

GEZONDHEID

& POLITIEK



**Planning en
competitie**
Linksaf met
marktmechanisme?

Opleidingen
Verpleegkundige
en verpleegster

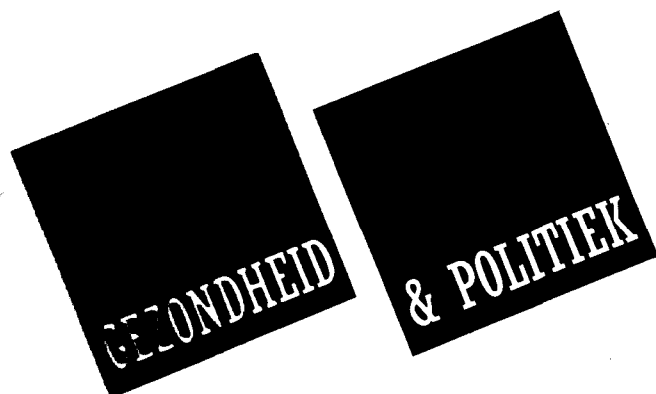
**Premenstrueel
syndroom**
Diagnose of dilemma

**Vrouwen,
vruchtbaarheid en
industriële belangen**

**Congres:
In vitro fertilisatie**

THEMA:

**HET BELANG
VAN DE
PATIËNT**



'Yzouwen, vlichtbaarheid en jndpsbiële belangen

Fa' eutische internationals dumpen nogal verouderde, in het Westen verboden geneesmiddelen in de ontwikkelingslanden. Zo stelde de WHO het verkopen van anabole steroïden door O.O. aan de kaak. Deze praktijken vinden ook met allerlei anticonceptiemiddelen. Voor de vrouwenfarmagroep van WEMOS c.a. een internationaal samenwerkingsverband op

Laay Achthoven schetst de wegen waarlangs de WHO's network on pharmaceuticals' haar doel kan bereiken. Het ontwikkelen van een eigen wetenschappelijke onderzoeken spelen een rol. Dat het niet blijft bij studeren, blijkt het feit dat het netwerk inmiddels de eerste behaalde op de VN-vrouwenconferentie in L.A., jongstleden zomer.

Pagina 16

Planning én Competitie

Wat is het marktmechanisme?

De nieuwe vestigingsregeling voor huisartsen is menige pen in beroering gebracht. In de LIMEU van de Volkskrant vlogen redacteurs dit tijdschrift elkaar in de haren. Is een progressieve volksgezondheidspolitiek gediend bij een betere planning of moet de Vrije concurrentie uitgebreid worden?

Elik Beydelberg doet hier een poging deze twee punten te combineren. Planning en competitie kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering en aanpassingen. Health Maintenance Organizations op non-profitbasis de concurrentie a.l. moeten gaan met andere organisatievormen. Helpverlening.

Een interessant perspectief, hoewel afgewacht moet worden, of deze nieuwe instellingen levensvatbaar zijn.

Pagina 10

THEMA:

Hèt belang van de patiënt

In de dagelijkse gang van zaken in de zorg is het een vertrouwd geluid: 'Ik geloof toch echt dat dit in het belang van de patiënt is.' Bijna even vaak zegt iemand het omgekeerde: 'Dat doen jullie omdat het je goed uitkomt, maar dat is helemaal niet in het belang van de patiënt.'

Ook als het niet gaat om concrete helpende handelingen, maar om de gezondheidszorg als geheel, wordt het belang van de patiënt graag aangehaald. De gezondheidszorg moet het belang van de patiënten dienen, heet het dan. In regeringsnota's verschijnt die stoplap haast nog vaker dan in de artikelen van linkse tegensprekers.

Het is een goede gewoonte aan het worden om in dit tijdschrift modewoorden van vraagtekens te voorzien. Dat is ook nu weer de bedoeling. In dit thema geen omvattende theorie over hoe het nu precies zit met zorg, patiënten en belangen. Wel worden er vanuit een aantal zeer verschillende invalshoeken rake opmerkingen geplaatst...

Pagina 19

Verpleegkunde en verpleegster

Strijd rond opleidingen leidt tot chaos

Rondom de verpleegkundige beroepsopleidingen heerst de nodige onrust. Marie-José Willemse stelt dat deze onrust vooral veroorzaakt wordt door het paradoxale onderwijsbeleid van de overheid. Op papier streeft het Ministerie van WVC naar afbouw van het inservice-onderwijs ten gunste van onder andere de nieuwe MDGO-Vp. Maar hoe valt dit te rijmen met het zojuist ondertekende 'plan Hijzen' dat, naast 6500 arbeidsplaatsen ook een herstructurering van het inservice-onderwijs oplevert?

En, om het nog wat ingewikkelder te maken, blaast ook het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen een deuntje mee. Liever vandaag nog dan morgen schaft ze de vervolgoopleidingen van het inservice-onderwijs af.

De effecten van dit inconsistente overheidsbeleid liegen er niet om. De chaos zal niet beperkt blijven tot de verpleegkundige beroepsopleidingen, maar zal zich uitbreiden naar de werksituatie van verpleegkundigen. De scheiding tussen hoofd- en handenarbeid lijkt binnen de verpleging definitieve vormen aan te nemen.

Pagina 6

WAT ZIJN TAMME EN WILDE HUISARTSEN OP DE VRIJE MARKT WAARD?

De ontwikkelingen rond het vestigingsbeleid voor huisartsen wekken bij mij steeds meer de associatie met een tragedie, waarin de hoofdrolspelers straks in de slotscène allen ontzield ter aarde storten, met elkaars messen in de rug. Zal er geapplaudiseerd worden?

Wie zijn die hoofdrolspelers. Neem nu de gevestigde huisartsen, zeg maar de LHV. Er komt binnenkort een voor hen gunstig vestigingsbesluit maar ze zijn doodsbang dat daarmee hun greep op de praktijkopvolging verdwijnt. Ook hebben ze zich de woede van de werkloze huisartsen op de hals gehaald door vast te stellen dat er pas arbeidsplaatsen bij komen als de gemiddelde praktijkgrootte de 2400 overschrijdt. Dat betekent meestal: geen extra plaatsen. Angst dus voor veel wilde vestigingen in de komende maanden.

Daarmee komt de tweede partij op het toneel. De werkloze huisartsen, die zich door de LHV in de steek gelaten voelen en zich wild vestigen zolang het nog kan. Met groot financieel risico, krankzinnige werktijden en hun opvattingen over goede gezondheidszorg op het spel zettend zijn ze op jacht naar patiënten.

De patiënten vormen de derde partij. Hun rol in het stuk is dat van het voetvolk: dat van alle kanten geronseld wordt zonder te weten waar het voor tekent.

Ondanks deze treurnis wordt er geapplaudiseerd, ter linkerzijde nog wel. Van Es cs. (TGP 85/3) stellen het marktmechanisme als nieuwe norm en zien de concurrentie tussen gevestigde en "wilde" huisartsen als hefboom voor een progressieve ontwikkeling. Werkloze huisartsen moeten zich vestigen op basis van coalities met patiëntenverenigingen (welke? de hartstichting?) omdat ze parallelle belangen (wat is het belang van de patiënt) hebben: de één wil werk, de ander makkelijk toegankelijke gezondheidszorg. Kwaliteitsverbetering volgt automatisch want de praktijken worden kleiner, zeggen bovengenoemde auteurs. Raat (Volkskrant 22/10/85) sluit z'n pleidooi voor vrije concurrentie zelfs af met het "argument" dat het tijd wordt voor een "nieuw links" dat het vrije spel der maatschappelijke krachten durft te gebruiken.

Tijd voor een anecdote, een dilemma voor "links". In de afgelopen zomer vond een wilde vestiging plaats te Groningen, uitgerekend in een wijk waar een gezondheidscentrum van progressieve signatuur probeert eerstelijnsgezondheidszorg vorm te geven. Geen spoor van invloed van gebruikers bij deze wilde vestiging. Wat nu? Applaus, vanwege de praktijkverkleining? Overigens is dit voorval een goede illustratie van de eerder geschetste tragedie. Want wat is de reactie van de Groninger PHV op dit gebeuren: het rondzenden van een zwarte lijst met waarnemend huisartsen die géén lid zijn van de LHV en het advies aan de plaatselijke huisartsen deze waarnemers niét in te huren. De praktijkzoekende huisartsen reageerden furieus op deze dunne daad en er zijn méér wilde vestigingen te verwachten. De loopgravenoorlog is begonnen.

Gaat links de vrije markt - die altijd al bestond - sanctioneren? Een vernieuwende tendens zie ik niet. Er komen, op wankel basis, een aantal arbeidsplaatsen bij. De zittende huisartsen hebben een sterkere positie en de progressieve wilde vestigingen kunnen ieder moment omver gehaald worden door kapitaalkrachtiger concurrenten. Structureel

verandert er niets en de invloed van de gebruikers blijft even minimaal als tevoren. Een oudere huisarts zegt het kernachtig: "het wordt weer net als vroeger, toen sneden we elkaar de strot af om patiënten te krijgen". Aan deze vorm van vrije concurrentie is niets nieuws te ontdekken.

Is het concurrentieprincipe daarmee uit deze boze? Ik denk van niet. Dit begrip wordt in de discussie steeds zo eenzijdig gebruikt! Het gaat alleen maar over het aantal kruideniers in de straat en niét over de kwaliteit van hun produkt. Toen ik een huisartspraktijk overnam was de enige toets een geldige registratie als huisarts. En dat was dat. Of ik nu wonden hecht of niet, een onderzoeksbank heb of niet, of ik 15 minuten per patiënt reserveer of 2 (omdat ik een tijdrovende hobby heb), of ik met anderen samenwerk of niet, daar word ik als solistisch huisarts volkomen vri gelaten.

Juist bij het ontbreken van deze kwaliteitstoetsing moet de eerdergenoemde hefboom geplaatst worden. Dáár kan marktmechanisme en concurrentie toegepast worden. Er zijn een aantal manieren denkbaar. Eerder in dit blad is het "vergelijkend warenonderzoek" aan de orde geweest (TGP 84/4). Daarin werden huisartsen op een aantal kenmerken vergeleken (van praktijkgrootte tot standpunt over euthanasie). Prima, alhoewel misschien wat willekeurig. Er zijn structurelere manieren. De vestiging van huisartsen moet plaats gaan vinden op basis van openbare functie-eisen, die op het moment van vestiging en op ieder gewenst moment later getoetst kan worden. Net zoals dat allang te doen gebruikelijk is in gezondheidscentra begeven huisartsen zich op de - vrije - arbeidsmarkt en solliciteren met hun specifieke kenmerken naar vrijkomende plaatsen. De al gevestigde huisartsen promoveren zich op dezelfde manier zodat duidelijk wordt welke waar er geboden wordt. Zo ontstaat concurrentie op kwalitatief niveau. Het is duidelijk dat een optimale praktijkgrootte, die kleiner is dan de huidige 2400, onderdeel van deze aanpak is.

Een utopie? Ik denk van niet. De belangrijkste vraag is natuurlijk waar de macht zich concentreert, bij wie huisartsen moeten solliciteren. Een mogelijk antwoord komt inzicht, in de vorm van de binnenkort in te stellen gemeentelijke regionale vestigingscommissies. Daarmee krijgen de gemeenten, en dus de politiek, greep op de vestiging van huisartsen. Op dat niveau moeten binnenkort de belangrijke ontwikkelingen plaats gaan vinden. Ik citeer hier Andrée van Es en Martien Bouwmans (Volkskrant 5/11/85, waarin ze overigens een ander standpunt innemen ten opzichte van het vestigingsbeleid dan in TGP 85/3) over de rol van depolitiek: "... wat staat de politiek in de weg die nonn (van 2400 patiënten, JT) op korte termijn naar 2000 te verlagen" ..en.. "het gaat erom ruimte te creëren voor mensen om zelf te bepalen hoe hun eigen gezondheidszorgvoorzieningen eruit moeten zien en om die voorzieningen afte kunnen dwingen" ... "dat vereist actief optreden van links mensen, vooral op gemeenteniveau, om de mogelijkheden maximaal uit te buiten".

Misschien kan het vestigingsbeleid zo méér worden dan een noodzakelijk kwaad voor huisartsen (tam en wild) en kan de patiënt op de huisartsenmarkt beter vinden en bepalen wat er in zijn kraam te pas komt.

Jaap Talsma

ORION

nr. 4, december 1985

Gezondheid en Politiek is een
de Stichting Gezondheid en Poli-
Macula; verschijnt viermaal

Yvonne van Geenhuizen, Kees
Mast, Sigrid Sijthoff, Dirk Soe-
Jaap Talsma

Guus Bannenbergh, Paul van den
Goudriaan, Peter Groenewegen,
Erik Heydelberg, Rien Heijne,
Paul Jufferman, André Knott-
van der Meer, Annemarie Mol,
Gerit Salemink; Hugo Smeets,
de Smit, Hans Spijker, Richard Star-
Vos, Goof van de Wijngaarten de

Frans Rodermans
adviezen: Victor Modderkolk
U.U.S., Groningen
Ben Cornelius
wan den Broek
Baptist, Groningen
Macula

DeStUrenaan het redactiesecreta-
pawlbas 41079, 9701 CB Groningen; liefst
a edeg, Copijvellen op aanvraag.
het katern 'Kort en Goed' naar:
Z15, 3500 AG Utrecht

ITtgeverij Macula, Nieuwstraat
Z15 E: Boskoop tel. 01727-4381

Gezondheid en Politiek, Post-
Ja 31500 AG Utrecht, gironr. 141678

m.i.v. komend nummer (4
Ba): 1.- (instellingen f 40,-)
m.i.v. komend nummer waarbij
nummer voor f 7,50 (incl. porto
(Sms.): f 37,50 (instellingen f 47,50).
appijrom 5441758 t.n.v. Uitgeverij Ma-
o.v.v. Ts. voor Gezondheid en
(Zauidig; aangeven met ingang van
bet abonnement gewenst is.)

f 8,50; verkrijgbaar in de
of bestellen door overmaken van
f (i.k.l. port.) aan Uitgeverij Macula.
Olae f 7,30 (incl. porto), daarbij aan-
at: lidijlegewenst wordt.

Gezondheid en Politiek, Post-
a, 61501 IN Nijmegen

Jwan abonnement, uitsluitend schrijf-
Uijkt x-Ui aan ITtgeverij Macula.

Gezondheid en Politiek

8&41

jaap Talsma	Column	
Wat zijn tamme en wilde huisartsen op de vrije markt waard?		4
Marie José Willemse	Verpleegkundige en verpleegster	6
	Strijd rond opleidingen leidt tot chaos	
Erik Heydelberg	Planning en Competitie	10
	Linksaf met het marktmechanisme?	
Gerrit Salemink	Greep op de planning	14
	Financiers of overheid?	
Lenny Achthoven	Vrouwen, vruchtbaarheid en industriële belangen	16
<hr/>		
	EMA: Bèt belang van de patiënt	19
Hans Spijker	Interview Consumentenbond	20
Goof van de Wijngaart	Resultaat door onderzoek, niet door inspraak	
Jean Oliehoek	Hoge bloeddruk	24
	Zelfhulpgroep om zeep	
Cor van der Weele	Column	
	Eugenetica in een nieuw jasje?	27
Annemarie Mol	Patiëntenbeweging: één of verdeeld?	29
	Het belang van de patiënt bestaat niet	
Floor Martens	Arts en patiënte: de deskundige versus leek?	33
	Ervaringen uit de vrouwenpraktijk Aletta	
Marcel Post	Een doktersroman	36
	Boekbespreking	
<hr/>		
Jan van Bergen	Tussen Tilburg en El Salvador	38
Joke Derksen	Hulpverlening met hindernissen	
Maria Hermsen	Premenstrueel Syndroom	42
	Diagnose of dilemma	
Marieke Bertels	Reactie	45
	Onderzoek naar kwaliteit: telt alleen het resultaat?	
Eddy Houwaart	Boeken	48
Kees Hertog	Het medisch circuit	
	Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten	
	Hoe voorkomen wij kanker?	
Josephine van den Bogaard	Congressen	51
Marijke Ruiters	Een kuiken in een nest van adelaars	
Werkgroep Reproductieve Technieken	Vermenigvuldigt U!	
	Kort en Goed	56

Verpleegkundige en verpleegster

Strijd rond opleidingen leidt tot chaos

Rondom de verpleegkundige beroepsopleidingen heerst de nodige onrust. Al jarenlang zijn twee vormen van onderwijs, het verguisde inserviceonderwijs en de dagopleidingen (HBOven MBOV), in een heftige concurrentiestrijd gewikkeld. Sinds kort is er weer een nieuwe loot aan de knoestige stam, het Middelbaar Dienstverlenend en Gezondheidszorg Onderwijs Verpleegkunde (MDOO-Vp).

Marie-José Willemse betoogt in dit artikel dat deze chaos vooral veroorzaakt wordt door het paradoxale onderwijsbeleid van de overheid. Op papier streeft het Ministerie van WVC naar afbouw van het inserviceonderwijs ten gunste van onder andere de nieuwe MDGO-Vp. Maar hoe valt dit te rijmen met het zojuist ondertekende "plan Hijzen" dat, naast 6500 arbeidsplaatsen ook een herstructurering van het inservice-onderwijs oplevert?

En, om het nog wat ingewikkelder te maken, blaast ook het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen een deuntje mee. Liever vandaag nog dan morgen schaft ze de vervolgoopleidingen van het inservice-onderwijs af.

De effecten van dit inconsistente overheidsbeleid liegen er niet om. De chaos zal niet beperkt blijven tot de verpleegkundige beroepsopleidingen, maar zal zich uitbreiden naar de werksituatie van verpleegkundigen. De scheiding tussen hoofd- en handenarbeid lijkt binnen de verpleging definitieve vorm, en aan te nemen.

Marie-José Willemse, werkzaam als adjunct-directeur van de Sociale Academie de Aemstelhof te Amsterdam

De ondertekening op 30 oktober 1985 van het WVC-Leerlingenplan door staatssecretaris Van der Reijden, de werkgever- en werknemersbonden, is een goede aanleiding om stil te staan bij de opleidingssituatie van verpleegkundigen. Het WVC-Leerlingenplan voorziet in een verlenging van de inservice-opleidingen voor verpleegkundigen en een arbeidsduurverkortening tot 36 uur voor leerling-verpleegkundigen. Dit alles zou dan jaarlijks 6500 arbeidsplaatsen voor met name jongeren op moeten leveren.

Achteraf lijkt het zo gek nog niet, dat de belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden "Het Beterschap" zich om principiële redenen in juni 1985 terugtrok uit de onderhandelingen over dit plan. Uit de aandacht immers die zowel het NOS-Journaal als de dagbladen aan de ondertekening van het plan besteedden, blijkt overduidelijk dat geen van de partners er echt gelukkig mee is, met uitzondering van de staatssecretaris zelf. De werkgeversorganisatie NZR vertoont de nodige scepsis ten aanzien van het op te leveren aantal arbeidsplaatsen van 6500. Men vreest dat de onaantrekkelijkheid van het beroep de jeugd niet in grote getalen doet toestromen.

De CFO, werknemersorganisatie, presteerde het zelfs om bij de presentatie van het plan, waaraan ze zichzelf gecommiteerd hadden, een persbericht te verspreiden met als titel: "Leerlingenplan legt bom onder dag-onderwijs in de verpleging/verzorging". Juist vanwege die bom had Het Beterschap zich in juni reeds teruggetrokken. De Abva/Kabo tenslotte, bleef niet achter bij het plaatsen van kanttekeningen. Zelf initiatiefnemer van het plan kon deze bond uiteraard



te maken met het feit dat de inservice-opleiding niet past in het plaatje van ons onderwijsbestel... Zo zijn er meerdere opleidingen die opgezet zijn als vervolg op het inservice-onderwijs en andere opleidingen die als logisch vervolg op de HBOV te zien zijn. Van de eerste soort bestaan er op dit moment nog drie. De MGZ-opleiding leidt op tot wijkverpleegkundige of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. De Kaderopleiding is een opleiding voor mensen die managementfuncties op middenkaderniveau willen bekleden. De Docentenopleiding tenslotte voorziet in het opleiden van docenten verpleegkunde voor het inservice-onderwijs. Andere opleidingen die de laatste 5 jaar tot stand kwamen zijn: de Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg met als afstudeerrichting 'management' en 'beroepsinnovatie'; de Eerste- en Tweedegraads Lerarenopleiding Verpleegkunde en Verplegingswetenschap.

Paradoxen

Het bijna volkomen gescheiden opereren van de ministeries van O&W en WVC leidt tot een aantal paradoxale situaties waar het verpleegkundig onderwijs de dupe van is. De journaliste Jet Bruinsma spreekt zelfs in De

Volkskrant van 1 november 1985 van *"ernstige contactstoornissen waar de departementen van Onderwijs en Volksgezondheid in elk geval ten opzichte van elkaar aan lijden"*. Wat is het geval? Het overheidsbeleid zou nog steeds gericht zijn op afbouw van het inservice-onderwijs ten gunste van regulier dagonderwijs. We zien echter dat de inservice-opleidingen geherstructureerd en verbeterd worden zonder dat er sprake is van enige planmatige aanpak voor een ombouwoperatie tot dagonderwijs.

Het ministerie van WVC verzorgde van oudsher de inservice-opleiding en startte tevens in 1972 de MBOV. Geheel los daarvan startte het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen zelfdertijd de HBOV. Begin jaren '80 kwam ook de MBOV onder Onderwijs en Wetenschappen te vallen. Sinds 1985 is - zoals reeds gesteld - de MBOV vervangen door de MDGO-Vp (12 in totaal) en zijn om financiële redenen de eindtermen verlaagd; men studeert niet meer af als verpleegkundige, maar als verpleegster of verpleger.

Een ander voorbeeld

Hoewel het Ministerie van WVC de irisiservice-opleiding in stand houdt, wil het ministerie van O&W de vervolgoopleidingen voor inservice-afgestudeerden afschaffen. In de Invoe-

ringwet- HBO van-minister Deetman staat namelijk vermeld dat tot uiterlijk 1990 de MGZ-, Kader- en Docentenopleiding door zijn departement bekostigd zullen worden. Op dit moment moet de Tweede Kamer zich hierover nog uitspreken. Werkveld- en onderwijsorganisaties hebben zich echter krachtig uitgesproken tegen deze maatregel.

Effecten

De effecten voor de verpleging van het inconsistente overheidsbeleid zijn complex en voor een deel nog moeilijk te overzien. Op 2 zaken zal hier ingegaan worden: de niveaudifferentiatie binnen het verpleegkundig beroep en de doorstromingsmogelijkheden voor de grootste groep verpleegkundigen.

Hoewel binnen de opleidingen al langer sprake is van niveaudifferentiatie (bijvoorbeeld MBO en HBO) was dat nooit het geval binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening zelf. Met het advies uit 1984 van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over een Verpleegkundig Beroepsprofiel wordt dat echter nadrukkelijk geïntroduceerd. Men stelt een **verticale** ardekskundigheidsniveau is daarbij voorbehouden aan de opgeleide op HBO-

richte verpleging tot doel hebben. In dit integrale concept past geen beroepsbeoefenaar die beperkt inzetbaar is bij de patiënt.

De beroepsbeoefenaar van het tweede deskundigheidsniveau wordt lager gesalarieerd. Het lijkt reëel om te verwachten dat zij op grote schaal worden ingezet in werkvelden waar veel verzorgend werk gedaan moet worden. Daarmee wordt dan impliciet aangegeven dat dat werk een lagere deskundigheid vereist. Ik denk hierbij aan verpleeghuizen, zwakzinnigenzorg, verblijfsafdelingen in de psychiatrie en veel werkzaamheden in de wijkverpleging, met name bij ouderen. De banen waaraan status te ontlenen valt gaan naar de hoogst opgeleiden en hoogst betaalden. Hoewel de toekomst dit moet uitwijzen is deze tendens mi al aanwezig. Ook is nu al merkbaar dat dit doorwerkt in seksrollen: vrouwen voor het verzorgend werk en mannen voor het geavanceerde technische werk en de managementfuncties.

Een tweede effect van het gevoerde onderwijsbeleid is de belemmering die een grote groep verpleegkundigen zal ontmoeten om door te stromen naar vervolgopleidingen. Het betreft hier de inservice-opgeleide verpleegkundigen en de MDGO-Vp'ers. Voor de loopbaanontwikkeling van de verpleegkundigen zijn vervolgopleidingen noodzakelijk. Wanneer de MGZ-, Kader- en Docentenopleiding inderdaad verdwijnen dan staat deze groep verpleegkundigen een lange opleidingsroute te wachten. De inserviceopleiding duurt straks 4 jaar. Vervolgens moet men dan met vrijstellingen het diploma HBOV behalen, hetgeen op dit moment 3 jaar fulltime duurt. De verwachting is dat dit in de nabije toekomst zal teruggebracht worden tot 2 jaar en dat er een deeltijdopleiding zal komen. Pas dan kan men doorstromen naar de vervolgopleidingen als Lerarenopleiding en Voortgezette Opleiding Management of Beroepsinnovatie. Maar inmiddels is men dan al zo oud dat men geen studiebeurs meer kan krijgen, omdat deze nog maar tot 27 jaar verleend kan worden. De effecten laten zich raden.

In het reeds genoemde artikel uit de NRC/Handelsblad wordt Renée van Aller, directeur van Het Beterschap, geciteerd: "Als 95% van de verpleegkundigen uit mannen bestond, was de opleiding niet zo zorgelijk geregeld, had de overheid er meer geld voor over en kreeg het onderwerp politiek meer gewicht", stelt zij. Ik voeg hier aan toe dat als 95% van de politici en beleidsmakers uit vrouwen bestond, er niet zo'n ambivalent en paradoxaal beleid gevoerd zou zijn met betrekking tot het verpleegkundig onderwijs.

JITTTTTU (waaronder de inservice-gediplinne voor het specifieke veld) en CJP het tweede deskundigheidsniveau IIIIptéet: de MBO-opgeleide, de JIDGO-Vp'erstraks dus. De bedoeling JS dat de MBO-opgeleide verpleegster/ ~ aanzienlijk minder taken ~ doen dan de collega's van het eer- 5IIIE deskundigheidsniveau. De laatste ~ taken aan de beroepsbeoe- !IeIDatenp het lagere deskundigheids- JETeIII. Dat deze taaksplitsing tot be- ~e situaties leidt blijkt uit het ~vte ~ voorbeeld. Iemand van het uunde deskundigheidsniveau mag zo- ~u. "Iet individu (als), een groep van ~ helpen zelf te komen tot in- ~zju. ia en oplossingen voor zijn/haar ~".

Degene van het tweede ~fligheidsniveau mag alleen het ~lIdindu. helpen om tot oplossingen te ~. Zij/hij mag geen groep van in- ~lirridaen. helpen en zij of hij mag geen ~IIZ:Idm problemen bij brengen.

Ouder verpleegkundigen heerst veel zmg en sepsis over waar dit in de pntijk toe leidt. De arbitraire taak- splitsing zou in de praktijk niet uit- ~. zijn en het zou leiden tot taakgerichte verpleging. De laatste ja- ra probeert men daar nu juist van af 'R komen door de invoering van bij- ~orbeald methodische werkwijzen en organisatiervormen die een patiëntge-

Planningen Competitie

Linksaf met het markt- mechanisme?

In het vorige nummer van Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek hielden Boumans c.s.! een warm pleidooi voor een strategisch gebruik van de huidige werkloosheid onder artsen om tot daadwerkelijke vernieuwing van de eerstelijns gezondheidszorg te komen. De wankelende "professionele marktorde" van de artsen dient in hun ogen gebruikt te worden om allang gewenste "wettelijke structurele maatregelen" te treffen, gesteund door nieuwe coalities van financiers, patiënten en werkloze hulpverleners. Hiermee kiezen zij een interessante positie in de discussie over commercialisering van de gezondheidszorg die het laatste jaar heftig is opgelaaid. In hun betoog wordt een aanzet tot een strategie gegeven waarin zowel concurrentie als regulering elementen zijn. Een gedachte die om verdere uitwerking vraagt.

Centraal in de huidige discussie staat

de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden marktmechanismen een rol mogen spelen binnen de gezondheidszorg. De afgelopen maanden spitste die discussie zich toe rond de voors en tegens van de onlangs afgekondigde vestigingsregeling voor huisartsen. In de landelijke dagbladen stonden de opiniepagina's bol van de ingezonden stukken en commentaren, waaraan ook tal van medewerkers van TGP hun bijdragen leverden. Van de genuanceerde positie van Boumans c.s. bleef daarbij weinig heel. De discussie deed mij denken aan een voorval dat ik jaren geleden eens aanschouwde. Een klasje alpinisten oefende op een steile ijshelling in het gebruik van klimijzers. Op een zeker moment verloor een van hen het evenwicht en zeilde, volgens de regelen der kunst, twintig meter op zijn broek naar beneden om daar ongedeerd in een hoop sneeuw te belanden. Uit balans gebracht door de

De nieuwe vestigingsregeling voor huisartsen heeft menige pen in beroering gebracht. In de kolommen van de Volkskrant vlogen redacteurs van dit tijdschrift elkaar in de haren. Is een progressieve volksgezondheidspolitiek gediend bij een betere planning of moet de vrije concurrentie uitgebouwd worden?

Erik Heydelberg doet hier een poging deze twee uitgangspunten te combineren. Planning en competitie kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering, en structuurveranderingen. Health Maintenance Organisations zouden op non-profitbasis de concurrentie aan moeten gaan met andere organisatievormen van hulpverlening.

Een interessant perspectief, hoewel afgewacht moet worden of deze nieuwe instellingen levensvatbaar blijken. De onderling beheerde ziekenfondsen wisten het met de "eigen instellingen" immers ook niet bol te werken tegen de solistische praktijken? Zal die geschiedenis zich herhalen of leiden concurrentie én planning tot doorbraken in de gezondheidszorg?

Erik Heydelberg docent en adviseur maatschappelijke gezondheidszorg.

aanblik van hun vallende klasgenoot zeilden binnen een minuut nog vier alpinisten naar beneden. Zij waren echter minder gelukkig dan hun voorganger want door in paniek wild zwaaierende benen sloegen ze over de kop en kwamen derhalve bont en blauw in een steenhoop terecht.

Misplaatste verwarring

De verwarring die het denken over marktmechanismen en commercialisering bij vanouds linkse critici van de gezondheidszorg te weeg brengt is enorm. En vooral ook enorm misplaatst. Zo hield Hein Raat² een onbekoort pleidooi voor de volledig vrije concurrentie tussen huisartsen, waarop Guus Bannenberg, eveneens in de Volkskrant, weer reageerde met een warm betoog voor de vestigingsregeling en tegen marktmechanismen. In mijn ogen missen beide posities een

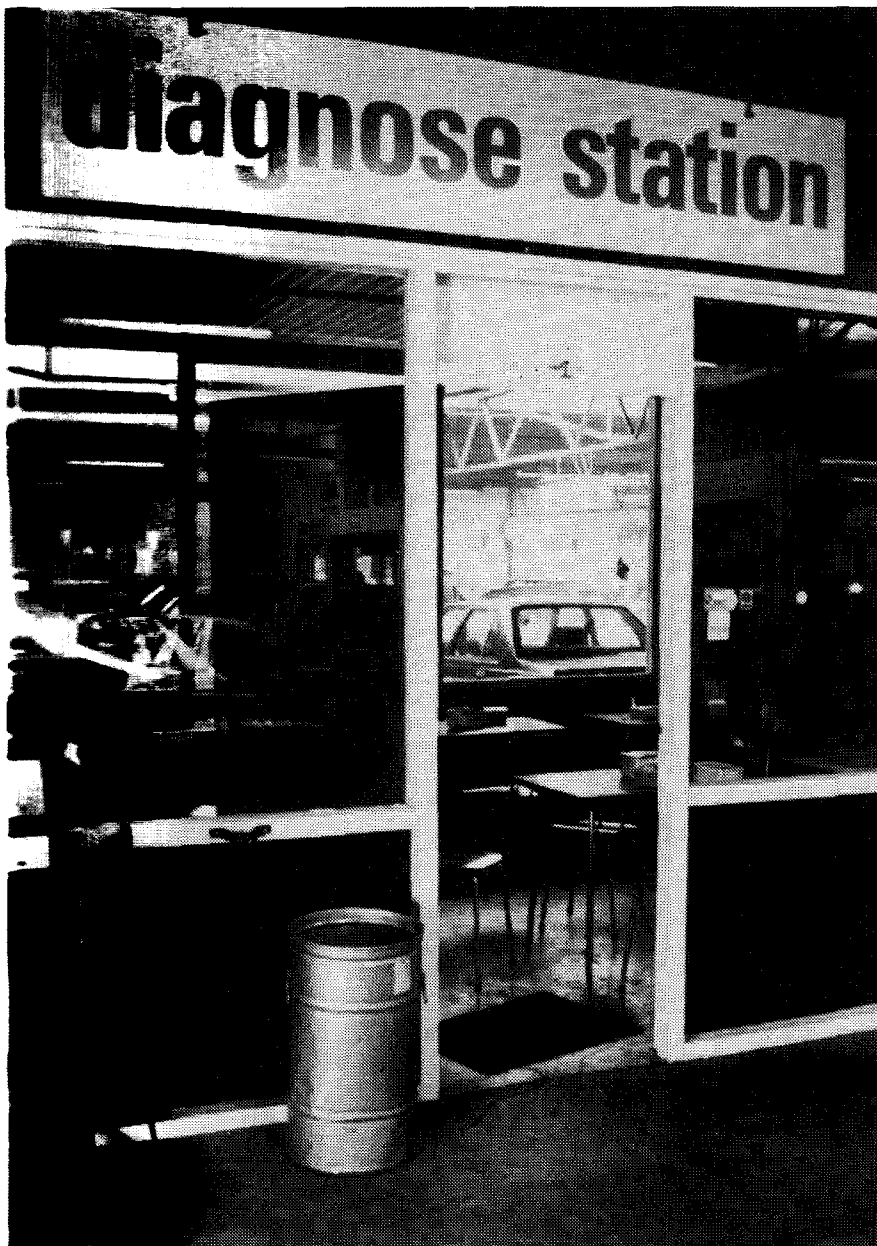


Foto: Boes Willems

...nëntatie op de door links gewenste, m. reeds twintig jaar duidelijk bele... b-aliteitsverbeteringen en struc... lliifR'letanderingen in de eerstelijns... dszorg. In een eerder arti... WJ werden concrete voorstellen dra... geïnterpreteerd. Deze voor... kwamen neer op het stimuleren... samenwerkingsvormen tussen... en tweede lijn, het invoeren van... kaarten... om onnodige verwij... te voorkomen, grotere integra... curatief gerichte voorzieningen... preventief werkende instellingen... als basisgezondheidsdiensten en wijk... rg, en het stimuleren van... balige klinische eenheden die... contact met de eerste lijn zouden... onderhouden, en meer in het... het vergroten van de samen... laag en de omvang van de eerstelijns... We kunnen vaststellen dat het daad... erketijk invoeren van deze voorstel... Biet erg opgeschoten, is. Mede ver-

antwoordelijk hiervoor zijn een aantal maatschappelijke ontwikkelingen die hun invloed ook op de gezondheidszorg doen gelden. Te noemen valt het terugdringen van de collectieve sector en de daarmee gepaard gaande deregulering en privatisering van delen van de samenleving. De gezondheidszorg is daarbij als zeer kapitaalsintensief verzorgingsarrangement een voor de hand liggend doelwit van forse ingrepen. Vooral ook doordat de door het huidige kabinet nagestreefde "lastenvermindering" voor het bedrijfsleven door verlaging van AWBZ- en ziekenfonds- premies betrekkelijk eenvoudig haalbaar lijkt. Deze ingrepen komen ongelukkigerwijs net op een moment dat de jarenlang voorbereide planningswetgeving van WVG en nu, WGM aan uitvoering toe is. Dat leidt voor de gezondheidszorg, en met name voor de structureel al vrij zwakke eerste lijn tot grote onduidelijk-

heid. Het is daarbij misschien wel begrijpelijk dat het onverwacht wankelen van weerbarstige bolwerken van huisartsen en specialisten linkse critici tot vreugde brengt, voldoende rechtvaardiging tot het omarmen van deregulering, profijtbeginsel en de vrije markt is het allerminst. Dat betekent niet dat deze geheel moeten worden afgewezen, maar ze dienen getoetst te worden aan de doelstellingen van een progressieve volksgezondheidspolitiek. Hopelijk ten overvloede herhaal ik die nog maar even. Solidariteit in het verzekeringsstelsel, democratisch beheer, preventieve oriëntatie, samenhang tussen voorzieningen, nadruk op zorg in de thuishouding, kostenbeheersing en, na Illich, Achterhuis en de Swaan, voorkomen van overzorg en medicalisering van terreinen die artsen niks aangaan, omdat ze er geen zinnig woord over kunnen zeggen.

Planningen concurreren

Uit het voorgaande doemen direct enige beperkingen op als we nog eens kritisch kijken naar marktprincipes en commercialisering. Vanaf het ontstaan van de eerste coöperatieve arbeiders-ziekenfondsen, meer dan honderd jaar geleden, is gestreden tegen het idee, en de praktijken, dat de gezondheidszorg een terrein mag zijn waarop kapitaalswinst gemaakt wordt. Er is in mijn ogen geen enkele reden om van dat principe af te stappen. Integendeel, alle ervaringen met commerciële geneeskunde, bijvoorbeeld met commerciële ziekenhuizen in de Verenigde Staten, bevestigen wat Professor Dunning vorig jaar nog stelde: "Commerciële ziekenhuizen vervullen een parasitaire rol, ze creëren een markt waar het recht van de sterkste overheerst". Tot het tegendeel hiervan wordt aangetoond staat een progressieve volksgezondheidspolitiek niets anders te doen dan zich fel te verzetten tegen iedere op winst gerichte ontwikkeling in de gezondheidszorg. Sterker nog, er ligt al geruime tijd een mooie taak in het terugdringen van de invloed van de commerciële belangen van farmaceutische-, bouw- en medisch-technische industrie op het volksgezondheidsbeleid.

Wat betreft het gebruik maken van het marktmechanisme als middel om vraag en aanbod optimaal op elkaar af te stemmen en een betere kwaliteit van de zorg te bereiken ligt dat iets genuanceerder. Ontegenzeggelijk voldoen de WVG en haar opvolgster de WGM in hun voorgestelde uitvoeringspraktijk niet als middel tot democratisering en kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg. Wellicht

is dat falen deels te wijten aan de onmogelijkheid om een politiek draagvlak te vinden om met behulp van overheidsregulering de, vanouds door particulier initiatief en monopolistische beroepsbelangen gedomineerde, gezondheidszorg te beheersen. Terwijl het beheersen van de bureaucratie ook los van het onvoldoende politieke draagvlak een moeilijke opgave blijft.

Zeker is in ieder geval dat de maatschappelijke ontwikkelingen de oorspronkelijke planningsgedachte van de WVG achterhaald en duurzaam ontwricht hebben. Zie daarvoor ook het stuk van Saleminck in dit nummer. Dat moet ons inziens echter niet leiden tot een rigide afwijking van planning van voorzieningen. Ik kan mij van harte aansluiten bij van Lieshout en Frederiks die stellen. "Planning is noodzakelijk, maar er moet een middenweg gevonden worden tussen het dirigistisch organiseren van de hulpverlening... en het loslaten van iedere garantie voor het voortbestaan van collectieve voorzieningen ..."5.

Het stemt treurig dat discussies als over de vestigingsverordening voor huisartsen, ook tussen progressieve critici van het beleid, gevoerd worden vanuit de schuttersputjes "regulering" en "vrije markt". De maakbaarheid van de gezondheidszorg staat niet ter discussie, het bewijs daarvan wordt nog iedere dag geleverd door hen die het er voor het zeggen hebben. Het enige wat er aan de hand is, is dat volledige regulering als middel voor progressieve volksgezondheidspolitiek niet voldoet. Dit zal aangevuld moeten worden met die onderdelen van een marktmechanisme die niet strijdig zijn met principes van solidariteit, democratische beheersing en gelijke kwaliteit. Een zekere concurrentie tussen beroepsbeoefenaars kan daarbij geen kwaad. Maar uiteraard niet onder het patronaat van het "vrije spel der maatschappelijke krachten", in de praktijk meestal "de vrije kracht van de gevestigde macht", maar degelijk gereguleerd en gepland. Concurrentie, ja zelfs competitie en financiële prikkels kunnen daarin best een rol spelen. En natuurlijk kan daarbij, zoals Boumans, van Es en Goudriaan voorstelden, gebruik worden gemaakt van een ruime markt van werkzoekende hulpverleners.

Nieuwe eigen instellingen

Progressieve organisaties hebben een dergelijke strijd tot in de jaren zestig fel uitgevochten. En verloren. Ik doel daarbij op de onderling beheerde ziekenfondsen en hun *eigen instellingen*

als apotheken, klinieken, optiekzaken, tandartsdiensten etc.

