënt ontslag wil aanvragen, of als zijn (proef)verlof of -ontslag wordt ingetrokken, kan hij terecht bij de rechter. Zo'n verzoek loopt weliswaar via de Officier van Justitie die de mogelijkheid heeft dat verzoek niet ontvanke lijk te verklaren. In de praktijk zal dat volgens Legemaate alleen gebeuren als iemand bijvoorbeeld elke 2 weken een ontslagverzoek indient. De Eerste Kamer vraagt zich toch af of een dergelijke regeling niet in strijd is met de bepalingen uit het Europees verdrag ter bescherming van de rechten van de mens. Legemaate: "Er is natuurlijk wel een verschil tussen dit wetsontwerp en de rechtspraak zoals die er nu al is. Dat is de rechtspraak van het Europese Hof die heeft voor Nederland kracht van wet. In juridische verhoudingen betekent dat dat de onderdelen van de BOPZ die in strijd zijn met dat Europees verdrag niet zullen gelden."

## Patiëntenrechten

Voor Legemaate is de regeling van de rechten van de patiënt in de inrichting de grote verdienste van de BOPZ. Daar was immers tot nu toe nog niets over geregeld: "Zolang er geen wettelijke regeling is, blijft het een te hoge drempel voor patiënten om bijvoorbeeld met klachten naar de rechter te stappen. Dat is althans de ervaring van de patiëntenvertrouwenperso nen."

De Eerste Kamer toonde zich ook zeer benieuwd naar de stand van zaken rond de Wet op de Patiëntenrechten die de regering ook al aankondigde nog dit jaar te zullen aanbieden. Wat valt er van deze wet te verwachten en houdt de trage afwikkeling van de BOPZ wellicht verband met dit in voorbereiding zijnde wetsontwerp? Legemaate: "In deze wet zullen hele algemene beginselen worden geregeld zoals: een patiënt moet over een behandeling worden geïnformeerd, hij moet toestemming geven, hij heeft inzagerecht. Die beginselen zullen heel globaal geformuleerd worden en het is nog maar de vraag in hoeverre je die beginselen zal kunnen afdwingen. Bovendien is het een wet waarin de rechten van allerlei categorieën patiënten worden geregeld. Vanwege die algemeenheid ziet Legemaate deze wet nog niet zo snel de BOPZ overbodig maken: "Bij psychiatrische patiënten zul je toch een aantal bijzondere regelingen moeten treffen. Het toepassen van dwang help je toch niet zo meer even de wereld uit, hoeveel principiële discussies je daar ook aan wijdt. Daar moet gewoon een regeling voor komen en die komt er niet in die wet op de algemene patiëntenrechten."

Ook als de BOPZ zich zou beperken tot psychiatrische patiënten ontmoet het gehanteerde gevaarscriterium bij gedwongen opname alom veel kritiek. Er wordt gezegd dat deze wet veel meer gericht is op beveiliging van de samenleving en veel minder op die van de persoon waar het om gaat: de met gedwongen opname bedreigde burger. Legemaate: "Zo kun je er inderdaad tegen aan kijken maar je moet daarbij niet vergeten dat de groep die nu onder de BOPZ valt, de zogeheten gevaarlijke patiënten, ook altijd al viel onder de Krankzinnigenwet. De BOPZ is een wet die de criteria aantrekt: gek zijn alleen is niet meer voldoende om iemand op te nemen." Pas als iemand een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving wordt en er valt aan te tonen dat dit verband houdt met een psychiatrische stoornis, pas dan kan zo iemand - na toestemming van een rechter - gedwongen kunnen worden opgenomen.



angb ehan del

Amb ling lng ulante

## Dwangbehandeling

De BOPZ geeft de mogelijkheid om na gedwongen opname behandeling te weigeren. Die mogelijkheid beperkt zich tot de mensen die hun wil nog kunnen bepalen en die geen direct gevaar binnen het ziekenhuis opleveren. Deze loskoppeling van dwangopname en -behandeling heeft veel stof doen opwaaien in het psychiatrisch establishment. In een brief aan de Eerste Kamer laten veertig van de vijfenveertig directeuren van psychiatrische ziekenhuizen duidelijk weten - vooral ook om die reden - geen voorstander te zijn van invoering van de BOPZ. Er wordt in die brief gesproken van een *'gepolitiseerde discussie'* rond de BOPZ, waarin steeds meer aandacht wordt gevraagd voor de rechtspositie van de opgenomen patiënt en steeds minder voor het recht op zorg en behandeling. Door het loskoppelen van dwangopname en behandeling zullen de psychiatrische inrichtingen verworden tot louter opbergplaatsen voor mensen die een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen, menen de directeuren. Volgens Legemaate is er geen enkele reden om aan te nemen dat men massaal behandeling zal gaan weigeren. Hierbij verwijst hij naar Amerikaanse onderzoekscijfers waaruit blijkt dat het aantal patiënten dat langdurige behandeling weigert, bijzonder klein is. "Bovendien heeft men volgens mij nog nergens overtuigend kunnen aantonen dat dwangbehandeling werkt," voegt Legemaate daar aan toe. "Dat vind ik zelf zo ongelofelijk aan die hele discussie, dat psychiaters daar dan toch zo nadrukkelijk voor blijven pleiten."

De voorspelbaarheid van gevaar en de aantoonbaarheid van een oorzakelijk verband tussen dat gevaar en een psychische stoornis blijkt ook binnen de psychiatrie zeer omstrede. Legemaate relativeert de kritiek van de psychiaters op het gevaarscriterium: "Je krijgt de indruk dat psychiaters voortdurend allerlei knopen zullen moeten gaan doorhakken. Dat is natuurlijk niet zo. Ze hebben een adviserende functie. Degene die moet beslissen is de rechter. En de rechter heeft op allerlei andere gebieden van het recht ook met het begrip 'gevaar' te maken."

## Ambulante zorg

Als enige overigens vraagt de PvdA-fractie zich af waarom de extramurale kant van de geestelijke gezondheidszorg niet meer bij het wetsontwerp is betrokken. Zij wijzen daarbij op verschuivingen binnen de psychiatrie waardoor de grenzen tussen intra- en extramuraal steeds verder zijn komen te vervagen. Legemaate pleit ervoor de ambulante fase dwangvrij te houden met als stok achter de deur de gedwongen opname: "Als je dwang ook toelaat in de ambulante sfeer wordt de hele samenleving zo doordrongen van dwangmaatregelen. Je kan je dan gaan afvragen of een caféverbod voor bijvoorbeeld een alcoholist buiten het ziekenhuis minder erg is dan afzondering in het ziekenhuis. Bij dwangopname weet je tenminste nog waarde psychiatrie zit: binnen de muren. Daar is natuurlijk veel kritiek op mogelijk maar het is dan in elk geval nog te localiseren."

Na de zomer wordt de reactie van de regering verwacht op het voorlopig verslag van de Eerste Kamer. Alom wordt het inmiddels onwaarschijnlijk geacht dat de regering alle twijfels bij de Eerste Kamer zal kunnen wegnemen. Legemaate ziet het kiezen voor de BOPZ als het resultaat van het kiezen tussen twee kwaden. Hij blijft de mogelijkheid verwerpen minder aantrekkelijk vinden omdat het nog maar de vraag is wanneer er dan weer iets gebeurt. De onmisbare verdienste van de BOPZ is voor hem de regeling van de positie van de patiënt in het ziekenhuis. Hij verwijst in dit verband ook naar de situatie in het buitenland: "Er is in de hele wereld geen andere wet die zo ver gaat vanuit de optiek van het patiëntenrecht. De BOPZ kan iedere vergelijking met het buitenland doorstaan. Dat plaatst de Nederlandse discussie ook in een merkwaardig daglicht: we proberen hier gewoon roofter dan de paus te zijn. Je moet het toch ook wel in het licht van de haalbaarheid plaatsen." ••

## Foto: Ine van den Broek



Foto: Ine van de Broek

# CONGRES

## Poverty, a crisis for babies

Londen, 19 april 1985. Eén van de eerste zomerse dagen van het jaar. De witte gebouwen rond Regent's Park schitterden in de zon. Eén daarvan is het onderkomen van het eerbiedwaardige Royal College of Gynaecologists and Obstetricians. Daar volgde ik die dag een conferentie over een onderwerp dat in deze zeer welgestelde sfeer bijna onvoorstelbaar was: "**Poverty, a Crisis for Babies.**" De organisatie van de conferentie lag in handen van de overkoepelende "Maternity Alliance."

De, naar ik schat, zo'n 300 à 400 aanwezigen waren voor het merendeel vrouwen: werkzaam in de welzijns- en gezondheidszorg en op universiteiten, wat een boeiend samenspel van praktijk en onderzoek opleverde. Eén spreker, een verloskundig specialiste, wees erop, dat haar "College" inderdaad heel vrijgevig zijn gebouw voor deze conferentie had afgestaan. Daarentegen had ze, op deze werkdag, slechts één van haar collega's in de zaal kunnen ontwaren: dit onderwerp ondervond bij de, over het algemeen, **heren** specialisten blijkbaar niet zo'n grote belangstelling.

Van een dergelijke ongeïnteresseerdheid betichtte de eerste spreker, Prof. Peter Townsend, ook de minister van volksgezondheid, Kenneth Clarke. Deze had kort tevoren ieder verband tussn armoede, sociale klasse en (on)gezondheid (c.q. sterfte) van babies - en hun moeders - van de hand gewezen. Verder waren juist in "The Guardian" van die ochtend de plannen van de Thatcher-regering bekend gemaakt voor een verdere ondergraving van het systeem van "social security" (sociale verzekeringen). Onder andere de "**Maternity Grant**" zou eraan moeten geloven, die juist volgens velen al veel te laag is. De "Grant" bestaat uit een éénmalige uitkering van 5:25, die zo langzamerhand vijf keer minder waard is dan toen zij werd ingesteld. In Frankrijk krijgen vrouwen die bevallen zijn via de bijstand maar liefst het equivalent van 5:55 uitgekeerd.

De gezondheidszorg-commissie van de "Commons" (de Tweede Kamer) werd ten slotte verweten de 19e-eeuwse-nog altijd actuele - beginselen en praktijk van "public health" te grabbel te gooien ten gunste van een eng-medische benadering. Zo wordt wel veel gediscussieerd over de rechten van het ongeboren kind, maar het sterven van kinderen ten gevolge van armoede blijft onbesproken.

### toename zuigelingensterfte

Mensen die dagelijks, in witte paleizen tegenover prachtige parken zitten, kunnen zich dergelijke armoede waarschijnlijk moeilijk voorstellen als een realiteit met soms desastreuze gevolgen. Over deze realiteit lieten de diverse sprekers en sprekersters echter geen twijfel bestaan. Prof. Townsend, bekend van het door de Thatcher-regering onder de tafel gemoffelde "Black-report". (in 1982 uiteindelijk onder de titel "Jnaequalities in Health" als "Pelican", verschenen), gaf daaromtrent een aantal schrikwekkende cijfers. Terwijl het aantal ter wereld gekomen babies in Engeland in de laatste jaren is gedaald, is het aantal jonge kinderen dat in armoede leeft juist gestegen. Volgens zijn gegevens, leeft momenteel 1/3 van de totale kinderopopulatie (0-15 jaar) op of onder de "**poverty line**" (armoedegrens): in 1981 waren dat 3.660.000 kinderen, tegenover 3.170.000 in 1975. Overigens ligt deze armoedegrens aanmerkelijk lager dan het Nederlandse bijstandsniveau.

In de laagste sociale klasse (V) sterven twee maal zoveel babies dan in de hoogste sociale klasse (I)! Alhoewel deze kloof tussen het eind van de zeventiger jaren wat nauwer werd, treedt

er momenteel weer een verbreding op. Terwijl het Verenigd Koninkrijk in 1960 op de wereldranglijst van landen met een lage zuigelingensterfte een vijfde plaats innam, is die positie nu gedaald tot ergens middenin de twintig.

Samenvattend sprak Prof. Townsend van een wanhopige situatie. In zijn persoonlijke opvatting leidt **absolute** (niét relatieve) armoede momenteel in Engeland tot omstandigheden die hij in in de vijftiger jaren (toen hij zijn eerste grote onderzoek deed naar armoede, speciaal onder ouderen niet was tegengekomen.

### oorzaken

- Als - aan sociale klasse gerelateerde - oorzaken van de slechte gezondheidstoestand van veel babies, noemden de verschillende sprekers en sprekersters onder andere:
- de slechte financiële situatie van de betreffende gezinnen;
  - de slechte huisvesting in Engeland. Velen wonen nog in krotten; daarnaast is - bij de grote vraag naar goede woningen - onder de Thatcher-regering de sociale woningbouw van alle sociale voorzieningen juist het zwaarst getroffen. Werden er in 1975 nog 170.000 nieuwe huizen gebouwd, in 1984 liep dit aantal terug tot 38.000. Aangedrongen werd op het opstellen van adequate gezondheidsnormen voor huisvesting, in de traditie van de vroegere "public health". Een zeer schrijnend gevolg van deze slechte huisvestingssituatie is, dat duizenden en duizenden "homeless families" door het hele land op - hoge! - kosten voor het rijk, worden ingekwartierd in vaak zeer slechte pensions: ook hier dus privatisering troef
  - de slechte gezondheidstoestand van de moeders (toen ze zelf kinderen waren, én nu) veroorzaakt door de slechte materiële levensomstandigheden; dit leidt vaak tot een laag geboortegewicht. Het hierbij optredende klasseverschil wordt nog eens versterkt, wanneer etnische origine in ogenschouw wordt genomen;
  - de tekortschietende voeding, gevolg van te weinig geld, en te weinig kennis van gezonde voeding;
  - de tekortschietende gezondheidszorg; de arme mensen weten enerzijds over het algemeen klachten minder goed te signaleren en te formuleren; anderzijds wordt de zorg vaak te weinig daar verleend, waar die het hardst nodig is (de zogenaamde "inverse care law"); en gezondheidswerkers zijn vaak - door hun tekortschietende opleiding - niet berekend op het soort problematiek dat hun te wachten staat. Bovendien kunnen zij het in die barre omstandigheden vaak niet lang uithouden en verhuizen de praktijk naar elders, wat een geringe continuïteit van de zorg tot gevolg heeft.

### verborgen armoede

De informatie die op de conferentie werd verstrekt was veel en veelzijdig, en daardoor in dit bestek met geen mogelijkheid allemaal te vermelden. Eén aspect van "poverty" vind ik echter zeker nog het vermelden waard. Dat is de grote hoeveelheid **verborgen armoede** ten gevolge van de ongelijke verdeling van het inkomen *binnen* het gezin. Vrouwen worden hierdoor gedwongen met bijna niets, de touwtjes aan elkaar te knopen. Vaak lukt dit niet (goed), hetgeen slechte gevolgen heeft voor de gezondheidstoestand van met name de kinderen. Ten gevolge van de ineenstorting van het instituut "huwelijk", komt veel van die verborgen armoede aan de oppervlakte. Het ironische is daarbij, dat vrouwen die vervolgens voor zichzelf (en hun kinderen) bijstand claimen, **beterafworden** dan toen ze nog getrouwd waren. Zij krijgen het "beter", maar nog niet "goed": onderzoek heeft ook uitgewezen, dat kinderen juist in de éénouder- (meestal de vrouw) gezinnen veel risico's lopen.

### nadruk op sociaal-culturele factoren

Gelet op de Nederlandse situatie, gaat veel van wat op de conferentie aan de orde kwam **niet in dezelfde mate** op: noch wat betreft het aantal gezinnen in grote armoede, noch wat betreft de totale ineenstorting van de sociale woningbouw, de slechte voeding en de cijfers voor zuigelingensterfte. Toch zijn een aantal observaties wel relevant: onder andere de relatief geringe aandacht voor sociale en culturele factoren in verband met ziekte en

gezondheid in het wetenschappelijk onderzoek en in de praktijk van de hulpverlening, ten gunste van een overmatige nadruk op de medisch-technische kant.

Die noodzakelijke aandacht voor sociaal-culturele factoren zou dan, mijns inziens, onder andere betrekking dienen te hebben op de (lange termijn!) effecten van werkloosheid; de verdeling van de inkomens over individuen en van het inkomen binnen gezin en de grotere risico's in éénoudergezinnen voor de gezondheid van de kinderen, maar ook van die ouders; regionale en etnische verschillen in gezondheidstoestand en -voorzieningen. Deze rij is vast door ieder met nog vele aspecten aan te vullen.

Aan het eind van de conferentie werd erop aangedrongen om, aan de hand van de verkregen informatie, in alle plaatsen in het land waar men vandaan kwam de armoede zichtbaar te maken, en die informatie in te brengen in alle plaatselijke campagnes (tegen werkloosheid, voor de vrede etc.). De politieke druk moet zo groot mogelijk gemaakt worden, opdat die zichtbare armoede met succes kan worden bestreden.