Deze hebben altijd een felle concurrentiestrijd gevoerd met "vrije beroepsbeoefenaars", hun aantrekkingskracht voor patiënten hadden ze door extra service, lagere tarieven en betere kwaliteit. De "eigen instellingen" lijken daarmee wonderlijk veel op het paradepaardje van de voorstanders van commercialisering en concurrentie in de gezondheidszorg: de Health Maintenance Organisation (HMO). Deze organisaties hebben in de Verenigde Staten een grote vlucht doorgemaakt en worden omschreven als "Organisaties die tegen betaling van een vaste premie per jaar de aangesloten verzekerden medische hulp verstrekken". Het gaat daarbij om "medische aannemers" die voor een vast bedrag een afgesproken niveau van medische zorg aanbieden. Uiteraard in concurrentie met andere HMO's en andere praktijkvormen. HMO's hebben eigenaars en aandeelhouders. De econoom van Praag ziet de HMO's als een ook voor Nederland onafwendbare ontwikkeling aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg, welke grote besparingen zou kunnen opleveren. In de literatuur worden besparingen van 25% vermeld. Wat betreft de onafwendbaarheid lijkt hij gelijk te krijgen. In oktober werd in Nijmegen de eerste particuliere polikliniek opgericht, onder leiding van de uroloog Boerema. Dit alles compleet met zestien bedden, een staf van zestien specialisten en uitgebreide commerciële verbindingen met farmaceutische en medisch-technische bedrijven. Is dat even schrikken?

In mijn ogen is daar geen reden voor; wanneer er althans een *strategie* wordt gevoerd die berust op *zowel regulering als marktmechanismen*. In het voorbeeld van de "eigen instellingen", in feite non-profit HMO's, is een alternatief voorhanden voor een mede door marktmechanismen en concurrentie bepaalde ordening in de gezondheidszorg, waarbij democratisch beheer en solidariteit bewaard zo niet versterkt worden. Uiteraard moeten we het niet zoeken in een "copie" van het fenomeen "eigen instelling". Met name de directe band met het ziekenfonds zou losser kunnen. In het bestuur van de "eigen instelling nieuwe stijl" zou ook plaats ingeruimd kunnen worden voor gebruikers, gemeenten, vakbeweging en andere maatschappelijke organisaties 10. Er zouden natuurlijk geen commerciële eigenaars en aandeelhouders zijn, zoals bij een HMO naar Amerikaans model, maar slechts deelnemers op non-profit basis. Op het terrein van de ziektekostenverzekering hebben veel ziekenfondsen al wat ervaring met een derge-

lijke bestuursvorm in de zogenaamde "bovenbouw-verzekeringen", als VGCN, OHRA e.d. "Overschotten" kunnen gebruikt worden om de voorzieningen uit te breiden, de service te verbeteren en/of de premies te verlagen. De economische prikkel voor de hulpverleners kan bestaan uit extra faciliteiten voor onderzoek, het introduceren van nieuwe werkwormen, bijscholing en arbeidsduurverkorting. Er is in ieder geval geen reden waarom een non-profit HMO niet in staat zou zijn tot de zelfde besparingen als een commerciële HMO. Wat in ieder geval een doodlopende weg is, is het rigide terugvallen op het middel van integrale regulering als enig ordeningsprincipe in de gezondheidszorg. De weg naar het invoeren van concurrentie en marktmechanismen is echter ook glad en glibberig. In zoverre is het toe te juichen dat de in te voeren vestigingsverordening voor huisartsen een einde maakt aan de concurrentie tussen solistische beroepsbeoefenaars. Binnen wat er vooralsnog van de WVG functioneert, zou er gestreefd moeten worden naar het doen ontstaan van instellingen op regionaal en lokaal niveau, waaraan niet alleen kwantitatieve vestigingseisen maar ook kwaliteitseisen gesteld kunnen worden. Dit kan een eerste stap zijn naar de eigen instelling "nieuwe stijl".

Experimenten in de eerste lijn

Er blijven met het hierboven geschetste uiteraard nog veel vragen en problemen op te lossen. Hoofdzak is echter dat er ter linkerzijde aan de hand van concrete voorstellen wordt nagedacht over de structuur en de kwaliteit van de gezondheidszorg met een zo optimaal mogelijke inzet van de ordeningsinstrumenten regulering en markt. Alleen zo kan er iets behouden blijven van de doelstellingen van een progressieve volksgezondheidspolitiek. De eerstelijns gezondheidszorg lijkt daarbij het meest aangewezen terrein om te experimenteren met nieuwe praktijk- en beheersvormen.

Want al is er, zoals wij hierboven stelden, nog niet veel terecht gekomen van daadwerkelijke verbetering van de eerste lijn, er zijn de afgelopen jaren wel een aantal zeer werkzame inzichten ontstaan die ideaal zijn als startpunt voor het streven naar samenhangende gezondheidsvoorzieningen in de primaire gezondheidszorg. In de eerste plaats is er door de ervaringen met het functioneren van de tweede lijn en de enorme zuigkracht die deze op patiënten in de eerste lijn uitoefent, langzamerhand het inzicht ontstaan dat de echelonnering een kunstmatige verde-

Greep op de planning

Het maken van planningswetten voor de gezondheidszorg valt niet mee. Al jarenlang worstelt de overheid met het ontwerp van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, de WVG. Ze heeft daarbij te maken met de nodige tegenstand. Vooral de financiers van de gezondheidszorg leveren ongezouten kritiek. In hun angst de greep op de planning (en dus op de kosten van de zorg) te verliezen, proberen zij de wetsvoorstellen zo veel mogelijk te torpederen.

En met succes, zo stelt Gerrit Salewink, want sinds mei 1985 ligt er een behoorlijke uitgekilde planningswet, de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM). Heeft de tegenwerking van de financiers haar doel bereikt?

Gerrit Salewink, huisarts te Amsterdam.

Financiers of overheid

De laatste tijd kan men in de algemene en gespecialiseerde pers steeds vaker lezen dat het met de invoering van de planningswetgeving in de gezondheidszorg niet best gaat. Het gaat hierbij om de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM).

Vooral het VNZ-blad Inzet laat de hele jaargang door al vriend en vijand aan het woord om duidelijk te maken dat er "alternatieven voor de WVG" ontwikkeld moeten worden (Mr. N. de Jong van de VNZ in Inzet 1985/2), of dat "de WGM gedoemd (is) te mislukken" (D. Dees, VVD-Tweede Kamerlid in Inzet 1985/9). Een evaluatierapport over de integrale invoering van de WVG in de regio Eindhoven wordt aangegrepen; de onderzoekers (van de Katholieke Hogeschool Tilburg) zouden op grond van hun eigen materiaal veel kritischer tegenover de WVG als zodanig moeten staan (De WVG gewogen, Inzet 1985/5).

De stemmingmakerij tegen de WVG/WGM vanuit de hoek van de VNZ is niet toevallig. De ziekenfondsen voeren al jarenlang een soort loopgravenoorlog om hun positie in de planningsystematiek te versterken. Toen het Ministerie van WVC zelf de WVG op de helling heeft gezet om die te veranderen in een WGM, sprongen de ziekenfondsen hier handig op in

door te proberen de essentie van deze wetten van tafel te krijgen.

Verwarring

De situatie rondom deze twee wetten is sinds eind 1983 steeds verwarde geworden. Het was omstreeks die tijd dat Minister Brinkman en Staatssecretaris Van der Reijden van WV hun voornemen tot herziening van de planningswetgeving op hun beide terrein bekendmaakten (zie Tijd, schrift voor Gezondheid en Politiek 1983/3, pag. 30). De Kaderwet Specifiek Welzijn, een planningsstelsel gebaseerd op verregaande decentralisatie voor het welzijnszorgterrein, zou vervallen en de Wet Voorziening Gezondheidszorg, die was bedoeld om samenhang decentralisatie en democratisering in de gezondheidszorg te introduceren, zou worden gewijzigd. Delen van de "maatschappelijke dienstverlening" (gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk) zouden in samenhang met de eerstelijns gezondheidszorg gepland gaan worden. Daartoe zou een nieuwe wet, de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening, worden geconstrueerd. De vraag op welke wijze men dacht om zo verschillend gefinancierde zorgsectoren in één planningsstelsel onder te brengen, werd in eerste instantie niet beantwoord.

Immers, gezondheidszorgvoorzieningen worden in het algemeen betaald met verzekeringsgelden (premiefinanciering), terwijl de maatschappelijke dienstverlening uit algemene middelen wordt bekostigd (begrotingsfinanciering). De WVC-bewindslieden maakten wel meteen duidelijk dat de meest voor de hand liggende oplossing, namelijk de gehele samenhangende eerstelijnszorg in één collectief verzekeringspakket te stoppen, niet in aanmerking kwam.

Men moet bedenken dat deze ommezwaaai van het Ministerie kwam op een moment dat al duchtig begon door te dringen dat invoering van de WVG geen eenvoudige zaak was. Dikke pakken papier waren al over de verschillende aspecten van de invoeringsstrategie geproduceerd en het einde daarvan was nog lang niet in zicht. Hier en daar werd met integrale invoering geëxperimenteerd. De bewering van het Ministerie van WVC dat de invoering van de WVG en de experimenten gewoon door zouden gaan, ondanks het voornemen, deze wet tot een WGY om te smeden, werd door niemand begrepen. Het duurde tot september 1984 voordat een eerste ontwerp WGY werd gepubliceerd in de vorm van wijzigingen op de WVG. De belangrijkste wijzigingen hadden, afgezien van de uitbreiding van de werkingsfeer tot de maatschappelijke dienstverlening,

betrekking op

- een vereenvoudiging van de planningssystematiek (deregulering). De positie van de besluitvormende regionale overheidsorganen werd versterkt, ten opzichte van het adviseerende 'veld' (beroepsbeoefenaren, gebruikers; en verzekeraars/financiers).
- een zeer ingewikkeld systeem van financiële kaders, waarmee het mogelijk zou moeten worden de totale financiële ruimte voor een regionaal plan, aan te geven en daarbinnen in beperkte mate te kunnen schuiven r.m het premiegefinancierde naar het begrotingsgefinancierde gedeelte en omgekeerd.

CaHtie

Omdat het slechts om wijzigingen in de WVG ging, werd het ontwerp eerst gestuurd naar de Raad van State, zonder eerst om advies van de Ziekenfondsraad en Nationale Raad voor de Volksgezondheid te vragen. De Raad van State weigerde dit te accepteren. De normale procedure moest worden gevolgd. Pogingen om de afdeling 15 onder zeer grote tijdsdruk te zetten mislukten. De Nationale Raad protesteerde tegen de toenemende centralisatie, maar zag toch wel iets in de WVG. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten vond de bevoegdheden van de lagere overheden te gering ten opzichte van die van de centrale overheid in de WVG. Te weinig decentralisatie dus. De Ziekenfondsraad achtte de voorgaande bevoegdheden voor overheidsorganen in strijd met het verzekeringssysteem.

De Ziekenfondsraad deinsde de WVG er niet voor terug om in haar verslag de planningssystematiek van de WVG en de WGM een coalitie aan te gaan met typische vertegenwoordigers van de particuliere initiatief: de particuliere kostenverzekeraars en de Ziekenfondsenorganisatie FNV en CNV. Zij zochten bij deze coalitie aan zodat een breed front ontstond. Dit leidde tot het advies van de Raad over "planning van de financiering", dat inhield dat de eerste lijns; zorg Ziekenfondsraad en AWBZ eigenlijk voldoende mogelijkheden bieden om tot planning te

gaan. Het verschil met de WVG liet in de opzet van de Ziekenfondsraad niet de overheidsorganen, de verzekeraars zijn die door de WVG bevoegdheden, op het gebied van de planning zouden krijgen, datgene wat er van het plan daadwerkelijk tot uitvoering komt. Dat is dan, precies, wat de verzekeraars altijd hebben, gewild sinds er de invoering van de al jaren geleidelijk het Parlement aanvaardde WVG gepraat. Zij hebben nooit

de consequentie van de planningswet willen aanvaarden dat uit besluiten van regionale overheidsorganen zou kunnen voortvloeien wat zij hebben te betalen. Het systeem van de WGM is voor hen helemaal uit den boze, omdat overheidsorganen dan zelfs zouden kunnen besluiten om premiegelden te besteden buiten de verzekeringssector.

De verzekeraars zijn belast met het beheer van de door de verzekerden bijeengebrachte premiegelden en hebben erop toe te zien dat die worden uitgegeven voor het doel waarvoor ze zijn opgebracht, zo is hun redenering. Dus nadat het overheidsorgaan tot de vaststelling van het plan is gekomen, zal het altijd nog aan de verzekeraar zijn om te beoordelen of voorzieningen ook uit hun pot betaald zullen worden. Het erkenningen- en indicatiesysteem van ZFW en AWBZ zou moeten blijven functioneren, ook al is er een WVG. Zelfs de verplichting voor de ziekenfondsen om alle beroepsbeoefenaren, die zich als medewerker aanmelden, te contracteren, zou moeten komen te vervallen.

Iets dergelijks is natuurlijk nooit de bedoeling geweest van de WVG. Het zou kunnen betekenen dat instellingen die erkend zijn op grond van de WVG en hun plaats in het plan hebben, van financiering via ZFW/AWBZ verstoken blijven, of dat een beroepsbeoefenaar met een vestigingsvergunning van het gemeentebestuur op zak, geen contract met het ziekenfonds zou kunnen krijgen.

Toch plannidg?

Inmiddels is er een tweede bijgesteld ontwerp WVG (mei 1985), waarin al behoorlijk aan de kritiek uit de hoek van verzekeraars/financiers is tegemoetgekomen en veel meer wordt erkend dat die hun eigen onaantastbare bevoegdheden hebben in de premiegefinancierde sector.

Van de oorspronkelijke mooie bedoelingen blijft dan ook niet veel over. Buiten het Ministerie van WVC lijkt eigenlijk niemand meer erg in de planningswetgeving te geloven. Evaluatierapporten over experimenten met de integrale invoering in Eindhoven en Kennemerland, maken het beeld er niet fraaier op. Des te opmerkelijker is het dat Het Kabinet op 27 september jl. zijn goedkeuring hechtte aan een vestigingsregeling voor huisartsen, gebaseerd op de 'oude' WVG.

Overigens ook hier weer hetzelfde beeld: niemand is tevreden. De beroepsgroep van de huisartsen vindt dat ze te weinig invloed op de vestigingsprocedure heeft. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten vindt dat de gemeenten te weinig beleidsruimte hebben, omdat de normen voor aantal-

len huisartsen en individuele praktijk-grootte vastliggen. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen betreurt het dat niet is gekozen voor ontheffing van de contracterplicht voor de ziekenfondsen als vestigingsregeling. En van links komt de kritiek dat deze afscherming van de markt niet in het belang is van de patient.

Dat het vestigingsbesluit voor huisartsen toch kan worden doorgezet zou de verwachting kunnen wekken dat nu ook andere elementen van de WVG/WGM alsnog ingevoerd zullen gaan worden. Het Ministerie van WVC heeft, in haar pogingen met de fundamentele bezwaren van de verzekeraars/financiers rekening te houden, de zaak enorm ingewikkeld gemaakt. Naar mijn idee zal er van verdere planning niet veel meer terecht komen. ••

Vrouwen, vruchtbaarheid en industriële belangen

Farmaceutische internationals dumpen nogal eens verouderde, in het Westen verboden geneesmiddelen in de ontwikkelingslanden. Zo stelde WEMOS het verkopen van anabole steroïden door Organon aan de kaak. Deze praktijken vinden ook plaats met allerlei anticonceptiemiddelen. Reden voor de vrouwenfarmagroep van WEMOS om een internationaal samenwerkingsverband op te zetten.

Lenny Achthoven schetst de wegen waarlangs dit "Women's network on pharmaceuticals" haar doelen wil bereiken. Het ontwikkelen van een eigen "vrouwenvisie" én het kritisch volgen van de traditioneel wetenschappelijke onderzoeken spelen hierbij een rol. Dat het niet blijft bij studeren, blijkt wel uit het feit dat het netwerk inmiddels de eerste resultaten behaalde op de VN-vrouwenconferentie in Nairobi jongstleden zomer.

Lenny Achthoven

Vrouwen nemen een sleutelpositie in in de gezondheidszorg. Zij gebruiken veel geneesmiddelen en beslissen vaak ook nog voor familieleden over de aanschaf van geneesmiddelen. In ontwikkelingslanden wordt een onevenredig groot deel van hun totale inkomen besteed aan vaak preparaten met een twijfelachtige effectiviteit. Daarnaast zijn er nog een groot aantal middelen op de markt die de vruchtbaarheid van de vrouw beïnvloeden. Deze preparaten worden ook in de ontwikkelingslanden op grote schaal geïntroduceerd via family-planningsprogramma's. Hierbij ontbreekt het de vrouwen veelal aan basis-informatie over de werkingen en bijwerkingen van de verschillende preparaten. Bij de ontwikkeling van nieuwe preparaten spelen vrouwen zo goed als geen rol. Het is zo langzamerhand onaanvaardbaar dat kenris over middelen die speciaal bestemd zijn voor vrouwen, geconcentreerd blijft in handen van mannelijke specialisten. In dit artikel zal kritisch worden ingegaan op de ontwikkelingen op het gebied van

de hormonale anticonceptie. Dit is slechts een deel van ons totale aandachtsgebied 'Vrouwen en geneesmiddelen'.

Innorele praktijken

Vrouwen kunnen vanaf de leeftijd dat ze gaan menstrueren tot ver in de menopauze blootstaan aan verschillende hormoonpreparaten met vele bekende en nog onbekende bijwerkingen. In extreme vormen doet deze situatie zich op dit ogenblik voor in de ontwikkelingslanden. De industrie heeft grote financiële belangen bij een groeiende markt voor geneesmiddelen in de Derde Wereld. De verkopen in de Verenigde Staten en Europa stabiliseren zich en zullen volgens de prognoses de komende jaren alleen maar afnemen. Men zal zich dus steeds meer gaan richten op de Derde Wereld. De Europese farmaceutische industrie beheerst op het ogenblik 45,9% van de totale wereldexportmarkt voor geneesmiddelen. Hiervan heeft de Duitse industrie een marktaandeel van 20%

en neemt de Nederlandse industrie 3,7% voor haar rekening. Geneesmiddelen die in het Westen slechts onder strenge voorschriften door medici kunnen worden verstrekt of zelfs geheel van de markt zijn genomen, worden in de Derde Wereld zonder enige schroom nog steeds op de markt gebracht. Hierbij wordt er door de industrie misbruik gemaakt van de gebrekkige nationale wetgevingen op het gebied van geneesmiddelenimport en het ontbreken van consumentenorganisaties in de meeste ontwikkelingslanden. De medici in ontwikkelingslanden zijn bovendien volledig afhankelijk van de door de industrie verstrekte informatie. Gezien de grote economische belangen schuift de industrie maar al te graag de verantwoordelijkheid voor het gebruik af op slecht geïnformeerde medici en regeringen in ontwikkelingslanden.

~g~voo~dv.md~pr~
tijken vormen de zogenaamde KP drugs. Dit zijn hooggedoseerde oestrogeen-progesteron preparaten die circa tienmaal zoveel hormonen bevatten als de normale anticonceptiepillen. Zij werden ontwikkeld als zwangerschapstest en als middel tegen menstruatiestoornissen. In het Westen zijn ze van de markt genomen omdat ze als zwangerschapstest ineffectief bleken en bovendien bleken ze bij gebruik wanneer een vrouw reeds zwanger was, ernstige afwijkingen aan hart, ledematen en zenuwstelsel van de ongeboren vrucht te kunnen geven. Deze middelen worden echter nu nog steeds op grote schaal gebruikt door vrouwen in ontwikkelingslanden als zwangerschapstest, abortusmiddel en als middel om de menstruatie opnieuw op gang te brengen. E.P. drugs worden door verschillende farmaceutische industrieën nog steeds geëxporteerd naar ontwikkelingslanden. Wij stellen

ons daarbij de vraag: "Waarom zou een middel dat niet geschikt is bevonden voor een Westerse vrouw, plotse-ling wel geschikt zijn voor een vrouw in een ontwikkelingsland?" Het ge-drag van de industrie is in deze immo-reel. Zij heeft immers ook de verant-woordelijkheid voor de gezondheids-toestand van haar consumenten en dient bij de verkoop van middelen re-kening te houden met de gebrekkige medische infrastructuur van de be-treffende landen.

"Ontwikkeling" in anti-conceptie

Sinds de introductie van de pil is het in principe mogelijk geworden een bewuste keuze te maken voor een kind. Dit betekende een bevrijding van het onverbreeklijk met vrijen verbonden moederschap. De keerzijde van deze ontwikkeling was dat vrouwen hier-mee voortaan afhankelijk werden van anticonceptiemiddelen en de conse-quenties daarvan. Dit betekende dat vrouwen steeds meer macht over eigen lijf verloren. Na de succesvolle intro-ductie van de pil heeft de industrie het onderzoek naar nieuwe hormonale middelen voortgezet. Daarbij valt op dat men steeds langduriger werkzame preparaten ontwikkelde, zoals de prikpil en zeer recent Norplant[®]. Nor-plant[®] wordt als hormoonpreparaat onder de huid van de arm geïmplanteerd en beschermt dan gedurende maar liefst vijf jaar tegen zwangerschap. Vooral dit middel wordt zeer geschikt geacht voor vrouwen in ont-wikkelingslanden omdat het de bevol-kingsplanners verzekert van vijf jaar onvruchtbaarheid bij de gebruiksters. Zo'n geïmplanteerd preparaat kan niet zomaar verwijderd worden. Dit vereist een operatie onder plaatselijke verdoving in steriele omgeving die on-geveer 20 minuten duurt. Vrouwen die het middel gebruiken zijn sterk afhan-kelijk van medische structuren. Zij verliezen met dergelijke middelen een groot deel van haar beslissingsrecht over haar vruchtbaarheid.

Women's network

Het zoveelste incident op de genees-middelenmarkt, ditmaal met de E.P. drugs, vormde voor een aantal vrou-ven binnen de Werkgroep Medische Ontwikkelings Samenwerking, WE-JIOS, de aanleiding om het initiatief te nemen tot oprichting van een inter-nationaal samenwerkingsverband van nou zo.: 'Internationaal women's net-work' ~als'. Vrouwen pogt binnen dit netwerk kennis en onder-zek in eigen hand te nemen om zo een stuk macht over hun eigen li-chaam terug te veroveren. Daartoe

staan ons verschillende wegen open. Het is allereerst belangrijk dat vrou-ven overal ter wereld kunnen be-schikken over dezelfde informatie over nieuwe en oude preparaten. Door middel van het netwerk hopen we een intensieve informatieuitwisseling op gang te brengen, die over en weer zal leiden tot een zo compleet mogelijk beeld van problemen van vrouwen met geneesmiddelen. Dit is voor ons een essentiële vorm van bewustwording. Het maakt vrouwen minder kwetsbaar en afhankelijk van de veelal gekleurde voorlichting van de industrie. Met zo'n samenwerkingsverband kun je elkaar waarschuwen voor slechte middelen en gezamenlijk werken aan exportbe-perkingen van ineffectieve en zelfs ge-vaarlijke middelen als E.P. drugs.

Naast een internationale informa-tie-uitwisseling tussen vrouwen is het van fundamenteel belang om het on-derzoek en de ontwikkeling van ge-neesmiddelen meer in eigen hand te nemen. Daarbij kunnen we in grote lij-nen twee richtingen onderscheiden. We kunnen een geheel eigen 'vrouwen-visie' op geneesmiddelen proberen te vormen. Daarbij denken we aan het beoordeelen van preparaten op hun 'vrouwvriendelijkheid'. Met 'vrouw-vriendelijk' bedoelen we preparaten die een zo kort mogelijke werkings-duur hebben, zo min mogelijk bijwer-kingen hebben, betrouwbaar en goed-koop zijn. Alle vrouwen moeten hier-bij hun macht over lichaam en vrucht-baarheid kunnen behouden. Bij mid-delen als de prikpil en Norplant[®], komt hun zelfbeschikkingsrecht in het gedrang. Op grond hiervan zouden de-zee 'vrouwvriendelijke' preparaten moeten worden afgewezen. Bij de ont-wikkeling van een vrouwenvisie op vruchtbaarheidsbeïnvloedende mid-delen passen ook eisen aan de farma-ceutische industrie om nu eens einde-lijk ernst te maken met de ontwikke-ling van anticonceptie voor mannen en het ontwikkelen van betere niet-hor-monale anticonceptiemethoden voor vrouwen. Waarom zouden vrouwen genoeg moeten nemen met hor-moonpreparaten, terwijl mannen nau-welijks bereid zijn het relatief on-schuldige condoom te gebruiken? Al jaren liggen de ontwikkelingen op het gebied van de barrière-middelen als condooms en pessaria stil.

Bij deze strategie ligt het voor de hand dat de vrouw niet meer afhan-kelijk wil zijn van de medicus of medica die de nodige verplichte handelingen moet verrichten, voordat ze de be-schikking krijgt over een effectieve ge-boorteregelingmethode. De industrie zal dan minder verzekerd zijn van een medisch gecontroleerde continue con-sumptie van haar middelen, zoals dit nu bij de pil en het spiraal wel het geval is. Middels recente ontwikkelin-

gen op de anticonceptie markt trach-ten de industrieën op deze gevoelens van ongenoegen in te spelen. Dit blij-ken echter veranderingen in de marge te zijn, met een essentieel andere kijk op anticonceptie heeft het niets te ma-ken. Twee voorbeelden kunnen dit verhelderen. Het anti-progesteron, een soort abortus pil wordt in de vrou-wenpers ontvangen als een middel waarbij vrouwen weer baas in eigen buik kunnen worden. Gezien de men-struatiestoornissen die optreden bij herhaald gebruik en de nog ver van perfecte betrouwbaarheid, zal dit middel in handen van medisch ge-schoold personeel blijven. Een ander voorbeeld is de recente ontwikkeling op het gebied van de prostaglandines waarmee vrouwen zelf een abortus zouden kunnen opwekken. Bij deze middelen is een goede medische infra-structuur op de achtergrond eveneens dringend noodzakelijk, aangezien bij 20 procent van de vrouwen geen of een incomplete abortus optreedt. Ernstige bloedingen zijn hierbij niet denkbeel-dig. Deze vaginale prostaglandinepil is met name ontwikkeld voor gebruik in de Derde Wereld. Dat is gezien het bovenstaande uiterst problematisch. Deze twee voorbeelden illustreren naar mijn mening duidelijk dat de zo-genaamde nieuwe middelen nog steeds niet veel meer betekenen dan de ont-wikkeling van meer van hetzelfde.

De tweede lijn waarlangs het onder-zoek zou kunnen lopen is die volgens de traditieuwe wetenschappelijke me-thode. Daarmee kunnen alle werkin-gen en bijwerkingen, voor zover in de medische literatuur beschreven, be-studeerd worden. Deze kennis vormt op-dit moment meestal de basis waar-op we acties ondernemen. Het bete-kenet dat je op grond van alleen weten-schappelijk aantoonbare onaanvaard-bare bijwerkingen, van de industrie kunt eisen middelen van de markt te nemen. Dat hiermee aan een groot aantal niet-wetenschappelijke be-wijsbare werkingen of niet onderzoch-te bijwerkingen wordt voorbijgegaan, is duidelijk. Als voorbeeld noemen we alleen al het scala van 'psychisch' ge-deuide klachten bij het gebruik van de pil zoals hoofdpijn, meer of minder zin in vrijen, stemmingswisselingen etc. Klachten van vrouwen dienen serieus geregistreerd en onderzocht te wor-den. Niet alleen de natuurweten-schappelijk aantoonbare bijwerkin-gen zoals een verhoogde kans op trom-be-embolische complicaties bij ge-bruik van hoog gedoseerde pillen, zou-den de aanleiding moeten zijn om te zoeken naar nieuwe preparaten. Wel kan er op goede gronden zorgvuldiger onderzoek naar effecten van hormo-nale middelen op de lange termijn

HEALTH CARE BOULEVARD



HET BELANG VAN DE PATIËNT

In de dagelijkse gang van zaken in de zorg is het een vertrouwd geluid: "Ik geloof toch echt dat dit in het belang van de patiënt is", Bijna even vaak zegt iemand het omgekeerde: "Dat doen jullie omdat het je goed uitkomt, maar dat is helemaal niet in het belang van de patiënt". "Het belang van de patiënt" is een standaard om goed en kwaad aan af te meten.

Ook als het niet gaat om concrete helpende handelingen, maar om de gezondheidszorg als groot geheel, wordt het belang van de patiënt graag aangehaald. De gezondheidszorg moet het belang van de patiënt dienen, heet het dan. In regeringsnota's verschijnt die stoplap haast nog vaker dan in de artikelen van linkse tegensprekers.

Het is een goede gewoonte aan het worden om in dit tijdschrift modewoorden van vraagtekens te voorzien. Dat is ook nu weer de bedoeling. Er volgt hier, dat is vraagtekens eigen, geen omvattende theorie over hoe het nu wél zit met zorg, patiënten en belangen. Vanuit een aantal zeer verschillende invalshoeken worden er rake opmerkingen geplaatst...

Kunnen patiëntenbelangen bijvoorbeeld "vertegenwoordigd" worden? Er zijn allerlei organisaties die graag bereid zijn de taak op zich te nemen patiënten te vertegenwoordigen. De consumentenbond is er één van. Hoe pakt ze haar (nieuwe) taak aan, wat doet ze om voor patiënten op te komen? Margriet Andela, medewerkster van de Consumentenbond, wordt hierover in een interview aan de tand gevoeld.

Als patiënten zich organiseren zijn hulpverleners vaak geneigd om dan maar alle verantwoordelijkheid af te schuiven. Als patiënten zichzelf willen leren helpen: prima. Hoe minder ze zeuren hoe beter! Jean Oliehoek vertelt hoe de hoge bloeddrukgroep van Overvecht in Utrecht op dergelijke afschuiftacties is stuk gelopen.

Zaken aanprijzen "in het belang van de patiënt" hoeft ze nog niet goed te maken. Cor van der Weele wijst erop hoe juist het presenteren van voortplantingstechnologie als een individueel "recht" van zieke en gezonde "patiënten" de weg is waarlangs de moderne eugenetica sluipenderwijs onze levens binnenkomt. Annemarie Mol staat ook al wantrouwend tegenover het benaderen van zorg in termen van rechten en zou liever willen dat verdeling, prioriteiten en inhoud van de zorg ter sprake kwamen. Zij deelt "het belang van de patiënt" op in allerlei soorten belangen, die niet allemaal door alle patiënten gedeeld worden. Steunt de patiëntenbeweging dan nog wel op een vanzelfsprekende **eenheid** of moet ze begrepen worden als een strategische **coalitie**?

Floor Martens betwijfelt of het wel zo verstandig is het belang van patiënten in alle gevallen tegenover dat van de dokters te zetten. Er zijn nog meer tegenstellingen in deze wereld, sexe-tegenstellingen, tegenstellingen in en om arbeid en ga zo maar door. Soms wegen die zwaarder. In de inhoud van de zorg spelen, langs ingewikkelde wegen, de verschillende maatschappelijke tegenstellingen door. W\lf; bijvoorbeeldde sexe-stijd in de zorg wil aangaan, zã:ti;SICdan ook om die inhoud druk moeten maken.!!{jii

Marcel Post bespreekt~fi\$lotte het proefschrift van Mary Fahrenfort over de ervaringswerelden van patiënt en arts. De patiënt blijkt niet slechts een lijdzaam afwach- tend lijdend voorwerp, zoals Illich stelt. De patiënt verzet zich wel degelijk tegen de medische herdefiniëring van de klachten. Het uiteindelijk resultaat: een betere afstemming van de verwachtingen van de patiënt op de medische mogelijkheden. Leidt deze proto-professionalisering nu tot een versterking van de positie van de patiënt of juist niet?

TENSLU

In de praktijk schort er nog veel aan de nauwkeurigheid waarmee de apotheker werkt. Wij hebben alle gesignaleerde fouten gemeld aan de Inspectie van de Volksgezondheid. Dit aantal fouten moet omlaag, vinden wij, door een betere controle op de kwaliteit van het apothekerswerk.

Veel fouten betreffen de aflevering van te dure medicijnen en het berekenen van te hoge prijzen. Bij een goede geneesmiddelenvoorziening hoort ook een scherpe prijs. De consument moet kunnen nagaan of het verstrekte middel overeenkomt met het recept, en of de rekening klopt. Bijsluiters moeten bij alle geneesmiddelen verplicht worden. Daarnaast moet de consument het recht krijgen op een onafhankelijke toetsing bij klachten en zo nodig een passende schadevergoeding.

Bron: Consumentengids oktober '85

Interview Consumentenbond

Huisartsen mogen zich niet te snel telefonisch **afmaken** van <en patiënt die om hulp vraagt. Er is voor de consument geen enkele reden om mee te werken aan minder noodzakelijk **röntgenonderzoek**. **Verpleeghuisbewoners** moeten duidelijk omschreven rechten krijgen. Veel **missers met pillen en prijzen** in de apotheek.

De **Consumentenbond** houdt zich intensief bezig met de **belangen** van de consumenten van de **gezondheidszorg** de patiënten. In een interview met Margriet Andela, medewerkster van deze organisatie, komen de meest **uiteenlopende zaken** aan bod. Waarover **klagen** de mensen en hoe verloopt het **organiseren** en begeleiden van **patiënteninspraak**? Ook het onderzoeken van de "producten" van de gezondheidszorg en het uitlokken van uitspraken over aansprakelijkheid voor bijvoorbeeld defecten aan hartkleppen behoren tot het omvangrijke **takenpakket**.

Wat levert tien jaar **bemoeienis** met de gezondheidszorg op?

Hans Spijker
Goof van de **Wijngaart**

**Resultaat
door
onderzoek,
niet door
inspraak**

De Consumentenbond houdt zich al tien jaar met de **WJgezondheidszorg** bezig. Ze vindt dat de consument een **potentiële patiënt** is en gebruiker van gezondheidszorgvoorzieningen kan worden. Vandaar dat de **belangenbehartiging** van de consument ook de **belangenbehartiging** van de patiënten omvat.

Tien van de in totaal 150 medewerkers van de Consumentenbond doen onderzoek naar de **deugdzzaamheid** van hulpmiddelen en de **kwaliteit** van medicijnen, vergelijken de pakketten van de ziektekostenverzekeringen, **vertegenwoordigen** de 480.000 leden in onder andere de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, het Landelijk Patiënten Consumenten Platform en in de **beleidsraad** van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Daarnaast behandelen ze klachten en onderzoeken ze de **inspraakmogelijkheden** in de verpleeghuizen. Over de activiteiten van de Consumentenbond spraken we met psychologe Margriet Andela, medewerkster dienstverlenend onderzoek.

Onderzoek

Onderzoek is 'n **onderdeel** van onze ledenservice. We komen aan **onderwerpen** via de klachten die leden bij ons deponeren, de vragen die ze stellen en via de actualiteit. We hebben een tijdje geleden een hele serie vragen over tarieven gehad, omdat daar veel onduidelijkheid over bestond. Mag een huisarts nu wel of niet een telefoontje in rekening brengen. Waarom vergoedt het ziekenfonds een bevalling door de vroedvrouw wel en door de huisarts niet. Dat soort zaken. Ons onderzoek en de **pressie erna**, heeft ertoegeleid dat het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg een informatiebureau over tarieven heeft geopend. Met het Ministerie van Economische Zaken zijn we bezig een soort **geschillencommissie** op te richten. **Geschillencommissies** bestaan er ook op het gebied van **parketvloeren**, waarom dan niet in de gezondheidszorg?

We komen ook aan **onderzoeksonderwerpen** via ons **gezondheidspanel**, een groep van 10.000 leden die we regelmatig **enquêteren** voor onderzoeken en die ook **interesses** aangeeft. Naast deze **enquêtes** interviewen we **direct** betrokkenen bij het **onderzoeksonderwerp** en doen we **praktijkproeven**. We gaan bijvoorbeeld naar tien tandartsen en vragen wat ze van ons **gebit** vinden. Je krijgt dan de meest **uiteenlopende antwoorden**: van 'piekfijn' tot 'dat wordt een kunstgebit'. Onlangs hebben we een **dergelijk onderzoek** bij apothekers gedaan. Met één recept zijn we naar 150 apothekers gegaan en hebben gekeken hoe

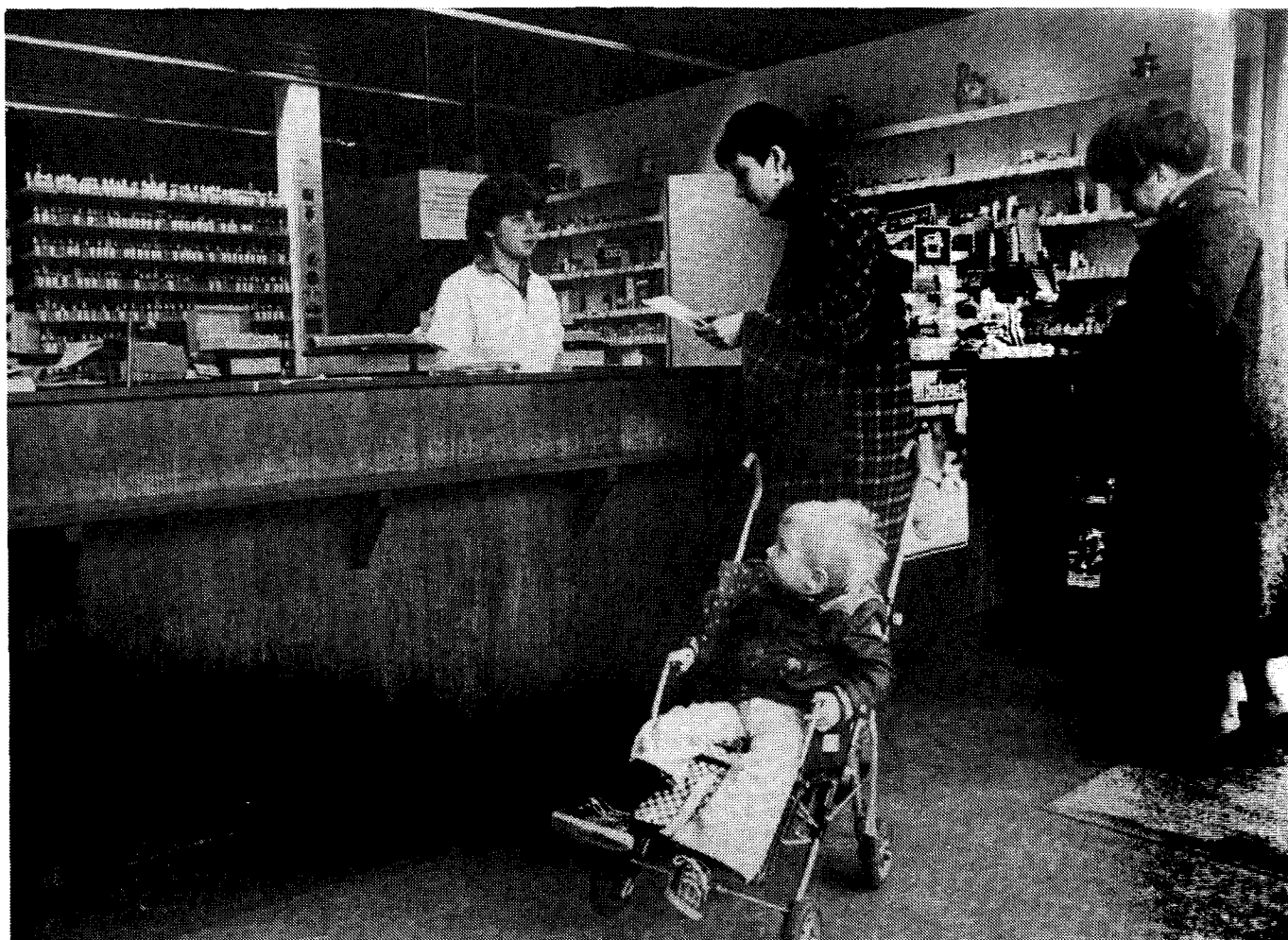


Foto: Ine vanden Broek

ze afleverden. Wat staat er op het etiket, zit er een bijsluiter bij. We hadden een paar trucjes ingebouwd. Vesparax bijvoorbeeld wordt - dat is tenminste een advies van de KNMG - niet in grotere hoeveelheden dat vijf stuks afgeleverd. Op ons recept stond het aantal tien en dat werd ook moeiteloos door apothekers geleverd. Moeilijk is om artsen te vinden die de recepten die jij verzint uit willen schrijven. We hebben ook bekeken wat ze in de vrije verkoop aanbieden. Voor je keel krijg je bij de één Wybertjes, bij 'n ander iets voor frisse adem en bij weer 'n ander zware coffeïne-tabletjes. Of je bekijkt of ze - als je bijvoorbeeld pijnstillers vraagt - goedkope of dure middelen verkopen. Dat vind ik het leukste onderzoek. Je gaat er zelf op uit, je kijkt hoe het in de praktijk allemaal werkt. Het is onderzoek vanuit een voor onze leden heel herkenbare situatie.