Ron Belsloot, socioloog

# BOEKEN

## Kleinschaligheid inde psychiatrie

Kurt Bökenkamp (red), *Kleinschaligheid in de psychiatrie, De inrichting een vergissing?* Uitgeverij BZZTOH, 's-Gravenhage, 1985 (prijs f 15,-).

Men zegt weleens dat je aan de eerste regels kunt zien of je een goed boek in handen hebt. De eerste regels van "Kleinschaligheid in de psychiatrie" onder redactie van Kurt Bökenkamp luiden: "*Kleinschaligheid hooft bij mensen, grootschaligheid bij reuzen. Die hebben nooit bestaan; grootschaligheid is dus altijd een vergissing geweest.*" Zo'n begin belooft natuurlijk niet veel goeds.

Bökenkamp raakte als persfotograaf betrokken bij de Dennendal-affaire en is sindsdien op verschillende wijzen actief geweest binnen de geestelijke gezondheidszorg, onder andere via de Cliëntenbond en als bestuurslid van een psychiatrisch ziekenhuis. Vorig jaar richtte hij de werkgroep kleinschalige psychiatrische voorzieningen op, die in december in Den Haag een symposium over kleinschaligheid organiseerde. Als uitvloeisel van dit symposium verscheen dit boekje.

Bökenkamp hoopt met deze uitgave de discussie over kleinschaligheid in de psychiatrie te stimuleren. En omdat hij meent dat de "*maatschappij als geheel*" verantwoordelijk is voor de psychiatrische voorzieningen en niet alleen de beleidsmakers, de psychiatrische inrichtingen of de patiëntenbeweging, heeft hij van wel meer dan 25 organisaties en personen ("*vertegenwoordigers van de maatschappij*") een bijdrage opgenomen. De auteurs lopen uiteen van Tweede Kamerleden tot directeurs van psychiatrische ziekenhuizen, van een medewerker van de Cliëntenbond tot de voorzitter van de Stichting Algemene Burenhulp in Den Haag. Zelfs een kapitein van het Leger des Heils ontbreekt niet.

Maar is Bökenkamp in zijn opzet geslaagd? Ik dacht het niet. Elke bijdrage beslaat ongeveer twee tot zes bladzijden. Dat is

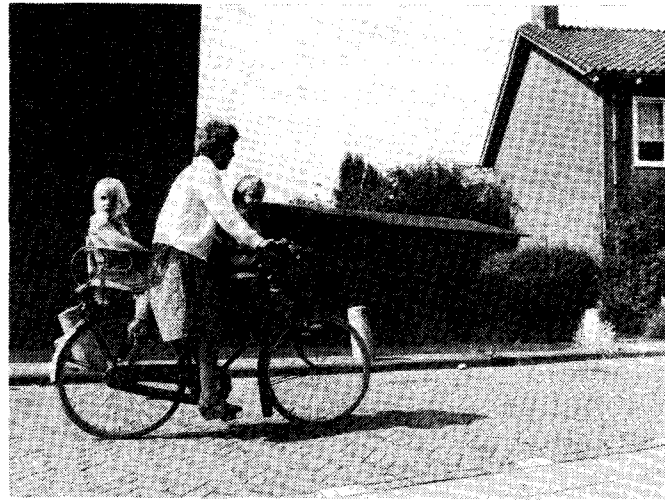


Foto: Ine van de Broek

natuurlijk veel te kort voor een onderwerp waarvan eigenlijk niemand weet wat het nu precies inhoudt. Iedere auteur lepelt dan ook maar wat associaties bij de term kleinschaligheid op en daar blijft het bij.

Een enkele bijdrage is wel interessant. Zostelt bijvoorbeeld Egbert van der Poel, directeur van de stichting Pandora, dat de geestelijke gezondheidszorg, hoe kleinschalig ook, hetzelfde blijft zolang zij niet weigert om als enige de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening te dragen. Mensen moeten niet worden overgedragen alsof het gaat "om een vieze jas die naar de stomerij moet", waarbij de hulpverleners zeggen: "*we weten niet hoe, maar we knappen 'm voor u op en u kunt hem over een tijdje weer ophalen.*"

Niettemin blijft kleinschaligheid in de psychiatrie een vaag onderwerp. Het fungeert als paraplu voor een andere vorm van hulpverlening, een andere vorm van wonen, andere zeggenschapsverhoudingen, een andere verdeling van bestuursbevoegdheden en ga zo maar door. Deze kwesties hebben allemaal wel met elkaar te maken, maar kleinschaligheid als zodanig geeft geen enkel inzicht in die samenhang en al evenmin een oplossing. "*Dichter bij is beter*" heet een van de bijdragen, maar dat is natuurlijk een loze kreet. Op zo'n manier wordt kleinschaligheid een toverbal: wie er aan likt, tovert de mooiste kleuren tevoorschijn. Maar als je er wat langer op zuigt blijft er niets van over. In plaats van zoveel mensen aan het woord te laten over een dergelijk leeg begrip, had Bökenkamp beter een klein aantal auteurs kunnen uitnodigen om op de verschillende aspecten van één deelonderwerp (bijvoorbeeld kleinschalige woonvormen) wat uitgebreider in te gaan. Wie een discussie wil stimuleren, moet wel eerst vertellen waar die discussie over moet gaan.

Jos Date, student Rechten aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam

## Wamen, health and the family

Bezuinigen op de gezondheidszorg gaat niet zo maar. Van meet af aan hebben bewindlieden zich moeten rechtvaardigen, liefst niet alleen in financiële termen maar ook in meer morele. Om de woorden van de minister te gebruiken: "Dit beleid is niet alleen noodzakelijk uit het oogpunt van kostenbesparing, maar vooral ook omdat dit het eigen verantwoordelijkheidsbesef en welzijn van burgers ten goede komt".

Nu is zo'n rechtvaardiging om te beginnen al historisch merkwaardig. In de opbouwjaren '50 lag het accent vooral op

het *recht* op gezondheidszorg, en met het voortschrijden van de economische crisis in de jaren '70 is daar steeds meer de *plicht* overheen geschoven om zo goed mogelijk voor zichzelf en de naasten te zorgen. Over deze zelfzorg valt nog heel wat te zeggen. Linkse kringen willen door middel van zelfhulp meer macht over het eigen leven verschaffen; in christen-democratische hoek is de informele zorg naastenliefde; de liberalen willen zelfzorg omdat ze tegen te veel overheidsbemoeienis zijn. De wrange vraag vanuit de vrouwenbeweging is telkens wie er voor de informele zorg kan gaan opdraaien en wiens (wier) verantwoordelijkheidsgevoel hier wordt aangesproken.

Wat echter bovenal opvalt is gebrek aan aandacht voor de concrete werkelijkheid. Nergens worden cijfers en effectberekeningen (globaal of gedetailleerd) gepresenteerd. Nergens is er aandacht voor de bredere maatschappelijke werkelijkheid waarin de bezuinigingen plaatsvinden



## ingrijpend

Des te opmerkelijker is daardoor het boek *Women, health and the family* van Hillary Graham. In dit boek plaatst Graham het toenemend beroep op zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid in de context van toenemende armoede. Haar stelling is dat ontwikkelingen als de verslechterende financiële positie van veel gezinnen (door werkloosheid) en de sterke toename van het aantal één-ouder-gezinnen (door scheidingen) ingrijpende effecten hebben op de zorgcapaciteit. Hiermee vraagt ze aandacht voor de materiële voorwaarden voor een goede informele zorg. In het beleidsdenken wordt dit niet in ogenschouw genomen. Voor de schrijfster was dit reden om onderzoeksmateriaal te gaan verzamelen over de zorgcapaciteit in de informele sector. Zij wil daarmee de vraag beantwoorden of in (Engelse) gezinnen met kinderen nog wel, *méer* zorg kan worden gegeven bij *achteruitgang* van de matenle middelen, en zo nee, welke effecten dat heeft voor de gezondheid in deze gezinnen.

Graham ncht zich expliciter op gezinnen met kinderen. Ze doet dit om drie redenen: de slechte financiële positie van veel gezinnen met kinderen, het feit dat gezinnen met kinderen het zwaarst door de bezuinigingen op de gezondheidszorg worden getroffen (kinderen behoren immers tot de meest intensieve gebruikers van gezondheidsvoorzieningen), en, bovendien omdat deze gezinnen een groot deel van de bevolking verzorgen (in Engeland bestaat een kwart van de huishoudens uit gezinnen met kinderen, maar deze gezinnen verzorgen bijna de helft van de bevolking). Hierbij richt Graham zich speciaal op de *moeders*. Ze gaat er vanuit dat de gezondheidszorg in deze gezinnen de verantwoordelijkheid van de moeders is; ondanks het feit dat steeds meer vrouwen in loondienst gaan werken en daarmee bijdragen aan het inkomen, heeft dat in twee-ouder-gezinnen niet geleid tot een evenredige verdeling van de zorgverantwoordelijkheid over mannen en vrouwen. In één-ouder-gezinnen wordt de last van de gezondheidszorg eveneens gedragen door vrouwen. Hier valt immers niets te verdelen en is de ouder in verreweg de meeste gevallen een vrouw.

## annoede

Eén van de belangrijkste voorwaarden voor een goede informele gezondheidszorg is de beschikking over een adequaat en stabiel inkomen. Men moet kunnen beschikken over een goed inkomen om te kunnen voorzien in de essentiële materiële voorwaarden voor een goede basisgezondheid. Graham noemt, warmte, goed voedsel en betaalbaar-en-snel vervoer. De kwestie van vervoer komt gewoonlijk niet aan de

orde in beschouwingen over de materiële voorwaarden voor een goede gezondheid. Graham vindt vervoer echter om meerdere redenen belangrijk. De werkgelegenheidskansen van ouders nemen toe bij betaalbaar-en-snel vervoer, en bovendien is goed vervoer noodzakelijk voor de toegankelijkheid en het gebruik van allerlei gezondheidsbevorderende voorzieningen (denk maar aan de afstand tussen wonen en consultatiebureau's, speelweiden, winkels etc.). Met name vrouwen met kinderen ontbreekt het vaak aan goede vervoersmogelijkheden. Een auto in een gezin is, voor zover aanwezig, vaak gereserveerd voor de man.

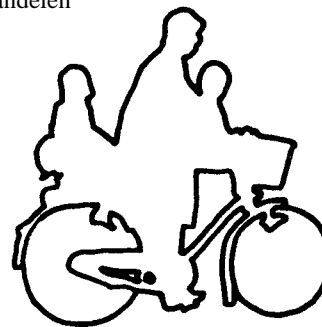
Graham benadrukt het belang van een adequaat en stabiel inkomen voor vrouwen. Ze doet dit niet voor niets. De inkomenspositie van de meeste vrouwen is allesbehalve rooskleurig. De schrijfster wijst hierbij ten eerste op de slechte positie van vrouwen op de arbeidsmarkt; vrouwenarbeid wordt ondergewaardeerd en slecht betaald. Onderzoeksgegevens geven de gevolgen aan. In veel twee-ouder-gezinnen resulteert de lage betaling van de arbeid van de vrouw er al in dat het gezin op de rand van de armoedegrens leeft. De armoedegrens wordt hier gesteld op 40% boven het (Engelse) uitkeringsniveau. In de meeste één-ouder-gezinnen is zelfs dat geen haalbare kaart, en is er door de slechte betaling van vrouwenarbeid sprake van regelrechte armoede.

Ten tweede is het inkomen waarover vrouwen uiteindelijk de beschikking krijgen in twee-ouder-gezinnen afhankelijk van de verhouding tussen man en vrouw. Hier zijn weinig onderzoeksgegevens over, maar de afhankelijke positie van vrouwen zal hun kansen op een goed stabiel inkomen echter niet vergroten.

## minder kan niet

Kunnen gezinnen meer zorgverantwoordelijkheden dragen, tegelijkertijd minder ondersteuning ontvangen en tevens gezond blijven? Na veelonderzoeksmateriaal te hebben gepresenteerd concludeert Graham dat dat *niet* kan. Elke verdere afbraak van ondersteuning zal ten koste gaan van de gezondheid in vele gezinnen. Bovendien, aangezien de gezondheidszorg de verantwoordelijkheid van vrouwen is zal meer zorgverantwoordelijkheid ernstige consequenties hebben voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van de vrouwen.

Graham wijst erop dat vrouwen voor een groot deel handelwijzen kiezen die hun eigen gezondheid ondermijnen. Om de kinderen te kunnen blijven voorzien van een goede warme maaltijd slaan de moeders er zo af en toe één over. Moeders gaan kalmeringsmiddelen slikken om kalm te kunnen blijven in situaties waarin de verantwoordelijkheden te zwaar worden. Moeders gaan roken om even te kunnen ontsnappen aan de spanning zonder de kamer te hoeven verlaten. Het is gedrag dat onverantwoordelijk wordt genoemd door dokters, maar tegelijkertijd de enige manier kan zijn om verantwoordelijk te kunnen blijven handelen.



## voorlichting

Tot slot bevat het boek een impliciete maar niet mis te verstane kritiek op gezondheidsvoorlichting. Gezondheid wordt daann voorgesteld als een levenswijze waarvoor Je kunt kiezen, als iets wat Je kunt bereiken door het te *willen*. Hoewel de schrijfster deze visie niet geheel verwerpt, zal het na het voorgaande duidelijk zijn dat ze er vooral de beperkingen van tikt.

Evenzeer zal het duidelijk zijn dat de bevindingen van Hilary Graham volstrekt in strijd zijn met het zelf-zorg-Idee, gepresenteerd in een periode van bezuiniging op ongeveer



alles, van werkloosheid en teruglopende gezinsinkomens, en bovendien toegepast op mensen die al op de bodem van de samenleving zitten.

Wat er ook zij van zelfzorg als ideaal, als de materiële bronnen en de vrouwkracht ontbreken kan er doodgewoon niet goed voor gezondheid gezorgd worden.

*Klazien Tilstra, andragoge*

# REACTIES :db Strijen uit - Een de LHV

en op een  
ee discussieblad  
nieuwde  
mmmer bleken de t:husseld. Vand~aro~eitvoor het  
In het vonge :~anier door elk~arn~nOerrit Sale~! Iquisartsen  
onaanvaardb~ee direct betrok o~rs van de La~de;ingcipe dáár  
reacties van de behoudende kmoeten zic.h in Pvindt; in de  
bi}stell~van progressieve artsen zch b~llen dat het voor  
Veren~gng."waarde massa.v~echter ook voo~ver eigen  
organiseren. "Hi}kan ZIC "ij-enom oo  
standsorganisatie. zin zou l'~nen help  
werkloze ~s~es te beschikke~ing voor Basis~rtS::een bundeling  
artsenorg:~}ke Belan~env~::~~ader BornPdeit; vrees da-ik, b  
De Lan H~oorzitter, t de KNM ." ezenliikt h e  
organisatie. H~organisaties r::~k ook maar i~~S~:ns met Henk  
van progres-pensioen ben VO?hi}het in grote lil~~ers denkende  
(anders)~e "Daarmee is ategie voor a  
van mijnld~al~~debat over de s~er '84 opend~e,=,~\_~\_~:-  
de Vries, de mmer van dece  
dokters in het nu

Het mag verwonderlijk heten dat het tot 14è pril 1984 heeft moeten duren voordat er eindelijk een progressieve vereniging van artsen, de I.P.H. niet meegeteld, werd opgericht, onder de naam Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen. In progressieve artsenkring leeft al jaren grote onvrede over de manier waarop de standsorganisatie, de K.N.M.G., spreekbuis is van "de" artsen in Nederland. Maar vooral nu de markt de laatste jaren krappert 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 K.N.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 zo'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 werklust 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 K.N.M.G..

Een tweede belang vind ik goede arbeidsomstandigheden, geregeld in een GA.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.

algemene opmerking over belangenbehartiging moet

ook gemaakt worden. Mij'n belang wil ik altijd proberen te zien in het kader van de maatschappelijke verhoudingen. Als mijn belang zie ik op dit moment met 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, vind 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 te 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 monstun

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 voel in de bestaande artsenorganisatie, de K.N.M.G., en wel in de L.B.B., of liever nog een breder vervolg daarvan. Ik wil mij nadrukkelijk niet afzetten tegen de K.N.M.G. en haar onderorganisaties. Ik denk alleen dat één organisatie van artsen een maatschappelijk monstrem 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 K.N.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 K.N.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 val) 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 LAMDOA, IPH 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!

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

# Strijden binnen de LKN

De strategie discussie 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 LKV

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 standsorganisatie 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 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 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 apotheekhoudende 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.

De LHV kent een sterke irriterende 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 scheppen, 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 KNMGen LHV wenselijk maken in de vorm van bijvoorbeeld eigen organisaties en persiegroepen 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 standorganisaties meer op de noodzaak van deze groepen af te stemmen.