Probleem bij de invloed van dit soort onderzoek is dat je er weliswaar voortdurend op zit te hameren dat de arts, de apotheker en andere hulpverleners juiste informatie moeten geven, maar dat de consument toch vaak de 'witte jas' vertrouwt. Die hebben er toch voor geleerd?

Voor die mensen maakt het toch ook niet uit wat ze krijgen, wybertjes of zwaardere spullen? 't Werkt omdat ze de arts vertrouwen!

Dat is ook het dubbele eraan. Jij velst een oordeel dat bet 'verkeerd' is, terwijl het misschien wel de eigen wens van de patiënt is. In je opleiding leer je dat je moet doorvragen, dat het een psychosociaal probleem kan zijn, terwijl de patiënt misschien alleen maar een recept wil. We hebben onderzoek gedaan naar 'kind en ziekenhuis', omdat we zelf het idee hadden dat ouders voortdurend bij hun kind moeten kunnen zijn (open bezoeken, kunnen blijven slapen...). Uit onze enquête bleek dat ouders die sociale druk ontzettend vervelend vonden. Ze hadden het idee dat ze, als ze naast een bed verderop iemand zagen zitten, zij ook moesten blijven, terwijl ze liever snel naar huis wilden om ~"Oude andere kinderen te zorgen. Je hebt er zelf een bepaalde visie op hoe het goed zou zijn, maar

in de praktijk blijkt dan dat mensen het hardstikke vervelend vinden om de hele dag naast zo'n bedje te gaan zitten.

Wat voor de één geldt, hoeft helemaal niet voor de ander op te gaan, dat is een probleem bij deze onderzoeken. Als we bijvoorbeeld pleiten voor het kindveilig verpakken van geneesmiddelen, dan zijn gehandicapten srtegen, omdat ze die verpakking niet meer open kunnen krijgen. Waar kies je dan voor?

Inspraak

Het lijkt erop dat er een heel nieuw vergader- en bonzen-circuit in de gezondheidszorg aan het ontstaan is: patiënten die op allerlei niveaus bij het beleid betrokken worden en landelijk en regionaal in platforms 'de patiënt' vertegenwoordigen...

Dat heeft niets meer te maken met patiëntenvertegenwoordiging. Er is wel een goed overleg tussen platformvertegenwoordigers, er zijn studiedagen over hoe je je achterban erbij kunt houden, er is een blad van de Werkgroep 2000 dat de mensen informeert. Het is een dilemma. Aan de ene kant wordt patiënten vaak verweten dat ze alleen maar over hun eigen individuele situatie kunnen praten. Aan de andere kant, als je dat soort anecdotes als 'laatst was ik nog bij mijn dokter en...' uit de vergaderingen houdt, ben je ook zo'n grijze duif die niet meer weet wat z'n eigen ervaring is met de hulpverlening. De kadercurricula van het Landelijk Patiënten/Consumenten... Platform benadrukken dat ook: voor ogen houden wat je eigen ervaringen waren en niet zo worden als die andere vergaderders. Leren vergaderen, leren lobbyen en je eigen ervaring voor ogen houden!

Zijn er binnen de patiëntenbeweging, groepen die weigeren mee te doen aan het inspraakcircus?

Ik zou het niet weten. Je moet je niet op al die inspraakverkiezingen hoor. Ik merk wel - ook binnen de Consumentenbond - dat mensen kritischer gaan kijken naar bijvoorbeeld participatie in de Nationale Raad voor de Volksae-

zondheid. Ze gaan naar het effect kijken. Je kunt over details meepraten, maar daarmee heb je ook het beleid gelegitimeerd... het enthousiasme is aan het afnemen. Moet je tussen twee kwaden kiezen? Moet je je laten drukken in de hoek van 'nu hebben ze inspraak en nu willen ze niet'? Ik krijg steeds meer het gevoel dat we alleen maar gebruikt worden; beleid kunnen we niet maken. Je kunt over een komma of punt twisten in een bestaand stuk, meer niet. Zo'n Nationale Raad... je zit daar tegenover allerlei machtsblokken. Van de artsen, van andere hulpverleners: wat kun je nog doen? Zonde van je tijd! Al die pakken papier doorwerken, strategie bespreken. Een hele hoop commissies 'doen' we gewoon niet meer.

Klachten

Is het behandelen van klachten van jullie leden ook 'n belangrijke activiteit van de bond?

Ja, een aantal juristen heeft er z'n handen vol aan. Wij geven vaak rechtsbijstand. Probleem is dat je een andere hulpverlener uit dezelfde discipline nodig hebt voor een deskundigenrapport. En aan zo iemand is heel moeilijk te komen. Ze houden elkaar de handen boven het hoofd. Je moet naar een Tuchtcollege om alleen al de feiten boven tafel te krijgen, zonder dat je nog overweegt om te klagen. 'n Probleem dat bij ziekenhuizen speelt is wie je aansprakelijk moet stellen. We voeren nu een proefproces om te komen tot centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Als een pacemaker op hol is geslagen, zegt het ziekenhuis dat het moeilijk uit te zoeken is omdat het een teambehandeling was. Vervolgens zegt men dat het aan de fabriek ligt, de fabrikant zit in Japan en dan heb je dus pech gehad. Nee, het ziekenhuis moet je aansprakelijk kunnen stellen en die moet het dan maar weer met importeurs en fabrikanten uitvechten. De patiënt moet één adres hebben waar hij naar toe kan gaan. We proberen daar nu een uitspraak over te krijgen in de 'hartkleppenaffaire'. De fabriek staat in Amerika, maar we willen de aansprakelijkheid van de Nederlandse ziekenhuizen vaststellen.

Waarover krijgen jullie veel klachten?

Over wachttijden. Over de pil en over sterilisaties; dichte verwijsbrieven van huisartsen: moet je dat pikken? Over veel te zware pillen die voorgeschreven worden door huisartsen die nu éénmaal zo gewend zijn en weigeren hun voorschrijfgedrag te veranderen. Ook veel over röntgenfoto's. Op iedere nieuwe afdeling waar je binnenkomt moet je eerst achter het röntgenapparaat. Niemand legt uit waarom. Als je daarover schrijft krijg je een stroom van reacties van röntgenologen die uitleggen dat het gevaar van straling reuze meevalt en geen foto nemen betekent ook een zeker risico.

Pakt 'n centrale organisatie wel eens een probleem op? De wachttijden in poliklinieken bijvoorbeeld...?

De Ziekenhuisraad heeft niets over de specialistenwinkeltjes te vertellen. Met de Landelijke Specialisten Vereniging hebben we een heel moeizaam contact, maar ja... 'n volle wachtkamer geeft ook status: dan kun je zien dat je het als specialist goed doet! Die specialisten zeggen ook: je bent ziek en wat zeur je dan, dan heb je toch alle tijd?

Overwegen jullie 'n zwarte lijst op te stellen? Dergelijke namenlijsten functioneren allang informeel onder patiënten.

Als landelijke organisatie is dat moeilijk omdat je een landelijk beeld moet geven, maar we hebben het wel eens gedaan. We hebben een lijst gemaakt van wachttijden in poliklinieken. Andere onderwerpen zijn moeilijker, omdat we met steekproeven werken; voor een goede zwarte lijst

moet je elke hulpverlener bekijken. Bij het onderzoek naar de kwaliteit van broodjes tartaar hebben we wel de zaken genoemd waar de tartaar slecht was. Z'n buurman heeft misschien even slechte waar, maar die ontsprong de dans omdat we hem niet in onze steekproef hadden zitten. We geven bij wijze van ledenservice wel informatie over onderwerpen waar onderzoek naar geweest is. Als iemand belt en vraagt welk verpleeghuis we aanbevelen in een bepaalde regio, dan zeggen we welke huizen slecht bekend staan of waar we veel klachten over hebben binnen gekregen. Maar daar een gidsje van maken...nee, dat doen we niet. In principe zouden we wel met dergelijke lijsten willen werken, die geven duidelijkheid.

Besteden jullie aandacht aan het Medisch Tuchtcollege?

Wat daar gebeurt keuren we niet goed. Met het Platform proberen we een alternatief voor de klachtenbehandeling te ontwikkelen. Een geschillencommissie of een gezondheidsrechtbank. In ieder geval niet alleen met artsen erin; een onafhankelijk college. Een college dat ook meer sancties kan uitoefenen. Misschien moet de Inspectie haar werkwijze veranderen. Nu kunnen ze een 'branche' doorlichten, maar als individu heb je er niets aan. Verder kan ook de burgerrechter vaker ingeschakeld worden. We proberen aan te sluiten bij bestaande structuren, anders wordt het helemaal een onhaalbare of tijdrovende zaak.

Tien jaar

Wat heeft de Consumentenbond in de afgelopen tien jaar in de gezondheidszorg bereikt?

Laat ik voorop stellen, als er iets is bereikt, dan is dat niet via overleg gebeurd! Kijk 'ns naar de commissie patiëntenrecht. Wij hadden destijds een minderheidsstandpunt waarin we voor rechtstreeks inzage recht waren. Als ik nu zie hoe het KNMG-voorstel eruit ziet dan vraag ik me af wat we bereikt hebben. D'r staat ergens een zinnetje "over recht op inzage - ik word dan heel kwaad. Al die energie en dan dat ene zinnetje! En de arts moet volgens de KNMG nog steeds bepalen of inzage wel goed is voor de patiënt.. Waar hebben we voor zitten knokken?"

Via vertegenwoordiging in zo'n commissie maak je mensen niet bewust van hun inzage recht. Dat gebeurt wel via ons onderzoek: in het schoolartsenonderzoek hebben we de vraag gesteld of de ouders het dossier wel meenamen als het kind van school ging. Dat heeft veel mensen aan het denken gezet en ze hebben de dossiers opgehaald. Daar heb je geen vertegenwoordiging voor nodig!

Op het gebied van de tarieven hebben we wat bereikt - denk maar aan het informatiepunt en de geschillencommissie. Als je processen wint - over teruggave van röntgenfoto's bijvoorbeeld - geeft dat jurisprudentie. Ook dat heeft niets te maken met inspraak en vertegenwoordiging.

Nu zijn we aan het overleggen met de ziekenhuizen over een folder waarin je rechten als patiënt staan. Zoiets heeft effect, dan word je serieus genomen. Veel gebeurt na onderzoeken plaatselijk.. Na ons onderzoek naar wachttijden in poliklinieken werden we gebeld door ziekenhuizen met de vraag of we ideeën hadden hoe die bekort kunnen worden. Dan reis je erheen en breng je iets op gang. Maar dat zijn allemaal resultaten van onderzoek, niet van inspraak; dat is het frustrerende eraan.

Selecteren

Er zijn patiënten die steeds meer van hetzelfde willen: méér massage, méér pillen, méér apparaten. Wat doe je dan als bond?

We hebben een aantal uitgangspunten. Ten eerste: toen de bomen nog tot in de hemel groeiden, kon dat ook allemaal. En waarom ook niet? Als de mensen meer pillen

willen, dan moet dat kunnen. Maar nu moet je keuzes maken en krijg je te maken met de grenzen van de zorg. Met die keuzes heeft de bond weinig te maken, dat zijn politieke beslissingen. Wij toetsen alleen maar. Het selectievraagstuk speelt niet alleen bij patiënten die meer willen. De overheid wil beheersen, hulpverleners willen profileren en professionaliseren, ziekenhuizen budgetteren; overal speelt de vraag wie straks hoeveel geld krijgt.

Wij hebben dus met de patiënt te maken. Dat méér willen komt nu al minder voor dan vroeger. Toen waren er groepen die op elke straathoek een wijkverpleegkundige wilden. Nu zien de mensen dat "meer willen" wel eens tegenstrijdig kan zijn aan "beter willen". Je moet keuzes maken en daar zijn we heel pragmatisch in. We zijn geen idealistische organisatie. We zien ook wel dat het uit de lengte of uit de breedte moet komen. Het selectievraagstuk speelt op drie niveaus. Op macroniveau: waarom moet je 10% aan gezondheidszorg besteden. Waarom niet minder geld naar defensie en meer naar gezondheidszorg? Maar goed, daar houden we ons niet mee bezig, wij richten ons op het meso- en microniveau. Als je daar slechte selectiecriteria maakt, legitimeer je de slechte keuzes die op macroniveau zijn gemaakt. Dat is bij schaarste een dilemma waar je voor staat: moet je meewerken aan selectiecriteria en daardoor altijd een groep patiënten de dupe laten worden of moet je principieel weigeren een slecht beleid op die manier uit te voeren? Werken op mesoniveau betekent bepalen bij welke voorzieningen het geld terecht komt. Tot nu toe bepalen met name de hulpverleners waar de behoeften van de mensen liggen, wij vinden dat de mensen zelf daarover mee moeten kunnen praten. Het hele bestuursmechanisme moet verbeteren zodat de mensen er invloed op krijgen. Ten tweede moeten de voorzieningen die bestaan ook optimaal functioneren. Optimalisering, niet maximalisering. "Schaarste" betekent vaak het niet functioneren van voorzieningen: ruzie tussen hartchirurgen bijvoorbeeld. Op zich is het geen probleem dat een patiënt geavanceerde techniek wil, maar een ziekenhuis denkt dat zo'n apparaat 24 uur per dag moet draaien en dan gebeuren er allemaal

overbodige dingen mee en dat kost geld! Als ze nu eens zouden beginnen met het niet verrichten van overbodige onderzoeken, dan is dat al heel wat.

Bij selectie zit je met de vraag wat je nu eigenlijk wilt. Je hebt te maken met solidariteit: je raakt specifieke groepen. Dure kunsthartes afschaffen? Of bezuinigen op minder levensbedreigende zaken; een wachtlijst voor heupoperaties? Kiezen voor solidariteit betekent kiezen voor minder voorzieningen waar meer mensen gebruik van kunnen maken. Of je nu wel of niet meewerkt, met selectie krijg je toch te maken. Je woont bijvoorbeeld in een plaats waar geen dialyse mogelijk is, maar je hebt een groot huis waar je dialyse kunt doen, of je hebt vriendjes die ingangen weten, of je hebt geld: dat werkt heel oneerlijk. Dan kun je beter meewerken aan het opzetten van een goed selectiesysteem.

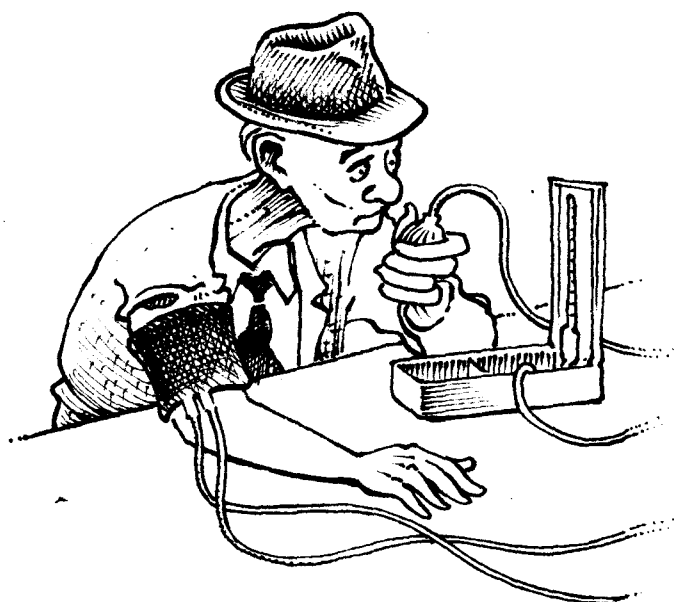
Wij vragen ons momenteel af of je voor bepaalde voorzieningen toch niet een eigen risico moet invoeren. Als je ziet wat ziekenfondspatiënten niet allemaal aan tandartsen moeten betalen, dan zou je eens kunnen onderzoeken of de mensen niet 10% eigen risico voor de tandarts en 10% eigen risico voor de huisarts willen hebben. Misschien wil men dat wel liever dan alles van de huisarts vergoed krijgen en veel betalen bij de tandarts! Moeten ongelukken bij de wintersport vergoed worden door het ziekenfonds of moet je die in een aparte verzekering onderbrengen? Ik vind van wel! Bevallingen... is dat gezondheidszorg? Of moet je dat via fiscale aftrekposten vergoeden? Waar leg je de grens dan? Bij sportongevallen? Mensen die roken?

Achter elk argument zit weer een argument. Iemand die veel rookt, doet dat ook niet zomaar. Slecht werk- of woonomstandigheden kunnen daarmee te maken hebben en dan zit je al heel snel op het terrein van de preventie. Moet je dat vooral gaan financieren? De solidariteitsgedachten optimaliseren vind ik heel moeilijk. Kun je een systeem bedenken waarmee iedereen tevreden is en niemand buitenom kan? Ook al maak je de hele gezondheidszorg gratis, mensen blijven toch steeds meer willen. En het blijft oneerlijk **verdeeld...**

TENSLOTTE

Röntgenonderzoek zal vaak nodig zijn. Er vindt echter ook minder noodzakelijk onderzoek met röntgenstraling plaats. Er is voor de consument geen enkele reden om daaraan mee te doen. Maak voor u zelf steeds opnieuw de afweging. Al zijn de risico's soms nog zo klein, waarom zou u zichzelf aan straling blootstellen als daar geen goede reden voor is? Wij pleiten voor het bewuster maken van die afweging en op die manier beperken van het aantal röntgenfoto's en de gebruikte hoeveelheid straling.

Hoge bloeddruk



BERT CORNEUS

„Bij het beoordelen van geldstukken vertrouwt men andere ogen niet, doch waar het om leven en gezondheid gaat volgt men blindelings het oordeel van anderen“.

Aldus stelt Desiderius Erasmus in zijn lofrede op de Geneeskunde in 1518. Hij vervolgt met vast te stellen dat er door alle tijden heen geneesheren zijn die uit onwetendheid of eerzucht verarring stichten onder de mensen, maar zegt hij verder:

„mensen behoren op de hoogte te zijn van die kennis die handelt, over hoe men de gezondheid kan behouden.“

Binnen het kader van een studie psychologie, accepteer ik in de zomer van 1977 een stage-aanbod om in een buurthuis te Overvecht wijkbewoners actief te betrekken bij de zorg voor hun eigen gezondheid. Ik wil proberen andere vormen van hulpverlening te ontwikkelen; vormen die beter aansluiten bij de behoeften zoals mensen die zelf ervaren en waarpinnen ruimte is voor emancipatieprocessen. Deze emancipatieprocessen zijn van belang voor noodzakelijke veranderingen van de machtsstructuur binnen de arts-patiënt- relatie (hulpgever-hulpvrager).

In overleg met de staf van het buurthuis kies ik voor de opzet van een werkgroep bestaande uit wijkbewoners. Deze zal zich bezig houden met het organiseren van thema avonden op het gebied van de gezondheidszorg. Bewust kiezen we niet voor een gezondheidswinkel omdat deze, naar onze mening, teveel drijft op professionele deskundigheid welke een belemmering zal vormen voor het opgang komen van emancipatieprocessen. Daarentegen heeft een bewonersgroep als belangrijk voordeel, dat zij een onderdeel is van haar eigen doelgroep en zelf belangrijke informatie bevat over de aanwezige behoeften en de wijze waarop je daar op aan kunt sluiten.

Bij het opzetten van de werkgroep formuleren we twee belangrijke uitgangspunten. We vinden dat mensen een

Hulpverleners houden geen rekening met datgene wat de patiënten zelf willen. Vanuit deze constatering startte Jean Oliehoek in 1977, samen met een aantal bewoners van de Utrechtse wijk Overvecht, een "hoge bloeddruk : groep". In dit artikel beschrijft de werkwijze en ervaringen van deze zelfhulpgroep. Daarnaast gaat ze in op de wijze waarop deze nieuwe vorm van hulpverlening een langzame dood stierf.

Wat ging er mis? Jean Oliehoek blikt terug en constateert, dat vooral onwil en behoudzucht van hulpverleners uit de eerste lijn belangrijke oorzaken zijn. Maar dat niet alleen. Ondanks succes en enthousiaste wijkbewoners bleek geen enkele instantie bereid met de benodigde financiële middelen over de brug te komen ...

Jean Oliehoek, gezondheidswerkster te Utrecht

Zelfhulpgroep om zeep

eigen verantwoordelijkheid hebben wanneer het gaat om vragen over of problemen met hun eigen lichaam en gezondheid. Dit uitgangspunt bepaalt in belangrijke mate de inhoud van het werk. Uit de eigen verantwoordelijkheid vloeit voort dat mensen zelf beslissingen moeten nemen over de eigen gezondheid en leven. Mensen zijn echter pas in staat tot het nemen van verantwoorde beslissingen als ze de beschikking hebben over voldoende, inzichtelijk gemaakte informatie. Bijvoorbeeld informatie over de situatie waarin mensen zich bevinden, over de keuzemogelijkheden die binnen de situaties aanwezig zijn maar ook informatie over de consequenties die aan de betreffende keuzes vastzitten.

De eigen ervaringen van mensen met hun gezondheidsproblematiek vormen ons tweede uitgangspunt. Dit bepaalt de vorm waarin voorlichting en kennisoverdracht plaats zal vinden. Mensen krijgen de mogelijkheid om zich te groeperen rondom gemeenschappelijke gezondheidsproblemen. Binnen de groep staan hun eigen ervaringen centraal. Uitgenodigde deskundigen krijgen geen ruimte voor een eigen verhaal, maar worden verzocht om in te gaan op de vragen van de mensen zelf.

Bloeddrukgroep

Op 11 mei 1978 organiseert de werkgroep een avond over hoge bloeddruk; we maken de aanwezige mensen attent op de mogelijkheid om een 'zelfhulpgroep' te vormen. Vier mensen voelen wel voor een dergelijke groep. In twee vervolgbijeenkomsten geven de deelnemers aan wat ze met de groep willen: *„Gezamenlijk werken aan de hoge bloeddruk door het verzamelen van informatie en documentatie. Praten over de ermee samenhangende problemen en elkaar steunen bij het te lijf gaan van deze problemen“.*

Om deze doelstellingen te realiseren willen mensen wekelijks bij elkaar komen op 'neutraal' terrein. Het buurthuis biedt ruimte aan, en begeleiding in de vorm van mijn persoon. Via de wijkkranten maken we publiciteit, dit resulteert in een uitbreiding tot dertien deelnemers.

Eén van de deelnemers weet via het ziekenhuis in Overvecht een tweedehands bloeddrukmeter te bemachtigen. Een stethoscoop krijgen we er gratis bij. Nadat de kat uit de boom is gekeken beginnen mensen actief aan hun bloeddruk te werken. Er wordt geëxperimenteerd met diëten, een aantal mensen gaat minder medicijnen gebruiken en een paar kopen zelf een bloeddrukmeter. De stemming stijgt, de bloeddrukken zakken.

Dit geldt echter niet voor de stafleden van het buurthuis. Integendeel, zij vinden het maar een enge bedoening, al die mensen die zich met hun eigen bloeddruk gaan bemoeien. Langzamerhand wordt een verschil in doelstellingen duidelijk. Uiteindelijk verlaat de groep met het beëindigen van mijn stage het buurthuis. In eerste instantie trekken wij ons terug op 'huiskamerniveau'. Van daaruit zoeken we naar een meer passende ruimte. Een poging een onderkomen bij het maatschappelijk werk te vinden mislukt. In februari 1979 krijgen we van het bestuur van het gezondheidscentrum in Overvecht een kleine ruimte toegewezen. Nog diezelfde maand starten we met een wekelijks spreekuur en twee maanden later begint een tweede groep.

Tegen de vakantietijd dunnen de groepen uit om met behulp van publiciteit in september weer vol te lopen. Langzaam maar zeker heeft het project zijn eigen vorm gevonden, de groepen continueren, de deelnemers wisselen.

Functie van de bloeddrukgroep :

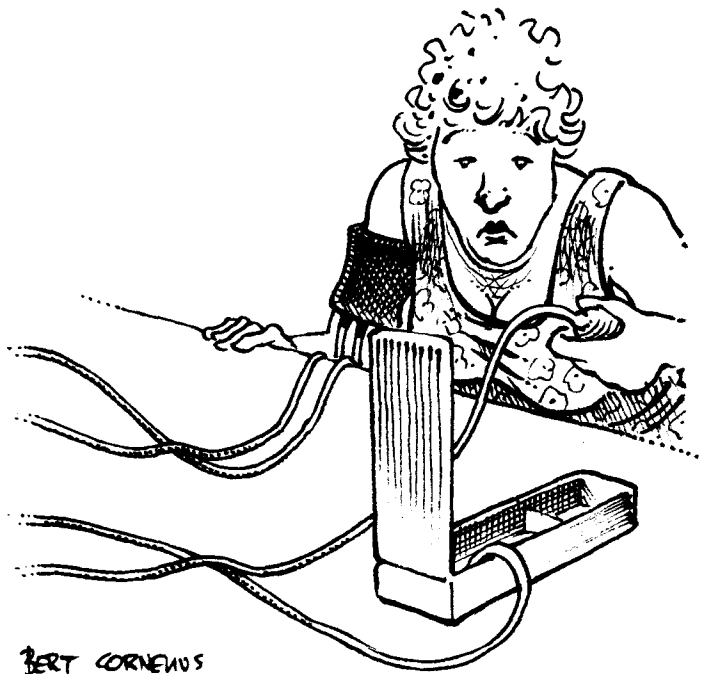
- De bloeddrukgroep vormt de ruimte waar mensen informatie kunnen verzamelen over de bloeddruk, medicijnen, gewicht, diëten, spanningen, alternatieve geneeswijzen, adviezen en de persoonlijke ervaringen daarmee.
- De groep vormt ook de ruimte waar mensen tijd krijgen om zelf ervaringen op te doen met de aangeboden informatie.
- De groep heeft een opbouwende functie bij het tot stand komen van sociale relaties tussen de mensen onderling, waardoor mensen elkaar gaan ondersteunen en begeleiden.
- Tenslotte geeft een groep mensen de mogelijkheid om zichzelf te vergelijken met mensen in soortgelijke omstandigheden; hierdoor kunnen mensen zelf bepalen in hoeverre hun probleem een persoonlijke aangelegenheid is en in hoeverre het probleem een meer maatschappelijke achtergrond heeft.

Informatiestromen

Binnen de groep kunnen de deelnemers op twee manieren van informatie voorzien worden. Een horizontale informatiestroom is afkomstig van mensen zelf en berust op ervaringsdeskundigheid. Deze informatie is rijk aan praktische adviezen en geeft veel zicht op de maatschappelijke situatie van mensen met hoge bloeddruk.

Binnen de groep worden mensen gestimuleerd om deze informatie aan te reiken. Binnen dit proces worden mensen zich bewust van eigen kennis en vaardigheden, hetgeen mensen meer vertrouwen geeft in de eigen handeling.

De verticale informatiestroom komt voort uit professionele deskundigheid. Mensen hebben behoefte aan deskundige informatie. Groepen die alleen beschikken over horizontale informatie zullen binnen niet al te lange tijd veranderen, in een theekring omdat er geen nieuwe informatie wordt. ~ikt. . . Op zijn tijd inbreng van deskundige



informatie geeft mensen de mogelijkheid deze om te zetten in een praktisch handelen en bevordert daarmee een groei van de ervaringsdeskundigheid. Van essentieel belang is dat de informatie aansluit bij de stand van kennis en opgedane ervaringen van mensen zelf. Om ervoor te zorgen dat de informatie aansluit bij de behoeften van mensen zelf, gaan we als volgt te werk. In ongeveer twee bijeenkomsten proberen we duidelijk te krijgen wat de mensen weten over een betreffend onderwerp, wat ze nog niet weten, en welke de vragen zijn waarmee ze blijven zitten. De vragen formuleren we zo goed mogelijk, stellen ze op schrift en bezorgen ze bij de uitgenodigde deskundige. Die kan op zijn/haar beurt zich heel gericht voorbereiden.

In de praktijk blijkt dat ontmoetingen die op deze wijze zijn voorbereid, leerzaam zijn voor alle betrokken partijen. Niet alleen leren mensen op een gerichte wijze gebruik maken van de aanwezige deskundigheid in de wijk, maar de deskundigen leren minstens net zoveel over de behoeften van mensen aan informatie.

Resultaten

Wat verandert er concreet voor de deelnemers aan een hoge bloeddrukgroep? Voor veel van de aanwezige mensen heeft de groep een emancipatorische functie vervuld. Ze zijn zich bijvoorbeeld meer bewust geworden van de situatie waarin ze zich bevinden en van de mogelijkheden die daarin aanwezig zijn om er zelf wat van te maken. Ze krijgen meer zicht op hun eigen functioneren, het denken over hoge bloeddruk verandert. Het wordt minder angstig.

Mensen krijgen greep op de eigen behandeling, op bijvoorbeeld de hoogte van de bloeddruk, gebruiken geen of minder medicijnen. De verhouding tussen de mensen en hun behandelende artsen verandert. Ze vragen naar het hoe en waarom en nemen zelfstandig beslissingen.

Mensen worden zich bewust van de oorzaken van hun

spanningen; ze proberen daar anders mee om te gaan.

Dat mensen veel bewuster leven komt ook tot uiting in het **consumptiepatroon**. Ze zijn niet alleen kritisch ten aanzien van het slikken van medicijnen, maar letten meer op het voedsel dat ze kopen.

Binnen een goed overleg stellen mensen als het ware een eigen behandelingsplan op. Ze kiezen daarbij voor een aantal leefregels al of niet gecombineerd met een bepaalde hoeveelheid medicijnen.

Dood in de pot.

In nauwe samenwerking met de deelnemers van de bloed-drukgroep ontwikkelde ik een vorm die goed aansloot bij hun wensen en behoeften. Toch zal over een poosje van het project niet méér over zijn dan een stapeltje vergeten geschriften.

Waar loopt een dergelijk project nu op stuk? Wat zijn de knelpunten die er uiteindelijk toe zullen leiden dat alles in de prullebak terecht komt?

De werlanethode

Inspringen op de behoeften van mensen zelf werd ons eerste struikelblok. Ik wilde een hulpverleningsvorm ontwikkelen die aansloot bij de behoeften van mensen zelf. Dit betekende voor mij dat, wilde ik de mensen überhaupt bereiken, dit alleen mogelijk zou zijn door in te gaan op de *persoonlijke* vragen van de mensen. De professionele krachten in het buurthuis bleken er anders over te denken. Zij bepaalden dat mensen uit de groep zich actief moesten gaan bemoeien met de organisatie van het buurthuis.

Denk je eens in. Je vraagt bij een groenteboer om een krop sla en deze geeft je een zakje zaad met de mededeling dat, als je dat in de volle grond zaait je over drie maanden een heerlijke krop sla kunt nuttigen. En dan woon je in een flatwijk, zevenhoog, met een balkon waarop je je benen niet eens rechtuit kunt steken. Kijk, naar zo'n groenteboer ga ik niet meer terug.

Wij besloten dan ook ons uit het buurthuis terug te trekken waardoor er een huisvestingsprobleem ontstond.

Samenwerking

Een ander struikelpunt bleek de samenwerking tussen professionelen in de eerste lijn. Deze was van dien aard dat niemand een initiatief durfde te nemen waarmee de woede van een andere partij werd gewekt. Concreet betekende dit voor ons dat de slechte samenwerking tussen het buurthuis en het maatschappelijk werk veroorzaakte dat het maatschappelijk werk ons geen ruimte aan durfde te bieden.

Organisatie en begeleiding

Het hoge bloeddrukproject heeft van het begin af aan gedraaid met aanwezigheid van professionele deskundigheid. Een wijkbewoonster leverde deze op basis van vrijwilligheid; deskundigheid welke gebaseerd was op professionele kennis en vaardigheden opgedaan gedurende 20 jaar werken in de gezondheidszorg (waaronder 6 jaren opleiding in verpleegkundige sectoren en 7 jaar studie aan de universiteit in een sociale wetenschap).

De hoge bloeddrukgroepen zijn ontstaan naar voorbeeld van zelfhulpgroepen in Zagreb, Joegoslavië. Professionele werkers daar zetten vanuit een gezondheidscentrum zelfhulpgroepen op voor mensen met een maagzweer, allergie, chronische hoest, enz. Zonder verder over de consequenties van een dergelijk naamgebruik te denken, zijn wij over zelfhulpgroepen gaan praten. Meer vanuit de gedachte van wat mensen *zelf* aan hun hoge bloeddruk zouden kunnen doen.

Uit de evaluatiegesprekken die we regelmatig in de groepen houden, blijkt telkens weer dat de mensen professio-

nele ondersteuning willen voor met name organisatie en begeleiding. Ze komen om te praten over hun (gezondheids)problemen en zijn vaak niet bij machte om daarbij ook nog eens de organisatie van een groep op zich te nemen. Verzoeken om professionele ondersteuning bij de organisatie en begeleiding werden bijvoorbeeld door de wijkverpleging afgewezen. In plaats van in te gaan op een hulpvraag van wijkbewoners vulden zij, nota bene zonder overleg of vragen, het begrip 'zelfhulpgroep' in: *'Zelfhulpgroepen zijn groepen die ontstaan vanuit de bewoners van Overvecht en die draaien van daaruit ook zelfstandig.'* De wijkverpleegkundigen vonden dat de deelnemers aan de zelfhulpgroepen zelf voor de organisatie moesten opdraaien. Deze invulling van het begrip 'zelfhulpgroep' botste behoorlijk met onze visie op, en ervaringen met zelfhulpgroepen.

Herstructurering

Door ons vertrek uit het buurthuis vielen we buiten de professionele structuren. Het bestuur van het gezondheidscentrum was wel bereid om ons onderdak te verlenen, maar zag ons dan wel graag in contact met een officiële structuur zoals GVO-Utrecht. Na een wat moeizaam overleg en het schrijven van enige rapporten komt de begeleidingscommissie van GVO tot het besluit dat het project past binnen hun doelstellingen.

Samen met de GVO-consulent zoeken we naar een manier waarop de continuïteit van het project gegarandeerd kan worden. Zelf ben ik een voorstandster van integratie in de eerstelijns hulpverlening. 'Gezondheidsvoorlichting en opvoeding' mag volgens mij niet tot een nieuw specialisme leiden, tot een nieuw verwijzingsinstituut, maar moet een geïntegreerd onderdeel blijven van het takenpakket van de verantwoordelijke werkers in de eerste lijn.

Concreet denk ik daarbij aan de benoeming van een functionaris die bijvoorbeeld onder de noemer van gezondheidsopbouwwerk in nauwe samenwerking met de bestaande hulpverlening het project verder ontwikkelt en integreert. Voor het financieren van zo'n functionaris schrijven we verschillende subsidiegevers aan, helaas zonder succes. De geldstromen worden van alle kanten ingedamd en GVO-Utrecht laat het er verder bij zitten. De continuïteit van het project blijft afhankelijk van de kwetsbare vrijwillige aanwezigheid van één persoon.

Samenvattend kun je stellen dat de door de samenleving verantwoordelijk geachte hulpverleners weigeren om in te gaan op behoeften zoals mensen die zelf formuleren. Ze weigeren om mensen die hulp te geven die het hen mogelijk moet maken hun zelfstandigheid terug te winnen.

Mensen hebben in principe het vermogen om te leren zwemmen. Nu kun je ze, uitgaande van deze wetenschap in één keer in het diepe gooien met als resultaat dat er een paar meteen de zwemkunst machtig zijn en accepteren dat het overgrote gedeelte verdrinkt.

Je kunt ook kiezen voor een moeizamere weg, tijd vrij maken om mensen te leren zwemmen; ze die middelen en vaardigheden aanreiken die het hen mogelijk maakt om het hoofd boven water te houden voor je ze het diepe instuurt ..



Het leven begint al voor de geboorte. Medische zorg al voor de conceptie..

Erfelijke factoren bepalen mede de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van kinderen. Tijdige erfelijkheidsvoorlichting en eventueel -onderzoek, kan (aanstaande) ouders vaak een beeld geven van de aard en de grootte van eventuele risico's.

Het is daarom een goede zaak dat de kosten van erfelijkheidsonderzoek in Nederland door het Ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeraars vergoed worden.

Over erfelijkheidsvoorlichting is een boekje geschreven. Aanstaande ouders kunnen dit boekje van de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties gratis aanvragen. Een gefrankeerde brief naar: IDC, Postbus 70, 3500 AB Utrecht is voldoende.

**ERFEUJKHEIDSVORLICHTING.
ZORG DAT U DE WEG WEET.**

SIRE

EUGENETICA INEEN NIEUW JASJE?

Eugenetici streven naar het opvoeren van de genetische kwaliteit van de mensheid. Daarbij werd en wordt een onderscheid gemaakt, tussen negatieve eugenetica (het elimineren van defekten) en positieve eugenetica: het tot stand brengen van daadwerkelijke verbeteringen. In het beruchte verleden betekende (negatieve) eugenetica grootscheepse racistische maatregelen, maar na de oorlog is geleidelijk een nieuw soort eugenetica ontstaan; losse individuen en niet hele rassen moeten op hun relatieve waarde bekeken worden.

"Kwaliteit" is nog steeds het doel van de eugenetica, maar van collectieve en gedwongen maatregelen is nauwelijks meer sprake. Leidinggevende eugenetici van na de oorlog spreken eerder over de noodzaak de bevolking tot *genetisch verantwoordelijkheidsbesef* op te voeden, onder andere via voorlichting.

Er zijn inmiddels verschillende ontwikkelingen gaande waarover die eugenetici niet ontevreden hoeven te zijn:

- een wijdverbreide preoccupatie met kwaliteit van individuele levens;
- de toename van 'genetic counseling' (deskundige begeleiding bij het bepalen van erfelijkheidsrisico's); dit dient weliswaar over het algemeen geen eugenetische doelen maar doet wel het genetisch verantwoordelijkheidsbesef toenemen;
- de introductie van steeds meer voortplantings- en genetische diagnostieken.

De aandacht voor individuele levenskwaliteit uit zich ondermeer in de proclamatie van allerlei rechten. Zoblijkt het recht op kinderen meer te kunnen betekenen dan dat niemand ons ervan mag weerhouden kinderen te krijgen, namelijk dat we er indien nodig bij geholpen moeten worden. Het medisch onderzoek is daartoe zonder veel omhaal beschikbaar; volgens de bekende onderzoeker Edwards bij voorbeeld kan onvruchtbaarheid geen reden zijn om iemand het recht op kinderen te ontfemen.

Op deze manier legitimeert dit recht dan ook technieken als in vitro fertilisatie, ei-donatie en dergelijke. Dit zijn op zichzelf geen eugenetische technieken. Wel versterken ze een klimaat waarin kinderen niet meer gekregen, maar besteld en genomen worden. En wie iets bestelt, wil toch ook kwaliteit zien? Hebben we dan ook - volgende stap - niet een recht op gezonde kinderen? De mogelijkheden van prenatale diagnostiek nemen in hoog tempo toe. Wie een groot risico loopt een kind met een genetische afwijking te krijgen staat in een aantal gevallen niet meer voor het dilemma het risico te accepteren of van kinderen af te zien. Steeds meer defecten

kunnen via vruchtwaterpunctie worden opgespoord en als er iets mis is kan een abortus volgen.

Ik wil niet ontkennen dat dit voor een aantal mensen fantastisch is, maar ik wil ook op enkele keerzijden wijzen.

De nieuwe voortplantings- en screeningstechnieken worden geïntroduceerd als rechten die onze mogelijkheden en ontplooiing kunnen vergroten. Maar een belangrijk bij-effect zou wel eens kunnen zijn dat vooral onze verantwoordelijkheden en plichten steeds toenemen. Als de technieken er eenmaal zijn, wordt het steeds moeilijker en onverantwoordelijker er geen gebruik van te maken, om te beginnen voor mensen die ook maar enigszins in een risicogroep vallen. Vrouwen van boven de 35 jaar durven nu al vaak geen kind meer te krijgen zonder prenatale screening.

Het gaat daarbij niet alleen om ons, maar ook om onze kinderen. Hebben wij niet de plicht zoveel mogelijk lijden te voorkomen? Moeten wij er niet alles aan doen onze kinderen van gezonde genen te verzekeren? Ook de toekomstige kinderen hebben immers rechten ... Ruth Hubbard localiseert de "nieuwe eugenetica" in deze tendens: om aan foetussen een "recht op gezondheid" toe te kennen.

Zo wordt bij voorbeeld in Amerika wel gepleit voor de invoering van wetten volgens welke een vrouw verplicht kan worden gesteld tot prenatale screening. De foetus wordt daarbij tot patiënt en het belang van een zwangere vrouwen haar kind kunnen op die manier tegenover elkaar komen te staan, bijvoorbeeld als een vrouw geen screening wil en haar arts dat in het belang van het kind noodzakelijk vindt.² Het is niet ondenkbaar dat abortus, verboden en genterapie verplicht wordt als de mogelijkheden eenmaal daar zijn en de foetus immers een patiënt is.

Het meest voor de hand liggende antwoord op de vraag of wij de plicht hebben onze kinderen zoveel mogelijk lijden te besparen en gezondheid mee te geven is: "ja natuurlijk". Ook al zou een eugenetische toekomst in het verschiet liggen: ieders individuele recht op gezondheid - en dus ook de verantwoordelijkheid daarvoor - weegt in onze maatschappij emotioneel zwaarder dan hypothetische toekomstige Brave New Worlds.