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

### Vervolg van pagina 32 Werken in een kankerziekenhuis.

*bediend te zijn. Hij gaf heel duidelijk aan dat we geen gekke dingen moesten gaan doen als hij een hartstilstand kreeg. Aan de andere kant zie je een categorie patiënten die op zoek is naar de beste behandeling. Dan krijg je iemand uit een ander deel van het land die dáár en elders al behandeld is en er via het bureau voor de statistiek achter komt, dat je het beste in het AVL behandeld kunt worden."*

### UNIEK

De levensgeschiedenis van ieder mens is weer anders. Maar zouden die verschillen na opname in dit ziekenhuis niet minder worden? Iedereen moet zich immers inpassen in het ritme en de organisatie van het ziekenhuis. Allemaal gebonden aan dezelfde dagindeling en hetzelfde gebouwen dat voor velen voor de rest van het leven. Daardoor wordt het laatste stukje

### levensgeschiedenis voor hen gelijkgetrokken.

**Harrie daarover:** "Het doodgaan wordt heel sterk persoonlijk beleefd, door de stervende en door de mensen die hem of haar na zijn. Zo'n persoonlijke beleving wordt niet afgenomen door een ziekenhuis. De patiënt blijft zichzelf. Wij kunnen een bepaalde deskundigheid inbengen, maar uiteindelijk blijft de patiënt de deskundige over zijn eigen lichaam en hij kan ook alleen zelf vertellen over zijn gevoelswereld. Daar moeten wij signalen van opvangen. Bijvoorbeeld als patiënten dingen niet kunnen bevatten die artsen vertellen. Wij hebben een soort behandelingsfunctie daarin, omdat de verpleging continu aanwezig is en alle signalen kan opvangen. Ná de dood zijn we gelijk, vóór de dood is iedereen heel uniek." ••

### Vervolg van pagina 11 Ervaringen met Community Hospitals.

heb over de door mij voorgestelde essentiële functie van eerstelijnspost, bijvoorbeeld wat betreft EHBO, of liever gezegd voor alle "eerste hulp" bij klachten en problemen, waarmee mensen buiten de kantooruren kunnen aankloppen.

b. Met name door bewoners met wie ik later sprak is gewezen op de bij hen levende behoefte aan andere vormen van ziekenhuiszorg, in de trant van wat ik schetste. Zij zetten echter een vraagteken bij de mogelijkheden voor dergelijke minder strak gereglementeerde, werkelijk patiëntgerichte vormen van zorg in een toch duidelijke tweedelijns voorziening als het combi-huis.

Opvallend - en in eerste instantie verbijsterend - vond ik de aan agres-

sie grenzende houding van een aantal personen na mijn toespraak. Totdat een van de aanwezige bewoners me duidelijk maakte, dat het op zich zo onschuldig en vriendelijk ogende plan voor eerstelijns ziekenhuisjes in de praktijk een ondermijning zal kunnen betekenen van gevestigde medische tradities .••

### NOTEN:

1. R.S.M. Helsloot, *Advies met betrekking tot de voor de overgangsvoorziening op het Amsterdamse WG-terrein geplande huisartsbedden, op grond van ervaringen met Engelse Community Hospitals*. SISWO, Gemeente Amsterdam, Amsterdam, december 1984.

2. Voor het volgende ben ik te rade gegaan bij het proefschrift van Paul Juffermans, Staat en gezondheidszorg in Nederland. SUN Nijmegen, 1982. Alleen zinnen die ik in hun geheel heb geciteerd zijn door middel van aanhalingsstekens als zodanig aangegeven.

3. J.M.D. Boot en J.L.M. Zuidberg, De adviespraktijk van het College Ziekenhuisvoorzieningen en de ontwikkeling van de ziekenhuizen. *Het Ziekenhuis*, 7 (1977), 7 (april), blz. 188-193.

4. M.H. Stijnenbosch, *Non-profit sector en intramurale gezondheidszorg: een sociaal-geografische analyse*. Geografisch Instituut Rijksuniversiteit. Utrecht (Utrechtse Geografische Studies 29), Utrecht, 1983.

5. *Invulling overgangsvoorziening en ziekenhuis op het WG-terrein te Amsterdam*. Eindrapportage van de gelijknamige werkgroep. Provinciaal Bestuur van Noord-Holland, Haarlem, december 1983.

### Vervolg van pagina 15 Knollen voor citroenen

huisartsenzijde. Het gaat om het verder vastleggen en beter controleren van het voorschrijfgedrag van de huisarts, zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht.

Het handelt hier tevens om een van de weinige onderwerpen uit het convenant dat niet over geld gaat. De pijn wordt dus gelukkig niet in de portemonnaie geleden. Toeval?

## Conclusie

Nu het hele convenant de revue is gepasseerd, blijft duister waarom hier

sprake is van een *overeenkomst*.

Negen onderwerpen worden behandeld, waarvan er acht in het voordeel van de huisartsen zijn.

Als dat illustratief is voor de verhouding tussen de overheid en deze beroepsgroep, dan is er iets grondig mis. En gaan we terug naar het onderwerp waar het uiteindelijk om ging, de democratisering en de praktijkverkleining, dan kan het bestaan van het convenant voor de Tweede Kamer geen reden zijn om door de knieën te gaan en zich te laten beperken tot een keus tussen slecht en zeer slecht .••

### Noten

1) Progressief of praktijkzoekend. Henk de Vries, *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, december 1984.

2) Een jaar vestigingsbeleid van de LHV. P.P. Groenewegen in 'De eerste lijn onderzocht', onder redactie van W.G.W. Boerma en L. Hingstman, Van Loghum-Slaterus, Deventer, 1985 (verwacht).

3) Het net sluit zich. Bert Doornekamp en Ferdinand Schreuder, *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, april 1985.

### Vervolg van pagina 24 Geen bloemen, geen bezoek

7) Philippe Ariès, *De samenleving tegenover de dood*, in: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 6 (1979), p. 181

8) *ibid.*

9) Heleen van Nulandt, *100 vragen over begraven en cremen*, Libelle/Spectrum, Utrecht, 1980, p. 77

10) Vgl. Norbert Elias, *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd*, Meulenhoff, Amsterdam, 1984. Dit boek was een inspiratiebron voor dit artikel.

11) Vgl. Norbert Elias, *Het civilisatieproces*, Spectrum, Utrecht, 1982, 2 dln.

12) Over het begrip 'informalisering' zie: Cas Wouters, *Is het civilisatieproces van richting veranderd?*, in: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 3 (1976), 3, pp. 336-364

Cas Wouters en Herman ten Kroode, *Informalisering in het rouwen en in de omgang met doden op de snijzaal*, in: *De Gids* 143 (1980) 7, pp. 481-496

Cas Wouters, *Formalisering van informalisering: veranderingen in omgangsvormen, vooral tussen de seksen, in Nederland, 1930-1985* (verschijnt binnenkort in het *Sociologisch Tijdschrift*)

13) Zr. W.C.M. Baronesse Van Tuyl van Serooskerken, *De psychologie van de kankerpatiënt*, in: dr. J. Groen e.a., *Psychologische aspecten van het kankervraagstuk*, Erven Bohn, Haarlem, 1955, p. 27

14) *ibid.*, pp. 29/30

15) Dr. J. Groen en J.M. van der Valk, *Enkele psychologische aspecten van de behandeling van patiënten met neoplasti-*

*sche ziekten*, in: dr. J. Groen e.a., p. 69

16) A. Dirkse-Balhan, *Spelen op het kerkhof: over de dood in boeken voor kinderen*, ca. 1780-1880, in: *Sterven en begraven*, p. 116

17) *ibid.*

18) *ibid.*, p. 123

19) *Sociaal en cultureel rapport 1984* van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1984, p. 11

20) Uit het Brabants Dagblad van 10(?) maart 1980

21) Nicolaas Matsier, *Bij de majorettes*, in: *NRC/Hb*, 11 april 1985

# KORT en GOED

## JUNKIES

Er zijn twee populaire gezichtspunten als het om junkies gaat. Volgens het ene gezichtspunt zijn junkies zielepieten, "slachtoffers van een sinister syndicaat en vroeger, tegen hun wil, in de grote steden van de Westerse wereld, afhankelijk gemaakt van de heroïne. Vanaf dat moment zijn ze veroordeeld tot het bestaan van willoze slachtoffers, die binnen korte tijd menselijke wrakken worden, hun directe omgeving radeloos maken en zich afkeren van de buitenwereld". Volgens het andere gezichtspunt zijn junkies trottoirhelden, "jongeren die een uitermate opwindend en onafhankelijk bestaan leiden in de grote stad, die slim en inventief moeten zijn en als een soort cultuurheld boven de wet en het grauwe bestaan van de meeste straights staan".

Hans Verbraeck geloofde dat allebei niet zo. In 'Junkies, een etnografie over oude heroïnegebruikers in Utrecht', schetst hij een ander beeld. Hij probeert daarin het dagelijks leven van lang geleden "begonnen" junkies te beschrijven. Jatten, eens een kraak zetten, pakkies dealen om aan geld te komen, en alsmaar op zoek gaan naar weer nieuwe heroïne; een tijdje in de bak zitten of bij 'die idioten van de Emilie' en dan weer verder klooiën: in Verbraecks versie zijn junkies vooral mensen die "dag in dag uit moeten sappelen om hun hoofd boven water te houden, niet om hun eten te kunnen betalen, hun huis af te betalen, hun auto te laten rijden, maar alleen om heroïne te kunnen spuiten".

'Junkies' is een cultureel antropologische studie geworden die heen en weer botst tussen vriendschappelijk cynisme en venijnige nuchterheid. In de goede boekhandel koopt u dit boekje voor f 15,- (inclusief porto). U kunt het ook bestellen door f 20,30 over te maken op giro 554505 t.n.v. Stichting WGU Utrecht, onder vermelding van 'Junkies'.

## Platform nieuws

Het platform GGZ in Amsterdam geeft een eigen nieuwsbrief uit. Die nieuwsbrief wil 'een informatiebron en discussiepodium zijn voor allen die zich betrokken voelen bij de vernieuwing en democratisering van de GGZ in Amsterdam: gebruikersters, hulpverlenersters, werkersters in de eerste lijn, welzijnswerkersters, politici, buurtbewonersters en anderen.'

Redactieadres: Govert Flinkstraat 234, 1073 BW Amsterdam, tel. 020-623492 (Wouter), 020-791245 (Mark). Bestelling: f 10,- op giro 2674730 t.n.v. D. Kal Amsterdam, onder vermelding van Nieuwsbrief. U ontvangt dan zes afleveringen.

Uw berichten, scripties, folders, nota's, boeken, aankondigingen, opmerkingen, aanmerkingen en zelfs uw ontboezemingen zijn welkom bij: Kort en Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, postbus 275, 3500 AG Utrecht..

## Oude vrouwen

Er komen steeds meer oude vrouwen, maar veel in de melk te brokkelen hebben ze niet. Ook in de vrouwenbeweging en organisaties die aan emancipatiebeleid doen is de aandacht voor de positie van oudere vrouwen niet bijzonder groot. Op initiatief van de Nederlandse Federatie is er in 1984 een landelijke Werkgroep 50+ Vrouwen opgericht. Vrouwen van tal van organisaties, van VIDO tot Vrouwen Raad, maken er deel van uit. Met het oog op de komende wereldvrouwenconferentie in Nairobi is er door deze werkgroep een rapport uitgebracht: 'Van depressief naar offensief; de positie van 50+ vrouwen in Nederland'. Het vormt een eerste aanzet van de inventarisatie van de situatie van oudere vrouwen waar de werkgroep in de komende tijd aan verder wil werken. Bovendien staan, er tal van beleidsaanbevelingen in. Zo 'bijvoorbeeld aanbeveling 5 van het hoofdstuk 'gezondheidszorg en hulpverlening': "De vrij jonge wetenschapsbeoefening van de geriatrie en gerontologie zal - gezien de demografische ontwikkeling - met name door vrouwen moeten worden gedaan en gedragen." (p. 25). Wie meer informatie wil over deze offensieve groep kan terecht bij Marianne Coopmans, tel. 070-544902.

## let 'm op

'Zet 'm op' is een nieuw tijdschrift bestemd voor jonge mensen die 'luisteren leuker vinden dan lezen'. Het is ingesproken op cassettes, met een plaatje erop waaraan ze te herkennen zijn, en bestemd voor jongeren met een lichte tot matige verstan-

## Verenigt U

Alle gestructureerde samenwerkingsverbanden in de eerste lijn zijn welkom bij de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Deze vereniging probeert door inhoudelijke discussies te voeren én de belangen van samenwerkenden te behartigen multidisciplinaire zorg te stimuleren. Er zijn werkgroepen, regionale contactgroepen, een nieuwsbrief en thema-Cahiers. Er is ten slotte een landelijk bureau. Werkt u bij een van de 25% samenwerkverbanden die nog geen lid zijn? Inlichtingen zijn dan in te winnen bij LVG, Mauritsstraat 100, 3583 HW Utrecht, 030-522804.



delijke handicap. Zowel informatie als ontspanning, zowel gesproken woord als muziek, zowel interviews als hoorspelen ... en de cassettes hoeven niet te worden teruggezonden. 'Zet 'm op' is een initiatief van de Vereniging Het Gesproken Weekblad, die tot nu toe haar werk hoofdzakelijk richtte op mensen met een visuele handicap. Zij die benieuwd zijn naar de resultaten van dit werk: voor f 35,- hebt u jaargang 1, 1985. Een proefnummer aanvragen kan ook. Overigens: waarschijnlijk komt er volgend jaar een soortgelijk gesproken blad voor volwassenen met een verstandelijke handicap. Belangstellenden welkom. Het adres: Vereniging Het Gesproken Weekblad, postbus 24,5360 AS Grave, tel. 08860-71234.

## Omgekeerde wereld

"De omgekeerde wereld" heet het rapport van het vooronderzoek naar seksueel misbruik van kinderen in het gezin, dat Nel Draijer in opdracht van de Directie Coördinatie Emancipatiebeleid uitvoerde. Behalve een vergelijkend literatuuronderzoek werd er ook een eerste exploratieve peiling gedaan naar de omvang van dit probleem door vragenlijsten voor te leggen aan een aantal instanties, van raden van kinderbescherming tot kindertelefoon. Dit rapport bestellen kan. Maakt 15,- per exemplaar over op giro 552712 t.n.v. het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in Den Haag, o.v.v. bestelnummer (ISBN 9036395100), titel en aantal gewenste exemplaren.

## OP VAKANTIE

'Op vakantie naar het thuisland' heet de voorlichtingsfilm die Samir Kania in opdracht van de GG&GD van Arnhem heeft gemaakt. Allerlei onaangename problemen komen aan bod: afspraken vergeten, papieren thuis gelaten, kinderen diarree ... Het is de bedoeling deze film in club- en buurthuizen, consultatiebureaus en dergelijke te draaien, zodat het in de echte vakantie allemaal op rolletjes zal lopen. Er is een Turkse en een Marokkaanse versie, beide Nederlands ondertiteld, en een handleiding voor de gebruikers. Duur plm. 20 minuten.

Informatie: GG&GD, afdeling GVO, Tel. 085-422161.

## INNOVATIE

Het Amsterdams Innovatie Project Gezondheidszorg hield op 25 april j.1. een werkconferentie over, precies: innovatie. Ruim 200 gezondheidszorgwerkers en -beleidsmakers konden kennis maken met projecten waarin men probeert de starre verhouding tussen eerste en tweede lijn te veranderen, en discussiëren over de vraag hoe het veranderen het beste aangepakt kan worden. De bedoeling van innovatie is het zorgbeleid niet laten verworden tot kostenbeheersing alleen, maar zorginhoudelijke aspecten voorop stellen.

De inleiders gaven vanuit hun verschillende optieken aan hoe kwalitatief betere en goedkopere zorg bereikt kan worden. Van Es (VU) drong aan op onderlinge afspraken tussen de professies om te komen tot taakafbakening die meer aansluiten bij ziekteprocessen. Buijs (TNO) probeerde ervaringen met innovatie in de industrie zo te presenteren dat er lessen uit getrokken konden worden voor de gezondheidszorg. Hij pleitte voor het creëren van een tussenniveau tussen eerste en tweede lijn, pragmatisch in te vullen door alle betrokkenen in het veld. Van der Werf (WVC) brak een lans voor kleinschalig beleid, en netwerken van gezondheidscentra voor alle primaire zorg. Of men nu beroepsgericht denkt, vanuit innovatie methodiek of vanuit wetgeving: om doorbraken te realiseren zal hoe dan ook geld en een zekere vrije beleidsruimte nodig zijn. Er lopen nu in Amsterdam vier projecten: 'Gezinsverzorging op maat' - in de hoop op een betere integratie tussen maatschappelijke dienstverlening en eerstelijnszorg werken de gezinshelpsters in Venserpolder in teamverband in de wijk en voeren nauw overleg met de wijkverpleging; 'Overdracht van verpleegkundige zorg' - met het oog op de continuïteit van de zorg tracht een werkgroep de overdracht van verpleegkundige zorg van tweede naar eerste lijn en vice versa beter te laten verlopen; 'Open benen-project' - poging de opname van patiënten met open benen te bekorten door een geïntegreerd medisch en verpleegkundig protocol op te stellen, waarbij geëvalueerd wordt welke financiële gevolgen dit heeft in zowel eerste als tweede lijn; 'Verwij-sproject Zuidostlob' - door de vakgroepen huisartsen-geneeskunde en interne geneeskunde wordt uitgezocht welke factoren in de communicatie tussen patiënt, huisarts en internist de gang van de patiënt door het gezondheidszorgcircuit beïnvloeden. Afwachten blijft welke ruimte het Innovatie Project veroverd om nog meer projecten te ondersteunen of te starten!