Maar dat betekent dat het individuele recht op het definiëren van levenskwaliteit een voorspelbaar gevolg heeft: de genetische ontwikkelingen zullen zich onafwendbaar voortzetten in de richting van meer voortplantingstechnieken en een toenemende genetische kwaliteitsverbetering. Jeremy Rifkin kon wel eens gelijk hebben wanneer hij zegt dat ethici bij de voordeur staan uit te kijken naar tekenen van oude racistische eugenetica, terwijl door de achterdeur allang een nieuwe eugenetica is binnengekomen, die druk bezig is in ons huishouden te reorganiseren.³

Wanneer iedereen zelf maar moet uitmaken wat al of niet

"defect" is, dreigt een ongestuurde ontwikkeling met steeds-verschuivende grenzen, bijvoorbeeld als volgt:

1. Er ontstaat behoefte aan het opsporen van steeds meer defecten via prenatale diagnostiek maar ook via embryo-research. Zo menen Edwards en Puxon dat embryo-onderzoek noodzakelijk is omdat artsen en onderzoekers de plicht hebben ervoor te zorgen dat een embryo dat na NF in de baarmoeder wordt geplaatst zo gezond en normaal mogelijk is;⁴
2. Van het opsporen van defecten komen we bij het verhelpen ervan. Is genezing niet veel wenselijker dan abortus? Ik denk dan ook dat screening en genterapie in elkaars verlengde zullen blijven te liggen.
3. Het wordt steeds verleidelijker niet alleen defecten te verhelpen maar ondertussen ook kleine verbeteringen aan te brengen. Het onderscheid tussen die twee is zelfs waarschijnlijk vaak moeilijk te maken.

De vraag is natuurlijk of het erg is als het die kant op gaat. Maar de vraag is ook of we de problemen wel kunnen overzien. Wat zal "kwaliteit" bij voorbeeld blijven in te houden? Zullen mensen in de toekomst worden gezien als bundeltjes eigenschappen, te beoordelen op efficiëntie en functionaliteit? (Een dergelijke tendens kan worden bevorderd door verzekeringsmaatschappijen.)

Aan iedere nieuwe medische mogelijkheid bestaat altijd wel ergens behoefte, en als we in de eerste plaats blijven denken in termen van individuele rechten en verantwoordelijkheden valt er niet echt iets te sturen. Collectieve doelen en plannen komen dan hoogstens achteraf, wanneer de techniek al is ingevoerd en er al verworven rechten bestaan. Ik ben dan ook met Jacqueline Cramer eens: dat we meer prioriteit moeten geven aan onze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor toekomstige generaties.⁵ Het alternatief is dat die verantwoordelijkheden straks voor ieder individueel zijn en dat eugenetici waarschijnlijk in hun leunstoel kunnen gaan wachten op de dingen die vanzelf wel komen.

Gor van der Weele

1. R.G. Edwards, en D.J. Sharpe: Social values and research in human embryology. In: *Nature*, vol 231, (1971), p 87.
2. Ruth Hubbard: "Fetal rights" and the new eugenics. In: *Science for the people*, maart/april 1984, pp 7-9/27-29.
3. Jeremy Rifkin: *Algeny*. Viking Press, New York 1983, p 230.
4. R.G. Edwards, en M. Puxon: Parental consent over embryo's. In: *Nature* vol 310, (1984), p 179.
5. Jacqueline Cramer: De ontwikkeling van nieuwe geboorte-technologieën. In: *Wetenschap en samenleving* 1985/6, pp 6-14.

Patiëntenbeweging: één of verdeeld?

Dossievorming bedreigt de privacy van (psychiatrische) patiënten. Vandaar dat de Cliëntenbond, belangenvereniging van (ex) psychiatrische patiënten zich hier tegen hevig verzet. Daartegenover staat de mening van een andere groep "patiënten", de belangenvereniging van ouders van kinderen met een erfelijke afwijking. Zij pleiten juist vóór een uitgebreide dossievorming. Twee groepen patiënten met behoorlijk tegengestelde meningen.

Annemarie Mol stelt dat "het belang van de patiënt" niet bestaat. Wat volgens haar wél bestaat zijn verschillende soorten belangen met binnen elke soort weer de nodige tegengestelde meningen. Natuurlijk willen alle patiënten graag vriendelijk behandeld worden door hun dokter, maar over de andere soorten belangen wordt toch heel verschillend gedacht. Er zijn dan ook met recht vraagtekens te zetten bij de "vanzelfsprekende" éénheid van de patiëntenbeweging.

Toch gaat het te ver om te zeggen dat binnen de patiëntenbeweging, de "versnippering" toegeslagen heeft. De huidige patiëntenbeweging heeft in al haar veelvormigheid meer weg van verschillende groepen patiënten die op gemeenschappelijke standpunten coalities sluiten.

Annemarie Mol, geneeskundige en filosofe

In de loop van de jaren zeventig hebben we geleerd hulpverleners die claimen 'het belang van de patiënt' te dienen niet zonder meer te geloven. Achter hun ruggen en hun eventuele goede bedoelingen om werden er andere belangen ter sprake gebracht: die van 'het kapitaal', 'de mannen' en die van 'de hulpverleners' zelf. Waren het niet die belangen waar de zorg voor zorgde?

De tijd van de ontmaskeringen lijkt voorbij: het opsporen van verborgen agendals en effecten van een activiteit als hulpverlening is niet erg populair meer. Het geloof, dat hulpverlening het belang van de patiënt zou kunnen dienen blijkt, ondanks alle kritieken, niet helemaal verloren. De discussie is ~en naar de vraag hoe het voor elkaar te krijgen dat het belang van de patiënt in de gezondheidszorg gediend wordt. Dit wordt nogal eens vertaald in: hoe kunnen patiënten meer invloed op de sturing van de zorg; be-
~ Oer het belang van de pa-

tiënt zullen patiënten zelf moeten waken, want in de jaren tachtig moet immers iedereen zelf voor zijn of haar eigen belangen opkomen.

In zijn artikel 'De ontdekking van de mondige patiënt' (Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, 1984, nummer 1) stelde Erik Heydelberg de vraag waarom mensen zich eigenlijk 'als patiënt' met de gezondheidszorg bemoeien. Waarom trachten ze de zorg niet als verzekerde, feminist of buurtbewoner te beïnvloeden? 'Patiënt' is niet de meest krachtige van de identiteiten die wij hebben of krijgen toebedeeld. Je kunt je ook afvragen of er aan de identiteit 'patiënt' wel een welomschreven 'belang' vastzit. Bestaat er eigenlijk wel zoiets als 'het belang van de patiënt' waarvoor alle patiënten gezamenlijk op de bres kunnen gaan staan? En zo ja, wat is dat gemeenschappelijke belang dan, wat maakt er deel van uit en wat niet?

De ene patiënt is de andere niet. Je hebt er landbouwers; en ambtenaren onder, bezitters; en gesalarieerden, on-

Het belang van de patiënt bestaat niet

verzekerden, huisvrouwen, bejaarden, vluchtelingen ...Er zijn patiënten in alle steden en dorpen van de wereld. Iedereen loopt het risico op een kwaad moment terecht te komen in de categorie 'patiënt' (zie kader). Daarin schuilt een overeenkomst, maar verder zijn de verschillen tussen mensen zo groot dat het op zijn minst eigenaardig zou zijn als ze 'als patiënt' allemaal eenzelfde belang bij zorg zouden hebben, als ze hetzelfde van de zorg zouden willen.

Het is wat omslachtig om alle patiënten afzonderlijk te bespreken, hun verschillende belangen op een rijtje te zetten en dan naar overeenkomsten te zoeken. Er is ook een andere mogelijkheid: niet alleen is de ene patiënt de andere niet, ook alle belangen op één hoop gooien is te simpel. Ik maak hier een onderscheid tussen drie soorten belang en stel ik daarbij de vraag of het te verwachten valt dat alle patiënten dat belang delen.

Aardig en discreet

Om te beginnen is er in de gezondheidszorg sprake van iets dat je het 'bejegeningbelang' zou kunnen noemen. Het is prettig als de dokters, de verpleging, de secretaresse aan de balie en ga zo maar door *aardig*, *voorkomend*, *correct* en *discreet* zijn, kortom als ze zich *fatsoenlijk* gedragen. Wie wil er niet fatsoenlijk bejegend worden? We hebben hier te doen met een belang dat alle patiënten delen: op het moment dat je 'patiënt' wordt ben je altijd in zekere mate afhankelijk van hulpverleners en is het prettig als die daar geen misbruik van maken. Nu bestaat 'goede bejegening' uit veel elementen. Hulpverleners die voldoende tijd voor een patiënt uittrekken en de bereidheid hebben te luisteren en informatie te geven, lekker eten in ziekenhuizen, geen wachttijden in poli's, waarborgen voor privacy; er zijn lange lijsten te maken van eisen aan een patiëntvriendelijke zorg. Zolang er op dit gebied nog zoveel schrijnende verhalen rond de ronde doen in iedere familie en vriendenkring, zijn er beslist mensen bereid voor dit belang op te komen - mits daartoe mogelijkheden zijn.

Toch leiden sommige van de eisen aan een patiëntvriendelijke zorg tot verschillen van mening. Wanneer is een dokter prettig in de omgang? Sommige patiënten zijn blij als ze af en toe vaderlijke of moederlijke raadgevingen krijgen, andere moeten daar niets van hebben. Bovendien zijn bejegeningsskwesties en opvattingen over 'goede zorg' niet altijd zo makkelijk van elkaar te scheiden. Neem het vraagstuk van de privacy. De Cliëntenbond maakt zich sterk voor het 'recht op privacy' en staat om die reden wantrouwend tegenover dossiervorming. De belangenvereniging van ouders van kinderen met een erfelijke afwijking pleit juist vóór uitgebreide dossiervorming, in de hoop dat daarmee de mogelijkheden voor het geven van genetische adviezen uitgebreid kunnen worden. Deze ouders zien dat als hun recht en als dat van hun kinderen. Dat beide groepen hun ideaal als een recht naar voren schuiven, verhindert niet dat hun idealen of rechten botsen. Wat de ene groep (patiënten) vanuit hun visie op goede bejegening tot een strikt minimum wil beperken, blijkt voor de andere groep vanuit hun visie op goede zorg juist iets dat fors uitgebreid zou moeten worden. Het belang is niet te vinden.

Hoe stroomt het geld

Hulpverlening is niet zomaar 'een ontmoeting tussen mensen' die meer of minder soepel verloopt. Er komt ook

geld aan te pas. Hoeveel geld? Wie betaalt het? Alleen de zieken of ook de gezonden, de ouderen het meest of ook de jongeren ...? Wie verdient het, welk deel is voor specialisten, welk deel voor wijkverpleging ...? Kortom er zijn met gezondheidszorg financiële belangen gemoeid. De financiële belangen van patiënten lopen voor een deel parallel, lijkt me. (Potentiële) patiënten moeten, op welke manier dan ook, de zorg betalen en hoe goedkoper de waar geleverd kan worden hoe beter. Uit financieel oogpunt gezien is het voor (potentiële) patiënten gunstig als bijvoorbeeld de inkomens in de zorgsector niet al te hoog zijn en als er efficiënt gewerkt wordt. Met een brede, algemene roep om 'niet te dure zorg' is de kwestie van de financiële belangen echter bij lange na niet afgehandeld. Er is meer aan de hand.

Financieringsvraagstukken zijn; tijd (ook) verdelingsvraagstukken en er valt niet alleen geld te verdelen tussen alle hulpverleners aan de ene kant en alle patiënten aan de andere kant maar ook tussen patiënten onderling. En patiënten onderling hebben niet dezelfde belangen bij die verdelingen. Terwijl bijvoorbeeld *rheumapatiënten* erbij gebaat kunnen zijn als nieuwe ontwikkelingen in de fysiotherapie gestimuleerd worden, is het in het belang van *diabetici* als de eenvoudige apparatuur waarmee thuis bloedsuiken gemeten kunnen worden verder verbeterd en collectief gefinancierd wordt. Nu kan er best geld aan rheuma en aan diabetes gespenseerd worden maar oneindig is de hoeveelheid middelen die de gezondheidszorg ter beschikking staan niet. Vroeger of later botsen de belangen.

Hoe komt een mens terecht in de categorie 'patiënt'?

Mensen kunnen patiënt gaan heten omdat ze, volgens de artsen die hen onderzoeken afwijkingen vertonen. Iets wel of niet 'afwijkend' noemen is echter geen vanzelfsprekende beslissing, die gebaseerd is op kennis waaraan niet te twijfelen valt. De medici zijn het onderling herhaaldelijk oneens over de grens tussen normaal en abnormaal. En *niet-medici* twijfelen nog openlijker aan de indelingen in gezond en ziek zoals die op dit moment gangbaar zijn. Volgens sommige van hen zijn dokters er op uit heel veel mensen in de categorie 'patiënt' onder te brengen, zodat hun werkkterrein erg groot wordt. Andere critici proberen hardnekkig de aandacht te vestigen op problemen die de dokters maar niet serieus willen nemen, waar ze hun vingers liever niet aan branden. De vanzelfsprekendheid is ver te zoeken.

Door artsen als patiënt worden aangemerkt is bovendien niet de enige manier om patiënt te gaan heten. Ook burens, bekenden en andere omstanders kunnen besluiten dat het welletjes is geweest, dat ze er niet meer tegenop kunnen, dat ze geen raad meer weten. Ze sturen je naar het spreekuur, of leveren je af bij de deur van het ziekenhuis en je bent niet meer lastig of tragisch: je bent patiënt. Een mens kan ook zelf naar een dokter stappen met een klacht, en net zo lang blijven terugkomen tot er iemand is die luistert en toegeeft met een patiënt van doen te hebben. *Niet-patiënten* twijfelen openlijk aan de adequaatheid van dat gedrag. Sommige van hen beweren dat mensen zich dikwijls te laat als patiënt melden en eerder 'opgespoord' moeten worden. Andere zijn geneigd klachten te begrijpen als vluchten-in-ziekte. Zij wijzen erop dat er veel 'gemakken aan kleven om het etiket patiënt te dragen en zo ontheven te worden van tal van dagelijkse verplichtingen. Er zijn overigens ook patiënten die het lef hebben vraagtekens te zetten bij hun eigen gedrag. Zo beschreef Jet Isarin in 'Eigenwaan' hoe het in elkaar zit dat zij soms graag patiënt wil zijn: als patiënt ben je slachtoffer, al is het maar van de hulpverleners, en zolang je slachtoffer bent, heb je tenminste geen schuld aan de ellende van de wereld.

Of hiermee de zaak al niet moeilijk genoeg is...er is nog meer aan de hand. Huisartsen noemen niet alleen de bezoekers van hun spreekuren en de zieken bij wie ze thuis visite maken patiënt, maar iedereen die in hun praktijk staat ingeschreven. Veel beleidsmakers nemen die gewoonte met graagte over: gezondheidszorg 'plannen' zij niet voor burgers, maar voor patiënten (net zoals scholen voor leerlingen op poten worden gezet, en openbaar vervoer voor reizigers). Ook allerlei critici van de gezondheidszorg zijn, sinds de medicaliseringstheorie zo populair werd, iedere leek, en dus ook zichzelf, patiënt gaat noemen. Dat maakt hun wereld overzichtelijk: de medici 'medicaliseren' en dat is fout, de patiënten zijn de goeden.

Valt er aan deze kluwen te ontkomen? Wil de ware patiënt topstaan? Helaas, de ware patiënt bestaat niet. Er is enkel en alleen een gevecht om wie er in de categorie patiënt thuishoort en wie niet en dat gevecht is nog lang niet afgelopen ...

Innemarie Mol

Het belang dat een (potentiële) patiënt heeft bij het al dan niet betalen van een specifiek gebied van de gezondheidszorg hangt niet alleen af van het gebruik dat hij of zij er eventueel ooit van zal maken. Ook de hoeveelheid geld die iemand ter beschikking heeft speelt een rol: er wordt niet alleen geld verdeeld tussen mensen, maar ook tussen mogelijke bestedingen. Wat aan zorg besteed wordt, kan niet aan iets anders worden uitgegeven. Dat geldt bijvoorbeeld voor de *collectieve* middelen: het bedrag dat naar medicijnen voor terminale kankerpatiënten gaat, gaat niet naar speelgoed en leidsters voor crèches. Bij *particuliere* bestedingen is dat net zo: de ziekenfondspremie verdwijnt richting ziekenfonds, er kan geen nieuwe ijskast van worden aangeschaft.

Voor rijke landen en rijke mensen is het uitgeven van geld aan technische snufjes niet onaantrekkelijk; misschien dat ze ooit tegen iets helpen. Ze zullen er niet minder om eten. Voor wie weinig geld heeft kan dat anders liggen. In een arm land kan het uitgeven van geld aan ziekenhuizen betekenen dat er niet genoeg over is om te besteden aan het verbeteren van landbouw. Voor een 'minder bedeelde Nederlander' kan een verhoging van de ziekenfondspremie betekenen dat er op de sportclub of de vakantie bezuinigd moet worden. Het lijkt me belangrijk dat dergelijke afwegingen boven tafel komen, te meer daar crèches, landbouw en vakantie wel eens meer aan de 'volksgezondheid' bij zouden kunnen dragen dan veel diagnostische apparaten ...

Net zoals goede bejegening vaak - weinig verhelderend - opgeëist wordt als een 'recht', vertroebelt het aanroepen van rechten ook financiële afwegingen. Neem een uitspraak als: 'iedereen die ervoor in aanmerking komt heeft recht op nierdialyse'. Dat klinkt nobel, maar wat zit er precies aan vast? In de Verenigde Staten wordt dat duidelijk. In naam van de zelfbeschikking is daar geen andere instantie dan de patiënt zelf die uiteindelijk beslist over al-dan-niet dialyse. Dat moeten wij ook zo doen, zegt Thatcher, weg met de betutteling van de National Health Service (die maar in zeer beperkte mate dialyse toestaat). Daar wordt dan niet bijverteld dat in de V.S. alleen de mensen die er zelf voor kunnen betalen, over dat 'recht op nierdialyse' beschikken. Zolang zorg collectief gefinancierd wordt betekent het uitroepen van een algemeen 'recht' op nierdialyse dat er geen geld blijft voor zaken waar anderen 'recht' op hebben. Het lijkt me daarom beter op te houden met het claimen van onaantastbare rechten en een dis-



A.N.P. foto 1974. Leden van de Nederlandse hartpatiënten vereniging bezetten de Tweede Kamer.

cussie te gaan voeren over prioriteiten en verdeling. Alles kan immers niet tegelijk...en zelfs al zou al het geld dat nu besteed wordt aan vernietigingstechnologie overgeheveld worden naar de begroting van volksgezondheid, dan nog kwam er op een gegeven moment een grens in zicht... (toegegeven, dat zou wel even duren!)

Een andere eigenaardigheid van de huidige discussie over de verdeling van voorzieningen schuilt in de zinsnede 'iedereen die ervoor in aanmerking komt'. Wie komt er voor een voorziening in aanmerking? Op dit moment wordt dat grotendeels bepaald door de medici. Zij selecteren mensen door het stellen van indicaties. Ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en overheid kunnen proberen het totale volume aan verrichtingen aan een maximum te binden, het blijven de medici-practici; die in elk individueel geval beslissen of iemand al dan niet binnen het 'indicatiegebied' past.

Daar zijn een aantal manieren voor. Ze kunnen om te beginnen *somatische* termen hanteren en bijvoorbeeld afspreken dat alleen mensen die nog een gave blaas hebben en bij wie ooit tot niertransplantatie kan worden overgegaan binnen het indicatiegebied voor nierdialyse vallen. Ze kunnen ook *psychologische* criteria opvoeren en eisen dat van een dialysepatiënt verwacht kan worden dat hij of zij tegen de belasting van de therapie is opgewassen. Ook iemands 'sociale waarde' (1) kan tenslotte openlijk een rol spelen: jonge mensen met kinderen kunnen dan verkozen worden boven oude alleenstaanden.

Af en toe komt de discussie over de indicatiestelling naar buiten. Dat is meestal als het aspect van de 'sociale waarde' er al te dik bovenop ligt. Kli-

nieken die kunstmatige inseminatie enkel geïndiceerd achten bij 'stabiel gehuwde' vrouwen hebben luidruchtige kritiek gekregen. Terecht, lijkt me. Maar bij allerlei minder in het oog lopende verstrekkingen spelen ook voortdurend afwegingskwesaties. En of die nu in sociale, in psychologische of in somatische termen geformuleerd worden doet er eigenlijk vrij weinig toe: in al die gevallen wordt het geld van de gezondheidszorg verdeeld en worden er, zonder dat dat zo héét, prioriteiten aangebracht. Waarom zouden de *artsen* die last alleen moeten dragen zodat ze er enkel *onderling* over van mening kunnen verschillen? Volgens mij kunnen we die ruzie beter 'met z'n allen' maken.

Goede zorg

Alle patiënten hebben belang bij goede zorg. Tot op zekere hoogte gaat dat inderdaad op. Als er dan toch geopereerd wordt: laten de chirurgen dan het goede been nemen en de anesthesisten niet zó royaal zijn met de narcotica dat de patiënt niet meer wakker wordt. Zolang 20% van alle bejaarden in de ziekenhuizen daar ligt vanwege geneesmiddelenvergiftigingen en zolang het nog kan voorkomen dat veel artsen serieus geloven dat incest in hun praktijk niet voorkomt is er geen twijfel over mogelijk: het is in het belang van alle patiënten dat er zorgvuldiger gewerkt wordt. Maar het probleem van de 'inhoud van de zorg' is niet louter een probleem van 'fouten'. Met patiënteninitiatieven als zwartboeken en klachtenbureaus valt dat probleem dan ook niet op te lossen. Met initiatieven van artsen en overheid als 'onderlinge toetsing' en 'controlecommissies' evenmin. Het is in dit

tijdschrift al vaker betoogd: zorg is niet altijd simpelweg meer of minder goed, maar de ene zorg voldoet aan andere criteria dan de andere (zie 'Kwaliteit van de zorg', TG 1984 nummer 4 en 'Evalueren, wie wordt er beter van?', 1985, nummer 3). Is het bijvoorbeeld een voornamelijk criterium voor goede zorg dat de bloedspiegels van alle vetten in het bloed binnen vastgestelde grenzen blijven, of is het een voornamelijk criterium dat de zieke zoveel mogelijk deel kan nemen aan het dagelijks leven?

De vraag is of sommige criteria in het *gemeenschappelijk* belang zijn van patiënten: is de ene zorg 'inhoud' méér in het belang van patiënten dan de andere? Wie af gaat op de zorg die bestaande organisaties van patiënten voorstaan kan daar moeilijk 'ja' op antwoorden. Patiëntenorganisaties nemen ten aanzien van de inhoud van de zorg heel verschillende posities in. Aan de ene kant van het spectrum zijn er groeperingen als de Hartstichting die flink lobbyen voor luchtbruggen naar het buitenland en voor mogelijkheden voor hartoperaties in Nederland. Hun folders stralen van het goede geloof in de mogelijkheden van machines van kunststof en metaal om de lichaamsmachine weer op gang te krijgen. Aan de andere kant van het spectrum zijn er - meer plaatselijke, kleine - patiëntengroepen die haast leven van de afkeer van superspecialistische zorg. Zij experimenteren met kruiden en wandelingen of proberen zicht te krijgen op de omstandigheden waarvoor hun klachten verergeren, in de hoop die voortaan te kunnen vermijden. Tussen die twee uitersten komen veel gradatie's voor.

Organisaties van patiënten nemen in de praktijk verschillende standpunten ten aanzien van de inhoud van de zorg in. Maar ook wie in theorie uit zou willen gaan van een *gemeenschappelijk* inhoudelijk belang van alle patiënten komt al vlug vast te zitten. Wat is dit belang? Delen patiënten het met hulpverleners, die immers ook mensen beter willen maken? Of staan ze op dit punt tegenover hulpverleners? Als dat laatste het geval is en patiënten de inhoud van de zorg altijd anders beoordelen dat de zogenaamde deskundigen: zijn ze dan ondeskundig? Of zijn zij juist onbedorven door de vervreemdende kennis en de onmenselijke techniek zodat zij het contact met hun ervaringen niet verloren hebben en een onbelemmerd uitzicht op 'de natuur' hebben bewaard? Het lijken mij allemaal doodlopende sporen. Juist wat betreft de inhoud van de zorg is er geen sprake van een *vanzelfsprekende* eensgezindheid onder patiënten. De deskundigen hebben daarover bovendien ook veel meer meningsver-

schillen dan vaak gesuggereerd wordt. Dat is niet zo vreemd. Door middel van de inhoud van de zorg wordt vorm gegeven aan 'het leven' en verschillen in (politieke) visie op wat 'een goed leven' is, lopen langs allerlei assen. Zo goed als er gezondheidswerkers tegen kernwapens zijn, zijn er medici-onderzoekers die meewerken aan de vervolmaking van de nieuwste bommen. En wie zou er willen beweren dat Reagan geen patiënt is? Zo zijn er zowel deskundigen als leken die er de voorkeur aan geven hoge bloeddruk met medicijnen te drukken, zelfs wanneer ze ervan overtuigd zijn dat het 'spannings' hoge bloeddruk is. Evengoed zijn er hulpverleners en patiënten die daar slechts bij uitzondering voor te vinden zijn. De conflicten aangaande 'het leven' zijn talrijk en het is te simpel om te veronderstellen dat hulpverleners in die conflicten steeds aan de ene, patiënten steeds aan de andere kant van de scheidslijn staan.

Allianties

Wanneer er gebrek aan eensgezindheid tussen patiënten onderling is, ligt het aangaan van coalities tussen groepen patiënten en groepen hulpverleners voor de hand. Zo is het voor vrouwen groepen die zich op het probleem van de anticonceptie storten beslist heel handig om een *feministische* hulpverlenster die de conflicten in de wetenschappelijke wereld kent, in eigen gelederen te hebben. Dat biedt meer perspectief dan of de voorlichtingsboeken allemaal maar te moeten geloven. Of alle kennis zelf te moeten uitvinden en de zwangerschapsrisico's zelf te moeten ervaren. Zo zijn er meer allianties voorstelbaar: een gehandicaptenvereniging zou fysiotherapeuten bereid kunnen vinden revalidatietechnieken met elkaar te vergelijken vanuit het criterium 'uitbreiding mogelijkheden in dagelijks leven'.

Ook wanneer de patiënten wel eensgezind zijn, kunnen allianties met anderen profijt opleveren. Neem als voorbeeld een 'bejegeningsbelang': voldoende tijd van hulpverleners voor iedere patiënt. De hulpverleners die als vrije ondernemer hun geld per verrichting (willen blijven) verdienen zijn daar geen grote voorstanders van. Hulpverleners in loondienst, die niet naar rato van hun 'output' betaald worden, zijn er best voor te porren. Een alliantie ligt hier voor de hand: patiëntengroepen en bijvoorbeeld vakbonden van verpleegkundigen zouden elkaar kunnen vinden in de strijd voor voldoende verpleging 'per bed'. Het blijft wel uitkijken geblazi bij het aangaan van dergelijke samenwerkingsverbanden. Neem de al eerder aangeroerde kwestie van de dos-

siervorming. Afschaffen of snel vernietigen van dossiers is prettig voor veel RIAGG-cliënten; RIAGG-cliënten; ze worden dan niet na jaren nog eens lastig gevallen met de opinies van een vroegere therapeut. Maar ook voor therapeuten zitten er aantrekkelijk kanten aan. Als er geen dossiers (meer) zijn, kunnen ook zij niet achteraf nog eens lastig gevallen worden met bijvoorbeeld onderzoek naar de waarde van hun hulp. Hier ligt een mogelijkheid voor een verbond tussen cliënten die belang hebben bij discretie aan de ene kant, en hulpverleners die ook erop hun eigen privacy gesteld zijn, aan de andere kant. Daartegenover staan onderzoekers die menen dat hulpverleningstechnieken door derden geëvalueerd horen te worden om te kunnen beslissen of het zin heeft er mee door te gaan. Misschien zouden op de lange termijn die onderzoekers 'betere coalitiepartners' voor de cliënten kunnen blijken.

Nu het toch over allianties gaat... Als er niet zoiets bestaat als 'het belang van de patiënt', is het dan ook niet beter de huidige samenwerking tussen verschillende groepen patiënten als een 'alliantie' te begrijpen? In de strijd om de gezondheidszorg spelen allerlei zaken een rol: bejegening, financiën, inhoud van de zorg. De mate waarin patiënten bij die verschillende zaken *gemeenschappelijke* belangen hebben, verschilt. De eenheid van de patiëntenbeweging is dan ook maar een *betrekkelijke*. Het *gemeenschappelijke* belang bij goede bejegening lijkt het grootst. Zodra patiëntengroepen zich gaan bemoeien met financiën en inhoud van de zorg stuiten ze op explosieve stof. Op die gebieden zullen kleine, gerichte groepen meer eensgezindheid en eventueel ook stootkracht kunnen ontwikkelen. In de brede, landelijke patiëntencoalitie zouden ze wel eens gevaarlijk kunnen zijn voor de goede verstandhouding. Dat brengt een lastig dilemma met zich mee. Zolang de georganiseerde patiëntenbeweging zich slechts met bejegening inlaat valt er weliswaar enorm te knokken, maar blijft er ook veel buitenschot. Erg fundamentele veranderingen zijn er voor het fatsoenlijk worden van de hulpverlening eigenlijk niet nodig (al vraag je je soms af waarom het dan alsmat niet gebeurt...). Zodra het gaat om problemen die in de wereld van de zorg veel gevoeliger liggen, zoals financiën en inhoud van de zorg, is ook de eenheid van de patiëntenbeweging in gevaar. Het lijkt me belangrijk niet in dat dilemma te verstrikken door met alle geweld naar een overkoepelende, omvattende eenheid van

Arts en patiënte: de deskundige versus leek?

Patiënten en dokters zijn het regelmatig oneens over de te volgen behandelwijze. Meestal interpreteert men deze meningsverschillen als een COJLIL4tussen de alwetende deskundige en de nietswetende leek.

Floor Martens, arts in de huisartsenpraktijk Aletta te Utrecht, benadert deze conflicten vanuit een geheel andere optiek. Ze stelt dat bij conflicten de scheidslijn niet vanzelfsprekend tussen de dokter en de patiënt hoeft te lopen. Zo kunnen zowel dokters en patiënten vóór het verstrekken van progesteron bij een premenstrueel syndroom zijn, terwijl een andere groep dokters en patiënten deze behandelmethode volstrekt van de hand wijst.

In dit artikel illustreert Floor Martens deze optiek aan de hand van een drietal praktijksituaties. Ook binnen de vrouwenhulpverlening bestaan er verschillen van opvatting; de traditionele scheidslijn tussen dokter en patiënt vervaagt.

Floor Martens, huisarts

Ervaringen uit de vrouwenpraktijk Aletta

De gezondheidszorg is een op zichzelf staande industrie geworden. Over steeds meer elementen van het dagelijks leven hebben artsen iets te zeggen. Of zij daarbij naar alle eer en geweten handelen, uit gemakzucht, geldzucht of uit vrees voor kritiek - in alle gevallen liggen de machtsverhoudingen zó dat de mening van de arts méér gewicht in de schaal legt dan die van de patiënt. De laatste tijd zijn er tekenen van een aantasting van die machtsverhoudingen. Patiënten organiseren zich om de belangen van een specifieke categorie patiënten, of soms zelfs die van "alle patiënten" te behartigen.

Ook zijn er progressieve artsen die proberen de mening van patiënten méér te laten meetellen.

Wat betekent dit voor huisartsen die werken in een feministische huisartsenpraktijk, voortgekomen uit het Utrechtse Vrouwen Gezondheidscentrum? Er zijn stromingen die de vrouwengezondheidsbeweging als een *patiëntenbeweging* beschouwen en daarom onze praktijk zien als een initiatief van een specifieke groep patiënten, namelijk vrouwen. Bij deze opvatting wil ik een aantal kanttekeningen plaatsen. Om te beginnen is het volgens mij onjuist vrouwen als een categorie te benoemen. Vrouwen maken immers deel uit van alle categorale indelingen, ze vormen samen de helft

van de wereldbevolking. Daarnaast wil ik het feministische karakter van de vrouwengezondheidsbeweging benadrukken. Vrouwengezondheidszorg beperkt zich niet tot het gebied van de gezondheidszorg, ze richt zich ook op de maatschappelijke posities van vrouwen. De vrouwen die actief zijn in de vrouwengezondheidsbeweging zijn niet alleen als patiënten hierbij betrokken.

In het begin wantrouwen vrouwen iedere deskundigheid. Op zoek naar mogelijkheden voor zelfhulp ontwikkelden de vrouwen een "eigen deskundigheid", welke tegengas moest bieden aan de methoden en technieken van het medisch establishment. Inmiddels is er echter het nodige veranderd: vrouwen bekijken nu welke delen van de medische kennis voor hen bruikbaar zijn, ze zoeken naar een andere inhoud van de deskundigheid. De hulpverleners die zich hiermee bezig houden maken beslist ook deel uit van de vrouwengezondheidsbeweging.

Tegenstelling

In onze praktijk proberen wij in de eerste plaats hulp te verlenen vanuit een feministische visie. Hoewel wij een praktijk hebben met een meer dan gemiddeld aantal feministische patiën-



Foto: Ine van den Broek

ten wil dat niet zeggen dat arts en patiënt het altijd eens zijn. Belangen tegenstellingen tussen arts en patiënt komen ook in onze huisartsenpraktijk voor. Er zijn situaties waarin de tegenstelling tussen arts en patiënt niet tot een *deskundige/leek* tegenstelling te reduceren is. Dat zijn de situaties waarin de patiënt mondig en goed geïnformeerd naar voren treedt, waardoor **inhoudelijke** tegenstellingen aan het licht kunnen komen. Uiteraard komen in andere huisartsen praktijken deze inhoudelijke tegenstellingen ook voor. Het specifieke van onze praktijk is dat bijna al onze patiënten mondig en goed geïnformeerd zijn. Doordat wij naar een zo gelijkwaardig mogelijke verhouding streven tussen arts en patiënt, komen deze inhoudelijke tegenstellingen bij ons eerder en scherper naar voren.

Om dit te illustreren wil ik een paar voorbeelden geven uit onze praktijk. Het zijn geen uitzonderlijke voorbeelden, integendeel, ze geven een beeld van problemen die dagelijks terugkeren.

Conflict

Een 32-jarige psychologe, moeder van 2 jonge kinderen, heeft zoals ze dat zelf uitdrukt last van PMS. Zij heeft gehoord dat het hormoon progesteron goed tegen haar klachten zou helpen. PMS is de afkorting van Pre-Menstrueel Syndroom. In de volksmond is PMS al een ingeburgerd begrip. Voor mij is het niet eenduidig wat hieronder verstaan moet worden.

Daarom vraag ik haar welke klachten ze heeft.

Ze vertelt dat ze een cyclus heeft van drie weken. Gedurende de week voorafgaande aan de menstruatie heeft ze last van een opgeblazen gevoel en pijnlijke borsten. Ook is ze snel geïrriteerd, onredelijk en depressief, en ook heeft ze last van slapeloosheid. Ze heeft niet het geduld om aan de kinderen uit te leggen waarom iets niet mag. Bij het minste of geringste is ze in tranen. Ze vindt dat ze in deze periode haar werk slechter doet en dat ze minder efficiënt is. Ze heeft al vitamine B6 gebruikt, maar dit gaf niet het gewenste resultaat. Nu heeft ze haar hoop gevestigd op het geneesmiddel progesteron.

Ik vertel haar dat PMS een ziektebeeld is dat pas de laatste tijd als zodanig wordt benoemd en dat de wetenschappers het er nog niet over eens zijn uit welke klachten dit syndroom precies bestaat. Twee psychologen van het vrouwengezondheidscentrum hebben een onderzoek gedaan naar de geschiedenis van PMS en zijn tot de conclusie gekomen dat het bewijs voor een hormonale grondslag voor PMS tot op heden niet geleverd is². In de loop der tijden is het syndroom steeds weer anders gedefinieerd. Vele medicijnen zijn beproefd, maar niet een heeft de tand des tijds doorstaan.

In samenwerking met de psychologen hebben we een protocol ontwikkeld met alternatieve behandelingsmogelijkheden voor premenstruele klachten: behandeling met teunisbloemolie en ondersteunende therapieën als bindweefselmassage, haptonomie en acupunctuur. Basis uit-

gangspunt voor dit protocol is dat wij het niet juist vinden de oorzaak van deze cyclische klachten uitsluitend aan hormonen te wijten. Er zijn ook andere oorzaken te bedenken voor cyclische humeurigheid. Het mag dan in toenemende mate geaccepteerd zijn dat vrouwen maatschappelijke posities bekleden; het is niet geaccepteerd dat ze maandelijks een paar dagen minder goed functioneren of zelfs' afwezig zijn. (Bij arbeidskeuringen wordt immers nog steeds gevraagd naar het aantal dagen dat je verzuimt t.g.v. je menstruatie).

Ik vertel haar dat ik haar klachten niet wil bagataliseren maar ze wel in een ander perspectief wil plaatsen. Door te veronderstellen dat de klachten in de premenstruele periode veroorzaakt worden door hormonen, stel je eigenlijk dat de vrouw er niets aan kan doen dat ze bijvoorbeeld snel geïrriteerd is. Je zegt dan eigenlijk dat ze ontoerekeningsvatbaar is. Daar ben ik het niet mee eens. Ze is het wel degelijk zelf die geïrriteerd is. Daarom is het belangrijk om haar serieus te nemen ook al is ze op dat moment onredelijk.

Terwijl ik dit aan het vertellen ben bemerk ik weinig reactie bij de patiënte. Als ik uitgepraat ben zegt ze dat ze in ieder geval iets ter bestrijding van het opgeblazen gevoel en haar pijnlijke borsten zou willen hebben.

Ik geef haar het advies om in de genoemde periode minder zout te gebruiken. Tevens raad ik haar aan om uit te proberen of vochtafdrijvende kruiden invloed hebben op de klachten. Als laatste stel ik haar voor om na haar volgende cyclus terug te komen, om te vertellen hoe het gegaan is en hoe ze ermee bezig is geweest. Ook wil ik dan graag horen of ze toch nog behoefte heeft aan verdere therapie of ondersteunende gesprekken.

Patiënte verlaat de spreekkamer en ik blijf mijmerend achter. Ik vraag me af of ze er iets aan gehad heeft en of het me gelukt is haar op een andere manier tegen haar klachten aan te laten kijken. Of komt ze terug omdat ze toch progesteron wil hebben. Als ze met die vraag terugkomt zal ik haar vraag respecteren en het haar geven. Dan moeten we maar afwachten hoe het verder zal gaan.

„'n mooie theorie"

Het tweede voorbeeld gaat over een 29-jarige kleuterleidster, die alleen woont. Via via is ze bij ons in de praktijk terecht gekomen. Zij was niet tevreden over haar vorige huisarts, omdat ze zich niet serieus genomen voelde door de manier waarop hij haar moeheid had behandeld. Hoewel hij veel medisch onderzoek had gedaan

voelde ze zich toch afgescheept.

Op mijn vraag om precies te vertellen wat er allemaal gebeurd is, vertelt ze dat ze al enige maanden last heeft van moeheid en misselijkheid. Iemand in haar directe omgeving had de ziekte van Pfeiffer. Bloedonderzoek leverde niets op. Ook zijn er galfoto's gemaakt. Ook hier waren geen afwijkingen te zien.

Haar huidige baan heeft ze al 6 jaar en ze doet haar werk met plezier. Ze snapt niet waar haar moeheid vandaan komt maar ze wil graag dat de oorzaak gevonden wordt.

Nu is het mijn beurt. Ik vertel haar dat moeheid vele oorzaken kan hebben. Deze oorzaken kunnen van lichamelijke aard zijn, maar kunnen ook voortkomen uit de manier waarop ze leeft, woont en werkt.

Ter beoordeling van de lichamelijke kant zal ik nader onderzoek doen en haar medisch dossier doorlezen. Ter beoordeling van de andere kant wil ik graag dat ze me meer vertelt over zichzelf en over de situaties, waarin ze het meest last heeft van moeheid. Met dit laatste voorstel heeft ze duidelijk moeite. Ik zie haar denken: "Wordt het nu weer psychisch geduid? Is het toch mijn eigen schuld?" Om haar wat tegemoet te komen vertel ik haar dat ik vind dat een vrouwenleven zware eisen stelt en dat dat invloed kan hebben op hoe ze zich voelt. En dat bijvoorbeeld een conflictueuze verhouding met iemand, onprettig wonen, problemen op het werk, incest in het verleden of het zich constant aan iemand ergeren allemaal oorzaken voor moeheid kunnen zijn.

Ik vermijd bewust het woord psychisch, omdat ik de betekenis van dat woord te beperkt vind en het een zwaar beladen begrip geworden is. Ik vind het heel belangrijk om haar te begeleiden en te steunen bij haar speurtocht naar mogelijke oorzaken en bij haar pogingen om er iets aan te doen of om te leren ermee om te gaan.

Als reactie zegt ze dat het een mooie theorie is, maar dat zij geen andere oorzaak voor haar moeheid ziet dan een lichamelijke.

Vervolgens onderzoek ik haar. Dit levert geen aanknopingspunten op. We spreken af om elkaar over een week weer te zien. Ik zal dan in de tussentijd haar medisch dossier doornemen en zij zal een dagboek bijhouden om er achter te komen in welke situaties ze nu precies moe is.

Een week later blijkt ze toch enige verbanden gevonden te hebben. Ze vond het erg moeilijk om dit te constateren en vindt het moeilijk om er over te praten. Ze heeft opgemerkt dat ze voor het eten moe is, maar dat dit in het weekend niet zo is. Door de week heeft ze het heel druk.. 's Ochtends eet



Foto: Ine van den Broek

ze niet, 's middags één boterham en 's avonds voor het eten is ze moe. Dit leefpatroon heeft ze al jaren.

Ik ben verbaasd dat er al zo snel een oorzaak naar voren komt. We spreken af om de komende tijd een paar gesprekken te voeren om de consequenties van deze bevindingen samen te bekijken.

Steun

Op het spreekuur komt een 44-jarige vrouw. Ze heeft geen kinderen. Ze woont in een huis met een man met wie ze naar eigen zeggen een LAT-relatie heeft. Ze is docente methodiek aan een Sociale Academie in een andere plaats. Dit kost haar anderhalf uur aan reistijd per dag.

Ze gaat ieder jaar langlaufen. Meestal komt ze met een licht blessure terug, die binnen één à twee weken weer genezen is. Dit keer is het anders gegaan. Als ze bij mij komt loopt ze al vijf maanden in de ziektewet vanwege een blessure aan haar knie. Maar daar komt ze niet voor. Ze vertelt me dat ze niet terug wil naar haar werk. Ze heeft het vlak voor de vakantie en direct na de vakantie geprobeerd, maar beide keren is ze hyperventilerend naar huis gegaan. Ze heeft last van hoofdpijn en duizeligheid, transpire-

ren en hartkloppingen. Ze heeft ontdekt dat de klachten kwamen opzetten als ze bezig was om voorbereidingen te treffen om weer naar school te gaan. Zelfs als ze een leerling op straat tegenkomt begint ze te hyperventileren.

Vervolgens is ze hierover gaan nadenken. Een van de oorzaken is het vak dat ze geeft. Methodiek is geen duidelijk afgebakend vakgebied. Het is de laatste jaren nogal aan veranderingen onderhevig geweest. In de achttien jaar dat ze dit werk doet heeft ze al vele keren haar lespakket moeten veranderen. De visie op het welzijns-werk is totaal veranderd en sluit niet meer aan bij haar eigen visie. Verder vraagt ze zich af of de studenten dit vak ooit zullen gebruiken. Hun toekomst is erg onzeker door de hoge werkloosheidscijfers van dit moment.

Een andere oorzaak is volgens haar dat het op school erg veranderd is. Het is een echt mannenbolwerk geworden. Vroeger waren er maar een paar mannen aan de school verbonden en kon ze haar mening goed naar voren brengen. Nadat ze gefuseerd zijn met een andere school zijn er vijf nieuwe mannen bijgekomen en moet ze weer van voren af aan beginnen.

Ze heeft er goed over nagedacht en is tot de conclusie gekomen dat ze niet meer terug wil. Ze heeft geen zin om

BOEKEN

Een doktersroman

zich om te scholen, ze wil definitief de WAO in. Ook wil ze niet op wachtgeld gezet worden omdat ze dan over twee jaar met hetzelfde probleem zit. De schoolleiding heeft haar al steun toegezegd. Die hebben ook liever iemand die er fris tegenover staat, dan iemand die steeds ziek is. Ze heeft genoeg hobby's waar ze zich mee bezig kan houden. Iets waar ze nooit tijd voor heeft gehad. Eindelijk zal ze aan zichzelf toe kunnen komen.

Terwijl ze dit allemaal vertelt, schieten er allerlei gedachten door mijn hoofd. Wat vind ik hiervan. In feite is ze nog wel jong om in de WAO te geraken. Mag je de kosten op de gemeenschap afwentelen? Ik bedenkt, dat het voor een vrouw heel moeilijk is om een plek te veroveren in deze maatschappij waar ze naar tevredenheid kan functioneren. Of ze past zich aan de mannelijke normen en waarden aan met alle gevolgen van dien. Of ze gaat de strijd aan om zichzelf te kunnen zijn, maar dat kost dan een grote hoeveelheid energie.

Ik kan me voorstellen dat deze vrouw in geen van beide mogelijkheden zin heeft. En al is de periode in de WAO lang, wat dan nog? De werkloosheid is zo groot! Er zijn genoeg jonge mensen die met plezier haar baan willen overnemen. Ik besluit haar te steunen.

Bovenstaande voorbeelden heb ik gegeven om te illustreren dat er (ook) in een dagelijkse (feministische) huisartsenpraktijk tussen arts en patiënt verschillen van mening kunnen bestaan over de inhoud van de zorg.

Uit voorbeeld 1 komt naar voren dat ik er moeite mee heb het cyclische onwelbevinden van vrouwen als een ziektebeeld te benoemen. Mijn denkbeelden hierover vinden hun oorsprong in de vrouwengezondheidsbeweging, waar feministes mopperen op het voorschrijven van progesteron. Vaak zijn de feministes 'patiënt', en mopperen ze op artsen. In onze praktijk ligt het soms omgekeerd: als feministische arts word ik geconfronteerd met vrouwen die vinden dat ze recht hebben op een medicijn: progesteron. Dat botst en dat is een inhoudelijke tegenstelling.

In voorbeeld twee gaat het over een probleem dat veel mensen als 'psychisch' zouden duiden. Zelf gebruik ik dat woord niet, om niet in tegenstelling lichamelijk/geestelijk terecht te komen. In plaats daarvan probeer ik een patiënt inzicht te geven in het functioneren van het lichaam en de invloed daarop van bijvoorbeeld de positie van vrouwen in de maatschappij. Bovendien probeer ik mensen te stimuleren om niet ogenblikkelijk een oplossing te willen voor hun proble-

Mary Fahrenfort, **Een Dokter** - een verdediging van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde, V.U.-uitgeverij Amsterdam, 1985.

Dit boek, het onderzoeksverslag waarop Mary Fahrenfort in februari 1985 op promoveerde, is om een aantal redenen interessant. Het is een verslag van een kwalitatief promotie-onderzoek en daarmee een wapenfeit in de strijd tegen de traditionele wetenschapsbeoefening. Het geeft een uiterst helder en levendig beeld van de ervaringen van zowel patiënten als artsen inzake de medische wereld. Tenslotte is dit een verslag waarin een poging gedaan wordt de elementen van de abstracte medicaliseringstheorie terug te vinden in het "dagelijks leven" van patiënt en arts.

In deze bespreking zal ik het methodische deel buiten beschouwing laten. Wel is belangrijk de door Fahrenfort aangegeven beperking van de reikwijdte van de conclusies in het oog te houden. Het gaat hier om een polikliniek interne geneeskunde van een academisch ziekenhuis, een plaats waar relatief veel chronische patiënten komen. Het verhaal van de patiënt, zoals dat hier geschetst wordt, is dan ook vooral het verhaal van de chronische patiënt. Tevens is het verhaal van de arts dat van de (academisch) internist.

Ik zal een kort overzicht geven van het geschrevene over de patiënt, de arts en het consult waarna medicalisering apart aan bod komt.

De patiënt

Met behulp van een groot aantal citaten uit in totaal 15 interviews met patiënten, schetst Fahrenfort de patiëntencarrière: het begin, de gang naar de dokter de polikliniek als decor, het onderzoek, het verdere onderzoek, de uitslag, de behandeling en het eind dat niet komt.

Het medisch gebeuren blijkt voor patiënten een ingrijpende aangelegenheid. Ze moeten veel mogen weinig en leven lange tijd in onzekerheid en verwarring. De algemene veronderstelling dat je naar de dokter gaat die je onderzoekt en behandelt en zo weer beter maakt, blijkt niet te kloppen. Onderzoek leidt meestal tot nader onderzoek. Een diagnose leidt vaak niet tot genezing maar tot levenslange therapie en controle. Fahrenfort constateert dat er sprake is van een aanpassingsproces bij de patiënt: de aanvankelijke teleurstelling en het hiermee gepaard gaande verzet verdwijnt als de patiënt de polikliniek, de arts en de medische probleemdefinitie leert kennen en zijn verwachtingen aanpast. "Uiteindelijk komt veelal een evenwicht tot stand waarin de patiënt een optimale verstandhouding met de arts realiseert en (soms mede met diens hulp) met zijn kwaal leert leven en daarin de door lijfszo pijnlijke gemiste autonomie in elk geval ten dele terugvindt", zo concludeert Fahrenfort (pag. 320).

De arts

De artsen carrière lijkt verbazend veel op die van de patiënt. Ook de arts begint met de "lekenwisie" op de geneeskunde, ook voor de arts spelen teleurstellingen en leren leven met de beperkingen van een belangrijke rol. Fahrenfort laat in een uiterst boeiend betoog zien hoe de student via een hardhandig socialisatieproces een artsen-identiteit opbouwt. Veel van haar materiaal komt hier uit het bekende "dagboek van een co-assis-

tent" van Alexander van Es (tevens als feuilleton in Medisch Contact afgedrukt; het was een leuk idee geweest de grote stroom reacties van artsen hierop tevens in dit hoofdstuk te verwerken).

Naast dagboeken en (helaas slechts) 4 interviews met artsen (1 internist, 2 endocrinologen en 1 arts-assistent) gebruikt zij hier eerder gehouden interviews met co-assistenten. Fahrenfort concludeert dat de arts-assistent "nogniet tezeer gehinderd door ervaring" is (pag. 321). De gevestigde artsen zijn ten aanzien van de patiëntenzorg veel genuanceerder. Zij blijken in de loop van hun carrière begeleiding en geruststelling veelal als belangrijkste taak ten opzichte van patiënten te gaan zien" (pag. 322). Dit betekent tevens een **vernijdering** van medicalisering ten opzichte van patiënten in de zin van "meer flexibiliteit en minder normatief oordelend opstellen" (pag. 241).

Het consult

In het consult komen de ervarings- en denkwereld van patiënt en arts samen, zo stelt Fahrenfort. De verwachting dat dit deel de synthese is van de voorgaande delen wordt echter niet ingelost. Eerder schetst Fahrenfort een derde carrière: die van het consult. Het materiaal bestaat hier uit één ochtend consulten, doch Fahrenfort weet op basis van dit materiaal een overtuigend en inzichtelijk beeld te schetsen van de "consulten-carrière". Aanvankelijk lopen de (impliciete) verwachtingen van arts en patiënt nogal uiteen. Het consult bestaat dan uit een arts die de regels van onderzoek en behandeling volgt en een patiënt die een oplossing vraagt voor haar of zijn problemen. In deze fase is een element van strijd te herkennen, waarbij de arts de patiënt leert een "goede patiënt" te zijn door middel van positieve of negatieve bekrachtigingen. Als de patiënt zijn of haar verwachtingen aanpast kan in de loop der tijd (het gaat dan natuurlijk over de chronische patiënt) een volgens Fahrenfort meer congruente, complementaire en in die zin meer gelijkwaardige relatie ontstaan. De patiënt heeft leren leven met zijn klacht en met de beperkingen van het medisch kunnen. De patiënt aanvaardt daarmee zelf verantwoordelijkheid voor de verwerking van de problemen die de klacht met zich meebrengt en wordt zo meer autonoom. Dat wil zegen: de patiënt neemt eigen beslissingen in behoorlijk overleg met een deskundige, de arts. Fahrenfort waardeert deze ontwikkeling als positief.

Medicalisering

Het thema medicalisering vormt de rode draad in het onderzoek. Medicalisering betekent hier "het proces waarlangs problemen in medische termen worden gedefinieerd en de invloed die medische handelen daarop vervolgens uitoefent" (pag. 22).

Fahrenfort start met een (helaas) uiterst beknopt literatuur-overzicht (6 pagina's) waarin zij de ideeën van Illich centraal stelt. Fahrenfort deelt "in grote lijnen" de visie van Illich doch wijst op een interne inconsistentie in diens redenering: door de arts als absolute boosdoener en de patiënt als absoluut slachtoffer voor te stellen neemt Illich artsen noch patiënten serieus. (pag. 23). Machtverhoudingen, zo zegt zij in navolging van Foucault, vinden hun aangrijpingspunt in de interactie tussen arts en patiënt zelf, als machtswerkingen die gebaseerd zijn op hun eigen belang.

Stapsgevijs laat Fahrenfort de lezer zien hoe "medicalisering" gestalte krijgt in de ervaringen van de patiënt en de arts en in het contact tussen beiden. In elk hoofdstuk worden hiertoe uitspraken van Illich naast die van patiënten en artsen geleegd. Foucault komt in het boek verder niet meer terug. Vreemd is verder dat zij noch hier noch later enige aandacht besteedt aan het onderzoek van Abram de Swaan die, eveneens op grond van kwalitatief onderzoek en met een soortgelijke vraagstelling, reeds tot vergelijkbare conclusies kwam (A. de Swaan, De mens is de mens: een zorg. Amsterdam 1982).

Wat eerst een redelijke hypothese leek, wordt naarmate men verder leest eerst duidelijk, dan zelfs overduidelijk. De medicaliseringstheorie, gebaseerd op een historische analyse van de maatschappij wordt hier aangevuld door een analyse van de historie van de individuele patiënt en arts. Fahrenfort nuan-

ceert tevens de theorie: "We zien ... dat patiënten niet alleen machteloos zijn maar zich daarnaast wel degelijk verzetten" (pag. 324). Verder voert zij aan dat de patiëntencarrière ook kan uitmonden in een meer congruente of harmonische relatie tot de arts. Vanuit een conflict-benadering is deze ontwikkeling volgens haar te zien als de ultieme medicalisering, wie meer geneigd is harmonie te zien zal concluderen dat een creatieve en flexibele aanpassing tot stand gekomen is.

Fahrenfort kiest hier voor het harmoniemodel; zij heeft het over "een ten goede keren" (pag. 325). Medicalisering wordt hiermee niet (alleen) iets onafwendbaars, maar ook iets wat uiteindelijk toch nog goed is: arts en patiënt zijn beiden gemedicaliseerd en gaan samen in harmonie verder. Het zal duidelijk zijn dat zij daarmee de visie van Illich definitief afwijst.

De aanbevelingen waarmee het proefschrift afgesloten wordt, liggen in het verlengde hiervan: medicalisering op zich is onontkoombaar. De problemen en teleurstellingen voor de patiënt in dit proces worden grotendeels veroorzaakt door de overspannen verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde. Deze verwachtingen zouden realistischer moeten worden door een mentaliteitsverandering bij het publiek en een betere voorlichting over medische mogelijkheden in de spreekkamer.

Transformatie proces.

Vaak wordt de relatie arts-patiënt gezien als een deskundige-leek-tegenstelling. Fahrenfort laat zien hoe de chronische patiënt van leek tot deskundige kan "groeien", zij het dat dit een beperkte deskundigheid is. Zij duidt dit aan met "proto-professionalisering". Hiermee wordt aangegeven dat de arts toch de echte deskundige blijft. De ervaren arts aan de andere kant verlaat juist enigszins zijn positie als deskundig genezer en bewaker van het patiëntengedrag. Begeleiding en geruststelling worden dan belangrijker en hiermee komt de inbreng en verantwoordelijkheid van de patiënt centraal te staan. Dit lijkt allemaal mooi, de adder onder het gras is echter het kader waarin die eigen verantwoordelijkheid een plaats heeft. De patiënt kan dit namelijk pas: "verdienen" indien hij of zij het medisch denken over het eigen probleem heeft overgenomen, wanneer "het eigen probleem" plaats gemaakt heeft voor "de eigen ziekte". De ware strijd tussen patiënt en arts speelt zich rond dit transformatieproces af, een strijd die de patiënt gedoemd lijkt te verliezen. Deze zoekt immers een oplossing voor het eigen probleem in het medisch kanaal en dit kanaal erkent enkel ziektes als probleem. Het verzet van de patiënt tegen de medische probleemdefinitie, dat Fahrenfort signaleert, is mijns inziens dan ook zeker geen weerlegging van Illichs ideeën over de machteloosheid van de patiënt.

Tegelijkertijd ligt juist in dit transformatieproces een aangrijpingspunt voor het versterken van de positie van de patiënt: patiënten belangenorganisaties en kritische hulpverleners kunnen bijvoorbeeld patiënten erop wijzen dat het niet vanzelfsprekend is dat de "eigen problemen" in "medische problemen" vertaald worden.

Het is overigens goed erop te wijzen dat het hier gaat om het contact tussen patiënt en specialist in een academisch ziekenhuis. Men is hier reeds aan het einde van het medisch kanaal. In het contact tussen patiënt en met name de huisarts hebben patiënten altijd nog de mogelijkheid van een verwijzing achter de hand, een "recht" waar steeds meer patiënten tot verdriet van veel (huis) artsen gebruik van weten te maken en wat eerder werkt in de richting van méér medicalisering. Zoals bekend, spelen hierin bladen als Privé en Libelle een grote rol. Daarmee zijn we weer terug bij de aanbeveling van Fahrenfort dat de verwachtingen ten aanzien van de geneeskunde realistischer moet worden. Patiënten, of liever de bevolking, moet niet meer deskundig worden ten aanzien van ziektes maar juist ten aanzien van de geneeskunde.

Marcel Post

Tussen Tilburg

en El Salvador

Hulpverlening met hindernissen

Sinds het FMLN openlijk de strijd is aangegaan met het regime zijn opmerkelijke successen geboekt. Op dit moment heeft het volksverzet ééndertigde deel van het Salvadoraanse grondgebied min of meer onder controle. De laatste tijd zijn de aanvallen van het regeringsleger, mede dankzij versterking van land- en luchtmacht door grootscheepse steunoperaties vanuit de Verenigde Staten, toegenomen. De regeringstroepen zijn frequenter in staat tot infiltraties in bevrijd gebied. Ondanks alle problemen is men in bevrijd gebied begonnen met de verwezenlijking van de idealen van de bevrijdingsbeweging: een goede gezond-

Ontwikkelingshulp is geen hulp, dat is al eens eerder in deze kolommen uitgelegd. Deze hulp kan niet losgezien worden van machtsverhoudingen tussen rijk en arm in deze wereld. Ontwikkelingshulp is voor ons werkgelegenheid, afzetmarkt, drager van de westerse cultuur en ideologie.

Behalve aan traditionele hulporganisaties is Nederland ook rijk aan solidariteits- en aktiegroepen. Het Ministerie van Ontwikkelingssamenwerking drukt zelfs een speciaal boekje waarin alle adressen van deze organisaties staan, samen met de meer traditionele hulpinstanties. Het boekje bevat drie organisaties die zich met Portugal bezighouden, drie Uruguay bewegingen en verscheidene Zuid(elijk) Afrikagroepen. Wat zijn we solidair!

Maar is solidariteit wel solidariteit? Een bonte parade voorbeelden van bizarre, als solidariteit bedoelde acties, trekt aan me voorbij. Zo kreeg één van de instellingen van het ANC in Tanzania eens een solidariteitszending van de Oostenrijkse Socialistische Jugendbewegung (of iets van dien aard). Onder grote belangstelling werd de container opengemaakt. Voor het oog van de vrijheidsstrijders rolden honderden flessen vruchtesap van uitstekende kwaliteit over de grond. Alleen maar vruchtesap. In de andere container zaten beertjes van glas, gevuld met honing. Honing vonden de meesten niet zo lekker, maar de vruchtesap ging er wel in. Het gevolg was, dat de volgende dag niemand naar school ging of z'n werk deed. Vruchtesap is namelijk schaars in Tanzania, en ieders darmstelsel protesteerde heftig tegen de fruitige overdosis. Tot maanden na dato kon je op de meest vreemde plaatsen die verdomde beertjes vinden, met hun poten nog vol honing die er met geen mogelijkheid uitte krijgen was.

De Oostenrijkers zullen er wel geen nacht minder om geslapen hebben. De vraag, of ANC'ers wel behoefte hadden aan beertjes met honing is misschien wel nooit bij ze opgekomen. Op medisch vlak ligt het idee van materiële steun eveneens erg voor de hand. Uitglijders zoals hierboven beschreven komen ook bij medische hulp voor en zijn dan nog schrijnender.

De neiging bestaat weleens, om zendingen aan socialistische landen of linkse bewegingen in den vreemde wat minder kritisch te bekijken dan andere. Als het daárheen gaat, dan zit het wel goed, zo lijkt de gedachte te zijn. Zo makkelijk is solidariteit niet.

Ook in Sandinistisch Nicaragua rijden onze rolstoelen slecht over de ongeplaveide weg. In de jungle van El Salvador is het misdadig iemand kilometers te laten lopen met een kist vol geneesmiddelen die niet bruikbaar zijn.

Nevenstaand verhaal laat de ontwikkeling zien die de Medische Commissie van het El Salvador Komitee Nederland heeft doorgemaakt: van het ongeselec-teerd sturen van medicijnen kwam het uiteindelijk tot een situatie waarin onder zeer moeilijke omstandigheden, overleg en informatieuitwisseling plaatsvond met het FMLN-FDR. Een voorbeeld van solidariteit zonder een Jantje-van Leiden.

Jan van Bergen, arts
Joke Derksen, arts

heidszorg, goede en voldoende voeding, alfabetisering, en een democratisch bestuur.

In het Programmatisch Platform van de Revolutionaire Democratische Regering staat dat gestreefd wordt naar "de instelling van een nationaal gezondheidszorgsysteem, dat aan de gehele bevolking (zowel in de steden als op het platteland) een efficiënte medische dienst waarborgt, die in hoofdzaak preventief moet zijn". In dit licht is ook de voedselproductie van belang. Een wezenlijke bijdrage aan de preventie leveren de gezondheidsbrigades. Zij geven voorlichting over hygiëne, de betekenis van gezuiv-

verd water, de bouw van latrines en de bereiding van voedsel.

Het medische werk wordt verricht door de weinige artsen en gediplomeerde verpleegsters/-ers die er zijn, bijgestaan door de gezondheidsbrigaden. Hun werk gebeurt vaak onder extreem moeilijke omstandigheden, onder bescherming van eenheden van het FMLN. Voortdurend moet rekening gehouden worden met bombardementen en legeraanvallen. Daarom moeten de *'puestos de Salud'* (medische hulpposten), de *'clínicos populares'* (volksklinikjes) en de *'hospitales del Frente'* (veldhospitelen) zo goed mogelijk verborgen zijn, soms in bos-

Onderdrukking

El Salvador is het kleinste en dichtstbevolkte land van Midden-Amerika. Naast een redelijk ontwikkelde industriële sector is het land overwegend agrarisch. De meerderheid van de bevolking is boer of landarbeider en leidt een armoedig bestaan als gevolg van het grootgrondbezit. Protesten van de bevolking tegen de onrechtvaardige verdeling werden door politie, leger en terreurbrigades op brute en bloedige wijze onderdrukt.

In 1979 vond er met steun van de Verenigde Staten een staatsgreep plaats, waarbij burgers in de regering kwamen om het regime een democratisch aanzien te geven. Al snel werd duidelijk dat gedane beloften (algemene amnestie, democratische vrijheden en landhervorming) niet zouden worden ingelost. Ook de verkiezingen van 1984 hebben weinig nieuws gebracht. Het bewind heeft een wat publieksvriendelijker gezicht gekregen, maar de werkelijke macht in leger en parlement is nauwelijks veranderd. De onderhandelingen tussen regering en verzet heeft in de dagelijkse situatie van de bevolking weinig verandering gebracht. De bombardementen op de burgerbevolking in bevrijd gebied door het regeringsleger zijn, vooral dankzij de steun van de Verenigde Staten, de afgelopen maanden zelfs toegenomen.

Het gebundeld volksverzet FMLN/FDR (Front Farabundi Martí voor de Nationale Bevrijding/Revolutionair Democratisch Front) startte op 10 januari 1981 een groot offensief. Het regime antwoordde op barbaarse wijze. De balans van de oorlog begin 1984: ruim 50.000 doden en 500.000 Salvadorianen in vluchtelingenkampen in omliggende landen. De mensen in El Salvador leven in angst: angst voor terreur, martelingen en vermoording...

Gezondheid en gezondheidszorg

Van de bevolking in El Salvador beschikt 85% niet over voldoende geld om eten te kopen, om huizen te huren die voldoen aan minimale hygiënische voorzieningen, om goed onderwijs te volgen en om in geval van ziekte een beroep te doen op adequate gezondheidszorgvoorzieningen. De overheidsvoorzieningen gaan mank aan een gebrek aan planning en coördinatie, een te grote nadruk op curatieve zorg, een slechte geografische spreiding en een groot tekort aan personele en materiele middelen (zo worden de schaarse medicijnen meteen het militair kanaal ingesluist).

Infectie-ziekten vormen de belangrijkste ziekte-oorzaak. Dit komt onder andere door de slechte kwaliteit van het drinkwater, het ontbreken van rioleringsystemen en het gebrek aan kennis omtrent hygiënische maatregelen. De ondervoeding vermindert bovendien de weerstand tegen allerlei infectie-ziekten. De kindersterfte in El Salvador is ongeveer tien maal zo hoog als in West-Europese landen en is sterk klasse-gebonden.

Als gevolg van de oorlog is in medische consulten de categorie 'neurotische/psychotische ontregelingen' in de periode 1977-1981 opgeschoven van de tiende naar de derde plaats. Sinds 1981 zijn moord en geweld de belangrijkste doodsoorzaak geworden. Was de gemiddelde levensverwachting in 1975 nog haast 58 jaar, in 1982 was die gedaald tot 42 jaar. Bij nadere differentiatie blijkt dat de levensverwachting voor de plattelandsbevolking om en nabij de 40 jaar ligt en die van de rijke oligarchie rond de 70 jaar. De dood is niet voor iedereen gelijk...

sen, grotten en onder de grond. Vaak moeten ze na een bepaalde periode verplaatst worden. Het vervoer van gewonden en zieken is bijzonder gevaarlijk. Dit gebeurt meestal lopend en bij voorkeur 's nachts. Operaties worden vaak onder zeer primitieve omstandigheden verricht, bij kaarslicht, op de grond of op een keukentafel. Illustratief is de patiënt bij wie een beenamputatie verricht moest worden met de zaag van de smid! Door gebrek aan anesthetica gebeurt het nogal eens dat patiënten tijdens een operatie bijkomen. Gebrek aan antibiotica belemmert het bestrijden van infecties. Vaccins en andere injectievloeistoffen kunnen bij gebrek aan koelmogelijkheden nauwelijks worden bewaard.

Medisch comitee

In 1981 startte op verzoek van het FMLN een groep mensen binnen het El Salvador Comitee Nederland met medisch werk.

De groep bestond aanvankelijk uit een arts, een verpleegkundige, een bouwkundige en twee economen. Momenteel beschikt de groep ook over een socioloog en over apothekers. Incidenteel worden andere deskundigen, zoals bijvoorbeeld een tandarts, geraadpleegd. Daarnaast is er een hele groep van mensen actief onder andere van plaatselijke solidariteitscomitees, die bij voorkomende gelegenheden het nodige werk verzetten.

Aanvankelijk zamelde de commissie geneesmiddelen, klein chirurgisch materiaal en geld in. Hiervoor benaderden de lokale El Salvador comitees artsen, apothekers en ziekenhuizen. Met de komst van de eerste apotheker in de medische groep werd de aanzet gegeven tot een inventarisatie van de ingezamelde en verzonden geneesmiddelen. Bij het opmaken van de balans bleek het totale pakket therapeutisch onevenwichtig te zijn samengesteld. Er was een overwicht aan middelen die hier in Nederland chronisch gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld hart-, vaatmiddelen, bloedverdunners, orale en subcutane suikerziekte-regelaars en tranquillizers. Dit was een logisch gevolg van ons epidemiologisch ziekte-patroon en van het feit dat "acute" middelen, zoals antibiotica, voor een bepaalde, korte, periode worden voorgeschreven (kuur) en opgebruikt.

Een en ander was aanleiding tot uitgebreid overleg met vertegenwoordigers van het FMLN over met name het morbiditeitspatroon binnen bevrijd gebied; welke ziekten daar het meest voorkomen en om welke aantallen mensen het gaat. Aan de hand hiervan stelden we eenvoorkeurslijst samen met de belangrijkste therapeutische groepen; dit zijn met name de analgetica, anaesthetica en antibiotica. Binnen elke therapeutische groep geneesmiddelen hebben we weer een voorkeur voor bepaalde middelen uitgesproken; dit geschiedde aan de hand van farmacologische en farmaceutische gegevens. Hierbij gaat het om zaken als het therapeutisch nut, stabiliteit, houdbaarheid en prijs. Deze meer gespecificeerde lijst werd opnieuw met FMLN-artsen besproken; dit leidde tot enkele praktische wijzigingen. We schraptten bijvoorbeeld malathionlotion tegen luis. De boeren binnen bevrijd gebied zouden dit associëren met het door hen gebruikte landbouwgif, waarmee ze kwalijke ervaringen hadden. Onze zo samengestelde basislijst komt aardig overeen met de 'essential-drugs' lijst van de WHO en de voorkeurslijst van de Ziekenfondsraad; met dien verstande dat wij ze toegespitst hebben op de situatie in El Salvador.

Na drie jaar ervaring met het inzamelen van geneesmiddelen moesten we concluderen dat het vele werk dat hiervoor door vrijwilligers verzet moet worden (promoten, ophalen, uitzoeken, opnieuw verpakken) niet opweegt tegen het behaalde rendement. Alleen voor antibiotica geldt dit niet. Hiervan krijgen we nog wel eens grote partijen binnen met verstreken vervaltadum. Een aanzienlijk deel daarvan kan, na aanpassing van de doseringsvoorschriften, weggestuurd worden. Met het opstellen van onze voorkeurslijst

bijsluiter teksten

BENCILPENICILINA (=Penicilina G)

antibiótico

indicaciones: Infecciones causadas por bacterias Gram-positivas p.e. estreptococos y neumococos. Penicilina de pequeño espectro.

posología: Intramuscular: 250.000UI cada 6 horas hasta 10.000.000UI por 24 horas; niños 25.000-50.000UI/kg. de peso. Intravenosa como infusión: 10.000.000-40.000.000 UI por 24 horas; niños 25.000-50.000UI/kg. de peso por 24 horas, en caso de infecciones graves 100.000-200.000UI kg. de peso por 24 horas.

efectos secundarios: Reacciones alérgicas.

contra-indicaciones: Hipersensibilidad.

presentación: polvo inyec.table 500.000 y 1.000.000UI, diluir en 2 ml, agua destilada para una inyección intramuscular. polvo inyectable 10.000.000UI p.e. para preparar una infusión

La estabilidad de la solución es de 24 horas a 20'.

AMPICILINA

antibiótico

indicaciones: Infecciones causadas por bacterias Gram-positivas y -negativas excepto entre otras Pseudomonas y algunas Proteus-estirpes, p.e. infecciones de la vías urinarias y de las vías respiratorias. Penicilina de amplio espectro.

Posología: Oral: 4 veces al día 250-500mg., en caso de infecciones graves 1000mg. o más 4 veces al día; niños menores de 13 años 50-200mg./kg. de peso al día en 4 dosis. En caso de gonorrea 2-3,5g. en 1 dosis. Intramuscular: 1-3g. al día en 4 dosis; niños hasta 20kg. 25-50mg./kg. de peso al día en 4 dosis.

Intravenosa como infusión: en caso de sepsis y meningitis bacteriana, 8-14g. al día durante 3 días luego el mismo dosis en 6-8 dosis intramuscular.

efectos secundarios: Trastornos gastro-intestinales, reacciones alérgicas en la piel.

contra-indicaciones: Hipersensibilidad, mononucleosis infecciosa y leucemia linfoide.

atención: Después de uso oral absorción está incompleta (30-50%) No tomarla durante la comida.

presentación: capsulas 250 y 500mg. tabletas 125mg. sobres 125 y 250mg. jarabe 25 y 50mg./ml. polvo inyectable 100, 250, 500 y 1000mg diluir en 0,5-3ml. agua destilada para inyecciones intramusculares y 5-20ml. para inyecciones intravenosas.

hebben we een goed compromis gevonden voor de inzamelingsacties. Deze geschieden nu aan de hand van deze lijsten, waarmee de voorselectie al door de gevers zelf gebeurt; dit garandeert een wederzijds besef van zinvolle inspanningen.

Uiteindelijk kopen we tegenwoordig de meeste medicijnen zelf in bij erkende non-profit-organisaties. De gelden hiervoor komen uit inzamelingsacties en overmakingen speciaal voor medisch werk.

Tegelijk met ons werk aan de basislijst zijn we begonnen bijsluiter teksten te maken. Voor veel geneesmiddelen bestaan geen bijsluiter teksten in het Spaans; en als ze al bestaan zijn ze vaak verwarrend en/of onvolledig. De bijsluiter teksten die in Centraal Amerika gebruikt worden zijn door fabrikant of importeur zelf opgesteld en daarna niet meer gecontroleerd door een onafhankelijke commissie, zoals in West-Europa gebruikelijk is.

De bijsluiter teksten zijn bedoeld voor mensen met een medische scholing; we willen in de toekomst proberen ook meer eenvoudige teksten te maken voor basisgezondheidswerkers. Als voorlopig comprimés sturen we met elke grote zending een aantal exemplaren van het boek: *'Donde no hay doctor' / 'Where there is no doctor'* van David Werner mee. Onze pogingen een zo adequaat mogelijk geneesmiddelenpakket te verzenden komen maar zeer ten dele voort uit een neiging tot technisch perfectionisme; de situatie rond bevrijd gebied, dwingt daartoe. Alle goederen moeten illegaal en met gevaar voor eigen leven vervoerd worden bevrijd gebied in. Meestal te voet. Officiële hulpverleningsinstanties worden niet toegelaten in bevrijd gebied. In die context is het uiteraard misdadig iemand kilometers te laten lopen met een kist vol middelen die onbruikbaar zijn.

Veldhospitaal

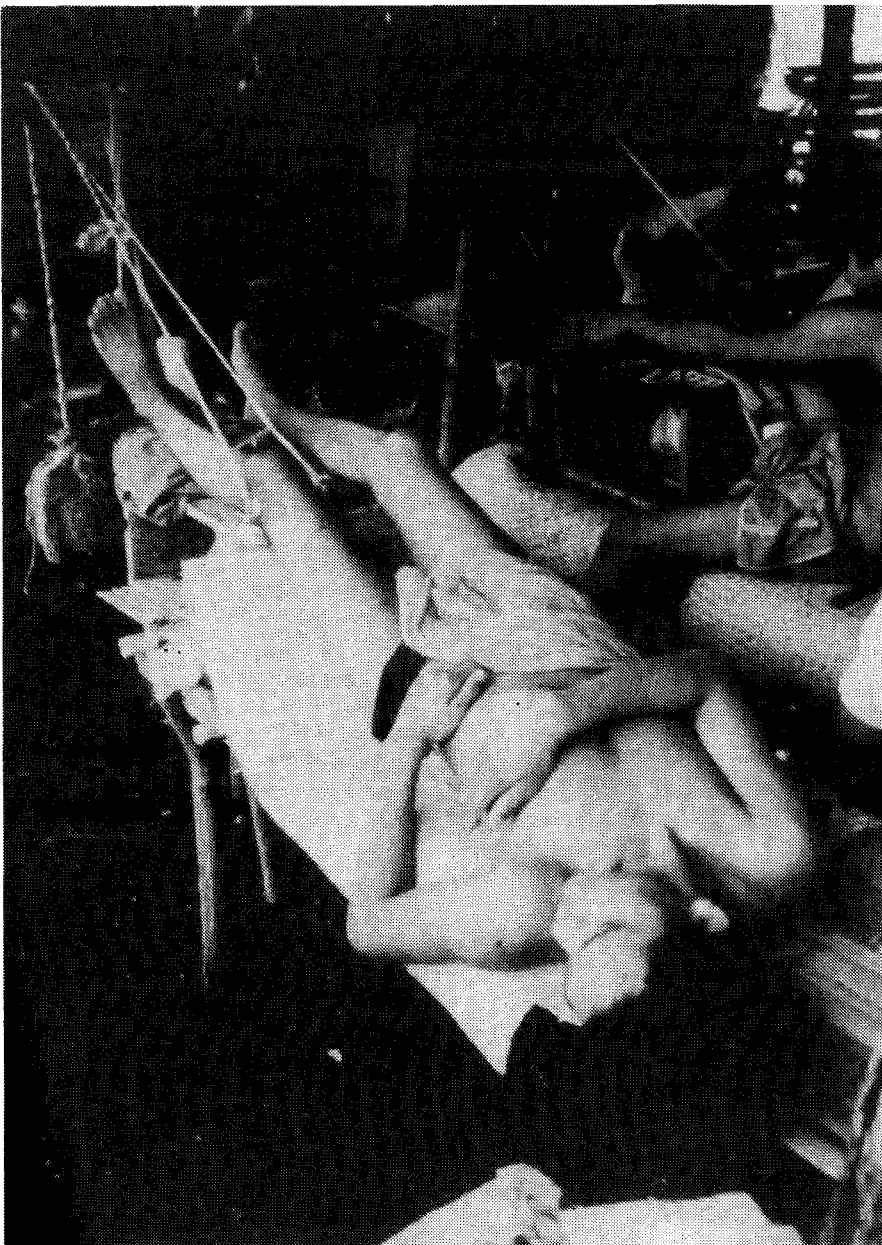
De medische commissie is zich later ook gaan bezighouden met het verzenden van medisch instrumentarium. Fred van der Veen, een Nederlandse arts die een klein jaar binnen bevrijd gebied werkte, beschrijft hoe hij met een van de smid geleende zaag amputaties verrichtte. Dat klinkt heroïsch en is inventief, maar neemt niet weg dat adequaat chirurgisch materiaal handiger en doeltreffender is. Bovendien is voor het meeste instrumentarium noch bij de smid, noch in de keuken of elders, een redelijk alternatief voorhanden. Schot-, bom-, en 'napalm' verwondingen kunnen uitgebreide chirurgische ingrepen noodzakelijk maken. Bovendien moeten de

operaties onder zeer moeilijke omstandigheden verricht worden. Het ziekenhuis verandert steeds van plaats om buiten het bereik van oprukkend en regeringstroepen te blijven; er is meestal nauwelijks water voorradig; noch electriciteit of een andere energie-bron. Operatietafels, lampen, narcose-apparaten, afzuigsystemen e.d., zijn er niet. We hebben geprobeerd zoveel mogelijk op de ons bekende problemen in te spelen, daarbij geholpen door artsen die de situatie "ter plaatse" kennen.

Het door ons gestuurde veldhospitaal bevat instrumentarium voor praktisch alle (grote) chirurgische ingrepen. Tevens werd osteosynthesemateriaal voor botbreuken verzonden gezien het feit dat de vele bombardementen een snelle mobilisatie vereisen. Verder stuurden we bevallingsets met verlostangen, hechtmateriaal, handschoenen, operatiedoek, desinfectantia, materiaal voor ruggemergs-amaesthesie, ketamine voor kortdurende algehele verdoving, benzine generatoren, sterilisatiepannen, spuiten en naalden, infuus-sets, verbandmateriaal enz. Dit alles zoveel mogelijk verpakt in metalen kisten die in voorkomende gevallen ondergronds opgeslagen kunnen worden; het hospitaal moet zo mobiel en draagbaar mogelijk zijn. Het spreekt vanzelf dat we voor de geweldige hoeveelheid praktische problemen binnen het medisch werk in bevrijd gebied nauwelijks toereikende oplossingen hebben. Op dit moment proberen we een zo eenvoudig mogelijk procedure te ontwikkelen voor het bereiden van infuusvloeistoffen. Destilleren is iets wat men in bevrijd gebied wel kan: alcoholbereiding vindt overal ter wereld plaats. Daarbij worden echter niet de aller kleinste deeltjes (pyrogenen) verwijderd waardoor er bijna altijd koorts optreedt bij toediening. Sinds een aantal maanden hebben we contact met een organisatie in Duitsland "medico International" waarmee we ervaringen en materialen uitwisselen. Ook zij sturen instrumenten en geneesmiddelen naar gecontroleerd gebied in El Salvador.

Toekomst

Na uitgebreid overleg hebben we besloten voortaan vier keer per jaar een vaste zending geneesmiddelen, hechtmateriaal, handschoenen, verbandspullen en andere verbruiksmaterialen naar bevrijd gebied te sturen. Het veldhospitaal is onbruikbaar wanneer niet regelmatig aanvullende toeleveringen plaatsvinden. Ons streven is daarvoor per keer f 10.000,- uit te trekken (inclusief verzendkosten), On-



langs is naar aanleiding van een "brandbrief" uit El Salvador een extra zending van f 10.000,- weggegaan met voornamelijk geneesmiddelen.