KORT  
GG&GD  
GOED

KORT  
GG&GD  
GOED

KORT  
GG&GD  
GOED

# COMMERCIALISERING

"Commercialisering in de gezondheidszorg" was het thema van het symposium dat 29 maart j.1. door Sociale Academie de Aemstelhorn was georganiseerd. Nu de zelf/mantelzorgdiscussie enigszins lijkt weg te ebben is commercialisering het nieuwe taboe dat het moet ontgelden. Er zijn vele belangstellenden: een keur van sprekers diende zich aan om iets over dit thema te berde te brengen. Nee, commercialisering volgt de zelf/mantelzorg niet op als redmiddel om de kosten van de gezondheidszorg af te remmen. Eigenlijk alleen Van Praag, hoogleraar economie in Rotterdam, verwachtte van de introductie van marktmechanismen in de gezondheidszorg bezuinigingseffecten. Zijn pleidooi voor eigen risico's in de volksverzekering en voor de oprichting van Health Maintenance Organisations (zorginstellingen beheerd door commerciële verzekeringsmaatschappijen, zoals in de V.S. bestaan) oogstte slechts kritiek. Polak, emeritus hoogleraar huisartsengeneeskunde te Amsterdam, stelde dat dergelijke praktijken de kwaliteit van de zorg in gevaar zullen brengen. Van der Werft, hoofd van het stafbureau Beleidsontwikkeling van het ministerie van yvC, zag slechts plaats voor een beperkte introductie van marktmechanismen in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld de huidige instellingsbudgettering met zich meebrengt. Verder verwachtte hij meer van een verbetering van het management: er zijn veel zorgzaken die een stuk efficiënter zouden kunnen functioneren!

Geen commercialisering dus? Of toch: André van Es, lid van de Tweede Kamer voor de PSP was verrassend genoeg wel positief. In haar betoog ging het echter niet in de eerste plaats om het drukken van de kosten. Zij bepleitte het toepassen van marktmechanismen in de gezondheidszorg als middel om tot aanvaardbare werktijden en tot een betere kwaliteit van de hulpverlening te komen. Marktmechanismen kunnen een machtsmiddel zijn in de handen van patiënten. Een monsterverbond van werkloze artsen, ontevreden verpleegkundigen en patiëntenorganisaties zou er handig gebruik van kunnen maken. Zoiets als een vestigingsbeleid blokkeert radicale praktijkverkleiningen. Kort daarvoor had de socioloog Klinkert al gewezen op de succesvolle strategie van artsen sinds de oprichting van de KNMG om door uitsluiting van onderlinge concurrentie en marktwetten hun gezamenlijke positie flink te verstevigen. Links op de bres voor de commercie in de zorg! Wat de preciese voorwaarden zijn waaronder marktmechanismen ook werkelijk de beoogde doorbraak van machtsmonopolies op kunnen leveren... dat zal nog wel grondig moeten worden uitgedokterd...

Wie er uitgebreider over wil lezen kan het congres boek bestellen: maak f 16,50 over op giro 522866 t.n.v. Stichting Sympoz te Amstelveen o.v.v. 'Symposiumboek'. Informatie tel. 020-447803.

## Cursus Helpen

Kodebel, het Koördinatiepunt deskundigheidsbevordering eerste-lijnszorg, biedt twee cursussen aan: 'helpen bij sexuele moeilijkheden' en 'helpen bij geweld in gezinnen en relaties'. Onder leiding van agogisch geschoolde medewerkers, voor - al dan niet door uzelf samengestelde - interdisciplinaire groepen eerstelijns-werk(st)ers; gedurende 10 dagdelen van plm. 3 uur; aan de hand van eigen praktijkervaringen en cursusmateriaal. Inlichtingen: Frans Anten/Kodebel, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel. 03405-64844.

## Reproductie

De enthousiaste ervaringsverhalen van vrouwen die blij zijn met reageerbuisbevruchtingen overspoelen ons. Zijn er nu toch nog wantrouwende feministen? Ja. Ze discussiëren van 3 tot 8 juli a.s in Lund, Zweden, over een aantal heikele punten op het gebied van de 'nieuwe reproductieve technieken'. Wat zijn de ontwikkelingen op dit gebied precies, hoe werken de verschillende technieken en wat zijn de gevaren? Welke uitwerking hebben ze op de lichamen en de levens van vrouwen? Wie beheersen en beheren, wie bevorderen en financieren de technieken? Tenslotte komt de vraag aan de orde welke activiteiten er ontplooid kunnen worden door de aanwezige vrouwen. 'Wie meer wil weten over deze conferentie, of inlichtingen wil over de organiserende groep FINNRET (Feminist Internationaal Network on the New Reproductive Technologies) kan terecht bij: Linda Wilkens, Joh. Camphuysstraat 48bis, 3531 SJ Utrecht, 030-938649.

KORT  
**GGG**  
GOED

KORT  
**GGG**  
GOED

KORT  
**GGG**  
GOED

# Waiwil

## de LAW?

De LAW, Landelijke Actiegroep Wijkverpleging, wil invloed uitoefenen op het beleid, zowel plaatselijk, als provinciaal, als landelijk; opkomen voor belangen van wijkverpleegkundigen; de kwaliteit van het beroep bewaren. Daartoe zijn er ondersteuningsgroepen, themadagen, acties, contacten met vakbond en beroepsorganisaties, en er wordt op nota's en rapporten van Kruisverenigingen en overheden gereageerd. Om dit alles goed te doen wil de LAW bovendien graag veel leden.

Secretariaat: LAW, postbus 1031, 3800 BB Amersfoort, tel. 033-751469.

## Dag en nacht

Het Beterschap, belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, heeft een brochure uitgebracht over 24-uurs zorgverlening. Wie wat wil lezen over ontstaan, definities, criteria, systemen, grenzen en taakafbakening van de 24-uurszorgverlening door wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden kan de brochure aanvragen bij: Het Beterschap, Koningslaan 6, 3583 GB Utrecht, tel. 030-522289. Kosten: f 5,- voor leden, f 7,50 voor niet-leden (incl. porto).

# f110SOf11

Op 20 april j.1. hield de vereniging voor Filosofie en Geneeskunde haar voorjaarsvergadering over het thema 'Reductionisme en holisme'. Dit thema speelt in de discussie rond de geneeskunde een belangrijke rol en wordt in de literatuur vrijwel nooit gerelativeerd. Voorbijaand aan ieder onderscheid tussen kentheorie, antropologie en ethiek wordt in de literatuur de westerse geneeskunde als 'reductionistisch' gekwalificeerd, terwijl het -eigen standpunt een 'holistisch' alternatief heet. Voorbeelden daarvan zijn te vinden in het debat rond alternatieve geneeskunde en in het werk van Verbrugh en De Vries. De positie laat zich schematisch aldus weergeven:

1. Steeds minder mensen genezen; 2. De oorzaak daarvan is gelegen in een reductionistische praktijk; 3. De oorzaak daarvan is gelegen in een reductionistischetheorie; 4. De oplossing is een holistische theorie die, gezien de logica van 1 t/m 3, automatisch een holistische praktijk en een beter genezingspercentage zou impliceren. Het ideaal van de Verlichting is hierin nog volop van kracht: betere theorie en meer kennis levert een betere manipuleerbaarheid van 'de' werkelijkheid, in dit geval de patiënt, op.