Naast praktische steun voor bevrijd gebied streven we ernaar in Nederland zoveel mogelijk sympathie en solidariteit te verwerven voor "daarginds". We geven regelmatig "voorlichting" over de situatie in bevrijd gebied, met name toegespitst op de medische problemen, aan de hand van een diaserie. Verder hebben we in het voorjaar een advertentiecampagne gevoerd voor fondswerving en is er een gratis folder verkrijgbaar over de situatie in El Salvador en ons werk, welke we zoveel mogelijk actief verspreiden. Sinds kort hebben we besloten om als medisch comité een onafhankelijke stichting te gaan vormen. Voorheen hebben we altijd op prettige wijze als commissie binnen het ESKH (El Salvador Komitee Nederland) gefunctioneerd. Dit geschiedde met behoud van eigen zelfstandigheid, waartoe trouwens de verscheidenheid van de logistieke kanalen ook aanleiding gaf. Reden voor een verdergaande verzelfstandiging was enerzijds de al langer bestaande wens tot een zekere mate van professionalisering en institutionalisering van het werk, anderzijds leken de conflicten in de Nederlandse solidariteitsbeweging de continuïteit van het werk van de medische commissie in gevaar te brengen. Deze conflicten hingen samen met de interne problemen in de diverse geledingen van de bevrijdingsbeweging in El Salvador. Mede door de toegenomen druk vanuit de Verenigde Staten - zowel politiek als militair - was hierbinnen onenigheid gegroeid over de te voeren strategie. Deze spitte zich toe op het al dan niet in onderhandeling treden met de regering Duarte. Kortom: om machtsdeling versus machtsovername. In Nederland leidde deze verscheidenheid in politieke opvattingen tot een breuk tussen het ESKH en de officiële FMLN/FDR-vertegenwoordiging in Nederland. Het leek aangewezen enige distantie te nemen van politiek-ideologische discussies, om de voortgang van daadwerkelijke (medische) hulpverlening aan het Salvadoriaanse volk veilig te stellen. Zeker ook gezien het uitdrukkelijk verzoek van het FMLN/FDR het medisch werk voort te zetten. Juist in deze moeilijke fase is continuering van de solidariteit aangewezen. ••

voor bijdragen en inlichtingen:
Stichting Medisch Komitee El Salvador
Postbus 8105,
5004 Ge Tilburg
tel.: 013-430947 of 012-673153
giro: 9885
(o.v.v. 'medische hulp')

Premenstrueel syndroom

Prikkelbaar 'en down, hoofdpijn of pijnlijke borsten, een opgeblazen gevoel, pillen die niet helpen. Klachten die veel vrouwen in de dagen voor de menstruatie kennen als "je weekie" of "de brokkendagen", en die bekend raakten onder het etiket PreMenstrueel Syndroom (PMS). De omschrijvingen hiervan en de voorgestelde behandelingen lopen zeer uiteen. Maria Hermsen geeft de valkuilen van het syndroomdenken aan en constateert dat de meeste behandelingen niet veel effectiever zijn dan het gebruik van een placebo. Het dilemma voor de hulpverlener is dat de diagnose PMS een als excuus voor het gedrag kan worden. Wie heeft er immers controle over haar hormonen? Anderzijds kan de vrouw zich in de steek gelaten voelen als er geen medisch etiket op haar klachten geplakt wordt.

Maria Hermsen geeft de klachten in de premenstruele fase een niet louter negatieve lading. Misschien treedt in die fase duidelijker aan het licht wat vrouwen altijd al dwars zit. Het gaat erom wat zij daar zeU aan kan en wil veranderen. Kan de hulpverlening in dat veranderingsproces misschien een steentje bijdragen?

Maria Bermsen medisch sociologe

Diagnose of dilemma

In een aantal publicaties in tijdschriften zoals "Wetenschap en Samenleving", "Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid", "Drugs", alsmede in populair wetenschappelijke boeken waaronder "Eens per maand", "Vrouwengeheim", "Pijn bij menstruatie", maar ook in vrouwentijdschriften zoals Margriet, Libelle en Opzij, worden regelmatig artikelen gepubliceerd over menstruatie en verschijnselen tijdens de menstruele cyclus. Deze hebben met name betrekking op de periode juist voorafgaande aan en tijdens de menstruatie.

In recent onderzoek is aangetoond, dat 92-100% van de vrouwen verschijnselen als buikpijn of periodiek grotere gevoeligheid voorafgaande aan de menstruatie kennen. O. Integstelling tot de meeste andere natuurlijke functies van het lichaam (groei, ademhaling en spijsvertering) blijkt menstruatie, evenals zwangerschap, en baardgroei niet ongemerkt te verlopen.

Menstruatie en deviant gedrag

Vanaf de 30'er jaren (Frank, 1931) wordt er binnen de medische professie een diagnose ontwikkeld die de problematiek interpreteert en benoemt - het premenstrueel syndroom.

Dat het premenstruele syndroom nu gaandeweg meer aandacht krijgt is mijns inziens in niet onbelangrijke mate te danken aan Dalton die daarover een aantal artikelen heeft gepubliceerd. Haar benadering, waarbij de psychische verschijnselen op een somatische basis worden geïnterpreteerd sluit aan bij een vrij brede stroming in de literatuur en is zelfs al ter verdediging aangevoerd in een rechtszaak die in 1982 in Engeland diende.

De verdachte, Christie English, werd vrij gesproken nadat ze bekend had haar vriend te hebben gedood door met een auto op hem in te rijden. English vertelde dat ze ruzie met haar vriend had gehad, nadat hij haar had verteld dat hij een andere vrouw ontmoette. In een periode van

premenstruele spanningen volgde English hem daarna in de auto en reed hem dood. De rechter zij te geloven, dat English gehandeld had in 'absoluut uitzonderlijke omstandigheden'. Haar pleidooi dat zij ontoerekeningsvatbaar was werd geaccepteerd.

De dag ervoor was een 29-jarige serveerster voorwaardelijk veroordeeld na een agent met een mes te hebben bedreigd. Zij was al eerder voorwaardelijk veroordeeld, nadat ze een collega had doodgestoken tijdens een periode van premenstruele spanningen. Ze werd nu voorwaardelijk veroordeeld op voorwaarde dat ze de drug progesteron zou gaan gebruiken. In deze processen trad de arts, Catherine Dalton, op als getuige voor de verdachten. Bij de voorwaardelijke veroordeling was haar advies van grote invloed.

Naar aanleiding van dit gebeuren heeft Laws een politieke analyse gemaakt van de diagnose. Zij constateert: "Het premenstruele syndroom kan een bepaalde 'slechtheid' van vrouwen, bijvoorbeeld depressiviteit, emotionele uitbarstingen, isoleren door het te zien als een deel van henzelf dat soms aanwezig is en een resultaat is van omstandigheden buiten haar controle." Vrouwen zijn bijgevolg onbegrepen slachtoffer van hun hormonen. Ter illustratie nog de volgende citaten. Dr. Brush beschrijft hoe zijn karakteristieke patiënte zich beklagt: "I feel as if I'm turning into another person." Andere vrouwen beschrijven zichzelf als een "sort of Jekyll and Hyde, most of the time capable, lovable and then suddenly quite the reverse." Een vrouw vraagt aan (bovengevoemde) Dalton: "If you could only give me something so that I'm not so spiteful against my fiance, whom I really do love." Deze vrouw zegt naar aanleiding van een behandeling met progesteron: "I wish others would realise it wasn't the true me who caused all this."

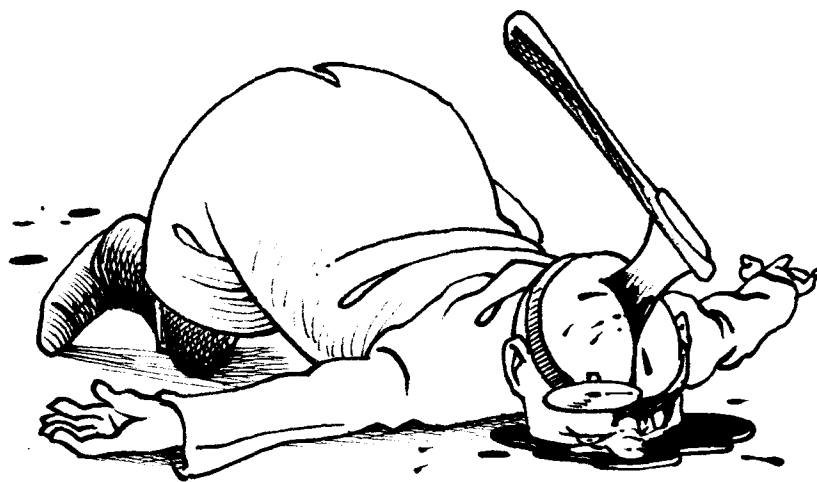
In het engelstalige tijdschrift M/F is een juridische analyse gemaakt van bovenstaande processen. De schrijfster concludeert dat het niet wenselijk is dat de premenstruele spanning als verdediging aangevoerd wordt. "My basic position is that there should be no premenstrual tension defence and no special judicial treatment of premenstrual tension sufferers as such."

PMS een medische diagnose?

Het is de vraag of de medische professie de aanspraak om bijzondere



BERT CORNELIUS



verschijnselen te diagnostiseren en te behandelen als premenstrueel syndroom, ook kan baseren op expliciete theorieën en aantoonbare onderzoeksresultaten. In mijn scriptie gaf ik aan dat dit niet het geval is⁶.

De periodiciteit en het tijdstip waarop de klachten optreden in relatie met de menstruele cyclus, zouden essentiële elementen moeten zijn in iedere omschrijving van PMS. In de medisch-wetenschappelijke literatuur blijken uiteenlopende definities te bestaan. In sommige definities gaat het om het optreden van verschijnselen gedurende de zeven dagen **voorafgaande** aan de menstruatie, in andere echter gedurende een aantal dagen voor en **tijdens** de menstruatie. In het laatste geval bestaat het gevaar van overlapping met andere diagnoses, bijvoorbeeld dysmenorrhoe (pijn tijdens de menstruatie). Opvallend is overigens dat naarmate de omschrijving recenter gemaakt is, de symptomenlijst langer en de gehanteerde tijdsduur van de premenstruele fase ruimer wordt. De Leeuw verrichtte een postenquete naar het voorkomen van (pre)menstruele verschijnselen⁷. Uit dit onderzoek blijkt dat de klachten in de menstruele fase duidelijker zijn af te bakenen dan de klachten in de premenstruele periode. De Leeuw constateert dat premenstruele klachten vaak pas onderkend worden nadat enige tijd symptomen op een kalender zijn aangetekend. Ongemakken, pijnjes of klachten tijdens de (moeilijk herkenbare) premenstruele periode worden dan ook vaak toegeschreven aan de algemene gezondheidstoestand en niet aan de aanstaande menstruatie; er wordt een attributiefout gemaakt. Een goede voorlichting over premenstruele

symptomen kan deze attributiefout aan het licht brengen en angst over de algemene gezondheidstoestand doen afnemen. Tegelijkertijd zijn de premenstruele klachten voor de vrouw beter te hanteren en in ernstiger gevallen voor de arts effectiever te behandelen.

Er bestaan vele theorieën over het verband tussen de symptomen en de bloedspiegels van verschillende hormonen of andere stoffen in het bloed. De oudste en meest bekende is de progesterondeficiëntie-theorie. In andere benaderingen zoekt men een verklaring in toegenomen prolactineniveaus, afgenomen pyridoxinespiegels of in een gestoorde oestrogeen-progesteron-verhouding. De meest recente theorie stelt een verstoord evenwicht in de prostaglandineproductie in de baarmoeder centraal. Geen van deze theorieën kan buigen op een ondubbelzinnige experimentele bevestiging.

De behandelingen die worden voorgesteld verschillen eveneens sterk. Voor veel middelen worden succespercentages van 50-70% gemeld. In studies waarin de resultaten vergeleken worden van een groep met een placebo behandelde vrouwen en één waarin een medicament werd toegediend, blijken de succespercentages niet significant te verschillen⁸. Blijkbaar helpt het geven van een medicament (en aandacht) op zichzelf al goed, onafhankelijk van de vraag wat er precies voorgeschreven wordt. De medicamenteuze behandelingen kunnen gepaard gaan met de nodige bijwerkingen, zodat de vraag gesteld moet worden of men de duivel niet probeert uit te drijven met Beëlzebub⁹.

De bijzondere expertise, waarop de medische professie uiteindelijk de aanspraak ontleent voor beroepsuitoefening is ontoereikend. De interpretatie van de wisselende, cyclisch variërende gemoedsstemmingen en gedragingen van vrouwen veroorzaken dan ook de nodige meningsverschillen binnen de medische professie. Sommige artsen behandelen de klachten enthousiast met allerlei medicamenten, anderen betonen terughoudendheid. Illustratief voor dit laatste hiervoor zijn de opmerkingen van Van Hall (hoogleraar gynaecologie te Leiden) op een in 1982 gehouden cursus over het premenstrueel syndroom en post-partum depressies. Hij sluit de discussie over het premenstrueel syndroom af met de opmerkingen dat deze diagnose eigenlijk als een normaliteit zou moeten worden beschouwd en dat men vrouwen al een heel eind kan helpen door er aandacht en begrip voor te tonen en dat behandeling meestal niet nodig is. Deze terughoudendheid was ook te constateren op een recent gehouden congres in Rotterdam (1984).

Een andere kijk

Van de Kraan en Van Loenen namen een diepte-interview af bij 12 vrouwen¹⁰. Alle twaalf blijken de **premenstruele fase** als een te onderscheiden periode te herkennen. De meest genoemde lichamelijke verschijnselen zijn rugpijn, hoofdpijn en gewichtstoename. Alle twaalf blijken ze prikkelbaar en geïrriteerd te zijn, ook vermoeidheid en lusteloosheid werden veel genoemd.

Opvallend is echter het verschil in beoordeling en acceptatie van deze 'premenstruele verschijnselen'. Vier

vrouwen noemen een verandering die ze prettig vinden, namelijk levensblijheid en zich sterk voelen; een zeer energieke dag; veel gekker op haar man zijn; makkelijker contact maken met anderen, je warmer en aanhaliger voelen, deze vrouw maakt ook gebruik van haar 'nestdrang', de neiging om schoon te maken en op te ruimen. Kenmerkend voor deze vrouwen is dat ze hun gedrag meer in overeenstemming brengen met hun behoeftes dan de overige. De beleving van deze periode is bij deze vier vrouwen duidelijk acceptender en positiever dan bij de overige vrouwen.

De andere vrouwen vinden hun bijzondere verschijnselen tijdens de premenstruele fase vervelend. Eén vrouw, bijvoorbeeld, huisvrouw met 3 kinderen, 44 jaar, vindt haar geïrriteerdheid tijdens de premenstruele fase het vervelendst.. Ze vindt het vooral vervelend voor haar kinderen, die waarschijnlijk niet meer zo lang thuis wonen. Ze wil het voor hen zo prettig mogelijk maken. Ze wil zelf ook zoveel mogelijk genieten van het feit dat de kinderen nog thuis wonen. Dit kan volgens haar alleen als ze zich inhoudt. In haar premenstruele fase reageert ze echter feller en venijniger dan anders. In plaats van iets te vragen geeft ze nu eerder bevelen. Ze vindt zichzelf dan onredelijk.

'Ik ben erg gevoelig voor sfeer, erg gevoelig voor stemmingen van anderen. Ik zou eigenlijk best willen dat iedereen altijd aardig tegen me deed ... Ik heb het soms al met opstaan, dan voel ik het al ... dan doe ik de slaapkamerdeur open en dan zie ik wat me ligt, wat me niet bevalt ... dat ligt er al twee weken en dan heb ik in al die weken gezegd "Goh, ruim die broeken nu eens op", maar dan kom ik die slaapkamer uit en dan denk ik: hebben ze die broeken nu nog laten liggen. "EEH" en dan roep ik een naam ... "Haal die broeken weg". Dat wordt dan niet gedaan, want dat is ook ontzettend onredelijk waar ik dan mee bezig ben..10)

De onderzoeksters plaatsten de onderzoeksgegevens in het idee dat de menstruele cyclus een intern regulerend mechanisme is. "Veel vrouwen zijn tijdens de premenstruele fase meer gericht op zichzelf, zowel in psychische als in lichamelijke zin. Dit is niet in alle opzichten prettig. Het positieve ervan kan zijn dat de vrouw bij zichzelf stilstaat en pas op de plaats maakt". Vrouwen hebben de mogelijkheid om vanuit een periodiek grotere gevoeligheid signalen van zichzelf op te pakken en aan de hand daarvan veranderingen in hun leven aan te brengen. Zo kan de premenstruele fase aangrijpingspunten bieden om op basis van ervaringskennis problemen aan te pakken. Of vrouwen deze mogelijkheden ook benutten hangt mijns inziens mede af van tal van sociale factoren. Vrouwen

zijn niet vanuit deze optiek opgevoed. Maatschappelijk gezien is het 'normaal' om net te doen alsof er geen invloedrijke premenstruele fase bestaat. Echter door dit idee te laten voortbestaan brengen vrouwen offers; ze lopen aan zichzelf voorbij. Hun verhoogde gevoeligheid moet worden onderdrukt. Het wordt tijd om ter discussie te stellen of bijvoorbeeld de kinderen in bovengenoemd voorbeeld altijd even veel zorg en aandacht moeten krijgen. De oplossing wordt niet gezocht in een verhoogde aandacht en zorg voor zichzelf. Op dit moment worden de intenser ervaren relationele spanningen als een probleem, een tekortkoming van de vrouw geïnterpreteerd en dit gaat vaak gepaard met ongelooftelijke schuldgevoelens. Wanneer vrouwen zichzelf teveel of tegenstrijdige - en daarmee onmogelijke eisen - stellen wordt de beleving dikwijls vooral negatief gekleurd. Het lijkt me zeer waarschijnlijk dat de premenstruele fase veel positiever beleefd kan worden.

De gesignaleerde verhoogde gevoeligheid in deze periode geeft vrouwen het vermogen om gevoeliger en creatiever op hun sociale omgeving te reageren. Dit vermogen dient erkend te worden. Woede-aanvallen zijn één van de vele stemmingen, die vrouwen in de loop van hun leven hebben. De heftigheid van de reacties interpreteer ik, bij voorkeur, als een indicatie voor de mate waarin vrouwen zelf hun leven niet kunnen inrichten.

Het is triest dat de diagnose 'premenstrueel syndroom' slechts enkele stemmingen van vrouwen interpreteert en benoemt, namelijk de negatieve en niet de positieve. Opvallend is dat de gediagnostiseerde stemmingen - woede-aanvallen - niet passen bij het traditionele vrouwbeeld, maar vrouwen wel een legitimatie geeft voor deze, soms zeer extreme stemmingen. Enerzijds biedt door deze definiëring de medische professie individuele vrouwen een 'erkend' verklaringsmodel voor haar ongewenste stemmingen. De diagnose kan vrouwen een 'tijdelijk geaccepteerde vluchtheuvel' bieden. Vrouwen vragen bij de huisarts bij wijze van spreken zelf om de diagnose. Een vrouwelijke huisarts: *"Ik heb wel moeite gehad met een vrouw die op een dwingende manier om progesteroninjecties vroeg. Ik heb haar uitgelegd dat ik in die injecties geen vertrouwen heb, maar heb haar wel vitamine B6 voorgeschreven. Ik wil als arts wel kunnen zeggen: 'Dit doe ik niet', maar de grens ligt voor mij echter niet bij hormoon- of slaaptabletten. Die geef ik wel als mensen die per se willen hebben. Bij deze vrouw was het een eerste belangrijke stap, dat ze zelf erkende dat ze last had van premenstruele verschijnselen. Hopelijk leert ze rekening te houden*

met het feit dat ze zichzelf op sommige momenten een beetje ontziet."

Een nadeel kan zijn dat de vrouw in "de diagnose" een verklaring buiten zichzelf zoekt, die dient als excuus voor haar gedrag. In bepaalde visies wordt de vrouw immers "bestuurd" door haar hormonen, en wie heeft er zelf controle dáárover? In die zin staat zo'n diagnose haaks op de gewenste erkenning van de variërende gemoedswisselingen en gedragingen. Het dilemma waar hulpverle(e)n(st)ers zich voor geplaatst kunnen zien luidt: geef je vrouwen de diagnose niet, dan laat je ze misschien in de kou staan, geef je het wel dan bevestig je vrouwen in de slachtofferrol.. De hulpverleener kan hen op dit dilemma wijzen en behulpzaam zijn bij het leren van verantwoordelijkheid te nemen voor het feit dat de vrouw naast een fysiologische ook een emotionele cyclus doormaakt ..

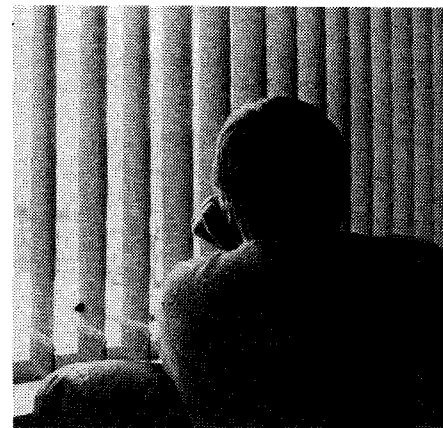


Foto: me van den Broek

NOTEN:

1. P.A. van Keep en A. Haspels, Het premenstruele syndroom, in: Tijdschrift voor Geneesmiddelen onderzoek Dr. 6, 1979; V. van der Kraanen M. van Loenen, "Is het weer zover", Leiden 1981; E. de Leeuw, Premenstruele en menstruele klachten bij de Nederlandse vrouw, in T. Soc. Gezondheidz. 63, 1985, 700-703.
2. R. Greene en C. Dalton, The premenstrual syndrome in: British Medical Journal, May 1953 en C. Dalton, Eens per maand. Katwijk aan Zee, 1982.
3. Opzij, Moorden onder invloed van premenstruele stoornissen, februari '82.
4. S. Laws, The sexual politics of premenstrual tension, in: Women's Studies vol. 6, nr. 1, 1983.
6. M. Hermsen, Het premenstrueel syndroom, "Je zult het maar een ziekte noemen", scriptie medische sociologie, Groningen, 1985.
7. M. Kuijpers, Het premenstrueel syndroom, een farmacotherapeutisch behandelbare ziekte? Utrecht, november '84.
8. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 125, nr. 1, 1981.
9. E. de Leeuw, zie noot 1.
10. V. van der Kraan en M. van Loenen, zie noot 1.
11. E. Briak, De medische wetenschap en het vrouwelijk lichaam, in: Wetenschap en Samenleving, april 1981.

REACTIES

Onderzoek naar kwaliteit: telt alleen het resultaat?

In het vorige nummer hebben Van Dijkum en Ten Brummeler, onder de titel "Boe doen fysiotherapeuten het?" hun verhaal gedaan over het evaluatieonderzoek naar de fysiotherapie in de Amsterdamse gezondheidscentra. Zij stellen onder meer dat er bij de kwaliteitsbeoordeling te veel wordt gelet op de werkwijze van de fysiotherapeuten en te weinig op het resultaat. Ook stellen ze dat de samenwerking tussen de therapeuten en de andere disciplines minder voorstelt dan werd verwacht. Hun opvattingen blijken nogal te verschillen van die van andere leden van het toenmalige onderzoeksteam. Marieke Bertels, lid van het onderzoeksteam, kritiseert de beide auteurs. Ze verwijt hen voorbij te zijn gegaan aan de beperkingen van het onderzoek en daardoor het onjuist omgaan met sommige resultaten. Ze bestrijdt verder de door hen naar voren gebrachte onderschikking van de werkwijze van de therapeuten als beoordelingskriterium aan het resultaat.

Naast kritiek bevat dit artikel een weergave van de achtergronden en de keuzes die van belang zijn geweest bij dit evaluatieonderzoek. Kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg is een ingewikkelde zaak; die een goed onderbouwde onderzoeksmethode vraagt. Marieke Bertels schetst de daarvoor benodigde essentiële stappen.

Marieke Bertels, socioloog en onderzoeker in het evaluatieonderzoek fysiotherapie in de Amsterdamse gezondheidscentra.

Hoewel regelmatig wordt gewezen op de noodzaak van kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg en de behoefte aan criteria daarvoor, wordt op dit vlak nog weinig vooruitgang geboekt. Er lijkt sprake van een collectieve koud-water-vrees. Hulpverleners staan in het algemeen niet te dringen om buitenstaanders een kijkje in de keuken te gunnen. De praktijk wordt afgeschermd, vaak met een beroep op de professionele autonomie en de exclusieve deskundigheid. Voor zover toetsing van beroepsmatig handelen plaatsvindt, wordt dat voorbehouden aan de 'de collega's'.

Maar ook onderzoekers blijven veelal aan de kant staan. Men beperkt zich tot gemakkelijk te meten input- en output-gegevens: (bijv. verwijscijfers van huisartsen in gezofpleidscentra en van solisten), zonder naar de inhoud van het werk (de kwaliteit van de verwijzingen) te kijken. Dat wordt te moeilijk en te intensief gevonden, of men wil zich niet 'op glad ijs begeven'. Hierbij spelen ook de opdrachtgevers van onderzoek, vaak beleidsmakers en financiers, een belangrijke rol.

Zij zijn voornamelijk geïnteresseerd in de kostenbesparende effecten van hun globale beleidsmaatregelen. Dergelijke onderzoeksvragen worden door onderzoekers vaak niet geïnteresseerd. Betekent bijvoorbeeld een geringer aantal verwijzingen, inderdaad zonder meer een kwaliteitsverbetering? Voor zowel gebruikers als hulpverleners?

Bet evaluatie-onderzoek fysiotherapie

In het onderzoek naar de fysiotherapie in Amsterdamse gezondheidscentra⁴ is de uitdaging aangenomen om criteria te formuleren en aan de hand daarvan de hulpverlening te evalueren. Geprobeerd is de kwaliteit, zoals die in de Amsterdamse gezondheidscentra wordt voorgestaan, in zijn volle betekenis te onderzoeken - althans wat de fysiotherapie betreft.

In het vorige nummer van dit blad (TGP, 85/2) hebben Van Dijkum en Ten Brummeler, onder de titel 'Hoe doen fysiotherapeuten het?', naast sommige resultaten hun visie op het verloop van het onderzoek beschreven. Daarin geven zij een aantal opvattingen weer, die nogal verschillen van die van de andere leden van het onderzoeksteam. Dat is hun goed recht.

Maar ik heb bezwaren tegen de manier waarop het verloop van het onderzoek is geschetst. Mijn hoofdbezwaar is dat Van Dijkum en Ten Brummeler geen melding maken van een aantal fundamentele keuzes, en de argumentaties daarbij, die het onderzoeksteam vóór en tijdens het onderzoek heeft gemaakt. In plaats daarvan wordt de suggestie gewekt alsof deze keuzes, waarmee Van Dijkum en Ten Brummeler het achteraf blijkbaar toch met eens zijn, bepaald zouden zijn door druk van de fysiotherapeuten. Dat leidt er vervolgens toe dat Van Dijkum en Ten Brummeler alle moeilijkheden en meningsverschillen over hoe het onderzoek uit te voeren, van zich afschuiven met het verwijt de fysiotherapeuten dekten zich in en verweerden zich tegen kritiek.

In dit artikel wil ik een aantal van de gemaakte keuzes verduidelijken. Het gaat per slot van rekening om kwesties die voor onderzoek naar kwaliteit van cruciaal belang zijn en daarom een openbare discussie verdienen. En passant zal ik op de andere zwakke punten in het betoog van Van Dijkum en Ten Brummeler wijzen.

Doelen van de centra als uitgangspunt voor evaluatie

Evaluatie houdt in dat wordt nagegaan in hoeverre doelen zijn gerealiseerd. Die doelen dienen dus allereerst te worden vastgesteld. Tijdens de voorbereiding van het onderzoek deed zich al meteen de vraag voor, wiens doelen tot uitgangspunt zouden moeten worden genomen. Want het zal duidelijk zijn dat beleidsmakers, hulpverleners en gebruikers daarover heel verschillende ideeën kunnen hebben. In het onderzoeksvoorstel is expliciet gekozen voor een evaluatie 'in overeenstemming met de uitgangspunten van de Amsterdamse gezondheidscentra'. Voor die keuze zijn goede redenen aan te geven. De fysiotherapeuten werkzaam in de Amsterdamse gezondheidscentra, hebben zelf het initiatief tot het onderzoek genomen. Zij wensten een evaluatie van hun hulpverlening, zowel ter verdere verbetering van hun werkwijze, als gericht op het vinden van structurele oplossingen voor de financiële tekorten als gevolg van die werkwijze. Wat hen betreft stonden niet de uitgangspunten ter discussie, maar diende de manier waarop daaraan gestalte wordt gegeven onderwerp van onderzoek te zijn.

Overigens is de subsidiënt van het onderzoek, het Ministerie van WVC, met deze keuze akkoord gegaan. Dat mag, gezien mijn eerdere opmerking hierover, een unicum genoemd worden. Natuurlijk zullen de beleidsmakers en financiers nieuwsgierig zijn geweest naar bewijzen voor de pretentieuze beweringen van de gezondheidscentra: betere en op den duur goedkopere hulpverlening in samenwerkingsverbanden.

Er werd uiteraard ook aangedrongen op vergelijking met socialistisch werkende fysiotherapeuten, het onderzoeksteam maakte duidelijk dat daaraan nogal wat haken en ogen zaten. Hoe bijvoorbeeld overeenstemming te bereiken over gemeenschappelijke doelen? Vergelijking zou een apart onderzoek vereisen. Wel werd een verkenning van mogelijkheden en moeilijkheden van zo'n vergelijkend onderzoek verricht. Deze keuze om voor de evaluatie de doelen van de gezond-

heidscentra tot uitgangspunt te nemen, betekent in principe een **beperking**. Dat is geen bezwaar, mits die beperking duidelijk wordt aangegeven. Dit onderzoek is een begin, waaraan evaluaties vanuit andere invalshoeken kunnen worden toegevoegd. Hopelijk voelen anderen zich uitgedaagd, om zich op hun beurt duidelijk uit te spreken over de doelen die zij nastreven. Het is daarom jammer dat Van Dijkum en Ten Brummeler deze bewust gekozen beperking niet hebben vermeld.

Van doelen naar kwaliteitsaspecten

Van Dijkum en Ten Brummeler geven er blijk van overrompeld te zijn door de complexiteit van de kwaliteitsopvatting die in de gezondheidscentra wordt gehanteerd. Zo leverde bijv. het feit dat er samenhang bestaat tussen verschillende doelen (bijv. preventief werken en buurtgericht werken), voor hen 'gordiaanse knopen' op.

Dat is merkwaardig omdat beiden al kennis hadden genomen van eerder onderzoek bij Amsterdamse gezondheidscentra. Een voorbeeld is mijn eigen onderzoek naar gebruikersparticipatie.³ In dat onderzoeksrapport heb ik uitgebreid aandacht besteed aan een analyse van de nieuwe kwaliteitsopvatting in de eerste lijn (èn de konsekventies voor kwaliteitsbeoordeling, waarop ik straks terug kom). De constatering dat die kwaliteitsopvatting nog weinig is uitgewerkt, illustreerde ik door te wijzen op de volgende vijf probleemvelden:

- de verschillen tussen hulpverleners in interpretatie en uitwerking van begrippen, zoals bijv. 'ontmedikaliserinq';
- de vertaling van abstracte begrippen (waarvan sommige slechts zeggen hoe het niet moet) naar concrete handelwijzen en methodieken, ook voor de afzonderlijke disciplines;
- het naast elkaar bestaan van nieuwe en 'oude' waarden en methodieken, zónder dat hun onderlinge verhouding duidelijk is;
- de gespannen verhouding tussen sommige doelen;
- het feit dat er een andere kwaliteit van hulpverlening wordt aangeboden, terwijl daar door de meeste gebruikers niet om is gevraagd.

Zonneklaar was dus, dat er voor de evaluatie geen heldere en concreet uitgewerkte doelen gereed lagen. De 'grote sprong voorwaarts' diende in het onderzoek zelf te worden gemaakt. Zo moest de fysiotherapeuten uit de 7 betrokken gezondheidscentra worden gekomen tot een gezamenlijk onderschreven stelsel van doelen, toegespitst op de fysiotherapie, en nader uitgewerkt in concrete (en te onderzoeken) handelwijzen.

Er werd niet gekozen voor de eigen formuleringen van de centra, maar voor 14 gemeenschappelijke 'kwaliteitsaspecten'. Daarbij tekenden we aan dat 'deze aspecten nauw met elkaar samenhangen, elkaar voor een deel overlappen, dat het ene aspect tevens middel kan zijn voor een ander aspect, èn dat de aspecten met elkaar op gespannen voet kunnen staan'. Het komen tot gemeenschappelijke kwaliteitsaspecten betekende wel dat op een aantal punten compromissen moesten worden gesloten. Tenslotte konden alle fysiotherapeuten instemmen met de weergave van de door hen nagestreefde kwaliteit, zodat we beschikten over een expliciet uitgangspunt voor de evaluatie.

Evaluatie van werkwijze en resultaat

In deze beginfase stelde het onderzoeksteam tevens vast, dat de kwaliteit van de fysiotherapeutische hulpverlening zowel op het niveau van de werkwijze als op het niveau van het resultaat moest worden bekeken. Achtergrond daarvoor vormde mijn uiteenzetting in het eerder aangehaalde onderzoeksrapport, over de consequenties van de nieuwe kwaliteitsopvatting voor de gebruikelijke wijze van kwaliteitsbeoordeling. Aangezien Van Dijkum en Ten Brummeler deze cruciale beslissing niet hebben toegelicht - deze min of meer ontkennen en zelfs achteraf bestrijden - zal ik hier apart bij stilstaan. In de natuurwetenschappelijk georiënteerde geneeskunde vond (en vindt) kwaliteitsbeoordeling hoofdzakelijk plaats door kwantitatieve effectmeting (mn. ziekte- en sterftcijfers). Zolang 'genezing' het enige doel is, en ziekte en gezondheid worden opgevat als objectief vast te stellen verschijnselen, beschikt men inderdaad over een 'product' waaraan de kwaliteit van de zorg kan worden afgemeten. De behandeling is dan beter, naarmate meer patiënten sneller genezen zijn.

Deze opvatting betekende tegelijk dat de behandelwijze buiten schot bleef. Maar dat werd dan ook beschouwd als louter een zaak van de professie, die haar eigen normen vaststelde. De kritiek die aan het eind van de 60-er jaren duidelijk hoorbaar werd, richtte zich tegen het natuurwetenschappelijk ziektebegrip, tegen de daaruit voortvloeiende werkwijze (louter medisch-technisch, autoritair, gebrek aan samenhang e.d.), en tegen de gevolgen daarvan (iatrogeene schade, afhankelijkheid van de hulpvrager e.d.).

Aankomende eerstelijns werkers van verschillende disciplines verenigden zich in een 'vernieuwingsbeweging', teneinde deze kritiek om te zetten in uitgangspunten voor een op te zetten alternatieve hulpverlening. Die uitgangspunten betroffen dan ook vooral de organisatie (bijv. buurtgerichte samenwerking in centra, bestuurlijke deelname door de wijkbewoners), en de werkwijze in de hulpverlening (bijv. integrale hulp, ontmedicalisering). Afgezien van idealen als 'de geëmancipeerde hulpvrager' of 'de lijder die strijder wordt', zijn de gewenste resultaten van die hulpverlening niet verder uitgewerkt.

De vernieuwingsbeweging heeft dus op twee hoofdpunten verandering bewerkstelligd die consequenties heeft voor kwaliteitsbeoordeling:

- het kwaliteitsbegrip is verbreed door het opnemen van andere dan louter vaktechnische principes;
- de werkwijze in de hulpverlening wordt nadrukkelijk onderworpen aan (openbare) kwaliteitseisen.

Dit levert een drietal problemen voor de evaluatie van de hulpverlening in eerstelijns samenwerkingsverbanden.

In de eerste plaats is het nagestreefde 'product' veel breder, soms zelfs tegengesteld aan een medisch-technische geneezing. De nieuwe werkwijze richt zich veeleer op een totaal welbevinden of op akseptatie en leren omgaan met klacht of handicap. Omdat het ziektebegrip zich ook uitstrekt naar moeilijk meetbare verschijnselen en het steeds meer gaat om de subjectieve beleving van welzijn, is het resultaat van hulpverlening minder eenduidig vast te stellen.

In de tweede plaats is ook het hulpaanbod breder. In de nieuwe kwaliteitsopvatting ligt meer de nadruk op hulp middels samenwerking tussen verschillende werksorten, op het stimuleren van de eigen activiteiten van de hulpvrager, en op de inzet van en samenwerking met hulp uit diens omgeving. Daarbij richt de hulpverlening zich niet uitsluitend op de directe oplossing van de aangeboden klacht, maar vaak op bepaalde leerprocessen bij de hulpvrager die zich dan ook over een langere periode uitstreken. De professionele interventie is dus slechts één van de factoren (naast bijv. eigen activiteiten van de hulpvrager, hulp uit de omgeving, riediaivoorlichting) die daarop invloed uitoefenen en is daar ook moeilijk van te isoleren.

In de derde plaats kunnen hulpvragers niet meer worden beschouwd als een passief 'product', d.w.z. als objecten die de behandeling ondergaan en waaraan ondubbelzinnig het resultaat kan worden afgelezen. In de nieuwe kwaliteitsopvatting wordt er juist van uitgegaan en vooral ook gestimuleerd, dat hulpvragers zelf keuzes maken en verantwoordelijkheid dragen voor de oplossing van hun problemen. Het is dan ook mogelijk dat de hulpvrager een andere keuze doet dan de hulpverlener zou wensen. De mate waarin klachten van hulpvragers zijn verholpen kan dan ook niet alleen aan de activiteiten van de hulpverlener worden toegeschreven. Omgekeerd kan de gegeven hulp kwalitatief goed zijn geweest, ook al is het probleem van de hulpvrager (nog) niet opgelost. Dit betekent dat een kwaliteitsbeoordeling die zich alleen baseert op resultaten bij de hulpvragers, onvoldoende uitsluitsel geeft over de kwaliteit van de gehanteerde werkwijze.

In het onderzoek naar de fysiotherapie is op deze lijn nadrukkelijk voortgeborduurd.⁶ Niet alleen is vastgesteld dat zowel werkwijze als resultaat geëvalueerd zouden worden, maar ook dat bij de keuze van onderwerpen voor het praktijkonderzoek aan beide niveau's evenredig aandacht zou worden besteed. Dat hield concreet in, dat bij het onderzoek naar het spreekuur het accent werd gelegd op de werkwijze, en bij het onderzoek naar de individuele behandeling op het resultaat. De suggestie van Van Dijkum en Ten Brummeler, dat de fysiotherapeuten in deze kwestie een doorslaggevende rol speelden, is dus ten ene male onjuist. Daarop is bovendien hun oordeel gebaseerd,

dat de fysiotherapeuten zich bij voorbaat zouden hebben ingedekt, tegen kritiek. Kennelijk beseffen zij niet hoe bijzonder het (helaas) juist is, dat hulpverleners bereid zijn hun werkwijze open te stellen voor onderzoek door buitenstaanders. Dat deze hulpverleners daartoe bereid waren is overigens niet toevallig, maar is een direct gevolg van hun opvattingen over die werkwijze.

Verder is het wel héél merkwaardig dat Van Dijkum en Ten Brummeler nu stellen, dat het er niet zo toe doet hoe de fysiotherapeut werkt, als de klachten maar verholpen zijn. Mogelijk is dat hun mening als potentiële hulpvrager, maar in hun rol als onderzoeker is die stelling in ieder geval in tegenspraak met het vastgelegde onderzoeksdoel. Want na het voorgaande zal duidelijk zijn, dat de door hen gewenste 'logische onder-schikking van de werkwijze aan het resultaat' niet bepaald in overeenstemming is met de uitgangspunten van de Amsterdamse centra.

Keuzes in het praktijkonderzoek

In ieder onderzoek moeten beperkingen worden aangebracht. Het was onmogelijk om de praktijk van de fysiotherapie in de centra in al haar facetten te onderzoeken. Flinkke beperkingen waren noodzakelijk. Keuzes daarin, hebben gevolgen voor de conclusies die uit het onderzoek kunnen worden afgeleid. Als onderzoeker dien je je steeds bewust te blijven van de aangebrachte beperkingen en dien je daarover ook te rapporteren. Van Dijkum en Ten Brummeler zijn in dit opzicht nogal onzorgvuldig geweest. Dat wreekt, zich met name bij hun uitspraken over de rol van samenwerking. Ik zal dat illustreren, nadat ik eerst de belangrijkste beperkingen op een rij heb gezet. Een eerste afgrenzing van het onderzoek komt direct voort uit het feit, dat één van de disciplines uit het samenwerkingsverband is gelicht. De hulpverlening van de fysiotherapeuten stond centraal, zodat niet alle activiteiten, relaties en wisselwerkingen binnen de centra in ogenschouw zijn genomen.

In de tweede plaats heeft het onderzoeksteam enkele activiteiten van de fysiotherapeuten als speerpunt voor het onderzoek gekozen, namelijk: het spreekuur, de individuele behandeling, en de zgn. cliëntgebonden samenwerking voor zover die plaatsvindt in het kader van het spreekuur en de individuele behandeling. Van niet-cliantgebonden samenwerking (overleg over hulpverleningsbeleid en organisatie) is alleen de tijdsbesteding onderzocht; van groepsgewijze hulpverlening is alleen het soort groepen en de tijdsbesteding geïnventariseerd. Andere activiteiten (bijv. buurtgerichte activiteiten, bijscholing, externe contacten) bleven in het praktijkonderzoek buiten beschouwing.

In de derde plaats is het onderzoek naar spreekuur en individuele behandeling nader toegespitst, door de formulering van een reeks 'hypothesen'. Dit zijn beweringen, geformuleerd uitgaande van de kwaliteitsaspecten, wat je in de praktijk zou moeten constateren om te kunnen spreken van realisering van kwaliteit. Per onderwerp ging een bewering over de werkwijze steeds vergezeld van een bewering over het daaruit voortvloeiende resultaat. Bijvoorbeeld een hypothese dat de fysiotherapeuten in hun behandeling inzicht geven, en de hypothese dat de hulpvragers na afloop van de behandeling meer inzicht hebben. Deze reeks beweringen vormde het richtsnoer, d.W.Z. daarover werden gegevens verzameld teneinde vast te kunnen stellen of zij ook in de praktijk opgaan.

Een vierde beperking komt niet voort uit een keuze, maar uit een feitelijke onmogelijkheid. Het bleek moeilijk om in de hypothesen bij voorbaat een 'maat' aan te geven. Bij hoeveel hulpvragers moet er bijv. sprake zijn van 'meer kennis', om te kunnen zeggen dat er ten aanzien van kennisoverdracht resultaat is geboekt? Geldt hier de regel van: de helft plus één? Toetsing, in de zin van verwerping of bevestiging van hypothesen, was dan ook slechts in bepaalde gevallen mogelijk. Wel kon altijd een beschrijving worden gegeven in welke mate de fysiotherapeuten voldoen aan de geformuleerde verwachtingen⁷.

Tenslotte kennen ook de onderzoeksmethoden en -instrumenten hun beperkingen wat betreft de informatie die ze op tafel kunnen brengen. Juist om die reden is ervoor gekozen om zoveel mogelijk gebruik te maken van verschillende methoden en informatiebronnen. Zodoende konden bij een aantal hypo-

thesen - maar niet bij alle - verschillende typen gegevens naast elkaar worden gelegd, als aanvulling of ter confrontatie.

Interpretatie van gegevens

De hypothesen boden, ondanks hun beperkingen, toch een redelijk houvast om te bepalen welke gegevens verzameld moesten worden en om deze te kunnen interpreteren. Interpretatieproblemen deden zich vooral voor wanneer gegevens uit de registratie met elkaar in verband werden gebracht, terwijl over dat verband géén hypothese was geformuleerd. Dat was o.a. het geval bij gegevens met betrekking tot samenwerking, waarover Van Dijkum en Ten Brummeler in hun artikel enige uitspraken doen. Deze uitspraken reiken ver buiten de beperkingen van het onderzoek die ik hiervoor heb geschetst.

Volgens hen 'was een in het oog springend dilemma dat samenwerking met andere disciplines in het centrum toch minder meetelde in het werk van de fysiotherapeuten dan was verwacht' Deze bewering is voor de lezer moeilijk controleerbaar, omdat niet wordt vermeld welke gegevens daaraan ten grondslag liggen. In het onderzoeksrapport komt deze conclusie niet voor, en terecht niet omdat de beschikbare gegevens daar geen aanleiding toe geven. Dat blijkt uit het volgende.

Gezien de beperking tot de cliëntgebonden samenwerking in het kader van spreekuur en individuele behandeling, zijn ook slechts dáárover gegevens verzameld. Behalve de observaties, die juist de indruk hebben opgeleverd dat overleg en consultatie een belangrijke rol speelt, in de aanpak van de fysiotherapeut, zijn een drietal uitkomsten te noemen die op samenwerking betrekking hebben. Alle drie de uitkomsten zijn gebaseerd op één en hetzelfde registratiegegevens: de fysiotherapeuten hebben voor iedere individuele hulpvrager die bij hen in behandeling was, de samenwerkingscontacten genoteerd (aantal, met welke discipline, informatie of consultatie). Daarmee weten we dus niets over bijv. cliëntgebonden samenwerkingscontacten betreffende hulpvragers van andere disciplines, noch over de betekenis van beleidsmatig samenwerkingsoverleg voor de aanpak van de fysiotherapeut bij een individuele hulpvrager.

Deze uitkomsten luiden aldus:

- In 40% van de individuele behandelingen is informatie ingewonnen en/of consultatie gevraagd bij andere disciplines. In die gevallen betrof het meestal de huisarts (67%), dan collega's fysiotherapie (19%), en andere disciplines (9%), terwijl 5% van de gevallen werd ingebracht in een multidisciplinaire bespreking.
- Bij 26% van de in behandeling zijnde hulpvragers werd tussentijds het behandelplan bijgesteld. In de meeste gevallen (ruim 80%) was er dan informatie ingewonnen of consultatie gevraagd bij andere disciplines.
- Tijdens de individuele behandelingen die eindigden zonder 'herstel' en/of waarbij het behandel doel niet werd gerealiseerd, bleek vaker samenwerkingscontact te hebben plaatsgevonden.

Behalve over b. (een uitkomst die juist lijkt te wijzen op invloed van anderen op de behandeling van de fysiotherapeut), zijn vooraf géén specifieke verwachtingen geformuleerd. Kennelijk hadden Van Dijkum en Ten Brummeler zelf wel bepaalde, onuitgesproken verwachtingen, op grond waarvan zij menen te kunnen oordelen dat 'er weinig wordt samengewerkt, met maatschappelijk werk en wijkverpleging' en dat 'samenwerking minder meetelt, dan gedacht'. Joost mag 't weten waarop die verwachtingen zijn gebaseerd, en tijdens de discussie in het onderzoeksteam kwam van hen ook geen antwoord.

Als er geen verwachtingen zijn geformuleerd en je ook niet over anders mogelijk vergelijkingsmateriaal beschikt, dien je je als onderzoeker te beperken tot weergave van de feiten; met eventuele toevoeging van vragen dan wel enkele hypothetische verklaringen voor verder onderzoek. In het rapport is dat ook gedaan.

Niet alleen het resultaat telt

De vraag boven dit artikel bedoelde ik aanvankelijk als: wanneer je kwaliteit onderzoekt, telt dan alleen het resultaat van hulpverlening? Nee, in het evaluatie-onderzoek fysiotherapie is zowel het resultaat als de werkwijze in de evaluatie betrokken.

Maar de nadere bestudering van het artikel van Van Dijkum en Ten Brummeler brengt mij alsnog op een tweede betekenis van de vraag: telt - voor hen - alleen het resultaat van onderzoek? Want uit het laatste deel van mijn bespreking komt naar voren, dat Van Dijkum en Ten Brummeler slechts oog hebben voor de onderzoeksresultaten die op tafel zijn gekomen, en vergeten dat - door gekozen beperkingen - een aantal zaken niet zijn onderzocht. Het is een mechanisme dat zij met veel onderzoekers gemeen hebben: de werkelijkheid wordt al gauw gereduceerd tot de gegevens die het onderzoek heeft opgeleverd. Feedback van betrokkenen uit de praktijk is van groot belang om voor een dergelijke reductie en simplificatie te waken.

1. Zo vericht het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), notabene onder de titel 'Meerwaarde van samenwerking', alleen vergelijkend onderzoek naar verwijscijfers. Zie het Werkplan, 1985. Onderzoek naar kwaliteit acht het NIVEL 'glad ijs', omdat zij vreest dat stellingname dan onvermijdelijk is. Want dat zou de potentiële opdrachtgevers kunnen afschrikken.
2. Tijd voor kwaliteit. Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Eindrapport. Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Cor van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen; OSA-publicatie 8, Amsterdam, 1985.
3. Kwaliteit in discussie. Een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Marieke Bertels; OSA-publicatie 6, Amsterdam, 1983. Zie hoofdstuk H, blz. 35-65.
4. Deze interpretatieverschillen zijn nader geanalyseerd en met praktijkvoorbeelden geïllustreerd, in de brochure: Samenwerken aan ontmedicalisering. Redactiecollectief Amsterdam, 1983.
5. Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Interimrapport - september, 1983. Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Cor van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen; OSA-publicatie 5, Amsterdam 1983. Zie blz. 16-17.
6. Idem als (5), blz. 18-23 en 68-80.
7. Idem als (2). Zie voor een uitgebreidere bespreking van dit probleem, blz. 256-259.

BOEKEN

Het medisch circuit

Dr. J.B. Jaspers, *Bet Medisch Circuit*. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980) Bohn, Scheltema en Holkema BV, Utrecht 1985. ISBN 90 313 0680 0. Prijs: Fl. 49,50.

Het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg werd in het begin van deze eeuw in politieke kringen in Nederland beschouwd als een "wespennest", waar je als politicus uiterst behoedzaam mee om diende te springen. Allerlei belangengroeperingen, al dan niet van confessionele huize, en de diverse politieke en persoonlijke tegenstellingen maakten het de centrale overheid dikwijls onmogelijk greep te krijgen op deze bijzondere sector van maatschappelijke dienstverlening. Tot ver in de jaren zestig werd deze politieke onmacht gecompleteerd door de politieke onwil, sturend op te treden in de gezondheidszorg, verdedigd met de stelling dat het particulier initiatief het best zo vrij mogelijk kon worden gelaten.

In de afgelopen vijftien jaar is vooral die onwil verdwenen. Er zijn nog maar weinig politici, die niet van mening zijn dat de overheid moet plannen en sturen in de gezondheidszorg. Toch doet de gezondheidszorg nog steeds, denken aan een wespennest, vooral bij het zien van politiek gekrakeel dat ontstaat wanneer er veranderingen op til zijn. De politieke wil mag er dan wel zijn, onmacht is nog dikwijls troef. Een weinig toegankelijk netwerk van artsen groeperingen, ziekenfondsen, bureaucratische instellingen, kruisorganisaties en ziekenhuisdirecties staat daar borg voor.

Netwerk

In zijn proefschrift "Het medisch circuit" probeert de socioloog J.B. Jaspers dit netwerk van belangengroeperingen te ordenen en historisch-sociologisch te interpreteren. Hij beschrijft een aantal sociologische ontwikkelingen van de medische professie, ziekenhuizen, ziekenfondsen en overheid vanaf 1865. Uitgangspunt voor Jaspers is dat je de toestand in de gezondheidszorg alleen kunt begrijpen, wanneer je deze beschouwt als een resultante van belangenstrijd tussen verschillende groepen. Door die belangenstrijd zijn veranderingen in de gezondheidszorg in het verleden eerder het resultaat van onverwachte effecten en compromissen geweest dan van een weloverwogen plan. Jaspers verwerpt de opvatting dat de huidige gezondheidszorg een noodzakelijk gevolg van de technologische ontwikkeling is. Evenmin voelt hij iets voor het verklarende model van de socioloog E. Freidson, als zou de professionele autonomie en organisatorische eenheid van artsen tot collectief strategisch handelen hebben geleid, met als gevolg de huidige gezondheidszorg. Jaspers kiest voor een zogenoemd "netwerkperspectief", waarbij nu eens maatregelen van de overheid, dan weer onderlinge afspraken van artsen of fusering van ziekenfondsen een groeiende onderlinge afhankelijkheid van belangengroeperingen hebben doen ontstaan.

Jaspers onderscheidt in dit proces van partijvorming rond de artsenzorg (Ziekenfondsen, Ziekenhuizen, Overheid, Artsenorganisaties); een aantal kenmerkende ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het zwaartepunt daarvan legt hij bij de medische professie na 1900. Was in de laatste decennia van de 19e eeuw standaardisatie, organisatie en aanvaarding van klinische methoden een typisch gegeven voor de artsenstand, na 1900 stond de gezondheidszorg in het teken van expansie, differentiatie en hospitalisatie van de artsenzorg. Deze drie begrippen zijn de kapstokken, waaraan Jaspers het hele proces van "instituering van afhankelijkheid" ophangt.

Expansie artsenzorg

De studie blijft helaas te veel aan de oppervlakte om te kunnen doorzien waarom op een gegeven moment belangengroeperingen van elkaar afhankelijk worden. Dit bezwaar wrekt zich vooral op plaatsen, waar Jaspers spreekt over een congruentie van belangen tussen cliënten, huisartsen, specialisten en ziekenhuizen. Dit samenlopen van belangen ziet Jaspers vervolgens als de cruciale factor ter verklaring van de processen van expansie, differentiatie en hospitalisatie (p.125). Jaspers doet het voorkomen alsof tegen het eind van de vorige eeuw de deskundigheid van medici door de cliënten zonder meer werden erkend en dat vervolgens uitbreiding van medische voorzieningen, gebaseerd op die deskundigheid, ook eenvoudig tot het belang van de cliënten werd (p.95-96). Maar de ondergang in de vorige eeuw van een patronagesysteem in de arts-patiënt relatie (de cliënt "schrijft voor" wat er gebeurt), om plaats te maken voor een relatie, waarin de arts bepaalde wat er moest gebeuren, was niet louter een afwisseling van de wacht. Hij was mede een gevolg van ingrijpende sociologische en ideologische veranderingen in zowel de medische stand als de burgerklasse, waartoe een specifiek deel van die stand behoorde. De groeiende deskundigheid, die volgens de auteur "een uitbreiding van het diagnostisch arsenaal impliceert, die in samenhang met de onzekerheid van de cliënten leidt tot een toename van de frequentie van medische consultaties" (96), was niet zomaar deskundigheid. Het was een bijzondere vorm van deskundigheid, waarvan de inhoud soms tot op het niveau van de pathofysiologie samenhang vertoonde met de burgerlijke idealen van het vrije, onafhankelijke individu (de relatieve autonomie van het individuele leven ten op-

zichte van zijn omgeving; de specifieke ziekteverwekker, waarvoor zijn actieve bestrijder verantwoordelijk is)

Het lijkt me daarom te gemakkelijk om de expansie van de artsenzorg na 1900 (meer dokters per 1000 inwoners, meer consulten per patiënt) toe te schrijven aan het feit dat meer mensen artsen gaan consulteren, aan de vergrijzing van de bevolking, aan een toenemende deskundigheid van artsen en aan "politieke en sociaal-culturele opvattingen." Jaspers laat zien dat de expansie van de artsenzorg vooral neerkomt op differentiatie tussen huisartsen en specialisten. In verhouding tot de bevolking blijven de eersten in aantal gelijk, maar nemen de laatsten explosief toe. Juist het groeiende gewicht van specialisten, mogelijk gemaakt door intra-professionele afspraken in 1930 en verruiming van de opleidingscapaciteit - na 1945, is verantwoordelijk geweest voor de hospitalisatie van de zorg. Huisartsen, specialisten en ziekenhuizen worden vervolgens in toenemende mate afhankelijk van elkaar.

De interne regeling tussen huisartsen en specialisten vormde echter niet alleen het begin van afhankelijkheid tussen de respectievelijke groepen; het maakte ook het begin van afkalving van allerlei sociale doelstellingen in de geneeskunde mogelijk (b.v. bemoeienis met sociale sterfteverschillen, humane ecologie). Deze maakten plaats voor technologische invloeden, met ingrijpende gevolgen voor de verhoudingen in de gezondheidszorg. (zie voor een recent voorbeeld: S. Blume in: Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1 (1985, 11-15). Jaspers verwerpt terecht de stelling dat de gezondheidszorg een noodzakelijk gevolg is van de technologische ontwikkeling, maar dat heeft in het boek helaas geleid tot een erg **onduidelijke positie van de technologie** in het proces van partijvorming. Technologie wordt weliswaar "een onmisbare schakel" genoemd of vormt "de aanleiding voor het proces van differentiatie tussen artsen" (160), maar onduidelijk blijft waarom dit zo is en hoe dit in zijn werk gaat.

De auteur beschrijft hoe, vooral na het ziekenfondsbesluit in 1941, er een enorme groei van de artsenzorg kon ontstaan. De afhankelijkheid tussen huisartsen, specialisten, ziekenfondsen en ziekenhuizen in de jaren vijftig wordt daarmee compleet. De congruentie van belangen van deze vier partijen, welke Jaspers signaleert vanaf het begin van deze eeuw, houdt in dat alle belang hebben bij expansie, differentiatie en hospitalisatie van de artsenzorg. Doordat de overheid, centrum-rechts vóór 1940 en centrum-links, na 1945, niet in te grijpen, kon aan deze belangen ruimschoots tegemoet worden gekomen.

De congruentie van belangen tussen ziekenfondsen en de andere partijen over deze lange periode (1900-1980) wordt door Jaspers te weinig concreet gemaakt. Dit bezwaar geldt vooral als je bedenkt dat de ziekenfondsen in de jaren '20 en '30 met geheel andere medische diensten te maken hebben dan thans het geval is.

Nu is het zo dat Jaspers benadrukt dat het netwerk van afhankelijke partijen in de gezondheidszorg zich relatief autonoom ontwikkelde ten opzichte van de overige maatschappelijke ontwikkelingen. Tegelijkertijd wil hij uit de doeken doen waarom de Nederlandse gezondheidszorgstructuur afwijkt van die in de Verenigde Staten of Zweden. Voor mij is het echter de vraag of hij nu door zijn aanpak niet het kind met het badwater heeft weggegooid. Wat ligt er immers meer voor de hand om de situatie in Nederland te plaatsen tegen de achtergrond van typisch Nederlandse politieke constellatie van verzuiling en pacificatie tussen liberalen en confessionelen in de eerste helft van deze eeuw? Het particulier initiatief, waaraan door de politici de vrije hand werd gelaten, was tenslotte dikwijls confessioneel initiatief.

De ontwikkeling van het netwerk en vooral de congruentie van belangen, die Jaspers afleidt uit wetten en afspraken in de loop van deze eeuw, had door toevoeging van dit soort overwegingen wel enige nuancering kunnen gebruiken. Zinsneden als "uiteraard spelen ook cognitieve en normatieve ontwikkelingen daarbij (bedoeld is expansie en hospitalisatie) een belangrijke rol" (159), lijken me derhalve onvoldoende. Wat veel van deze punten betreft, biedt het boek van Paul J. dennans, "Staat en Gezondheidszorg in Nederland" (1982), meer inzicht en aanknopingspunten voor nader onderzoek. Het

valt overigens moeilijk in te zien, waarom Jaspers aan dit werk volledig voorbijgaat.

Overheid

De "congruentie van belangen" leidde tot een enorme groei in de gezondheidszorgsector. Zozeer zelfs dat in de jaren zestig in politieke kringen voor het eerst twijfels rezen over het terughoudende overheidsbeleid. Opvallend is dat politici uit het centrum, zoals Veldkamp, ingegeven door een dreigende kostenstijging ten gevolge van de explosieve ziekenhuisbouw, de aanzet gaven tot programmering en planning. Uitdrukkelijk sprak de overheid zich in de jaren zestig ook uit over een stimulering van de huisartsgeneeskunde, die zich tegen de verwachting in op haar dieptepunt bevond. Eveneens komen er plannen voor ziekenhuisbouw, die in 1971 leidden tot een bouwstop, later tot een beddenreductieplan en tenslotte tot nog ingrijpendere overheidsbemoeienis.

Jaspers constateert terecht dat er de laatste 15 jaar in en buiten Den Haag een brede consensus is ontstaan over de noodzaak van sturing en planning door de overheid. De Wet Tarieven Gezondheidszorg, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zijn daar de tastbare resultaten van. Wat dit betreft, gaat het Jaspers duidelijk niet ver genoeg. En het valt makkelijk in te zien waarom. Alle overheidsbemoeienis ten spijt, zijn de kosten nog nauwelijks teruggedrungen. Opnieuw wordt duidelijk dat de vergaande autonomie van de medische professie hier debet aan is. Het aantal ziekenhuisbedden is dan wel teruggebracht, maar daar staat tegenover dat het aantal poliklinische behandelingen is toegenomen. Jaspers pleit daarom een regionale budgettering uit te breiden met een zogenoemde regionale quoterings (per regio een maximum aan bepaalde verrichtingen), "om medici te dwingen tot selectieve besluitvorming inzake (door)verwijzing, dia- en therapie" (144). Daarmee belanden we bij één van de conclusies van Jaspers, namelijk dat het gegeven de huidige machtsverdeling vooral gaat om de verhouding overheid-medische professie. De medische professie dreigt thans te struikelen over de eigen successen bij het streven naar een effectieve en optimale belangenbehartiging. Nationalisatie of collectivisering van de gezondheidszorg is daarom niet uitgesloten, zo besluit Jaspers zijn boek.

"Het medisch circuit" is een informatieve studie geworden. Ten gevolge van het sterk beschrijvende en schematische karakter is het boek echter bij vlagen boeiend. Het kan bruikbaar zijn voor actuele politieke discussies in de gezondheidszorg, maar draagt voor onderzoek naar de historisch-sociologische ontwikkeling van de gezondheidszorg te grote beperkingen in zich.

Eddy Houwaart:

Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten

H. Plomp: Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten. Een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. VU Uitgeverij, Amsterdam, 1985. 148 blz. f20, - ISBN 90-6256-276-0

Bij de opzet van zijn onderzoek is Plomp uitgegaan van de gedachte dat het voor een optimalisering van de bedrijfsgezondheidsdienst: nuttig is kennis te nemen van ervaringen en

Foto: Ine van den Broek



opvattingen van de gebruikers van die zorg. In drie verschillende bedrijven verrichtte hij getichte observaties, hield hij semi-gestructureerde interviews en verzamelde hij relevante documentatie. Op grond van dit beschrijvend en explorerend onderzoek trekt de auteur algemene conclusies over gedrag en beeldvorming van werknemers ten opzichte van de bedrijfsgezondheidszorg en zoekt hij verklaringen hiervoor. Deze blijven grotendeels een hypothetisch karakter dragen.

De schrijver neemt in het verslag de verschillende activiteiten van een bedrijfsgezondheidsdienst onder de loep: spreekuur, verzuimbegleiding, periodiek geneeskundig onderzoek (POO), ongevallenbehandeling, en werkplekbezoek en -onderzoek. Uit het geheel komt de bedrijfsarts naar voren als een (nog steeds) te 'curatief werkend arts: afwachtend en reagerend op wat hem wordt voorgelegd.

Het spreekuur slokt het merendeel van de tijd van een bedrijfsarts op. Eén van de functies daarvan is een preventieve: middels systematische registratie van klachten en aandoeningen inzicht verwerven in risicofactoren. De realiseerbaarheid van deze functie van 'stethoscoop op het totale bedrijfsgebeuren' blijkt echter dubieus. Slechts een minderheid (10%) van werknemers, die spontaan het spreekuur bezoeken, komt met werkgerelateerde klachten. Nog niet de helft daarvan leidt tot een advies de werkplek te verbeteren of aan te passen. Door middel van gericht oproepen voor het spreekuur worden méér werknemers met klachten bereikt, maar Plomp concludeert overtuigend dat het onverantwoord is, op grond van spreekuurgegevens algemene conclusies te trekken over de gezondheidssituatie van groepen werknemers.

Werknemers blijken groot belang te hechten aan periodiek geneeskundig onderzoek (POO) en maken in overgrote meerderheid van geboden gelegenheden gebruik. Het lijkt de drempel naar de bedrijfsarts te verlagen en heeft een geruststellende werking. Het bedrijfsgezondheidskundig nut van POO is evenwel beperkt: vaak ontbreekt een direct aanknopingspunt om werkgerelateerde problemen aan de orde te stellen en wordt hier te weinig gericht naar gevraagd.

Bedrijfsartsen zijn zich over het algemeen onvoldoende bewust van deze selectiviteit van spreekuur- en POO-contacten. Andere wegen om bedrijfsgezondheidsproblemen op te sporen zijn weinig beproefd of ontbreken. Ik vind het bijvoorbeeld een opvallend gegeven dat minder dan de helft van de werknemers ooit de bedrijfsarts op de werkvloer had ontmoet. Driepartijenoverleg (werknemer, werkgever en bedrijfsarts) bleek slechts incidenteel en weinig gestructureerd plaats te vinden.

Werknemers blijken genuanceerd te denken over hun bedrijfsarts en een goed beeld te hebben van taak en doelstelling van de bedrijfsgezondheidszorg. Ze komen echter lang niet altijd uit zichzelf voor werkgerelateerde problemen naar de bedrijfsgezondheidsdienst. De doelmatigheid van de zorg lijdt hieronder.

Obstakels in de relatie tussen werknemers en bedrijfsgezondheidsdienst liggen in de verschillende optiek op het verband tussen arbeid en gezondheid, en in de onduidelijkheid over de wijze waarop de bedrijfsarts zijn meervoudige taak en verantwoordelijkheid hanteert.

Vaak is er sprake van een verschil in taxatie van de ernst van de ervaren gezondheidsproblemen. De bedrijfsarts ageert

slechts op grond van literatuurgegevens of biomedische aanwijzingen; werknemers veeleer op gevoelsmatige gronden of in analogie-redeneringen. Er moet, benadrukt door de auteur, méér rekening gehouden worden met dit verschil in wijze van inschatten van problemen.

Werknemers beseffen dat een bedrijfsarts het belang van een individu moet afwegen tegen dat van collectiviteit en bedrijf. Dat is niet het probleem. Het vertrouwen wordt ondermijnd door onzekerheid over hoe de bedrijfsarts, in zijn onafhankelijkheid, omgaat met tegenstrijdige verwachtingen en belangen. De belangrijkste wens van de schrijver is dan ook, dat er meer helderheid komt over de wijze waarop een bedrijfsgezondheidsdienst afwegingen maakt. Hij denkt dat dit bereikt kan worden als de bedrijfsgeneeskundige periodieke verantwoording aflegt aan werkgevers en werknemers. Maar Plomp benadrukt bovendien dat het nodig is gedragscodes op te stellen. Plomp stelt voor een contactethiek uit te werken voor de bedrijfsgezondheidszorg, waarin de bedrijfsarts primair gezondheidkundig expert en adviseur is, verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn adviezen. De consequentie is, dat de bedrijfsarts niet langer mag huiveren zijn partij mee te spelen in het 'politieke' krachtenspel van werkgevers en werknemers. Hij zal zich - vanuit een duidelijk geprofileerde verantwoordelijkheid - moeten inlaten met technische, sociale en economische problemen. Daarnaast zou je uit het onderzoek van Plomp kunnen concluderen dat de huidige Nederlandse bedrijfsgezondheidszorg op een wankel methodisch fundament staat. Een verdere ontwikkeling van kennis en werkmethode lijkt aangevoelen.

Plomp zal dit onderzoek aanvullen met een ander, waarin hij aandacht besteedt aan de plaats van de bedrijfsgezondheidsdienst in relatie met andere functionarissen en afdelingen in het bedrijf. Voorjaar 1986 hoopt de auteur hierop te promoveren. Het nu gepubliceerd onderzoek maakt in ieder geval bekend.

KH's Bezog

Hoe voorkomen wij kanker?

F. Steenkamp: Hoe voorkomen wij kanker?. De persoonlijke en maatschappelijke mogelijkheden van de kankerpreventie. SUA, Amsterdam/VWW, Utrecht, 1985. 160 blz. f 17.50. ISBN 9062221246

Frank Steenkamp, bioloog en freelance-journalist, concipieerde dit boek over de politieke en sociale belemmeringen voor het bestrijden van kankerrisico's als een handzaam overzicht, waarin hij niet voorbij zou gaan aan wetenschappelijke onzekerheden, noch aan de moeilijkheden bij het ombuigen van leefgewoonten. Hij schreef dit boek als standaardwerk voor de mondige burger, die zich wil bemoeien met het voorkomen van kanker.

Hij probeert de wetenschappelijke kennis over kankeroorzaken steeds in een maatschappelijk kader te plaatsen en houdt de lezer al in de aanvang voor dat ook leefgewoonten 'wel degelijk politiek zijn!' In alle eenvoud gesteld, luidt zijn advies: de overheid moet productie- en milieu-eisen stellen; lastige werknemers en consumenten moeten dit door 'acties' bevorderen.

Door het hele boek heen hanteert hij een mij irriterende, schoolmeesterachtige stijl ('we' moeten dit of dat; 'wij als burgers...'). Tabellen en grafieken zijn deels overbodig, deels on-

volledig van uitleg voorzien, wat de waarde ervan onnodig beperkt.

Het eerste deel gaat over wat kanker is en belicht de stand van zaken wat betreft behandeling, onderzoek en preventie. Hij constateert hierin terecht, dat er van een samenhangend onderzoeksbeleid nog geen sprake is. Helder beargumenteerd waarschuwt hij voor het onderschatten van de rol van kankerverwekkers in milieu en arbeidsproces. Hij verwijt de georganiseerde kankerbestrijding een overdreven optimisme, maar blijft zelf toch ook steken in een ongebreideld wetenschapsoptimisme, waar hij de mogelijkheden de kankersterfte terug te dringen voornamelijk 'technisch' beoordeelt.

In het tweede deel (de leeftijd van het individu) passeren roken, voeding en sex de revue. Het gedeelte over voeding is nogal globaal van opzet en of 'we' ons nu moeten schamen om 'onze' voedselkeuze blijft onduidelijk: in één en hetzelfde hoofdstuk houdt hij de lezer voor dat de globale dieetsamenstelling - een belangrijke factor in het voorkomen van kanker - een 'kwestie van persoonlijke keus' blijft, én stelt hij dat het toch onterecht zou zijn als 'mensen via hun voedselkeus persoonlijk verantwoordelijk werden gesteld voor hun gezondheid'. Zijn visie op dit punt lijkt wat tweeslachtig onvoldoende uitgekristalliseerd. Dit geldt ook voor de manier waarop Steenkamp andere onderwerpen behandelt.

In het hoofdstuk over kanker en sexueel gedrag presenteert de auteur een helder verhaal over de effecten van 'de pil'. Hij geeft echter blijk van een nogal gedateerde opvatting over de pil als meest geschikt anticonceptivum. Hij beschrijft de geschiktheid van voorbehoedmiddelen uitsluitend in termen van technische veiligheid, als producteigenschap. De invloed van persoons- en situatiegebonden factoren laat hij buiten beschouwing. Bij de behandeling van de oorzaken van baarmoederhalskanker vermeldt hij wel het belang van pik-hygiëne, maar in de lijst van kankeroorzaken is het toch plots weer het promiscue karakter van de seksualiteit, dat de boosdoener lijkt. Zulke slordigheden zijn tekenend voor het wat onrijp karakter van deze uitgave.

Een stukje over Aids sluit dit deel af. Het lijkt te elfder ure toegevoegd en wat obligeert; erg relevant voor het kankerprobleem in Nederland is het niet. In de aangereikte preventiestrategie (condoomgebruik) gaat hij overigens te gemakkelijk voorbij aan de beroerde kwaliteit van de meeste condoms.

Steenkamp hamert in het tweede deel nogal op het belang van 'voorlichting', maar hoe dat op een niet-betuttelende en niet-medicaliserende manier moet, blijft in het duister.

In het derde deel behandelt de schrijver de kankerverwekkers in beroep, milieu en huishouden (inclusief geneesmiddelen). Goed leesbaar brengt hij hier vier standaardverhalen bijeen over asbest, vinylchloride, spaanplaatgas en DES-hormoon. Hij noemt de nieuwe Arbeidsomstandhedenwet echter zonder aandacht te schenken aan de fundamentele kritiek die hierop binnen de vakbandskringen bestaat. Ook besteedt hij nauwelijks aandacht aan de positie van ondernemingsraden en Arbeidsinspectie.

De strijd om de regelgeving stelt Steenkamp in dit derde deel voor als een 'spel' van overheid, fabrikanten en een onduidelijk verbond van deskundigen en actiegroepen, zonder dat zichtbaar wordt waar concrete aangrijpingspunten liggen. Hij geeft blijk van een nogal oppervlakkige maatschappijbenadering ('de' overheid; 'de weerstand van de economische machten tegen goede kankerpreventie'; 'de sociale en economische krachten, die de behoefte aan sigaretten in stand houden...'). Het blijft te onbepaald. Nee, de wereld volgens Frank zit me te simpel n elkaar.

In een slothoofdstuk (kankerpreventie als strategie) vat de auteur een paar kernproblemen samen rond de vraag hoe we als mondige burgers in Nederland een stapje verder komen met het voorkomen van kanker. Steenkamp pleit onder andere voor een krachtenbundeling van kritische onderzoekers, milieu- en vakorganisaties. Met geen woord rept hij over de moeilijkheden bij de positiebepaling van de diverse deelnemers binnen zo'n samenwerkingsverband of bij de gezamenlij-

ke strategie-bepaling. Het blijft zo een nogal gratis advies in de trant van 'allemaal samen, jongens!'

Ik vraag me af of dit boek de pretenties van Steenkamp waarmaakt. Hij schrijft zelf tot nu toe niet verder gekomen te zijn dan het aanmoedigen van vrienden om te stoppen met roken. Ik denk dat het na lezing van zijn eigen boek ook wel zo zal blijven. De lezer die zijn voedingspatroon wil verbeteren vindt er weinig concrete richtlijnen en door het te encyclopedisch karakter is de uitgave bijvoorbeeld niet echt van belang voor een ondernemend werknemer, die iets aan zijn werksituatie wil veranderen. Deze heeft veel specifiekere informatie nodig over stoffen en productieprocessen en een uitgewerkte tactische rugsteun om te weten hoe hij de zaken moet aanpakken in samenwerking met vakbonden, ondernemingsraad, arbeidsinspectie, en eventueel maatschappelijk geëngageerde wetenschappers als Frank Steenkamp. De geïnteresseerde middelbare scholier biedt hij echter een informatief, globaal overzicht van de problematiek van kankerpreventie, met een sympathieke inzet.

Kees Bertog

CONGRESSEN

Een kuiken in een nest vol adelaars -

Op 1 november 1985 organiseerde de Projectgroep Vrouwenhulpverlening een congres onder de titel: 'Integratie van vrouwenhulpverlening: innovatie of annexatie? Zevenhonderd vrouwen, werkzaam in vrouwenprojecten op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, maakten van de gelegenheid gebruik om mee te beslissen over een lijst van zo'n vijftig aanbevelingen. Deze aanbevelingen maken deel uit van het advies, dat de Projectgroep begin volgend jaar zal uitbrengen aan de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Emancipatie. In dit advies zal worden aangegeven onder welke voorwaarden vrouwenhulpverlening geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg.

Een aantal punten uit het concept-advies:

- eigen scholings- en ontwikkelingsruimte voor projecten binnen en buiten instellingen voor de komende vijf jaren
- opname van vrouwenhulpverlening in het aanbod van reguliere instellingen (RIAGGs, AMVV, psychiatrische ziekenhuizen)
- meer vrouwen in besturen en beleidsadviesorganen
- opname van vrouwenhulpverlening in het onderwijs op dit gebied
- financiering van dit alles onder andere via de ziektekostenverzekeringen en via de experimenteerruimte die bijvoorbeeld in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is opgenomen.

Gemengd fonds

In een aantal lezingen gaven leden van de Projectgroep een toelichting op het advies. Riek Stienstra, coördinator van de

Schorerstichting in Amsterdam, ging in op de 'feminisering van de financiering': het beschikbaar stellen van geld voor vrouwenhulpverlening. Zij constateerde dat de prijskaartjes aan sommige aanbevelingen veel ontstuit veroorzaken. Een voorbeeld: voor de ontwikkeling van vrouwenhulpverlening, in bestaande instellingen vraagt de Projectgroep een achtste deel van de formatieruimte en 25% van het budget. Reacties van hulpverleensters en beleidsmakers luiden dan al gauw: 'Maar dat kun je zo niet doen!' Eerstgenoemden vinden de prijs te laag; de beleidsmakers zijn bang dat zo'n maatregel ten koste gaat van de gevestigde hulpverlening. Dergelijke argumenten interpreterde Riek Stienstra, in navolging van de filosofe Elsa Barth, als strategieën van machtsbehouding. Machtelozen die eisen stellen, wordt vaak gewezen op het algemeen belang, in het geval van vrouwenhulpverlening, op de gehele gezondheidszorg. De denkfout is dan, dat het algemeen belang niet gelijk is aan het belang van vrouwen. De vervolgens geschetste strategieën riepen veel herkenning in de zaal. Bijvoorbeeld: 'het (belang van vrouwenhulpverlening), moet onderbouwd worden', terwijl gegevens die wel beschikbaar zijn, niet gebruikt worden op plekken waar beslissingen worden genomen. Zo blijkt dat bij het recentelijk toekennen van financiële ruimte weer voor in-vitro fertilisatie het gedachtengoed uit de vrouwengezondheidsbeweging geen enkele rol speelt. Riek Stienstra eindigde haar betoog met een aanbeveling voor een gemengd fonds, te vullen met gelden uit algemene middelen, uit reeds bestaande subsidie- en financieringsregelingen, en lijt de premieheffingen ziektekostenverzekeringen. Daarmee zou structurele experimenteer- en ontwikkelingsruimte, gecreëerd kunnen worden, zowel binnen de gevestigde kaders van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening als daarbuiten.

Weerstand

Manjke Laane, preventiewerkster bij een Amsterdamse RIAGG, bracht verslag uit van de lange mars door de instellingen: ze signaleerde veel weerstanden tegen het idee, en vooral tegen de uitvoering van vrouwenhulpverlening. Maatregelen van buitenaf zijn volgens haar noodzakelijk om die weerstanden te verminderen en de status van vrouwenhulpverlening te verhogen. Zij noemde bijvoorbeeld het inventariseren en zichtbaar maken van vrouwenhulpverlening, het opnemen ervan in de erkenningsnormen voor RIAGG's, en voortzetting en uitbreiding van de huidige experimenten ('laboratoria van vrouwenhulpverlening'). Ook de aandacht die politiek, overheden en adviesorganen besteden aan dit onderwerp, kan weerstandsverminderend werken.

Agnes Verheggen, therapeute bij het experimentele vrouwentherapiecentrum Balsemien in Den Bosch bracht tenslotte naar voren hoe nieuwe kennis over vrouwenproblemen ontwikkeld wordt: door bij je eigen ervaring te beginnen. Ze sprak haar vrees uit dat de gevestigde hulpverlening straks klaarstaat om het productiekennis met graagte over te nemen, maar: 'onze ervaringen, die mogen we zelf houden!' Zij bepleitte daarmee voor meer erkenning voor deze eigen manier van kennisontwikkeling. Vrouwenhulpverlening leer je niet uit een boekje, het vraagt veel persoonlijke inzet.

Brainstormen

In de 's middags gehouden fora was er gelegenheid commentaar te leveren op de aanbevelingen. Als forumleden waren behalve gebruiksters van de zorg en hulpverleensters, ook leden van advies- en beleidsorganen, ambtenaren van WVC en politici aanwezig.

In grote lijnen bleek het congres achter het advies te staan. Enige kritiek viel te beluisteren over een te grote aandacht in het advies voor vrouwenhulpverlening in RIAGG's. Verder klonk er een algemene roep om differentiatie: vrouwenhulpverlening kent vele deelreinen en doelgroepen. De zorg die Agnes Verheggen 's ochtends uitsprak, bleek bij velen te leven. De kennis, die is opgebouwd door zelfhulpgroepen als Vrouwen zonder baarmoeder, DES of VmO, kan zonder meer geannexeerd worden door de professionele hulpverlening, terwijl het vrijwilligerswerk ongewaardeerd en onbetaald blijft. In verschillende fora werd bezorgdheid gewit over het



Foto: Ine van den Broek

-onder andere voor dit werk- aanbevolen fonds. De aanwezige WVC-ambtenaren bleken het idee van zo'n fonds, wel te waarderen, maar gaven geen aanleiding tot hooggespannen verwachtingen over de invullen ervan door de overheid. De heer Van Geuns, hoofdinspecteur van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg, wilde wel vertellen dat hij 'met een aantal mensen' zou gaan brainstormen over die invulling. Hij onderkende de noodzaak tot financiering van het vele werk waar vrijwilligersprojecten, in 'driegen te verzuipen'; maar signaleerde ook het gevaar dat bij structurele financiering van overheidswege de eigen identiteit van alternatieve projecten wordt bedreigd. In het soort fonds wat hem voor ogen staat, moet de overheid 'misschien wel een bijdrage leveren, maar het moet toch een beetje losgekoppeld worden om juist die eigen inbreng en dat eigen ontwikkelingswerk tot volle ontplooiing te laten komen.' Ook de heer Van Londen, directeur-generaal van Volksgezondheid op WVC, toonde zich bereid mee te denken over dit probleem. Hij opperde het idee van 'fund-raising' naar Amerikaans voorbeeld. Terug naar het particulier initiatief, dus? De algemene tendens in de reacties van de congresgangsters was duidelijk: financiering moet niet langer via tijdelijke subsidies waar je je steeds opnieuw voor moet legitimeren, maar via de bestaande kanalen. Herallocatie, dus.