Het was daarom verfrissend dat de eerste spreker, Gerlof Verwey (Nijmegen), zijn betoog beperkte tot de wetenschapstheorie en het holisme buiten dat kader impliciet als metafysica bestempelde. Binnen dat kader wees hij erop dat er beter kan worden gesproken van 'sterk' en 'zwak' reductionisme. Vervolgens besprak hij de interpretaties van het werk van Claude Bernard, die als grondlegger van de moderne fysiologie wordt beschouwd. De tweede spreker, Hugo Verbrugh (Rotterdam), bracht helaas een dergelijke beperking niet aan, zodat er in zijn betoog te veel aan de orde werd gesteld dat onuitgewerkt bleef. Dat leverde voor de discussie, waarvoor nog ongeveer 30 mensen waren achtergebleven, een slechte start. Het betoog van Verwey was tamelijk specialistisch en het betoog van Verbrugh was te algemeen voor een goede discussie. Dat kan de sprekers overigens niet helemaal worden verweten. De Vereniging hinkt in feite sinds haar oprichting op twee gedachten: een discussieplatform voor degenen die zich beroepsmatig met medische filosofie bezig houden enerzijds en anderzijds medische filosofie een grotere bekendheid verschaffen onder werkers in de gezondheidszorg. Voegt men daar nog aan toe dat het bestuur de sprekers geen duidelijk omlinnende opdracht meegeeft, of niet vooraf nagaat of aan haar opdracht voldaan wordt, zodat het niveau van de voordrachten sterk verschilt, dan valt te vrezen dat dit op zich interessante initiatief gedoemd is te mislukken. Gezien het teruglopende aantal bezoekers, geheel in tegenspraak met de door de medische filosofen verkondigde toename van de belangstelling, valt zelfs te vrezen of dit niet reeds gebeurd is.

(bijdrage: Arko Oderwald)

KORT  
GOED

KORT  
GOED

KORT  
GOED

DE WERKGROEP MEDISCHE  
ONTWIKKELINGSSAMENWERKING  
ZOEKT EEN

**DIENSTWEIGERAAR**  
(erkend gewetensbezwaarde)

We zoeken iemand met een  
gezondheidszorgachtergrond  
en organisatietalent,  
een onbewolkt karakter.

*WEMOS is een vrijwillige st)ersorgaJlisatie; die behalve een dienstweigeraar ook twee vaste medewerkers in dienst heeft voor 20 uur per week.*

*Het werk wordt geregeld in samenwerking met vrijwil- lig( st)ers en vaste krachten.*

*WEMOS is actief op de volgende gebieden:*

- *Beleid rond medische ontwikkelingsamenwerking (MOS)*
- *Geneesmiddelenvoorziening en de Derde Wereld*
- *Vrouwen en gezondheid in de Derde Wereld.*

Zijn taken zullen bestaan uit: het doen van praktische kantoorwerkzaamheden (telefoon aannemen, ledenadmini- stratie ), meedenken aan en voorbereiden van het beleid, meedenken aan en uitvoeren van acties, het begeleiden van groepen vrijwillige st)ers.

Veelal wordt het werk door één persoon op het kantoor gedaan: de kandidaat moet dus zelfstandig kunnen werken.

Van een dienstweigeraar verwachten wij:

- actiebereidheid en -ervaring
- grote inbreng in de dagelijkse gang van zaken op het kantoor
- bereidheid op onregelmatige tijden te werken
- eigen visie op gezondheidszorg
- een kritische houding
- organisatorische ervaring en talent
- goede kennis van het Engels, een redelijke kennis van het Duits en/of Frans.

Ervaring op geneesmiddelengebied strekt tot aanbeve- ling.

Omdat de WEMOS-vrouwengroep een zeer belangrijke plaats inneemt in de activiteiten van WEMOS, verwachten we sympathie voor de vrouwenbeweging.

Uitgaven van de  
**WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT**

*Jean Oliehoek* - 'Je hebt het bijna in je eigen hand'. Vijf jaar ervaringen met hoge bloeddrukgroepen in Overvecht. ( f 8,50)

'De samenstellers hebben ervoor gekozen de mensen zelf aan het woord te laten. Deze vorm symboliseert namelijk de mondigheid van de mens en de verantwoordelijkheid vóór en het zelfvertrouwen in eigen leven en gezondheid.( ...) Hierdoor is het een prettig leesbaar verslag geworden' (Welzijnsweekblad)

*Goof van de Wijngaart, Frans Christis, Ans Britsia* - 'Gezondheidszorg in Mozambique' ( f 14,50)

'Dit is nu eens geen aaneenschakeling van koude cijfers en dorre observaties, (...) maar een levendig verhaal ver de ontwikkeling van de gezondheidszorg in dat land, gezien door de ogen van ter plaatse werkende, meestal Nederlandse artsen en verpleegkundigen' (Weekblad Gezondheidszorg)

*Hans Spijkeren Goof van de Wijngaart* - 'Na Dennendal..... op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg'. 15 interviews. ( f 30,20)

'Wie nieuwsgierig is naar mensen die deel uitmaken van veranderingsbewegingen zal volop genieten ... en verbaasd staan' (Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg)

*Hans Verbraeck* - 'Junkies'. Een etnografie over oude heroïnegebruikers in Utrecht. ( f 20,30)

'Junkies' leest als een trein. Het is boeiend en leerzaam, vooral voor hulpverleners, die hij in een apart hoofdstuk enkele behartenswaardige conclusies voorschotelt..' (Welzijnsweekblad)

Bestellen: door overmaken van het bedrag tussen haakjes (inclusief verzendkosten) naar gironummer 5540505 van de Stichting WGU, Postbus 9060, Utrecht..Onder vermelding van de gewenste titel..

**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 opiaies 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 Daar  
De Groene Amsterdamse, Antwoordnummer 26,  
1000 PA 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 .....

L f 32,- per kwartaal

Adres .....

U f 62,- per half jaar

D f 120,- per jaar

Postcode en plaats .....

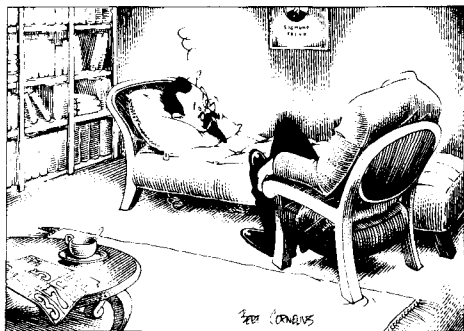
Gezocht: enthousiastelingen die eraan mee willen werken dat 37.5, Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, in een ruimere kring bekend raakt. Wat komt daarbij kijken? Om te beginnen zijn er nogal wat congressen en manifestaties waar iemand met een stapeltje 37.5's naar toe zou moeten. Je kunt aanbieden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

*Aanmeldingen en inlichtingen:*

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

nog steeds verkrijgbaar 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. uitq. Macula te Boskoop. (1 setje kaarten f 4,- plus f 1,40 porto! bij 2 tlm 3 setjes f 2,10 porto! bij 2 tlm 8 setjes f 2,80 porto) of u kunt gebruik maken van de bestelbon in dit nummer.

# marge

Vrouwenhulpverlening, krisisopvanghuizen, de psychiatrische tegenbeweging, snoepreises van RIAGG-direkteuren, elektroshocks, 7 x 24 uursbereikbaarheid.

Wat weet u er eigenlijk van?

De informatiemaatschappij, uitkeringen, wdzijnstaal, zorgwetten, buurtwerk, een overbodige generatie, jeugdwerkloosheid en emancipatie. Kunt u het nog volgen? Marge, sociaal-politiek opinietijdschrift, voor het brede terrein van wdzijnswerk en gezondheidszorg zoekt maandelijks tussen de brokstukken van de verzorgingsstaat naar nieuwe perspectieven. Kritisch, polemisch en wars van kleffe praat en goedkoop no-nonsense gezeur.

## BOEKAFLEVERINGEN 1985

### • DE MACHT VAN DE EMOTIES

Vrouw en beweging en emancipatiebeleid 1975-1985  
80 pagina's, geïllustreerd, f 12,50

### • KRISISOPVANG IN NEDERLAND

Een wegwijzer door een ondergewaardeerde werksort  
100 pagina's, geïllustreerd, f 10,-

Bestellen op giro 4953227, t.n.v. Marge, Den Bosch

\* Als u zich vanaf 1 september abonneert, ontvangt u de laatste vier nummers van 1985 voor slechts f 17,50 (jaarabonnement: f 60,-) en - naar keuze - één van de twee boekafleveringen als welkomstgeschenk. Bel: 080-221700. Of schrijf - zonder postzegel - een briefje naar Marge, antwoordnummer 1722, 6500 VB Nijmegen. Of vraag - een proefnummer - aan: 073-14 5041.