Daar zal dan nog het een en ander aan moeten gebeuren, want ook de ziekenfondsen hebben nog geen enkele beleid op het gebied van vrouwenhulpverlening. Mevrouw Kaldenbach, enige vrouw in het gezelschap van 56 ziekenfondsdirecteuren in ons land en lid van de Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen kon als forumlid dan ook alleen op persoonlijke titel spreken. Gezien haar constructieve ideeën heeft de vrouwenhulpverlening in haar waarschijnlijk een goede pleitbezorger gevonden. Zo opperde zij dat alle wetswijzigingen voortaan eerst aan de Emancipatieraad zouden moeten worden voorgelegd, voordat de Kamer daarover beslissingen neemt. Bij de huidige voorstellen tot stelselwijzigingen in de ziektekostenverzekeringen (overheveling vrijwillig ziekenfondsverzekeren naar de particuliere verzekeraars, MR) is dit bijvoorbeeld niet gebeurd.

Erkenningnormen

Hulpverleensters binnen instellingen zouden enorm geholpen zijn, als die instellingen verplicht zouden worden gesteld iets aan vrouwenhulpverlening te doen. Dat kan bijvoorbeeld zijn het verplicht stellen van een vrouwenoverleg in psychiatrische inrichtingen, of het opnemen van vrouwenhulpverlening in de erkenningsnormen voor RIAGG's. Op dit verlangen ging mevrouw Lamping-Goos, inspecteur bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg in. Zij stelde dat de Inspectie samen met hulpverleensters, 'een proeve van kwaliteitseisen voor de hulpverlening aan vrouwen' moet opstellen, en die vervolgens toepassen op het hulpaanbod van instellingen. Dat kan een belangrijke stap zijn op de weg naar

verandering van de erkenningsnormen en het voorstel werd dan ook met enthousiasme begroet.

Doel van het congres was, te toetsen of de plannen van de Projectgroep worden gedragen door het veld. Die opzet lijkt geslaagd; de reacties uit de zaal waren overwegend positief. Uit de reacties van verschillende beleidsmakers blijkt, dat men in elk geval een begin heeft gemaakt, met het denken over vrouwenhulpverlening. Over het algemeen heeft men wel begrip voor de behoefte aan eigen ontwikkelingsruimte, maar waar de voorstellen wat ingrijpender maatregelen bevatten, zijn de reacties uiterst behoedzaam. Volgens de theorie van de machtsonthouding was dat weliswaar te verwachten, maar voor de zeventhonderd congresgangers ook enigszins teleurstellend. Voor de Projectgroep is er op dit gebied nog veel te doen.

Marijke Ruiter

Josephine van den Bogaard

Zij zijn als onderzoeksters werkzaam bij de Projectgroep Vrouwenhulpverlening. Zij schreven dit verslag op persoonlijke titel.

1. De projectgroep Vrouwenhulpverlening, is in 1983 voor een periode van 3½ jaar ingesteld door de staatssecretaris van Emancipatiezaken, mede namens haar ambtgenoot van Volksgezondheid. In de projectgroep hebben ambtenaren en veldvertegenwoordigers zitting. De groep subsidieert en ondersteunt enkele experimenten vrouwenhulpverlening. Hoofdtak is nu het uitbrengen van het onderhavige advies.

2. Deze weerstanden worden ook aan het licht gebracht in twee recente onderzoeksrapporten:

- het onderzoeksverslag 'Vrouwen leren trots op zichzelf te zijn' over vrouwenhulpverlening, in het Algemeen Maatschappelijk Werk door Marijke de Vries, uitgegeven door het Ministerie van WVC, 1985
- het oriënterend onderzoek uitgevoerd onder directies van RIAGG inzake vrouwenhulpverlening, door het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Rotterdam. (Dit onderzoek wacht op uitgave door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Vennenig- vuldigt U!

Het is al weer even geleden, maar de deelnemers zullen het niet vlug vergeten. In het Vrouwen Gezondheids Centrum, in Utrecht werd op 29 augustus, 1985 een werkdag gehouden over nieuwe reproductieve technologieën. Er werd gesproken over de forse uitbreiding van prenatale diagnostiek (ultrage-luid, vruchtwaterpunctie, vlokkentest) en over de toename van propaganda voor het vragen van genetische adviezen. Samen versterken deze ontwikkelingen de suggestie dat het 'maken van 'gezonde' kinderen binnen ieders bereik, ligt en vergroten ze het gevaar dat het tot de ouderlijke plichten gaat behoren niet alleen voor kinderen te kiezen maar ze ook zorgvuldig uit te kiezen.

De algemene aandacht ging die 2ge augustus vooral uit naar de meest spectaculaire van de recente gynaecologische vondsten: de In Vitro Fertilisatie (IVF). Deze ingreep, met als officiële indicatie niet-operabele afgesloten eileiders, kent een aantal stappen. Om te beginnen krijgt de aanstaande genetische moeder hormonen toegediend die de productie van rijpe eicellen bevorderen. Dan worden er tijdens een operatie enkele van die eicellen 'opgezogen'. In vitro, in de beruchte reageerbuis, dus, worden ze in contact gebracht met het zaad van de genetische vader. Is de bevruchting gelukt dan wordt de vrucht geïmplant in een baarmoeder. Dat kan de baarmoeder zijn van de vrouw die de eicellen geleverd heeft, maar, met behulp van hormonen, is het ook mogelijk daar de baarmoeder van een andere vrouw voor te gebruiken. ('Biologisch' moederschap houdt zo op te bestaan en wordt opgesplitst in genetisch en anatomisch moederschap.) Er zijn varianten mogelijk. De niet-gebruikte vruchten kunnen enige tijd worden ingevroren

om, als de eerste implantatie mislukt, een tweede poging te doen. Slaagt die tweede poging wel dan hebben we negen maanden later te maken met een zogenaamde 'diepvriesbaby'.

In Nederland is in 1983 de eerste op deze manier 'verwekte' baby geboren. Het was een succes voor een team onder leiding van de gynaecoloog Alberda en de fysioloog Zeilmaker van het Dijkzicht Ziekenhuis in Rotterdam. Tot juli 1985 zijn er via hun handen achttien baby's ter wereld gekomen, waarvan twee tweelingen. Volgens hun eigen cijfers betekent dat dat van alle vrouwen bij wie zij eicellen weghaalden er 15,5% uiteindelijk een zwangerschap uitdroeg. Niet zo'n er hoog succes percentage, maar het behoort wel tot de hoogsten ter wereld. Intussen zijn er in minstens acht andere Nederlandse ziekenhuizen IVF-programma's van start gegaan. Bij elkaar leverde dat nog eens vier baby's op: een tweeling in Tilburg, één kind in Nijmegen, en één kind als co-productie van Dijkzicht en het Zuiderziekenhuis in Rotterdam.

De technieken van IVF zijn ontwikkeld in de veeteelt, waar ze al veel eerder in gebruik waren. Er is dan ook alle reden om met argusogen de stappen te volgen die de dierenartsen op dit moment nemen. Die hebben aan de faculteit diergeneeskunde in Utrecht kunstmatige tweelingen gemaakt, door bevruchte eicellen van een koe te splitsen en ze vervolgens in verschillende koeien in te planten.

Gevaarlijk

Alle fasen van de IVF kennen zo hun haken en ogen, er zijn veel manieren waarop het mis kan gaan. Helen Holmes hield de 1ge augustus een praatje waarbij ze de technische moeilijkheden op een rijtje zette. Afgezien van de geringe succespercentages en de belasting die er gelegd wordt op de 85 à 90% van de betrokken vrouwen die niet stralend met kind en al in de Libelle terecht komen, zijn er de risico's van de hormonen die worden toegediend. In het experimentele stadium zijn er een aantal vrouwen aan de hormonen overleden, ze kregen er zoveel dat hun eierstokken enorm vergrootten. Maar ook aan de 'gewone' hormoonbehandelingen zijn nog vele onzekerheden verbonden: de kansen op eierstokcysten, borstkanker en eventuele andere kankers zijn nog niet te overzien.

Gevaarlijk is IVF volgens Helen Holmes ook om andere redenen. Het is een 'verleidelijke' techniek voor gynaecologen en het ligt voor de hand haar uit te breiden. Er zijn uitbreidingen in twee richtingen mogelijk méér vrouwen kunnen in IVF-programma's worden betrokken en méér technische snuffjes kunnen aan de bevruchtingsprocedure worden toegevoegd. Zo wordt nu al IVF toegepast, bij vrouwen zonder eerst te proberen of het ook mogelijk is een van hun afgesloten eileiders door middel van een operatie open te krijgen. En tot de nieuwe snuffjes hoort binnenkort wellicht de keuze van de sexe van de kleine. Ook IVF in combinatie met draagmoederschap ligt voor de hand (een rijke dame kan zo een armere vrouw tot anatomisch draagmoeder van haar genetische kind maken; in Australië is dit al aan de gang). Wat artsen allemaal (gaan) doen met de eicellen en het sperma is in nevelen gehuld.

Advies

Om de ontwikkelingen rond IVF enigszins onder controle te krijgen, zo vertelde Alda Lenfers, heeft minister Gardieners in juli 1982 om advies gevraagd aan de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad bestaat uit zogenaamd onafhankelijke deskundigen, die niet namens iemand spreken, maar 'op grond van hun deskundigheid' ingehuurd zijn. Wanneer er een advies moet komen over een specifiek onderwerp wordt er een commissie samengesteld waarin 'bijzondere' deskundigen op uitnodiging zitting hebben. Gardieners stelde de volgende vragen: wat is IVF precies, hoe het te definiëren, wat is de stand van de techniek, zijn er nadere regelingen nodig, wat zijn de te verwachten kosten en is het toelaatbaar dat er experimenten met embryo's plaatsvinden? De Gezondheidsraad heeft ruim twee jaar later, in oktober 1984, een voorlopig advies uitgebracht. Dit advies beperkte zich tot de medisch-technische kanten: de ethische kanten vond men te moeilijk! Die komen in het definitieve rapport dat eind 1985 verschijnt, aan bod. De Gezondheidsraad adviseerde een beperkt aantal centra, liefst academische ziekenhuizen, de kans te geven, gedurende een drietal jaren, deskundigheid op het terrein van IVF te ontwik-

kelen. Een begeleidingscommissie zou deze ontwikkelingen moeten volgen.

Op grond van berekeningen schatte de Raad dat er behoefte zal zijn aan zo'n 2000 tot 2500 behandelingen voor zo'n 800 tot 1000 vrouwen. De indicatie moet beperkt blijven tot de vrouwen met niet-operabele geblokkeerde eileiders. (Er wordt in het rapport een klein deurtje opengehouden om ook andere indicaties uit te proberen ...)

De betrokken vrouwen haar partner (lees: echtgenoot) moeten tevoren geïnformeerd worden en schriftelijk toestemming geven. Eventueel mag er donorzaad gebruikt worden. Dan moet de identiteit van de donor in het centrum worden vastgelegd, maar mag niet aan ouders en kind bekend gemaakt worden. Draagmoederschap in combinatie met IVF wordt door de Raad afgewezen. Met embryo's mag alleen tot acht dagen na de bevruchting geëxperimenteerd worden, mits de man en vrouw die zaad en ei geleverd hebben daar toestemming voor geven. Een ethische commissie van het ziekenhuis moet bovendien toezicht houden op de experimenten.

Boerderijen

Terwijl de definitieve versie van het rapport van de Gezondheidsraad nog niet gereed was rezen de ontwikkelingen de pan uit. De huidige verantwoordelijke staatssecretaris, Van der Reyden, nam op 18 juli 1985 een besluit waarin een en ander voorlopig geregeld wordt. In een onbewaakt ogenblik zei hij: "Als het aan mij ligt komen er geen boerderijen waar dat soort dingen gebeuren". Sindsdien hebben ziekenhuizen voor het toepassen van IVF een vergunning nodig. Zelfstandige IVF klinieken krijgen geen vergunning. Klinieken waar tot nu toe nog geen ervaring is opgedaan evenmin. De indicatie moet beperkt blijven tot geblokkeerde eileiders. Opvallend is volgens Alda Eenriets de overeenkomst tussen de regeling van IVF en de abortuswet. Er is één verschil: het IVF-besluit is niet gekoppeld aan het wetboek van strafrecht, er staat nergens wat de straf is voor wie de regels overtreedt.

De financiën vormen een hoofdstuk apart. De ziekenhuizen die IVF toepassen, hebben meteen gezegd dat het in het ziekenfondspakket moet (waar de pil net uit verdwenen is...). Eind februari 1985 bracht de Ziekenfondsraad hierover een advies uit. Zij stelde voor IVF niet in het ziekenfondspakket te stoppen, maar de komende jaren een beperkt aantal centra een experimentele subsidie te geven. In die periode zou er dan geëvalueerd kunnen worden. Een aantal leden vond dat er andere prioriteiten te bedenken zijn in de gezondheidszorg en was bovendien bang dat het na drie jaar betalen moeilijk zal zijn de geldkraan weer dicht te draaien. Zij waren echter in de minderheid. Vrouwen die naar niet-gesubsidieerde centra gaan zullen zelf de kosten (op dit moment ± f 6000,-) moeten dragen, tenzij ze particulier verzekerd zijn en hun verzekering zo gek kunnen krijgen dit bedrag te vergoeden.

De overheid zit met de nieuwe reproductieve technologie niet alleen in haar maag vanwege de ethiek of het geld, maar ook vanwege het familie-recht. In het familierecht is de juridische verhouding tussen verwanten vastgelegd. De nieuwe reproductieve technieken verstoren de oude gedachten over wie er verwant is aan wie. Kunstmatige inseminatie is al 'lastig'. IVF maakt de problemen nog ingewikkelder, aangezien een kind nu niet langer de genen hoeft te dragen van de vrouw die het baart. Wil de echte moeder opstaan? Deze familierecht-kwesties staan op de agenda van een studiedag die de vereniging voor Familie- en Jeugdrecht in december belegt. Het tijdschrift Justitiële Verkeningen heeft er al een nummer aan gewijd.

Discussies

Nadat al deze informatie was uitgewisseld gingen de aanwezige vrouwen in vier groepen uit elkaar. In de eerste groep werd gesproken over de opvallende parallelen tussen het gedoe rond IVF en de gebeurtenissen rond het hormoonpreparaat DES. DES werd tussen 1945 en 1975 voorgeschreven ter voorkoming van miskramen. In de loop van de jaren zeventig kwamen de bijwerkingen ervan in grote aantallen aan het licht. De hormonen treffen niet alleen de moeders, maar ook de zonen en vooral de dochters. Anita Direcks, lid van de DES-ac-

tiegroep, wees erop dat ook aan de hormoontoediening en andere aspecten die bij IVF horen, lange termijn-effecten kunnen vastzitten waar nu niemand zich om bekommert. Evenmin, als er ten tijde van de DES-toediening voldoende aandacht was voor de oorzaken van miskramen, is er nu voldoende aandacht voor de oorzaken van onvruchtbaarheid. Ook rond DES is indertijd een emotionele campagne gevoerd en de moederschapsideologie, waaraan toen geappelleerd werd, wordt nu ook succesvol gemobiliseerd.

Hieruit zou toch op z'n minst geleerd kunnen worden dat voorzichtigheid geboden is en onderzoek naar lange termijn effecten urgent is. Het leek de vrouwen die hierover discussieerden bovendien belangrijk dat het publiek niet alleen met succes-story's overspoeld wordt, maar ook mislukkingen te horen krijgt. De twijfels die er in grote delen van de medische wereld leven zouden ook wel eens wat meer naar buiten mogen komen. Een waakzaam oog op wat er in de verschillende klinieken aan de hand is kan intussen beslist geen kwaad.

Een volgende subgroep boog zich over het probleem onvruchtbaarheid. IVF wordt gepresenteerd als de oplossing voor onvruchtbaarheid. De oorzaken van onvruchtbaarheid genieten aanmerkelijk minder populariteit bij onderzoekers. De rol van voorbehoedmiddelen en medische ingrepen bij het ontstaan van onvruchtbaarheid is deels bekend. Toch wordt er weinig moeite gedaan om voorzichtiger met voortplantingsorganen om te springen. Zou het geen goed idee zijn het geld dat er nu naar IVF-onderzoek gaat, te besteden aan onderzoek naar (voorkoming van) onvruchtbaarheid bij vrouwen en mannen, zo werd er geopperd.

In de derde groep niets dan dilemma's. Vertrekpunt was de kloof tussen vrouwen die vanwege feministisch-politieke overwegingen technieken als IVF afwijzen en andere vrouwen die vanuit hun eigen wensen en ervaringen spreken en vinden dat ze recht hebben op een behandeling die hun onvruchtbaarheid kan opheffen. (Zie ook: Jacqueline Cramer, 'En de vrouw...baart zij voort?' in het tijdschrift Wetenschap & Samenleving, nummer 6, 1985.) Feministen zijn beducht voor genemanipulatie, het selecteren van embryo's en andere eugenetische fantasma's die aan IVF vast kunnen zitten. Zouden ze er dan niet goed aan doen IVF wel te accepteren, omdat er nu eenmaal andere vrouwen zijn die dat graag willen, en bij alles wat een stap verder gaat te protesteren. Dat zou dan betekenen: IVF toelaten, in elk geval als experiment (als er genoeg gegadigden blijven - in Groningen heeft men al moeite twee kandidaten per week te verzamelen). Eventueel zou je zelfs kunnen gaan denken over mogelijkheden die IVF biedt als het niet enkel aan getrouwde hetero-paren ter beschikking staat.

Of is dit dwaas, is IVF een techniek die al een aantal stappen te ver gaat? Bekijk het eens op wereldschaal: voor een kleine groep vrouwen, de blanken in het Westen en de zeer rijken elders, wordt gigantisch veel moeite ondernomen opdat ze toch maar een kind kunnen krijgen. Intussen worden de armen in de Derde Wereld op alle mogelijke manieren onvruchtbaar gemaakt. IVF geeft bovendien een kleine groep specialisten controle over opnieuw een fase van het voortplantingsgebeuren en onder de huidige patriarchale en imperialistische verhoudingen is dat geen feestelijk vooruitzicht. Terwijl de verschillende kanten telkens opnieuw naar voren werden gebracht, opperde iemand dat het de vraag is of IVF eigenlijk wel zoveel feministisch gepieker verdient. De betrokken groep vrouwen is niet erg groot (al heeft het bestaan van zo'n techniek zijn weerslag op alle onvruchtbare vrouwen). Genetische adviezen, echo's, vruchtwaterpuncties en vlokkentest treffen echter alle vrouwen die kinderen (willen) krijgen. Is het niet urgenter daar 'bovenop te gaan zitten', vóórdat het aborteren van 'mislukte' kinderen verplicht wordt? Over dit probleem werd in de vierde subgroep gesproken. Cor van Weele hield daarbij een korte inleiding (zie daarvoor elders in dit nummer). In de discussie bleken de standpunten behoorlijk uit elkaar te liggen. Er waren een aantal vrouwen met een aangeboren handicap. Eén van hen vertelde dat ze zich bedreigd voelt door de golf van propaganda van het Instituut voor Erfelijkheidsonderzoek alsof ze er eigenlijk niet had mogen zijn. Een ander bracht naar voren dat zij dit jaar al een ton gekost had en dat ze er

nu eenmaal was, maar dat het beter was geweest als men haar geaborterd had,

Openbaarheid

Eén ding maken de IVF-discussiesten minste duidelijk: vrouwen willen niet hetzelfde, Vooralsnog lijkt het zaak dat ze de mogelijkheden houden geïnformeerd van mening te verschillen. Discussies als deze zijn belangrijk omdat anders de ontwikkelingen achter gesloten ziekenhuisdeuren verder gaan zonder dat iemand zich een mening kan vormen, Zonder dat iemand precies weet wat er gebeurt. En daar waren alle aanwezigen het roerend over eens: het is in elk geval belangrijk dat er zo

veel als maar kan in de openbaarheid wordt gebracht. Iedere vorm van mystiek is in geval van reproductie technologie bijzonder griezelig.

Werkgroep Nieuwe Reproductieve Technologieën van het Vrouwen Gezondheidscentrum Utrecht

Er bestaat een landelijke groep van vrouwen die verontrust zijn over nieuwe reproductieve technologieën en genetische manipulatie, aangesloten bij de internationale organisatie FINRRAGEU kunt FINRRAGE-Nederland bereiken op het adres van Linda Wilkens, Joh, Camphuisstraat 48bis, 3531 SJ Utrecht.

Vervolg van pagina 15

worden geëist. Van vele middelen komen ha 10 à 15 jaar toch weer onvermoeide neveneffecten naar voren. Een voorbeeld als dat van de E.P. drugs staat niet op zichzelf.

Samenwerkingsverbanden

Via het "International Women's Network on Pharmaceuticals" willen we elkaar stimuleren tot het ontwikkelen van een feministische visie op

vrouwen en geneesmiddelengebruik. In Nederland werken we daartoe samen met onder andere de DES-actiegroep en vrouwengezondheidscentra. Internationaal zijn er reeds contacten gelegd met bestaande vrouwen netwerken zoals ISIS, een a-politiek vrouwen netwerk voor algemene informatie uitwisseling en de New Boston Women's Health Book Collective. Verder participeren we in officiële samenwerkingsverbanden zoals Health Action International (HA), een bundeling van actiegroepen in de gezond-

heidszorg met sterke vertegenwoordigingen uit onder andere de Scandinavischelanden, Engeland, West-Duitsland, India en Maleisië. In Nederland zullen we druk moeten blijven uitoefenen op regering en politieke partijen om te komen tot een rationeel geneesmiddelenexportbeleid. Daarnaast zullen we ook de Nederlandse vertegenwoordigers bij de EEG en WHO ook moeten benaderen met hetzelfde doel. Deze zomer bezochten een aantal WEMOS-vrouwen de V.N.-vrouwenconferentie in Nairobi. Zij wisten door sterk gezamenlijk lobbywerk met o.a. vrouwen uit Costa Rica, Canada, Denemarken en Kenia twee amendementen op het gebied van vrouwen en geneesmiddelen aangenomen te krijgen. Hierbij heeft de Nederlandse regering zich uitgesproken voor een internationale standaardisatie van informatie met betrekking tot geneesmiddelen bestemd voor vrouwen. Verder spreekt zij zich uit voor exportbeperkingen volgens WHO-regels en dringt zij er bij de WHO op aan op korte termijn een lijst van essentiële anticonceptiva samen te stellen. We zullen ook in discussie moeten blijven met de farmaceutische industrie. Ook voor de industrie lijkt het van belang uiteindelijk meer aan te sluiten bij de wensen van veel vrouwelijke consumenten. Hierbij moet met name gedacht worden aan het verbeteren van niet-hormonale methoden zoals de barrièremiddelen. Daarnaast zal de vrouwenfarmagroep van WEMOS zogenaamd actieonderzoek naar middelen blijven doen in samenwerking met vrouwen uit ontwikkelingslanden. Actieonderzoek is onderzoek waarbij natuurwetenschappelijke feiten even zwaar wegen als ervaringen van vrouwen met geneesmiddelen. Deze gegevens worden gecombineerd met onderzoeksresultaten naar de financiële belangen van verschillende industrieën en regeringen. Door middel van het vrouwen-netwerk proberen we als vrouwen ons lot weer in eigen hand te nemen en willen we de komende jaren vechten voor universele beschikbaarheid van veilige, goedkope middelen en informatie voor vrouwen. ••

Vervolg van pagina 32

'de' patiënten beweging te zoeken. Wat is er tegen als de patiëntenbeweging bestaat uit kleine groepen die ieder hun eigen wegen bewandelen en enkel op punten waarop de eensgezindheid groot blijkt een stevige coalitie sluiten?

Voor wie zich in de strijd om de gezondheidszorg wil storten valt er ge-

noeg te doen. Van het stellen van de eis 'wij willen aardige dokters!' tot het afwegen van de voor-en-nadelen van zulke uiteenlopende zaken als baarmoederhalsonderzoek en slaaptabletten. Maar laten we de illusie dat er zoiets zou kunnen bestaan als 'gezondheidszorg in het belang van de patiënt' maar liever opgeven. ••

Vervolg van pagina 35

men, maar klachten zoals moeheid te accepteren als iets dat op dat moment nu eenmaal bij hun leven hoort. Ook deze stellingname kan tot confronterende situaties leiden.

Voorbeeld 3 is een voorbeeld van een situatie die door de toenemende medicalisering onder de beslissingsbevoegdheid van artsen gekomen is. De tegenstelling waar het in dit voorbeeld om gaat is geen tegenstelling tussen arts en patiënt. Er is sprake van een probleem op het terrein van de arbeid, een terrein waarin tegenstellingen als man/vrouwen werkgever/werknemer een rol spelen. Het is vervelend dat je daarin als arts positie moet kiezen door de macht die je is toegekend. Welke positie je ook kiest, het is onmogelijk om neutraal te zijn. Deze keer kies ik ervoor om een vrouw te steunen in haar streven om afgekeurd te worden. Dat wil niet zeggen dat ik altijd de kant van de werknemer kies, soms niet, dat laat ik afhangen van veel verschillende factoren. Als mogelijke kritiek op mijn handelwijze kun je zeggen dat het een puur individuele oplossing

is die ik ondersteun. Dat klopt, maar juist met het naar buiten brengen van zo'n voorbeeld in dit artikel probeer ik er een maatschappelijke inzet aan te verbinden.

Over de inhoud van de zorg verschillen de meningen tussen artsen onderling, tussen patiënten onderling en soms tussen arts en patiënt. In onze praktijk komt dat, door de manier waarop we werken, duidelijk naar voren. We zijn nog aan het uitzoeken hoe we er zo goed mogelijk mee om kunnen gaan. ••

Noten

1. zie ook: *Macht over eigen lijf. Opkomst en uitbouw van het Vrouwen Gezondheids Centrum Utrecht!* door Ingrid Baart in het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1983, nummer 2. en *'Een vrije vrouwenvestiging'* door Marleen Baarveldt in het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek 1984, nummer 3.

2. *Het Premenstrueel Syndroom: een farmacotherapeutisch behandelbare ziekte?* Literatuurstudie Subfaculteit Farmacie RVU novemver 1984 en *"Een boekje open over PMS"* J. Baart en E. Bransen. Brochure Vrouwen Gezondheids Centrum Utrecht welke eind 1985 zal verschijnen.

Literatuur is verkrijgbaar bij de WEMAS-vrouwen Farmagroep, Postbus 4098, 1009 AB Amsterdam.

KORT & GOED

INFORMATIE

De wereld wordt kleiner door alle communicatienetwerken die er over de aardbol gespannen worden, de hoeveelheid informatie groeit.. Dat wil niet zeggen dat het altijd even makkelijk is om ergens achter te komen. Wie meer wilde weten van alternatieve geneeswijzen moest tot voor (zeer) kort geweldig veel moeite doen om de verspreide informatiebronnen aan te boren. Het IDAG brengt daar verandering in. IDAG staat voor Informatie en Documentatiecentrum Alternatieve Geneeswijzen. Men is er bezig een databank op te zetten op het gebied van de alternatieve geneeswijzen.

Tijdschriften van de verschillende hoofdstromen in de alternatieve geneeskunde zullen er voorhanden zijn, maar de computer die men aan hoopt te schaffen zal als het meezit, ook worden aangesloten op de databanken van het reguliere medische circuit.

Het informatie centrum heeft banden met alle drie de "alternatieve koepels" (AAG, LOPAG en NOVAG, respectievelijk artsen, patiënten en therapeuten) maar onderhoudt ook contacten met andere "belanghebbenden in het veld". Ook met het Transferpunt voor Geïntegreerde Geneeskunde van de Vakgroep Moleculaire Celbiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht heeft men goede betrekkingen. Op dit knooppunt van contacten en informatie wil het IDAG, dat subsidie krijgt van WVC, uitdrukkelijk onafhankelijk blijven om zo goed mogelijk te kunnen coördineren, adviseren en ondersteunen. Om kort te gaan: wie over een of ander aspect van een of ander alternatieve geneeswijze graag wat meer zou weten kan terecht op Springweg 7, 3511 VH Utrecht.. Telefoon: 030-315014.

Een uitdaging

"Informatica, een uitdaging voor verpleegkundigen" heet het congres. Het vindt plaats op 22 mei 1986 in het congrescentrum Cocarde in Valkenburg. "Doelstelling is een uitwisseling van informatie over de stand van zaken met betrekking tot informaticatoepassingen in de Belgische en Nederlandse verpleging" vermeldt het persbericht. Dames en heren uit kringen van hoofdinspectie, academisch ziekenhuis en universiteit zullen inleidingen houden, maar ook de voorzitter van de "IMIA working group on nursing informatics" uit Engeland. Een folder waarin alle gegevens staan kan worden aangevraagd bij het Bureau Post Hoger Onderwijs Gezondheidswetenschappen, RUL, postbus 616, 6200 MD Maastricht.. tel. 043-888234.

Patiënten-voorlichting

Het Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg - kortweg: de stichting O&O - heeft een project Patiëntenvoorlichting in de huisartsenpraktijk opgezet. Het project is bedoeld om modellen te ontwikkelen voor voorlichting aan patiënten. Daartoe worden onder andere verschillende methoden van voorlichting beproefd in de praktijk. "Een voorbeeld. We kunnen proefondervindelijk vaststellen of een folder over 'schone ochtendurine' mondeling toegelicht moet worden of niet. Wanneer volgt de patiënt de instructie het beste op?" Wie mee wil werken, iets over voorlichting te melden heeft of meer over het project wil weten: nadere informatie tel. 030-332113.

Genen-technologie

In de brochure "Technologie als wapen" gemaakt door de groep Vrouwentegegen genen- en voortplantingstechnologie wordt niet alleen uitgelegd wat klonen, ei-fusie, diepvriesbaby, geslachtskeuze embryotransferen nog wat van dergelijke termen eigenlijk betekenen. Er wordt bovendien een beangstigend beeld geschetst van de snelheid waarmee de technologie die de voortplanting wel eens verregaand beheersbaar zou kunnen maken oprukt.

De schrijfsters stellen dat die technologie gericht is op het maken van selectie tussen "waardevolle" en "minderwaardige" mensen, waarbij onder "waardevol" de kenmerken wit, gezond, hetero en mannelijk vallen en onder "minderwaardig" zwart, niet-gezond, homo en vrouwelijk. Ze roepen op tot verzet tegen de manipulatie met genen en de racistische bevolkingspolitiek, die voor vrouwen in heel de wereld nare - zij het dan ook verschillende nare - gevolgen hebben. Wie de brochure wil bestellen, dat kan bij boekhandel Slagerzicht, Folkengestraat 57, Groningen. Maakt 5,50 (inclusief portokosten) over op giro 2077806 van deze boekhandel, onder vermelding van "genen".

Gezond in 2000

Het is de bedoeling van de WHO, de Wereldgezondheidsorganisatie, dat alle wereldburgers in het jaar 2000 een niveau van gezondheid hebben bereikt dat het het mogelijk maakt om "een sociaal en economisch productief leven" te kunnen leiden. Om dat te bereiken heeft de

Verkoop uw scriptie: stuur haar op naar Kort & Goed en vele belangstellenden zullen zich melden. Ook aankondigingen, verslagen, folders, boeken en opinies zijn welkom. Adres: Kort & Goed in Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

WHO beleidsmaatregelen ontwikkeld, zogenaamde Regionale Strategieën. Hoe die ontwikkeling in zijn werk is gegaan werd onderzocht door Evelyn de Leeuw. Ze schreef er een doctoraal scriptie over, in het Engels, "2000 -a Health Odyssey". Wie geïnteresseerd is in de manier waarop dergelijke beleidsvoornemens nu eigenlijk tot stand komen, en in de rol van verschillende nationale overheden, presiegroepen ende WHO zelf daarbij, kan zich wenden tot de Capaciteitsgroep GVO, Rijksuniversiteit Limburg, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043"888162.

CONSUMENIENINVIDED

Naar aanleiding van het 125-jarig bestaan van het Regionaal Ziekenfonds Salland, werd op 6 september j.1. in Deventer een congres georganiseerd over het thema "Gezondheidszorg: naar meer invloed van de consument". Maar liefst elf inleidende en reagerende lezingen stonden op het programma. Het publiek bestond voor het merendeel uit heren in nette, onopvallende pakken. Slechts hier en daar waren vertegenwoordigers van patiëntengroepen te bespeuren. Ook bij de sprekers leken patiëntvertegenwoordigers opvallend afwezig: slechts Hans van der Wilk, overal aanwezige woordvoerder van het Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform mocht 's middags reageren op de in de ochtend gehouden lezingen.

Toch was al snel duidelijk dat het woord "consument" niet zomaar gekozen was: de sterk economische oriëntatie was op z'n minst opvallend. Vanuit de economische optiek zijn patiënten "consumenten" en waren de heren Nijgh van de Consumentenbond en Muller van de FNV ook representanten van het lijdend voorwerp van deze bijeenkomst.

Rode draad door de lezingen was het idee dat, gegeven de wenselijkheid van bezuinigingen, de invloed van de consument op de gezondheidszorg het beste gestalte kan krijgen door die consument meer keuzevrijheid te geven in het al dan niet besteden van geld aan zorgvoorzieningen. Een dergelijke keuzevrijheid via de portemonnee kan echter binnen het huidige starre financierings- en verzekeringssysteem niet optimaal gerealiseerd worden. Daarom werd op verschillende manieren gepleit voor meer concurrentie op de zorgmarkt. Het invoeren van een beperkt basispakket in het ziekenfonds en de versterking van de positie van ziekenfondsen (b.v. door het afschaffen van de verplichting contracten te sluiten) zouden daarbij moeten helpen.

Deze niet onbekende geluiden waren vooral intrigerend omdat ze met zoveel verve gepresenteerd werden op een congres over meer invloed van consumenten (=patiënten). In welk opzicht die invloed door de genoemde maatregelen toe zou nemen, werd in het geheel niet duidelijk. Het leek er op of dat als een lastige en (later) nader te onderzoeken kwestie beschouwd werd.

Een aantal lezingen ging wél in op de directe invloed van patiënten/consumenten. Zo werd er gesproken over democratisering van besturen van instellingen in de gezondheidszorg (mr. dr. Wersch), over democratisering op micro-nivo tussen hulpverlener en patiënt (de heer Nijgh, Consumentenbond; dr. Spreeuwenberg, hoogleraar huisartsengeneeskunde VU-Amsterdam) en over de patiëntenbeweging (Hans van der Wilk, Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform). Uit hun inleidingen en/of reacties bleek dat er een grote kloof bestaat tussen het denken over invloed van consumenten via de financiering van voorzieningen, en het denken over invloed via democratisering van instellingen, adviesorganen etc. Tijdens dit congres werd die kloof nauwelijks overbrugd. De heer J. Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid leek de kloof te politiseren door te spreken over "liberale geluiden" in een "rode burcht" (Ziekenfonds Salland is onderling beheerd). Typerend voor de "realistische benadering" die op het congres overheerste was de verontwaardigde reactie uit de zaal "dat men de politiek buiten de discussie wilde houden". (bijdrage H. van Dijk).

WAO-TRUWEN

DeWAO--

uit Groningen en ~ van **VrouwenWerk** hebben een boekje in elkaar gedraaid: "Als je werkt en je wordt ziek weet je van niets!" heet het. Het is in de eerste plaats geschreven voor arbeidsongeschikte vrouwen; hun ervaringen, verhalen en tips vormen er de basis van. Maar ook anderen, hulpverleners bijvoorbeeld, kunnen er wat van leren. Behalve veel informatie over de regelingen waar je als je arbeidsongeschikt raakt mee te maken krijgt, zijn er paragrafen als "Tips voor gesprek met arbeidsdeskundige en verdere begeleiding". Ook over de achtergronden van ziek worden en over de toekomst ("Je zit in de WAO/AAW, en wat nu verder?") wordt gesproken.

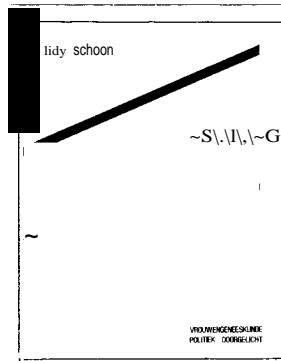
Bestellen door overmaken van f 3,90 + 2,30 verzendkosten giro 2623553 t.n.v. Vrouwen Werk Groningen, onder vermelding van "WAO-brochure". De productie kosten van het boekje bedragen overigens f 7,50. Instellingen en personen die dat kunnen betalen worden verzocht dat bedrag over te maken. Hier en daar ook verkrijgbaar in (vrouwen)boekhandels.

SPEI

Het Service Platform Eerste Lijn Noord-Holland organiseert themabijeenkomsten en cursussen bestemd voor hulpverleners uit hometeams, gezondheidscentra en eerstelijns-overleggen in de provincie Noord-Holland. De onderwerpen variëren van "het geven van ontspanningsoefeningen" tot "het leiden van vergaderingen".

Wilt u een uitgebreide brochure of inlichtingen, bel dan: 023-383344, toestel 159.

KORT
G
 GOED KORT GOED
G
 KORT GOED KORT
G
 GOED



nieuw bij **MACU:** -

'EEN TRAGE ONTSLUITING'
door Lidy Schoon

In 'Een Trage Ontsluiting' wordt een uitdagende kritiek geleverd op de praktijken van 100 jaar gezondheidszorg aan vrouwen.

Met tal van voorbeelden uit de seksuologie, ervaringen van vrouwen met lichamelijk onderzoek en het gynecologisch handelen rond de baarmoeder.

Het boek telt 318 blz. en heeft het formaat 15 x 21 cm.

Het boek is te bestellen door [20,- + /4,25 (porto) over te maken op gironummer 5441758 van Uitgeverij Macula te Boskoop, o.v.v. 'Een Trage Ontsluiting'.

Het boek wordt u dan zo snel mogelijk toegestuurd.

Cadeau:

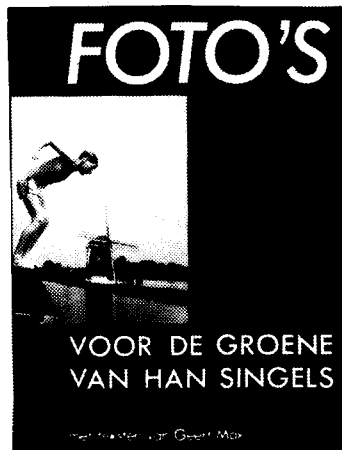
Het Grote Fotoboek van Han Singels als u nu abonnee wordt op De Groene

Han Singels, fotograaf van Dennendal en de Anjerrevolutie in Portugal.. Fotograaf van jongeren en zigeuners. En van werkers en werkloosheid, van stakingen en bezettingen.

Han Singels fotografeert al jaren voor De Groene. Uit het werk van de afgelopen tijd stelde hij een groot fotoboek samen. Geert Mak schreef de inleiding en praatte met Han Singels over de foto's.

Een uniek boek, kloek formaat, 84 pagina's dik, prachtig gedrukt. Winkelwaarde f 45,-. Niet verkrijgbaar in de boekhandel..

Cadeau als u zich nu abonneert op De Groene. Als welkomstgeschenk.



DE GROENE - bekend elke week kleur

a.

----- "11" -----

Ik abonneer mij op De Groene. Het abonnementsgeld betaal ik
 O per kwartaal (f 33,-) O per halfjaar (f 63,-) O per jaar (f 122,-)
 Ik betaal na ontvangst van een acceptgirokaart.

Naam: _____
 Adres: _____
 Postcode en plaats: _____

Invullen, uitknippen, in enveloppe doen en adresseren: De Groene,
 Antwoordnummer 26, 1000 PA Amsterdam. U hoeft geen postzegel te plakken.

amsterdammer

Uitgaven van de WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

Ria van Mierlo - 'Gezondheidswinkels in Utrecht' f 9,50

Tien jaar geleden ontstond in de Utrechtse wijk Oudwijk de eerste Nederlandse gezondheidswinkel. Het initiatief vond navolging in andere Utrechtse wijken en in andere plaatsen. Zeven jaar later waren vele winkels alweer een stille dood gestorven. 'Gezondheidswinkels in Utrecht' beschrijft opkomst en ondergang van winkels in acht wijken.

'Verslaving in Utrecht' f 7,80

Een gids voor hulpverlener en gebruiker. Naast algemene informatie geeft deze gids een overzicht van alle extramurale, semimurale en intramurale voorzieningen, zelfhulpgroepen en belangengroepen de regio Utrecht.

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

Dit boek kan boeiend zijn voor Jeugdwerkers en mensen die regelmatig in contact met drugverslaafden. Het is zeker niet saai om te lezen en geeft een duidelijk beeld van de wereld van vele drugverslaafden' (GO-Nieuws. Brussel).

Hans Spijker en Goof van de Wijngaart - 'Na Dennendal.... op zoek naar nieuwe perspectieven in de gezondheidszorg' f 15,00 (incl. port.) f 30,20

'Het zijn hele persoonlijke en boeiende verhalen geworden die elkaar een goed beeld geven van veranderingen en hoe ze tot stand zijn gekomen' (Tijdschrift voor Ziekenverpleging).

Bestellen: door overmaken van het bedrag tussen haakjes (inclusief verzendkosten) naar gironummer 5540505 van de Stichting WGJ. Postbus 9060, Utrecht. Onder vermelding van de gewenste titel. Op dat adres is ook een volledige fondslijst aan te vragen.